

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Miroslava Korseltová

Studijní obor: Ošetrovatelství v interních oborech5341T016-00

**PSYCHOSOCIÁLNÍ (PEER) PODPORA
JAKO STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ PRACOVNÍHO STRESU
SESTER**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková Ph.D

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Miroslava KORSELOVÁ**
Osobní číslo: **Z17N0045K**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Psychosociální (peer) podpora jako strategie zvládnání pracovního stresu sester**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah diplomové práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- BARTONÍČKOVÁ, D. KALÁNKOVÁ, D. MIKŠOVÁ, Z. ŽIAKOVÁ, K. TOMOVÁ, Š. Definování jednotlivých dimenzí kultury bezpečnosti. Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie [online], 2018, vol. 8, no. 2, pp. 38-45. Dostupné na: <https://www.ošetrovateľstvo.eu/archiv/2018-rocnik-8/cislo-2/definovani-jednotlivych-dimenzi-kultury-bezpecnosti-pacientu>.
- CARVELLO, M., ZANOTTI, F. Peer-support: a coping strategy for nurses working at the Emergency Ambulance Service. Acta Biomedfor Health Professions; 2019,11(Vol. 90), 29-37. DOI: 10.23750/abm.v90i11-S.8923.. ISSN 1-S.892.
- DROZDOVÁ, R., V. KEBZA. Well-being and its selected psychosocial and behavioural variables in a sample of nurses. Československá psychologie [online]. 2011, (4), 289-305. ISSN 0009062X.
- HRUŠKOVÁ, M., M. STRÝČKOVÁ, J. BUCHANCOVÁ, Z. CIGÁNIKOVÁ. Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže u profesií v domovoch sociálnej starostlivosti, v nemocnično-poliklinickom zariadení a vo vybraných nezdravotníckych oblastiach. Occupational Medicine. Pracovní Lékařství [online]. 2012,147-155 [cit. 2020-08-31]. ISSN 00326291.
- LOSKOTOVÁ, M., K. VEVERKOVÁ, R. KOŠTÁL a V. DŽUPA. Analýza pracovní zátěže sester na ortopedicko-traumatologickém pracovišti. Occupational Medicine. Pracovní Lékařství [online]. 2015(1), 6-11. ISSN 00326291.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.**
Katedra ošetrovateľství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **11. června 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. května 2021**

PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu literatury.

V Plzni dne 31.5.2021

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Miroslava Korseltová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychosociální (peer) podpora jako strategie zvládnání pracovního stresu sester

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková Ph.D

Počet stran – číslované: 83

Počet stran – nečíslované: 53

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 135

Klíčová slova: Psychosociální (peer) podpora, sestra, ošetrovatelství, sestra manažerka, pracovní stres, syndrom vyhoření, strategie zvládnání stresu, pracovní prostředí, podpora zdraví na pracovišti/zdravé pracovní prostředí

Souhrn:

Teoretická část práce se zabývá psychosociální peer podporou a nastiňuje nejnáročnější oblasti sesterské profese. V úvodu se teoretická část práce zabývá psychosociální peer podporu v rámci Systému psychosociální intervenční služby SPIS České republiky ve zdravotnictví. V další části popisuje kritéria pracovní spokojenosti sester, věnuje se problematice stresu a nejčastějším stresorům v práci sestry i s ohledem na koronavirovou pandemii. V závěru se teoretická část diplomové práce zabývá stres managementem, copingovými strategiemi a vlivem psychosociální podpory na práci sester.

Realizovaný kvalitativní výzkum, který je popsán v praktické části práce je zaměřen na aspekty souvisejícími s úspěšnou implementací kolegiální peer podpory v rámci SPIS v České republice ve vybraných zdravotnických zařízeních. Respondentkami výzkumu byly

náměstkyně ošetrovateľskej pře a koordinatorky PEER podpory. V zkumn  data byla zisk na na z klad  polostrukturovaných rozhovorů, které byly nahrávány, n sledn  přepisovány a analyzovány. Nejd ležit j  výsledky p ace jsou shrnuty v podkapitole Stru n  zhodnocení výsledků ve vztahu ke stanoven m cílům. Na z klad  analýzy výzkumu bylo zpracováno doporu en  pro praxi, kter  je uvedeno v samostatn  části diplomov  p ace v jejím závěru.

Abstract

Surname and name: Miroslava Korseltová

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Psychosocial (peer) support as a strategy to manage nurses' work stress

Consultant: Mgr. Milena Vaňková Ph. D

Number of pages – numbered: 83

Number of pages – unnumbered: 53

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 135

Keywords: Psychosocial (peer) support, nurse, nursing, nurse manager, work stress, burnout syndrome, stress management strategy, work environment, workplace health promotion/healthy working environment

Summary:

The theoretical part of this thesis deals with psychosocial peer support and outlines the most demanding areas of the nursing profession. In the first part, it focuses on psychosocial peer support within the SYSTEM of psychosocial intervention service SPIS. In the next section, she describes the criteria of work satisfaction of nurses, deals with stress and the most common stressors at work of a nurse, as well as with regard to the coronavirus pandemic. In the final part, the theoretical part of the thesis deals with stress management, coping strategies and the influence of psychosocial support on the work of nurses.

The practical part of the thesis is carried out by qualitative research focused on aspects related to the successful implementation of collegiate peer support within the FILE in selected health facilities. It was targeted at deputy nursing care and peer support coordinators and conducted

by semi-structured interviews that were recorded, subsequently transcribed and analyzed. The most important results of the thesis are summarised in the subsea Brief evaluation of the results in relation to the stated objectives. Based on the analysis of the research, a recommendation for practice was prepared, which is stated in a separate part of the thesis in its conclusion.

Předmluva

Pracuji na pozici náměstkyně pro nelékařské zdravotnické profese v nemocnici v Chebu, která je součástí Karlovarské Krajské Nemocnice a.s. Již od svého nástupu v lednu 2020 usiluji o zlepšení úrovně komunikace a psychosociální péče o sestry a zdravotníky v našem zařízení. Nemocnice v Chebu se dlouhodobě potýká s řadou personálních problémů, máme nedostatek kvalifikovaných všeobecných sester i lékařů. Dlouhodobý nedostatek personálu je problémem řady našich nemocnic, nutně se podepisuje na interpersonálních vztazích, na atmosféře na pracovištích a v konečném důsledku také na kvalitě ošetrovatelské péče. Důvodem častých odchodů zdravotníků není v poslední době nízké finanční ohodnocení, ale spíše pracovní podmínky související s nedostatkem kvalifikovaného personálu, což v konečném důsledku zřejmě vede k větší pracovní zátěži personálu stávajícího. Důležitou roli v oblasti stabilizace personálu hraje právě kvalita péče o zaměstnance, vztahy mezi zaměstnanci v týmech a komunikace zaměstnanců s vedením nemocnice. Do rozpracovaných a plánovaných změn v oblasti psychosociální podpory zaměstnanců zasáhla koronavirová pandemie, která výrazně ovlivnila chod celé nemocnice, organizaci práce jednotlivých pracovišť a zejména každodenní sesterskou praxi na všech úrovních, oddálila možnost tento záměr realizovat, poukázala ale zároveň na neodkladnou nutnost najít způsob, jakým poskytnout sestrám i ostatním zdravotníkům kvalitní psychosociální podporu, která bude trvale dostupná, nejen nárazová podle aktuální situace.

Z tohoto důvodu jsem si pro téma své diplomové práce zvolila právě problematiku implementace kolegiální PEER podpory, jako strategie zvládnutí pracovního stresu sester. Výsledky své práce bych chtěla v nejbližší možné době použít k dokončení úspěšné implementace kolegiální PEER podpory v rámci SPIS v našem zařízení.

Poděkování

Děkuji Mgr. Mileně Vaňkové Ph.D. za odborné vedení práce, za trpělivé poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

SEZNAM SCHÉMAT.....	13
SEZNAM TABULEK	14
SEZNAM ZKRATEK	15
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ.....	17
1.1 Popis rešeršní strategie a přehledové review	17
2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ	18
2.1 Psychosociální podpora	18
2.1.1 Peer podpora.....	19
2.1.2. Systém kolegiální psychosociální intervenční služby (SPIS).....	21
2.2 Kritéria pracovní spokojenosti sestry	23
2.2.1 Pracovní spokojenost.....	23
2.2.2 Stres v práci sestry	27
2.2.3 Významné stresory v profesi sestry.....	29
2.2.4 Pracovní prostředí.....	31
2.2.5 Psychická a fyzická zátěž sester	34
2.3 Stres management, vysvětlení pojmu v pojetí a definicích různých autorů	39
2.3.1 Rekrece	39
2.3.2 Péče o sebe.....	40
2.3.3 Racionálně/kognitivní zvládání	40
2.3.4 Sociální opora.....	40
2.3.5 Stres management v koronavirové pandemii.....	47
EMPIRICKÁ ČÁST	53
3 CÍL A ÚKOLY VÝZKUMU.....	53
3.1 Hlavní cíl.....	53
3.2 Dílčí cíle.....	53
4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	54
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	55
6 METODIKA PRÁCE A ORGANIZACE VÝZKUMU.....	56
6.1 Realizace polostrukturovaného rozhovoru	56
6.2 Etické aspekty výzkumu	57
6.3 Limity výzkumu.....	57
7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	58
7.1 Kódování a kategorizace dat.....	58

7.2	Kategorie Role sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory	60
7.2.1	Subkategorie: Návrh na zavedení PEER podpory	62
7.2.2	Subkategorie: Aktivní prosazování PEER podpory	63
7.2.3	Subkategorie: Zdroje informací a průběžná podpora	65
7.2.4	Subkategorie: Zavedení PEER podpory v zařízení	65
7.3	Kategorie: Formulace cílů PEER podpory a očekávání	68
7.4	Kategorie: Přínosy a překážky úspěšné realizace PEER podpory	69
7.4.1	Subkategorie: Přínosy úspěšné realizace PEER podpory	69
7.4.2	Subkategorie: Překážky v úspěšné realizaci PEER podpory	71
7.5	Kategorie: Etické aspekty PEER podpory	73
7.5.1	Subkategorie: Důvěra a bezpečí při poskytování PEER podpory	74
7.5.2	Subkategorie: Prostor pro PEER podporu	75
7.5.3	Subkategorie: Osobnost peera	76
7.6	Kategorie: Organizace poskytování PEER podpory	77
7.6.1	Subkategorie: Výběr koordinátora	77
7.6.2	Subkategorie: Výběr peera	78
7.6.3	Subkategorie: Dostupnost a efektivita PEER podpory	80
7.7	Kategorie: Legislativní aspekty PEER podpory v rámci SPIS	82
7.7.1	Subkategorie: Pracovně právní vztahy	82
7.7.2	Subkategorie: Ukotvení PEER podpory ve vnitřních dokumentech	83
7.8	Stručné zhodnocení výsledků ve vztahu ke stanoveným cílům	84
	DISKUZE	87
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	96
	Metodické doporučení k implementaci PEER podpory v nemocnici	96
	ZÁVĚR	100
	SEZNAM LITERATURY	101
	SEZNAM PŘÍLOH	117

SEZNAM SCHÉMÁT

Schéma 1: Schéma podpůrných vztahů	20
Schéma 2: Koncepční rámec kognitivního modelu stresu.....	46
Schéma 3: Schéma základních kategorií a subkategorií.....	59
Schéma 4: Role sestry manažerky v procesu implementace peer podpory a její subkategorie	62
Schéma 5: Přínosy a překážky úspěšné realizace peer podpory a její subkategorie	69
Schéma 6: Etické aspekty peer podpory a její subkategorie	74
Schéma 7: Organizace poskytování peer podpory a její subkategorie	77
Schéma 8: Legislativní aspekty peer podpory a její subkategorie.....	82

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Úrovně intervencí organizace práce a fáze prevence	45
Tabulka 2: Strategie pro udržení bezpečnosti a zdraví.....	48
Tabulka 3: Základní demografická data respondentek.....	55

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČLS	Česká lékařská komora
GDPR.....	General Data Protection Regulation
K1 – K4.....	Koordinátorka 1 – koordinátorka 6
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N1, N2.....	Náměstek ošetrovatelské péče 1, náměstek ošetrovatelské péče 2
NCO NZO.....	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NHS	National Health Service
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
NOP	Náměstek ošetrovatelské péče
OOP	Osobní ochranné prostředky
RCN	Royal College of Nursing
RISE.....	Resilience In Stressful Events
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
VŠ	Vysoká škola
WHO.....	World Health Organization
ZZ.....	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

„...Bohatstvím organizace nejsou přístroje, byt' sebemodernější, nejsou to nástroje ani vybavení, největším bohatstvím organizace jsou zaměstnanci...“ (respondentka výzkumného šetření)

Sesterská profese patří k těm nejnáročnějším vůbec. Setry se při své práci potýkají s množstvím náročných situací, které je provázejí v každodenní praxi. Denně jsou vystavovány lidskému utrpení, sdílejí se svými pacienty jejich bolest, trápení a osudy, pečují o umírající a zemřelé, často musí čelit agresivitě pacientů nebo jejich blízkých. Na řadu z těchto situací nejsou připravené. Ani prodloužení studia všeobecných sester z původních čtyř let na sedm, neposílilo výrazně oblasti zaměřené na psychologické aspekty tohoto náročného povolání. Sestry se připravují na to, jak komunikovat s nemocnými a jejich nejbližšími, bohužel ale jejich vlastním potřebám a problémům při poskytování ošetrovatelské péče již taková pozornost věnována není.

Sestry, stejně jako všichni zdravotničtí pracovníci, se občas dostávají do situací, které jsou něčím výjimečné, náročné, zatěžující a mohou nepříznivě ovlivnit jejich jednání nejen v profesním životě. Náročnou situací může být těžké trauma nebo smrt dítěte, zranění kolegy, agresivní jednání pacienta, ohrožení vlastního života, zodpovědnost za poskytnutou péči podle kompetencí, zásah u příbuzného či známého, sebevražda kolegy a jakákoli událost, která má silný dopad na psychiku sestry. (Štancel et al., 2012) Některé sestry zátěž nezvládnou a odejdou, některé zůstanou a pracují pod tlakem svých emocí – zvyšuje se tím jejich chybovost. Některé zůstanou, ale „vyhoří“. Některé nemohou velkou zátěž zpracovat, může se z ní stát dlouhodobý problém, který jim brání v normálním fungování. Ani jedna ze zmíněných variant nepřispívá ke zlepšení péče o pacienta. Naopak. Unavený, vyhořelý, nemotivovaný zdravotník nemůže kvalitně pracovat, nemá na to energii a stává se svým pacientům spíše nebezpečný. Neustálé zapracovávání nových pracovníků je také neekonomické. (Prouzová 2015)

Peer podpora je jednou z možných variant, jak v těchto situacích zasaženého zdravotníka – sestru podpořit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ

Vzhledem ke skutečnosti, že kolegiální peer podpora má kořeny v zahraničí, odpovídá tomu i zastoupení zahraniční literatury při výběru zdrojů pro tvorbu teoretické části práce. Mezi zdroji českých autorů byl podle vybraných klíčových slov poměrně omezený výběr.

1.1 Popis rešeršní strategie a přehledové review

Zdrojem informací pro zpracování diplomové práce byly články a knihy elektronických databází EbscoHost, Medline, CINAHL a Medvic, nalezené na základě zadaných klíčových slov v angličtině a češtině: Psychosociální (peer) podpora, sestra, ošetrovatelství, sestra manažerka, pracovní stres, syndrom vyhoření, strategie zvládnání stresu, pracovní prostředí, podpora zdraví na pracovišti/zdravé pracovní prostředí. Časové rozmezí pro vyhledávání bylo zadáno rozmezí léty 2003-2020 a to vzhledem k absenci dostatečného množství aktuální literatury k danému tématu. Bylo nalezeno celkem 52 záznamů elektronických článků v angličtině, 65 záznamů v češtině a 69 záznamů knih, celkem tedy 186 záznamů, které jsou přílohou diplomové práce. Vylučujícími kritérii bylo zaměření na jiné profesní skupiny a na sociální oblast v dané tematicke, nebo odlišné tematické zaměření. Při výběru jsem se držela oblasti ošetrovatelství a sester a zaměřila jsem se také na oblast managementu v ošetrovatelství v dané problematice.

Při zpracování teoretické části práce byly využity přednostně záznamy článků. Z databáze Medline CINAHL bylo vyřazeno 20 záznamů článků, které neodpovídaly požadavkům diplomové práce. Z této databáze bylo použito v teoretické části práce celkem 21 záznamů článků. Z databáze Medvic bylo vyřazeno celkem 18 záznamů článků, které se nevztahovaly přímo k danému tématu práce, nebo se ve svém obsahu dotýkaly pouze úzce vymezené skupiny sester například sálových sester a nelze údaje z nich zobecnit pro všechny sestry. Z této databáze bylo při zpracování teoretické části použito 47 záznamů článků.

Stěžejní články použité při tvorbě teoretické části práce jsou přílohou č. 1 diplomové práce.

2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

2.1 Psychosociální podpora

Sestry jsou spolu s lékaři a záchranáři často vnímány jako ty, které jsou rychlé, přesné, neomylné, vždy si vědí rady a zvládnou každý problém. Ze strany veřejnosti bývají posuzovány jako hrdinky, které všechno zvládnou a nepodléhají stresu. Ve skutečnosti tomu tak ale není. (Štancel et al., 2012) Sestra je jedním z mnoha článků systému a očekává se od ní mnohé, někdy i více než sama může unést, ale většina z nich svou práci vnímá pořád jako své poslání. (Hanková, 2016) Právě tento přístup často vede k dobrovolnému nesení nadlimitní psychické i fyzické zátěže sester na různých pracovištích, aniž by si uvědomily nutnost péče o sebe. Sestry jsou zvyklé a připravené být oporou svým pacientům, zastávají nezastupitelnou úlohu při zvládnání jejich nelehké životní situace. (Štancel et al., 2012)

O zdravotníky je nutné pečovat. Psychologická péče o lékaře a sestry je nepochybně jednou z nejdůležitějších oblastí péče o zdravotníky, podle Světláka a Suchého (2011) je bohužel v běžné praxi spojená s několika paradoxy. Problematika poskytování psychosociální podpory zdravotníkům se jako téma dostala na půdu odborných konferencí a kongresů, stává se běžně diskutovanou součástí péče o lidské zdroje v resortu, přesto však mnohdy psychosociální péče o zdravotníky končí v době, kdy ji lékaři a sestry začínají potřebovat nejvíce. Pregraduální vzdělávání sester je v oblasti psychologie, komunikace a osobnostního seberozvoje obvykle nedostatečné a studenti se s ním setkávají v době, kdy jsou více v kontaktu s představami o svém budoucím povolání než s konkrétními zkušenostmi z praxe. Většina postgraduálních vzdělávacích programů, které se zabývají psychologickými tématy, akcentuje potřeby a pocity pacienta, a prožívání a potřebám sester nevěnuje dostatečnou pozornost. Dominují témata typu „Jak komunikovat s nemocným či umírajícím pacientem, jeho příbuznými; jakými fázemi adaptace na nemoc pacient prochází“ atd. Velká část vzdělávacích seminářů z oblasti psychologie svou formou a obsahem zvyšují odpor a nedůvěru zdravotníků k samotnému oboru aplikované psychologie ve zdravotnictví. Většina takových programů je totiž založena na expertním modelu, který redukuje celou problematiku na soubor obecných návodů a rad, které nezřídka neobsahují reálné potřeby zdravotníků. (Světlák, Suchý 2011)

Zdravotníci jsou přetížení prací a neúměrně rostoucí administrativou, přičemž psychologické souvislosti toho, jak se sami cítí a jak tento vnitřní stav ovlivňuje jejich práci a osobní život, obvykle nereflktují. Podle mnoha z nich bohužel stále přetrvává názor, že

vyhledat včas odbornou pomoc a podporu znamená profesní a osobní selhání zároveň. Na konferencích, seminářích a během diskusí na odděleních si sice deficit reflexe psychologického rozměru své práce uvědomují a velká část z nich o realizaci skupinových setkání projeví vážný zájem, v konečném důsledku se pak ale samotného setkání zúčastní jen velmi malá část z nich, pokud je účast zcela dobrovolná. (Světlák, Suchý 2011)

Výzkumy z oblasti psychologické péče o zdravotníky dokládají, že například pravidelná supervize zdravotnických týmů představuje důležitý preventivní a podpůrný faktor, který jednoznačně přispívá k většímu pocitu spokojenosti jednotlivých zaměstnanců, k jejich větší loajalitě vůči organizaci, k větší soudržnosti pracovního týmu, k větší otevřenosti v komunikaci nejen mezi sebou navzájem, ale i mezi zdravotníky a pacienty, k lepšímu fungování celé organizace a v neposlední řadě také k efektivnějšímu naplňování primární potřeby nemocnic, tedy poskytování kvalitní péče pacientům. (Světlák, Suchý 2012) Ze studie Vévodové et al. (2016) vyplývá, že sociální opora pomáhá udržet pozitivní zaměření a usilování o to, aby se sestry vyrovnaly s problémy spojenými s prací.

Manažerská podpora ve formě vhodné komunikace a zpětné vazby je důležitým faktorem pro pohodu zaměstnanců a snižuje emocionální vyčerpání všeobecných sester. Nevhodná komunikace a nedostatečná sociální opora ze strany nadřízených je spojena s vyšší úrovní stresu. Významný vliv má také sociální opora od kolegů (peer-support) a rodiny. Dobrá sociální opora je spojena s nižším výskytem syndromu vyhoření a výrazně snižuje dopady stresu. (Vévodová et al. 2016)

2.1.1 Peer podpora

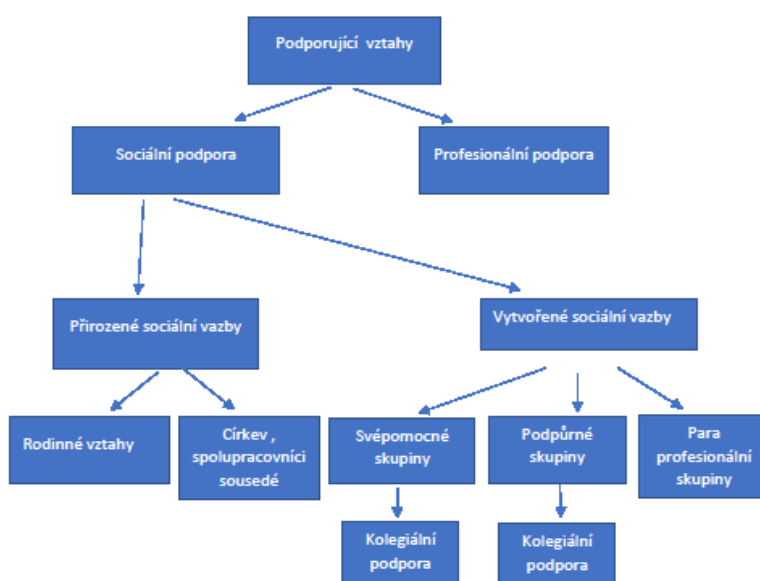
Peer podpora je systém poskytování a přijímání pomoci založený na respektu, sdílené odpovědnosti a vzájemném porozumění tomu, co je při závažné situaci užitečné pro jedince i pro ostatní. Jedná se o podporu vztahující se k těžké životní situaci prostřednictvím sdílených zkušeností, a podporu vzniku vlastních zvládacích / copingových psychických mechanismů, které nastartují růst a zotavení jedince. Peer podpora je inkluzivní model pozitivního rozhodování, který umožňuje lidem plnit i v těžké situaci své vlastní potřeby. Podstatné je, že účastníci se učí, jak ovlivnit a kontrolovat své chování a reagovat na problémy nebo neočekávané složité situace. (<https://spis.cz/>)

Systém je koncipován primárně na bázi *peer*, tedy kolegiální podpory. Jak již bylo uvedeno, vychází ze zahraničních zkušeností a osvědčenosti tohoto způsobu podpory profesionálů, jež má v řadě zemí již poměrně dlouhou tradici. Vychází z předpokladu, že

zdravotník je profesionál, který běžně nevyžaduje psychoterapeutickou či psychiatrickou péči. Po konfrontaci s nadlimitně zátěžovými situacemi během výkonu své profese, či v období dlouhodobé zátěže, však může potřebovat a přivítat *podporu*. Ta mu pomůže dostatečně a bezpečně zpracovat aktuální události a přispěje k jejich uzavření v jeho psychice. Výsledkem je pak lepší připravenost ke zvládnání a bezpečnému plnění dalších úkolů, návrat k běžné činnosti a výkonnosti. Jde rovněž o prevenci možné kumulace nezpracovaných profesních situací, které mohou zdravotníka dlouhodobě zatěžovat, snižovat kvalitu jeho výkonu a zvyšovat míru rizika profesního pochybení. (<https://spis.cz/>)

Jedním z prvotních modelů pro vznik peer podpory byla podle Tunajek (2007) například skupina „Anonymní alkoholici“, ve které byla pomoc založena na předpokladu, že člověk, který prožil a překonal alkoholismus, může předáním vlastních zkušeností a pocitů účinně pomoci ostatním zotavujícím se alkoholikům. V následujících letech se **podpora pomoci peer-to-peer** rozšířila do mnoha oblastí, profesionálních organizací a ukázala se jako nesmírně důležitá při pomoci lidem, kteří procházejí obtížnými situacemi. Vzájemná podpora využívá dialog k budování a rozvoji alternativního myšlení, které vytváří silné interakce s prostředím. Ústředním bodem je atmosféra, která umožňuje jednotlivcům vyjádřit své potřeby a obavy bez hrozby nebo donucování. **Klíčovými zásadami vzájemné podpory jsou proto participativní naslouchání, bezpečí a důvěra.** (Sandra Tunajek, 2007)

Schéma 1: Schéma podpůrných vztahů



Zdroj LEE Denis 2003, str.3

Koncepčním základem pro efektivní rozvoj, implementaci, vyhodnocení a porovnání intervencí kolegiální podpory a zároveň možným návodem pro další koncepční a empirický výzkum v této oblasti může být například práce Cindy LEE Denis publikované v roce 2003. Tento příspěvek zdůrazňuje jednu z možných strategií směřující k lepšímu pochopení koncepce kolegiální peer podpory. Tato koncepční analýza představuje v ošetrovatelské profesi teoretický základ pro zlepšení vývoje, implementaci, hodnocení a srovnání vzájemných intervencí a jejich dopadu na zdraví, zdravotní chování a využití zdravotnických služeb. Předchůdce vzájemné podpory byly vymezeny a potenciální pozitivní zdravotní důsledky pro personál byly prozkoumány prostřednictvím modelů přímého, vyrovnávacího a zprostředkujícího efektu.

2.1.2. Systém kolegiální psychosociální intervenční služby (SPIS)

Psychosociální peer podpora je poskytována členům integrovaného záchranného systému a zdravotníkům v České republice prostřednictvím Systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Ve zdravotnictví systém poskytuje prostřednictvím vyškolených zdravotníků podporu svým kolegům záchranářům, lékařům a zdravotním sestřám v náročných profesních situacích, se kterými se těžko vyrovnávají. (<https://spis.cz/>)

V České republice funguje skupina pro zavádění Systému psychosociální intervenční služby, která je od roku 2009 koordinována Odborem bezpečnosti a krizového řízení MZČR. (Štancel et al., 2012) Na podzim 2010 byl Systém psychosociální služby oficiálně ustanoven, a to podpisem ministra zdravotnictví. V roce 2011 bylo zajištění psychosociálních služeb zakotveno v zákoně č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, jako součást povinností poskytovatele ZZS. Ministerstvo zdravotnictví zároveň do jara 2012 SPIS organizačně garantovalo. V rámci budování celostátního systému byli jmenováni odborní garanti a krajsí koordinátoři. V tomto období se SPIS etabloval především na jednotlivých krajských zdravotnických záchranných službách, kde se v různé míře rozvíjel a začal být využíván. Na jaře 2012 přešel SPIS zpod záštity MZČR do gesce Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Odbornou garanci poskytla Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS J.E.Purkyně. V roce 2012 byla rovněž zahájena snaha o podporu SPIS ze strany nemocnic. Do projektu se dosud zapojilo několik velkých nemocnic, například Fakultní nemocnice Olomouc, Ostrava, Hradec Králové či Královské Vinohrady. Do dnešních dnů projevil o spolupráci a výcvik vlastních peerů zájem řada dalších nemocnic. Systém rovněž navazuje kontakt a prvotní spolupráci se zdravotnickými školami s cílem

edukovat studenty – budoucí zdravotníky o problematice psychické zátěže, potřebě a možnostech sebezpěče v tomto směru.

Vzdělávání peerů je zajištěno prostřednictvím NCO NZO v Brně. Zde došlo k vytvoření certifikovaného kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných situací*“, který má za úkol připravovat do praxe zdravotnické peery. Výcvik je zakončen kolokviem a má platnost pro území České republiky. Absolvent certifikovaného kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných situací*“ získává zvláštní odbornou způsobilost k výkonu peer podpory. Soustavné vzdělávání je zajištěno tím, že každý peer SPIS je následně povinen se minimálně jednou za 12 měsíců aktivně zúčastnit odborné akce zaměřené na problematiku SPIS. O účasti obdrží doklad. Jestliže se nezúčastní 2x po sobě, bude ze systému SPIS vyřazen. Každoročně jsou organizovány odborné konference zaměřené na téma rozvíjejícího se systému.

Klíčovým a základním prvkem všech aktivit SPIS je prevence, psychická pomoc, vzdělávání a doškolování zaměstnanců, protože pouze poučený personál včas rozpozná známky zvýšeného stresu a požádá o pomoc. Péče je nejčastěji jednorázová, trvá krátkou dobu, je účelná, směřuje ke zmírnění stresu, stabilizuje situaci a chrání před následky působení stresu z prožitých událostí. Mobilizuje zdroje pomoci a směřuje k co nerychlejší obnově fungování jedince. Je kladen důraz na osobní zodpovědnost každého zdravotníka za své vlastní zdraví.

V rámci SPIS jsou vypracovány techniky jako debriefing, defusing, demobilizace a podpora na místě události. Debriefing je obsahově řízená diskuse spojená s edukací. V procesu se pracuje se vzpomínkami na nepříjemnou událost, s prožitými myšlenkami, které vzpomínky vyvolávají. Jde o praktickou intervenci, zaměřenou na zmírnění působení stresu, má stabilizovat situaci, a hlavně mobilizovat vlastní zdroje takovým způsobem, aby byl zdravotník schopen fungovat normálně co nejdříve. Defusing je chápán jako uvolňovací rozhovor, který směřuje ke zmírnění kognitivních, emocionálních a fyziologických příznaků explozivních reakcí. Probíhá ihned po události nebo do 8 hodin po ní. Cílem demobilizace je tzv. „vypnutí vnitřního autopilota“ pracovníků na konci směny s nadlimitní zátěží. Podpora na místě události je krátká, praktická a je určená ke zmírnění stresu.

System psychosociální intervenční služby zajišťuje následující skupina lidí: peer, psycholog nebo psychiatr, koordinátor či odborný garant. Peer tvoří základní rovinu, je to

kolega, který má podobné zážitky a zkušenosti. Nekritizuje, nesoudí, neradí, ale především poslouchá, podporuje a je diskrétní. (Štancel et al., 2012) Všichni poskytovatelé SPIS jsou povinni řídit se Etickým kodexem poskytovatele Systému psychosociální intervenční služby v resortu zdravotnictví (SPIS), který slouží k ochraně poskytovatele služeb, při vymezení hranic jeho péče i k ochraně klienta (uživatele) před poškozením způsobeným nevhodně použitými postupy intervence.

2.2 Kritéria pracovní spokojenosti sestry

2.2.1 Pracovní spokojenost

Je-li sestra v dobré psychické pohodě, můžeme očekávat, že své povolání bude vykonávat dobře. (Křivohlavý, 2011)

Pracovní spokojenost je poměrně složitý a rozdílně definovaný pojem, nejčastěji definován jako pozitivní emocionální stav, který vyplývá z hodnocení práce nebo pracovní zkušenosti. Zahrnuje tři komponenty, emocionální, kognitivní a konativní. (Locke 1969 in Haroková, Gurková, 2012) V souvislosti s pracovní spokojeností je nejznámější a nejčastěji citovaná **Herzbergova teorie dvou faktorů**, která jistě platí i ve zdravotnictví a zaměřuje se na vnitřní a vnější motivační faktory a značně přispívá k objasnění toho, co zaměstnanec na pracovišti motivuje. **Hygienické faktory** jsou součástí práce samotné a zahrnují firemní politiku, způsob řízení firmy, vztahy s nadřízenými pracovníky, pracovní podmínky, plat/mzdu, vztahy mezi kolegy a jistotu zaměstnání. **Faktory motivační** tvoří pocit dosažení výsledků, uznání, práce samotná, karierní a osobní růst. V ošetrovatelství souvisí nárůst zájmu o pracovní spokojenost sester s jejími sociálně politickými aspekty, se kterými jsme v evropském kontextu konfrontováni. (Haroková, Gurková 2012) Pracovní spokojenost sester má vliv na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí, což dokládá například studie Tzenga et al. (in Haroková, Gurková, 2012), kde byl testován konceptuální model vztahů mezi celkovou spokojeností pacientů s poskytovanou péčí a pracovní spokojeností sester.

Sestra je hlavním nositelem ošetrovatelské péče, a vedle vhodných charakterových vlastností jako je trpělivost, laskavost, schopnost naslouchat, ochota pomáhat, péče o interpersonální vztahy, se od ní také očekává vysoká odbornost podložená celoživotním vzděláváním a fyzická zdatnost. Již v přípravě na zdravotnickou profesi se předpokládá fyzické

a psychické nároky prověřují. To proto, aby se sestry mohly zadaptovat a přijmout zodpovědnost nejen za svou práci, ale i za sebe. (Zachová 2017)

Zejména v posledních letech je patrný výrazný nárůst požadavků na kvalitu fyzické i psychické odolnosti sestry. (Loskotová et.al.2020) K tomu, aby sestra ve své profesi splnila všechny tyto požadavky, je nutné, aby byly splněny také podmínky, zajišťující její pracovní spokojenost, která souvisí s motivací k práci, s pracovním nasazením a v konečném důsledku s tím nejpodstatnějším, s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče. Pracovní spokojenost může být chápána různě, jako obecný popis stavu, jako kritérium pro hodnocení personální politiky, jako hnací síla jedince nebo jako překážka v práci. (Vévoda, 2013)

Tématu pracovní spokojenosti sester je věnováno mnoho odborných článků a publikací. (Kršková et al., Tichý 2015, Vévodová et al. 2016) Podle většiny z nich je zásadní zejména dostatečný počet kvalifikovaných sester, úroveň jejich vzdělání a dostatečná erudice ovlivňují kvalitu poskytované péče v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Ve zdravotnictví jsou motivace a pracovní spokojenost studovány již od 30. let 20. století. Hartl například popisuje studii, kterou uskutečnil Nahm (1940 in Hartl, 2001) a zjistila, že proměnné jako délka pracovní doby, postoj k práci, vztah k managementu, rovnováha pracovního a osobního života, příjem a příležitost k postupu, odlišují spokojenou zdravotní sestru od nespokojené. Současná pozornost odborné veřejnosti se stále více zaměřuje na vytvoření takového prostředí, které by omezilo fluktuaci zdravotnických pracovníků, a tak např. zabránilo problémům pramenícím z jejich nedostatku. Cílem je uspořádat nemocnicím náklady, které jsou spojené s náborem nových pracovníků či vznikající sníženou kvalitou poskytované zdravotní péče. (Hartl 2001)

Nenaplněná očekávání a opakující se situace, kdy sestra nemá podmínky k realizaci ošetrovatelského procesu, k uspokojení potřeb pacienta a naplňování vlastních profesních rolí, často vede k distresu. Jeho projevy pak mohou vyvrcholit syndromem vyhoření nebo odchodem ze zaměstnání, v některých případech i odchodem z profese. Podobný názor sdílí i Rambousková (2010). Podle ní téma motivace a spokojenost všeobecných sester bude aktuální, dokud se počet sesterského personálu alespoň částečně nestabilizuje, protože právě nedostatek sesterského personálu patří k hlavním demotivačním faktorům sesterské profese. Pro odstranění problémů je nutné, aby se otevřela diskuse mezi sestrami, vedením zdravotnických zařízení, odborovými a profesními organizacemi a Ministerstvem zdravotnictví. Všeobecné sestry by měly otevřeně mluvit o svých požadavcích. Ve výzkumech by se měl

angažovat zejména management jednotlivých zdravotnických zařízení, jež postrádá dostatek všeobecných sester. Pokud budou sestry dlouhodobě nedostatečně motivované, problémem nebude pouze vysoký výskyt fluktuace, ale také výskyt psychických a somatických obtíží končících mnohdy až syndromem vyhoření. (Rambousková 2010)

Dalším hlediskem pracovní spokojenosti je podle některých autorů zájem zaměstnavatelů a top managementu. Na dnešním trhu zdravotní péče manažeři v oblasti ošetrovatelství zjevně nesou obrovskou odpovědnost za úspěch nebo neúspěch náboru zaměstnanců, protože ovlivňují využívání zdrojů a výslednou spokojenost pacientů (Judkins, 2004, Judkins et al. 2006). Hrají také zásadní roli při poskytování vstupů a vedení pro řízení změn, morálky, udržení a směřování postojů zaměstnanců ke změně organizačních struktur (Mathena, 2002 in Judkins et al. 2006). Bohužel, navzdory vysoké úrovni osobních úspěchů, mnozí přicházejí do role manažera ošetrovatelství s malými nebo žádnými manažerskými zkušenostmi, byli jmenováni do funkce díky příkladným ošetrovatelským dovednostem, nikoli kvůli odborným znalostem z oblasti managementu. Navzdory orientaci na roli není většina z nich dostatečně připravena na požadavky, nemá potřebnou energii a vnitřní zdroje nutné pro tuto pozici (Keane, DuCette, Adler, 1985 in Judkins et al. 2006).

Silvie Madziová (2013) ve svém článku popisuje, že všeobecným sestřám není z celospolečenského hlediska věnována dostatečná pozornost. Jiná zaměstnání mají podle ní například v rámci preventivních programů pravidelnou regenerační a lázeňskou péči. Tato nejpočetnější skupina zdravotníků by se měla udržovat co nejdéle v optimálním zdravotním stavu, zaměřovat se na prevenci chorob a úrazů, a dosáhnout tak psychické spokojenosti a maximálního fyzického a psychického potenciálu. Pracovní nespokojenost sester je v řadě případů důvodem jejich odchodu ze zaměstnání, přitom jejich nedostatek je velkým problémem pro většinu zdravotnických zařízení nejen v České republice. V této souvislosti je potřeba uvést, že odchody ze stávající pozice mohou znamenat změnu pracoviště v rámci stejné organizace, odchod od tohoto zaměstnavatele nebo v nejkrajnější variantě, odchod z profese. Odchody z profese přitom znamenají pro zdravotní systém největší zátěž, včetně obtížně vyčíslitelných nákladů spojených např. s adaptací nově nastupujících zaměstnanců, jejich vzděláním, ale také sníženou kvalitou péče z důvodu nedostatečného personálního zajištění. Právě pracovní prostředí sester je dlouhodobě považováno za zdroj faktorů, které mohou být pro rozhodnutí o změně zaměstnání a profese velmi zásadní. Řešení kvality pracovního prostředí zdravotnických pracovníků včetně sester se zdá být pro dosažení jejich optimálního

počtu v budoucnu zásadní, stejně jako pro dosažení optimální úrovně kvality poskytované péče.

Velkou a v posledních letech opakovaně citovanou studií zabývající se faktory ovlivňujícími odchody sester z profese byla RN4CAST (Sermeus et al. 2011 in Heczková 2017)), jejíž prvotní šetření v letech 2009–2011 bylo provedeno ve 12 evropských a 3 mimo evropských zemích. Významným faktorem v rámci pracovní spokojenosti se ukázala být pracovní zátěž, která úzce souvisí právě s nedostatkem kvalifikovaných sester. Průměrný počet pacientů, který připadal na jednu sestru ve směně, zvyšoval pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření, pracovní nespokojenosti a úvah o změně zaměstnání u sester. (Heczková, 2017) Také podle Harta (2001) více než polovina všeobecných sester, které chtějí potenciaálně odejít ze zaměstnání, uvedla jako důvod odchodu právě nízkou pracovní spokojenost. K faktorům ovlivňujícím motivaci a pracovní spokojenost dle Herzbergovy teorie pracovní spokojenosti (Herzberg, Mausner, Snyderman, 2003) patří 14 faktorů pracovního prostředí, např. možnost kariérového postupu, mzda/plat, uznání osobního výsledku práce, jistota pracovního místa, práce samotná.

Ministerstvo zdravotnictví se pokouší nepříznivou situaci stabilizovat postupným navyšováním platů zdravotnických pracovníků. Výše finančního ohodnocení bývá v médiích v souvislosti s nedostatkem sester zmiňována opakovaně na prvních místech. Dostupné výsledky provedených šetření již takto jednoznačně nehovoří. Přestože může významně ovlivnit rozhodnutí odejít ze zaměstnání, je finanční ohodnocení považováno spíše za tzv. „preventor“ pracovní nespokojenosti. Podle šetření (Ivanová K, Nakládalová M, Vévoda 2021) provedeného v kontextu České republiky v době finanční krize (2011–2012) je výše finančního ohodnocení nejméně saturovaný a nejvýše preferovaný faktor podílející se na pracovní spokojenosti u sester, jeho navýšení může sice přispět k udržení zaměstnanců na jejich současné pracovní pozici, jedná se však o faktor krátkodobý, který nevede zároveň k nárůstu dlouhodobé pracovní spokojenosti. (Heczková 2017) Ne všichni autoři se ale ve výsledcích svých studií shodují. Ivanová et al. (2013) zjistila u souboru 3081 všeobecných sester, že nejvíce preferovaným faktorem je u všeobecných sester právě „mzda/plat“, který je zde zároveň považován za faktor nejdůležitější, naopak nejméně preferovaným faktorem je faktor „sociální výhody“. (Štikar et al., 2003 in Šárka Ježorská et al., 2014) Jednou z diskutovaných možností stabilizace sesterského personálu je doplnění jejich počtu pracovníky ze zahraničí. Není možné spoléhat pouze na potenciaálně rychlá a „jednoduchá“ řešení formou úpravy finančního ohodnocení nebo změny systému vzdělávání sester, ale bude nezbytné zabývat se

také velmi podrobně pracovním prostředím (Heczková, 2017) Nezbytným předpokladem pro snížení fluktuace zdravotnických pracovníků je především motivovaný personál. V zájmu manažerů ve zdravotnictví by tedy měla být mimo jiné zejména saturace potřeb těchto pracovníků, protože udržení kvalitních pracovníků je z mnoha hledisek výhodnější než získání nových zaměstnanců (Vévoda et al., 2010). Podle hlavní sestry ČR Mgr. Strnadové rychlá řešení neexistují. Jde podle ní o komplex změn, na nichž se musí společně podílet Ministerstvo zdravotnictví, poskytovatelé péče i plátcí. (medical tribune 2021) Jak ukázala pandemie Covid-19, sestry jsou nepostradatelné, nemůže je v praxi nikdo nahradit. Celkový nedostatek sester, které jsou největší profesní skupinou v sektoru zdravotnictví je problém celosvětový. Podle WHO jich v současné době chybí nejméně šest miliónů. (Polanská 2021)

2.2.2 Stres v práci sestry

Stres je častým problémem v ošetrovatelské profesi v celém světě a je popisován mnoha autory minimálně od poloviny dvacátého století. Moustaka (2010) se například ve svém článku odkazuje na výzkumy Kahna (1964 in Moustaka, 2010) z roku 1964. Stres může sice do určité míry zlepšit výkonnost lidí a také kvalitu života, dá se dokonce říci, že eustres je pro dobrý výkon práce nezbytný, pokud se ale tlak na sestry stává nadměrným, dochází k distresu, který je již škodlivý a na výkon práce má negativní vliv. Podobný postoj sdílí Hallová (2016). Podle ní přiměřený tlak v práci může mít pozitivní vliv, podpořit naši energii a motivovat nás k dobrým výkonům. Je-li tlak příliš silný, může mít negativní dopad, což vede ke stresu a rostoucí úzkosti. Baronet (1999 in Landsbergis 2009) poukazuje také na možnost pozitivního vlivu stresu na naše zdraví, podle něj je na stres potřeba pohlížet jako na soubor reakcí, které se mohou projevat od pocitu stresu mírného a středního až k pocitům vážného utrpení.

Stres je označován jako "moderní epidemie", a přestože se o stresu ve zdravotnictví často hovoří a je předmětem zkoumání, z rostoucí míry nemocnosti zdravotních sester v souvislosti s duševním zdravím, je zřejmé, že stres roste.

Stresovou situací může být také stav, kdy jedinec není spokojen se současnou situací a touží po změně. (Marešová, 2017) Úřad pro národní statistiku o nemoci, který je součástí Úřadu pro národní statistiku Velké Británie identifikuje ošetrovatelství jako obzvláště stresové povolání, což se odráží v počtu zdravotních sester v pracovní neschopnosti související se stresem. Počet zdravotních sester, které si berou volno, se ve Velké Británii výrazně zvýšil

a podle Royal College of Nursing (RCN) až tři čtvrtiny zdravotních sester cítí, že stres související s prací se neustále stupňuje. (Halová 2016)

Velmi výrazný nárůst stresových situací v každodenní práci sester přinesla pandemie Covid-19. Naprostá většina z nich pocítovala velké pracovní přetížení, velmi často se řešily konflikty v týmu, změna pracovní náplně, kdy sestra musela vykonávat jinou práci, než na kterou byla zvyklá, někdy na oddělení s odlišnou odborností, jinou skladbou pacientů, kdy přecházela například z radostného novorozeneckého oddělení na plicní nebo na Internu, kde se setkávala denně s umírajícími a zemřelými pacienty. To vše znamenalo výrazné zatížení psychiky zdravotníků. Do toho samozřejmě přistoupily přesahy do soukromého života. Zdravotníci jsou zároveň rodiči se všemi k tomu patřícími povinnostmi, ale také dětmi, které musejí pečovat o své rodiče nebo jim pomáhat. Vzhledem k přepracování a mnoha přesčasům se jim ale nedostávalo síly a energie. V posledních týdnech pandemie šlo již o hraniční přetížení, kdy byla řada sester i ostatních zdravotníků v pracovní neschopnosti s obtížemi psychosomatického a psychického rázu. (Humpal 2021) Jedna ze sester pracujících v Itálii srovnává tuto Covidovou zkušenost v zaměstnání se světovou válkou. *„Je to zážitek, který bych přirovnala ke světové válce.“* (Wattson 2020, s. 2742) Jiná zdravotní sestra z intenzivní péče popsala své emoce ve Velké Británii 4.dubna 2020 na BBC zpravodajství: *„Jsme sraženi na kolena, docházejí nám síly, je to neuvěřitelně obtížné, všichni se snažíme, jak nejlépe dokážeme, ale už víc nezmůžeme.... máme pocit, že bychom měli dělat víc, a já vím, že nemůžeme. Všem se ze dne na den změnil svět a ten, ve kterém jsme dosud žili, je nenávratně pryč. Jsme odtrženi od našich rodin, vystavujeme se nebezpečí, a pokoušíme se zachránit blízké jiných, připadá mi to jako prohraná bitva, ale tak to nemůže být, všichni máme naději a všichni se snažíme co můžeme.“* (Wattson 2020, s. 2742)

Sestry nejenže zažívají nárůst objemu a intenzity své práce, ale také se musí přizpůsobit novým požadavkům a změněným standardům. Samostatná povaha péče a nové způsoby práce jsou pro zaměstnance potenciálně velmi stresující. Časté jsou obavy sester o vlastní zdraví a zdraví svých blízkých. Vystavení přímému kontaktu s potenciálně smrtícím virem a stres s tím spojený, je příčinou úvah sester, zda nadále setrvat v ošetrovatelské profesi. (Jiang, 2020). Mezi další faktory ovlivňující záměr profesi opustit patří nedostatek personálu a osobních ochranných prostředků (OOP) nebo nedostatek organizační podpory ze strany zaměstnavatele. (Kim,2018). Podle článku Journal of Clinical Nursing (2020), který vyšel v době první vlny pandemie Covid-19, byl podle sester zcela nedostatečný přístup k ochranným prostředkům a k testování antigenními testy. Jako další stresující faktory sestry

uvedly nepohodlí a únavu vyplývající z neúměrně dlouhých směn strávených nošením kompletních OOP a také komunikační bariéru při nošení OOP mezi kolegy a při péči o pacienty. Sestry často neslyšely pacienty a pacienti nemohli vidět ani slyšet sestry.

Mnoho stresových situací přináší také práce sestry manažerky, která má zodpovědnost nejen za sebe, ale také za své podřízené. Tato zodpovědnost přímo úměrně narůstá s mírou manažerské zodpovědnosti. Manažer musí vždy nejprve zvládat stres sám u sebe, teprve pak může pomáhat svým podřízeným. Ztráty způsobené neřešeným stresem zaměstnanců (ztráty ekonomické, emocionální i zdravotní) jsou přitom nepředstavitelně vysoké. (Hekelová 2014)

2.2.3 Významné stresory v profesi sestry

Ve svých závěrech popisujících stresory v ošetrovatelské praxi, se shodují autoři studií staršího data i studií posledních let. (Lambergis 2009, Loo- See, 2012, Kokoroko, Sanda 2019, Ross et al. 2019) Stresory v práci sester podle Jobánkové (2007) pokrývají především vztahovou složku profese a je možno je dále členit na **problémy ve vztazích mezi sestrou a pacientem, sestrou a rodinnými příslušníky nemocného a vzájemné vztahy mezi zdravotnickými pracovníky** na daném pracovišti. Všechny tyto složky jsou víceméně rovnoměrně zastoupeny.

Ve vztazích mezi sestrou a pacientem vystupují do popředí problémy, s nimiž si sestra v dané chvíli neví rady, cítí se zaskočená, bezradná, ublížená, prožívá pocity křivdy. Neví si rady především se slovními projevy strachu pacienta z blížící se smrti, s jeho stesky a bolestí, s verbálními útoky na svoji osobu, sexuálními nárazkami a nabízením různých úplatků v očekávání větší pozornosti a pečovatelských aktivit. Víceméně obdobné projevy se promítají i do vztahu s rodinou nemocného, kde navíc jako významná zátěžová situace vystupuje do popředí předávání pozůstalosti po zemřelém pacientovi, výčitky rodinných příslušníků týkající se zanedbání péče o pacienta a v některých případech naopak absolutní nezájem rodiny o jejich nemocného příslušníka hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení.

V pracovních vztazích jsou jako kritické incidenty nejčastěji uváděny konflikty mezi sestrou a lékařem, které sestry často vnímají jako ponižující, protože se nezřídka odehrávají před pacientem, a dále časté problémy přenášení lékařských kompetencí na sestru,

probíhající způsobem, kterému se sestra neumí bránit. Podle studie Vicara (2003), která se zabývá pojetím stresu na pracovišti v ošetrovatelství, je přechod z eustresu k následné úzkosti u sester velmi subjektivní proces, protože celkově je vnímání stresu velmi subjektivní a náročnost ošetrovatelské praxe může vést k rozdílům při identifikaci zdrojů stresu, zejména v souvislosti se změnou pracoviště a pozice zdravotních sester, což je v současné době ve zdravotnictví velmi časté. Tento proces je závislý na vztahu mezi jednotlivcem a jeho prostředím. I když je Vicarou (2003) zjištěno, že pracovní vytížení, styl vedení, profesní vztahy a emocionální požadavky jsou nejčastěji identifikovanými faktory, které způsobují zaměstnancům potíže na pracovišti, je zřejmé, že jejich dopad se značně liší. Existují rozdíly ve vnímání mezi zdravotními sestrami na různých pracovištích, a dokonce i mezi jednotlivci na stejném pracovišti. Jako další významné zdroje úzkosti v práci sestry byly identifikovány neadekvátní odměny a komplikace při práci na směny.

V poslední době se vliv stresu na zaměstnance výrazně zvýšil (McGowan 2001, Shader et al. 2001 in Landsbergis 2009, Fick 2020). Lze to usoudit zejména podle toho, že významně vzrostla intenzita nejčastěji identifikovaných zdrojů stresu. V tomto ohledu je zajímavé, že některé studie z roku 2000 (Demeroutia et al. in Landsbergis 2009) identifikovaly nedostatek odměn a práci na směny jako hlavní zdroje stresu, které se ale ve starších provedených studiích jako významné nejevily. Landsbergis (2009) považuje za nepravděpodobné, že by se emoční náročnost poskytování ošetrovatelské péče snížila, a považuje za možné, že se význam zdrojů stresu sesterské práce, jako je neodpovídající odměna a práce na směny v posledních letech významně zvýšil. Pokud by tomuto tak bylo, pak to naznačuje, že problémem se stává spíše rostoucí nespokojenost sester s podmínkami jejich práce než s ošetrovatelstvím samotným. Zdá se, že práce na směny a problémy s tím spojené jsou z pohledu sester stále významnějším zdrojem stresu, a to až do té míry, že vytlačují jiné důležité stresové zdroje. Ball et al. (2000 in Landsbergis 2009) zaznamenal, že nedostatečná odměna za práci je v sesterské profesi rostoucím zdrojem frustrace, přispívá k nespokojenosti s prací a výrazně přispívá ke vzniku syndromu vyhoření. Harrison a Duffin (2002 in Landsbergis 2009) tvrdí, že zlepšení finančního ohodnocení sesterské profese je jedinou možností, jak dlouhodobě zlepšit problémy s náborem sester a jejich udržením ve zdravotnictví.

Také podle Vévodové (2016) mezi nejčastější stresory v práci všeobecných sester patří práce na směny, nízká sociální opora a nízké finanční ohodnocení, jako další označila setkávání se se smrtí hlavně u mladých pacientů, nedostatek ošetrovatelského personálu, dále práce s nedostatečně zkušeným personálem, jednání s agresivními pacienty a jejich

rodinami, nepodporující chování lékaře nebo kolegy a umělé prodlužování života pacientů. K dalším významným stresorům v práci sester patří trvalé riziko krizové situace, vážné a nepředvídatelné změny ve stavu pacienta. (Marešová 2017)

Podle Bilavčíkové a Karafiátové (2010) s sebou profese sestry nese také velké riziko ohrožení zdraví. Podle sester samotných je to zejména riziko infekce, alergie, rozvrat denního přirozeného režimu a v neposlední řadě také zranění způsobená agresivními pacienty. Dalším zdrojem stresu je velká pracovní odpovědnost, spojená s péčí o pacienty, často bohužel sestry z důvodu personálního nedostatku vykonávají i práci za jiné profese. S péčí o pacienty je spojen také pocit bezmoci při ošetřování nevyлéčitelně nemocných či umírajících pacientů. Snížení možného stresu lze docílit i dobrou organizací práce na pracovištích.

Podobnou problematikou se zabývá Moustaka (2010), který ve své práci popisuje nejednoznačnost a konflikt rolí jako podstatný stresující faktor práce sestry. Nejednoznačnost lze definovat jako nejasnost týkající se cílů a povinností sester, zatímco konflikt rolí lze definovat jako rozpor mezi profesními rolemi sester. Stres u jednotlivců nebo skupin nastává, když je jejich situace příliš složitá, nejednoznačná a nejasná a zároveň vysoce náročná, pokud jde o profesní způsobilost. Tyto hodnoty mohou být v konfliktu (Mareš, 2016)

Problémem může být také absence strukturálních prostředků k naplnění profesních požadavků sester. Podle Kahnovy studie, která prostřednictvím dotazníku oslovila sestry v USA, Kanadě, Anglii, Skotsku a Německu, kterou Moustaka (Kahn 1964 in Moustaka 2010) popisuje, přibližně 50 % z oslovených 43 000 sester pociťuje nesoulad mezi možnostmi v praxi a jejich profesionální rolí, což naznačuje, že sestry vnímají zásadní konflikt mezi očekáváním a realitou jejich práce.

2.2.4 Pracovní prostředí

Pracovní prostředí je ve většině dostupných výzkumů a studií velmi důležitým faktorem při posuzování pracovní spokojenosti sester. Pro management zdravotnických zařízení by tato informace měla být předmětem prvotního zájmu.

Hlavní a liniový management by se podle Herzbergerovy motivační teorie ještě před tím, než začne motivovat k práci sestry, měl na svém oddělení ujistit, zda prostředí, ve kterém sestry pracují, uspokojuje jejich potřeby, zda se v něm cítí šťastné a jestli je na oddělení dobrá atmosféra. (Kršková et al 2019)

Velmi důležitou oblastí pracovního prostředí sester, které ovlivňují pracovní spokojenost a spadají též do oblasti sociální podpory, jsou **vztahy na pracovišti**. Potvrzují to některé provedené studie. Například Tsang (2012) referuje o výsledcích jím realizovaného výzkumu na dialyzačním oddělení v lékařském centru v Tchaj-pej, ve Thajwanu, ve kterém zjistil, že personál, mezi kterým funguje pevné přátelství, může poskytovat vhodné psychologické zázemí a působí jako silná podpora pro všechny jeho členy. Podobný názor sdílí studie Elseivera (2020) ze Španělska, která prokázala, že vzájemný respekt, a dokonce navázání komunikace mimo pracovní prostředí byly charakteristikou dobrých sociálních vztahů na pracovišti. Podobné výsledky interpretuje ve své studii z nemocnice v Íránu Zeinab a Habibpour, (2018) Závěrečné výsledky této studie prokázaly, že sestry pozitivně vnímaly podporu svých kolegů na pracovišti.

Podpora spolupracovníků je multidimenzionální jev a je ovlivňován různými faktory. Mrayyan a Al-Faouri (2008) ve své studii uvedli, že pracovní výkon sester je ovlivněn proměnnými vlivy, jako je vedení, manažerské dovednosti, kariérní a profesní kompetence, pracovní zátěž, uznání úspěchu, pracovní spokojenost, vzdělání a dovednosti zaměstnance, věk, sociální podpora, podpůrná komunikace a zpětná vazba a holistický přístup řízení ke svým zaměstnancům. Kvalitní vztahy jsou dobrým předpokladem dobrého fungování celého zdravotnického týmu a odrážejí se ve výsledku na kvalitě péče o pacienty.

Velmi často ale stresové prostředí může způsobit i konfliktní situace, jejichž podceňování vede k celkové pracovní nespokojenosti sester. (Hekelová 2017) Jedná se o **střety mezi sestrou a lékařem**, které sestra pociťuje jako nejvíce devalvující, zejména když se stanou před očima pacientů nebo jsou do konfliktu vtaženi kolegové. Časté jsou problémy při přesunování lékařských kompetencí na sestru, ke kterým mohou být navíc nuceny okolnostmi. Další posuzovanou situací je například rozhodování o prioritách v ošetřování nemocných, kdy lékař vyžaduje asistenci při výkonu, když sestra vykonává jinou činnost a lékařský výkon není pro pacienta akutní. Pokud chybí vzájemná tolerance, jsou pracovní vztahy narušeny.

Samozřejmě také nepřátelské **vztahy mezi sestrami** navzájem vedou k tíživé atmosféře, v níž se nejen špatně pracuje, ale tyto potíže vycítí i pacienti. Chování zdravotníků ovlivňuje zpětně celkovou atmosféru na pracovišti, tím i pocity pacientů a celý průběh ošetřovatelského procesu. Na odděleních, kde vládne spolupráce, vzájemný respekt a přátelské vztahy, se cítí dobře i pacienti, kteří mohou stejně tak vnímat rivalitu v kolektivu a rozepře

mezi personálem na pracovištích, kde jsou vzájemné vztahy narušeny. K podobnému závěru jako Zachová došel Khoa T., Tran ve své práci (Khoa T. Tran et al. 2018), jejímž cílem bylo prozkoumat účinky zdravých vztahů na pracovišti na pracovní chování zaměstnanců. Uvádí, že pracovní chování sester významně souvisí s kvalitou vztahů na pracovišti, spokojeností zaměstnanců a hodnocením výkonnosti.

I další autoři (Button 2008, Yang et al. 2015, Rohail 2017) se zabývají sledováním vztahu mezi sociální podporou spolupracovníků a výkonem práce. Výsledky ukazují, že **sociální podpora od spolupracovníků** byla pozitivně spojena s výkonem práce. To znamená, že sestry, které mají větší sociální podporu od spolupracovníků, mají tendenci podávat lepší výkon než sestry s menší podporou. Lze říci, že sestry, které mají pocit, že je jejich kolegové podporují, mají rády svou práci, pracují naplno a také cítí důvěru ke svým kolegům, nebojí se diskutovat s nimi o problémech na pracovišti, konzultují se svými spolupracovníky úkoly, o kterých pochybují a tím mohou eliminovat chyby při ošetrovatelské péči. (Basil H. Amarneh et al 2010)

Dobré pracovní vztahy se projevují vzájemnou důvěrou, emocionální podporou a respektem, lepší spoluprací v rámci pracoviště, jehož pozitivním výsledkem je zejména dosažení vyššího standardu kvality péče o pacienty. Na chování sester má také vliv vztah mezi nadřízenými a podřízenými, správný styl vedení a účelné zadávání úkolů.

Podle Marie R. Shirey (2020) vzhledem k tomu, že nemoci, které vznikají v souvislosti se stresem přispívají ke zvýšení nákladů na zdravotní péči a léčbu možných zdravotních problémů sester, je vytváření zdravého pracovního prostředí prioritou nejen pro udržení optimální pracovní výkonnosti sester. Tvrdí dále, že sestry manažerky hrají důležitou roli při vytváření pracovního prostředí sester a modelů kvalitního způsobu jejich práce. Minimalizace stresu sester ve zdravotnických zařízeních posiluje zvládnání rizik spojených se stresem a přispívá k udržení stabilního počtu zaměstnanců a jejich pracovní spokojenosti. Mají-li sestry podpůrné pracovní prostředí, zlepšuje se jejich sebepéče a sebeúcta a snižuje se tendence k fluktuaci. Je velmi důležité, jakým způsobem mezi sebou sestry komunikují, jaké jsou mezi nimi pracovní vztahy, jak si jedna druhé váží. Atmosféra na pracovišti, interpersonální vztahy přímo ovlivňují fyzické i emocionální zdraví. Podle společenských průzkumů dosahovalo společenské postavení sester, které v červnu 2012 ověřilo Centrum pro výzkum veřejného mínění na anketě Prestiž povolání, překvapivě na přibližně čtvrtou pozici z 28 nejběžnějších profesí, přičemž lékař se pohyboval na první pozici ze všech zmíněných

profesí. (Plachá 2015), v červnu 2019 ve stejném průzkumu dokonce stoupl na pozici třetí. (https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4986/f9/eu190724.pdf)

Na spokojenost s pracovním prostředím mají podle některých studií (Loskotová et al. 2015, Taliánová, Sluková 2018) také významný vliv materiální a technické vybavení jejich pracoviště. Sestry bývají také vystaveny celé řadě rizikových faktorů, např. manipulace s těžkými či obtížně uchopitelnými břemeny, vynucená pracovní poloha, náročné mikroklimatické podmínky (vyšší vlhkost a teplota v kombinaci s nošením osobních ochranných pracovních prostředků), hluk a vibrace při spuštění některých přístrojů, někde i celodenní práce pod umělým osvětlením, manipulace s nebezpečnými chemickými látkami a s biologickým materiálem. (Tuliánová, Sluková 2018)

2.2.5 Psychická a fyzická zátěž sester

Pracovní zátěž je dána mírou vyváženosti mezi výkonovou kapacitou člověka na jedné straně a požadavky a podmínkami, za kterých se uskutečňuje na straně druhé. V případě, že jsou obě tyto složky v rovnováze, je pracovní zátěž přiměřená. Pokud dojde k nerovnováze, jde o zátěž nepřiměřenou, označovanou jako zátěž z přetížení výkonové kapacity, respektive o zátěž nadlimitní. (Kamačková 2009)

Všeobecná sestra je důležitou členkou zdravotnického týmu, je v nejbližším, úzkém kontaktu s pacientem. Při realizaci pracovních kompetencí je vystavena zátěži, která plyne z podstaty ošetrovatelské profese. Složky pracovní zátěže – psychická a fyzická se navzájem prolínají a ovlivňují. Současně mají vliv na osobnost všeobecné sestry a tím také na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Psychická zátěž v práci sestry souvisí s mnoha faktory, mimo jiné také se sociálními interakcemi a komunikací. Velice náročné na fyzickou zátěž sestry jsou především ty ošetrovací jednotky, kde převažují částečně či zcela imobilní pacienti – například jednotky interní, geriatrické, neurologické, zařízení následné péče, domovy pro seniory a další. Proto je toto téma v současnosti velmi aktuální. (Machálková 2012)

Podle Marešové (2017), která prováděla na téma fyzické a psychické zátěže sester výzkumné šetření v nemocnicích a hospicích, mezi hlavní zátěžové situace a faktory působící na ošetrovatelský personál v této oblasti, je péče o umírající a kontakt s umírajícími, nevléčitelně nemocnými a trpícími pacienty, s agresivními pacienty, zmatenými pacienty, také komunikace s rodinami pacientů a dále pracovní a osobní podmínky. V neposlední řadě také působení konfliktu (střetu) názorů, neshod a rozporu v morální oblasti. K poskytování efektivní péče v těchto situacích je nutné, aby pečující osoby byly sociálně zralé a vybaveny

účinnými komunikačními dovednostmi. Ty také mohou usnadnit zvládání prožívání zátěžových situací ošetrovatelského personálu.

Podle průzkumu Marešové (2017) existuje statisticky velmi významný rozdíl v tom, které ze zatěžujících situací jsou častější dle druhu zařízení ($p < 0,05$). Téměř všichni respondenti (99 % z 255 oslovených) přiznali, že během výkonu svého povolání již někdy pocítili pracovní zátěž jako tíživou až neúnosnou. Z toho přes polovinu dotazovaných takové situace pocítuje občas (několikrát do roka), a 19 % dokonce často (několikrát do měsíce). Pouze 3 respondenti z celkového počtu uvedli, že takovou situaci ještě vůbec nepocítili a bylo to zdůvodněno částečným úvazkem.

Tímto problémem se zabývaly také Jobánková a Kvapilová (2007) a podle nich mezi nejčastěji uváděné zátěžové situace patří kontakt s umírajícím a následně s jeho rodinou, viditelné preferování některých pacientů na úkor ostatních a nedostatečná spolupráce mezi sestrami a lékaři. Podle Zálešákové (2011), která ve svém článku prezentuje výsledky výzkumu psychické zátěže sester na onkologických odděleních, u sester často hledají pomoc také pozůstalí, kteří po smrti blízkého člověka potřebují podporu, ne každé onkologické oddělení má ve svém týmu školeného krizového intervenanta nebo psychologa a komunikace s příbuznými je často na bedrech sester. Pro pozůstalé totiž může být mnohem přijatelnější hovořit o bolestivých a zraňujících záležitostech s cizím člověkem než se členem vlastní rodiny. Kritickými položkami v jejím výzkumu jsou také časový tlak, úbytek dlouhodobé výkonnosti, zodpovědnost, rychlé pracovní tempo v časové tísní způsobené nedostatečným personálním obsazením nebo nedostatečné materiálně-technické vybavení pracovišť.

Zejména koronavirová pandemie v posledním roce mnohonásobně zvýšila nápor na psychické síly všech zdravotníků včetně sester. Řada z nich není na takovou situaci připravena, nemají potřebné zkušenosti, někdy dostatečné odborné znalosti, zažívají častěji momenty, kdy už jejich stupeň péče nestačí, také jejich pacienti častěji umírají. Cítí i tíhu morální odpovědnosti vůči vyčerpaným podřízeným. Velmi jim také může chybět profesní podpora a vedení, jak s nastalou situací zacházet.

Bezmoc, vztek, strach i pláč patří k častým problémům, s nimiž se v současné náročné situaci zdravotníci obracejí o pomoc. Mnoho z nich ale i přes rostoucí nároky a psychickou zátěž odbornou podporu stále ještě nevyhledává. I anonymně jim přitom může pomoci Systém psychosociální intervenční služby (SPIS), jehož garantem je klinický psycholog se zaměřením na psychologii krizí a mimořádných událostí. (Lukáš Humpl, 2021)

Koronavirová pandemie, která se v České republice objevila v roce 2020 postupně poukázala na obrovskou psychickou zátěž všech zdravotníků včetně sester. Kromě rizika vlastního onemocnění se musejí vyrovnávat s nebývalým nárůstem poskytované péče, změnami v organizaci práce, přesčasy a dalšími faktory. A to vše při skutečnosti, že jsou sami partnery, rodiči a musejí významně omezovat naplňování svých osobních potřeb (Humpl 2021) upozorňuje PhDr. Lukáš Humpl, garant SPIS – Systému psychosociální intervenční služby. Navíc mnoho lidí, kteří duševní problémy prožívají, odbornou pomoc nevyhledá, protože si často závažnost svých obtíží nepřipouštějí nebo se bojí negativní reakce svého okolí, tedy stigmatizace.

Současné informace ze světa (Groves, Heris, Jackson 2020) jasně ukazují, že zdravotníci patří k velmi exponovaným skupinám s vysokým výskytem depresí a úzkostí. Podle českých listopadových dat (<https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-opatruj-se.pdf>) je výskyt psychických poruch u zdravotníků přibližně stejný, jako je populační průměr v ČR, trpí jimi tedy každý třetí zdravotník. Toto číslo ale podle PhDr. Winklera může být ovlivněno tím, že poslední údaje jsou z listopadu a od té doby se situace ještě zhoršila, i tím, že zdravotníků v dotazníku byl zastoupen jen malý vzorek. Důležité je podle něho vycházet ze signálů z reálné praxe. *„Podle našich zpráv z terénu na zdravotníky situace značně doléhá. Museli změnit systém své práce, které je podstatně víc, musejí plnit své další sociální role. Zároveň se setkávají s onemocněním v první linii a vidí přímé dopady pandemie. Oproti jaru, kdy tolik nemocných nebylo, je situace nyní odlišná, zasaženo je mnohem více lidí, kteří nemocnice přetěžují, a mnoho lidí umírá. Situace se navíc liší podle velikosti nemocnic, v závislosti na pohlaví, věku či pozici,“* potvrzuje i PhDr. Winkler. (Medical Tribune, 2021, s. 4)

Lze říct, že v podobných situacích se během covidové pandemie ocitají sestry na celém světě. Podle Jackson et al., (2020) například mnoho služeb v oblasti péče o duševní zdraví se téměř přes noc proměnilo z poskytování osobní péče a léčby na převážně virtuální službu po telefonu nebo pomocí videohovoru, což mnohonásobně zvyšuje zodpovědnost a nároky na práci. V mnoha oborech ošetrovatelské péče, se sestry přizpůsobují častějšímu poskytování péče o umírající, a jsou často přítomny mnohem rychlejšímu zhoršení zdravotního stavu pacientů, než na jaké jsou zvyklé. Pravidla izolace znamenají omezení přítomnosti rodiny u lůžka nemocného. Zdravotní sestry tak často zastupují v této roli rodinné příslušníky. Například při poskytování umělé plicní ventilace ve Spojeném království se poměr personálu a pacienta z 1:1 mění na poměr jedné zdravotní sestry k šesti nebo více ventilovaným pacientům, přičemž tým tvoří i sestry bez zkušeností s plicním ventilátorem. Kvůli větší

potřebě zdravotnických pracovníků mnoho zemí také přistoupilo k povolání studentů posledního ročníku ošetrovatelství, aby se připojili k registrovaným sestřám a ošetrovatelům, a vyzvalo sestry v důchodu, aby se vrátily do praxe (Jackson et al., 2020). Mnoho zdravotních sester bylo přerozděleno, pracují v jiných oborech, než se kterými mají zkušenost nebo v oborech s vyšší specializací. Všechny tyto faktory způsobují mnohem větší stres stávajícím zaměstnancům, což bude mít následky při nástupu nových členů týmu.

Důkazy ze studií o onemocnění COVID-19 a dalších infekčních respiračních onemocnění (Tiang 2020, Khalid, Qabajah, Barnard, Qushmaq 2016, Kim, Choi 2016, Nickell et al. 2004). odrážejí také velké obavy sester o vlastní zdraví tváří v tvář přímému kontaktu s potenciálně smrtelným virem a stres z konfrontace této obavy s povinností pokračovat v poskytování péče. (Tiang, 2020) Podle Niliuse (2021) je mimo jiné zdravotnická populace včetně sester pod enormním společenským tlakem. Jde o specifickou skupinu, která je chronicky vystavována náporu onemocnění, umírání a mediálnímu tlaku. Například u sester pracujících na covidových ARO je to často pocit tísně, která postupně přechází do stavů beznaděje a vyčerpání. Těžké jsou pro ně současné pracovní podmínky, které významně ovlivňují i jejich osobní životy, a v neposlední řadě je to obrovská nejistota s výhledem do budoucnosti. Mnohé zdravotníky také trápí to, jak na situaci reaguje společnost, která často není informována o realitě a rizika bagatelizuje. Běžnou reakcí pak může být vztek, který je odrazem pocitů bezmoci.

2.2.6 Syndrom vyhoření u sestry

Přesná definice syndromu vyhoření není dosud jednotná. Nejčastěji se používá definice Maslacha a Jacksonové: „*Burn-out je psychologický syndrom emočního vyčerpání, citového stažení (tzv. depersonalizace) a pokles osobní výkonnosti.*“ (Maslach., Jackson, 1999, s.192) Podobně zní výklad syndromu vyhoření podle Pohlové (et al., 2011), syndrom vyhoření je podle ní multifaktoriálně podmíněný jev a lze ho definovat jako stav celkového vyčerpání a depersonalizace, pocit ztráty smyslu vlastní práce. Podle Hekelové (2018) dlouhodobá ignorace nadprůměrné stresové zátěže při práci ve zdravotnictví může vést k syndromu vyhoření, který se řeší mnohem obtížněji než stres. Maslach a Jackson (1999) popsaly, že vyhoření je stav, ke kterému dochází v důsledku dlouhodobého nesouladu mezi osobou a alespoň jedním z následujících **šesti rozměrů práce**:

- **Pracovní vytížení:** nadměrné zatížení a požadavky, takže pracovní úkol nelze splnit;

- **Kontrola:** zaměstnanci nemají dostatečnou kontrolu nad zdroji potřebnými k dosažení nebo dokončení své práce;
- **Odměna:** nedostatek přiměřené odměny za odváděnou práci. Odměny mohou být finanční, sociální a vnitřní (tj. hrdost, kterou člověk může zažít při práci);
- **Komunita:** zaměstnanci nevnímají pocit pozitivních kontaktů se svými kolegy a manažery, což vede k frustraci a snižuje pravděpodobnost sociální podpory;
- **Spravedlnost:** zaměstnanec na pracovišti vnímá nespravedlnost, včetně nepřiměřené pracovní zátěže a neodpovídajícího platu;
- **Hodnoty:** zaměstnanci se cítí omezeni svou prací, je od nich vyžadováno, aby jednali proti svým vlastním hodnotám a přesvědčením nebo když dojde ke konfliktu mezi uznávanými hodnotami organizace a zaměstnance. (Maslach., Jackson, 1999 in Dall’Ora et al. 2020)

Fáze syndromu vyhoření v sesterské profesi:

- **Nadšení,** sestra má své představy, ideály, očekávání, hledá osobní smysl své práce;
- **Stagnace,** nadšení se ztrácí, nastupuje realita všednosti, nedaří se plnit požadavky, očekávání nejsou splněna;
- **Frustrace,** zklamání z nenaplněné efektivity vlastní práce, nesplněné ideály, mohou se objevit první tělesné a psychické potíže i v osobním životě;
- **Apatie,** uvědomění, že situaci nelze změnit, setrvávání v pracovní pozici kvůli výdělku, nedostatek vůle opustit zaměstnání;
- **Vyčerpání,** rezignace, výrazné projevy tělesné, psychické i sociální, ztráta koncentrace, porucha paměti, nutná pomoc odborníka, pracovní neschopnost, dlouhodobá léčba (Klevetová 2011).

Všechny projevy syndromu vyhoření samozřejmě ti, kdo jím trpí, nepocítí ují najednou a ve stejné intenzitě. Každý člověk reaguje jinak. Některé aspekty mohou být společné se stresem, mnoho dalších se však týká specificky pouze syndromu vyhoření, je třeba si uvědomit, že zejména ten poslední – potíže s koncentrací a pamětí – jsou pro práci sestry vzhledem k zodpovědnosti, kterou má, klíčové. Pokud je tedy zaznamenána, neměla by už s

řešením otázek. Zejména proto, že sestry jsou syndromem vyhoření nadprůměrně ohrožené (Hekelová 2018), je nezbytné, aby se věnovaly – a to od počátku svojí pracovní kariéry – aktivně psychohygieně. Jedině to jim pomůže buďto se velkým problémům zcela vyhnout, nebo alespoň zmírnit jejich dopad. K doporučeným preventivním opatřením patří dostatečně relaxovat, odpočívat, bránit se komunikačním nedorozuměním, konflikty neprodleně řešit, udržovat si kvalitní mezilidské vztahy, mít reálný náhled na sebe sama tedy ani se nepodceňovat, ani nepřeceňovat. Podceňovat se, či přeceňovat, má za následek vyšší míru frustrace, která syndrom vyhoření umocňuje. (Hekelová 2018) Za jeden z nejpodstatnějších faktorů podílejících se na vzniku syndromu vyhoření, je považováno působení zejména chronického stresu. Sestry patří mezi nejohroženější skupiny zejména proto, že i jejich práce se zpočátku vyznačuje obrovským nadšením a chutí do nové práce a také je provázána chronickým stresem. Syndrom vyhoření výrazně snižuje kvalitu života nemocného jedince, zhoršuje péči o klienty, zhoršuje vztahy s kolegy i sociální kontakty obecně a má nezanedbatelné ekonomické důsledky. Každý člověk, který je syndromem vyhoření ohrožen, by si měl být této skutečnosti vědom a měl by vědět, že požádat v kritické chvíli o pomoc není známkou selhání, ale naopak způsobem, jak syndromu vyhoření předcházet. (Pohlová et al., 2011)

2.3 Stres management, vysvětlení pojmu v pojetí a definicích různých autorů

Každodenní stres se sestry snaží zvládat různými způsoby, které mj. zahrnují fyzické cvičení, různé relaxační techniky, meditace, copingové strategie, získání sociální podpory, práci s týmem, supervizi (Marková 2006; Hejduk, 2015).

Ke copingovým strategiím sester můžeme řadit **čtyři typy**: (Vévodová et al., 2016)

2.3.1 Rekrece

Určuje míru, do jaké jedinec využívá a získává potěšení a odpočinek z pravidelných rekreačních a volnočasových aktivit, které považuje za relaxační a uspokojivé. Výsledky výzkumu Šárky Vévodové (et al. 2016) naznačují existenci vztahu mezi mírou vyhoření (všemi zjišťovanými složkami) a mírou, do jaké jedinec využívá copingovou strategii rekreace. Skupina sester, které nejsou vyhořelé v oblasti emocionálního vyčerpání, využívá a získává potěšení a odpočinek z pravidelných rekreačních a volnočasových činností v signifikantně vyšší míře než sestry, u nich byl prokázán syndrom vyhoření. (Vévodová et al. 2016)

2.3.2 Péče o sebe

Určuje míru, do jaké se jednatelce pravidelně věnuje osobním aktivitám, které redukuje a zmírňuje chronický stres (pravidelné cvičení, spánek, dietní strava, vyhýbání se návykovým látkám). Také tuto oblast copingové strategie popisuje ve své práci Šárka Ročková et al. (2016). Uvádí, že pokud se sestra pravidelně věnuje osobním aktivitám, které redukuje nebo zmírňuje chronický stres, snižuje tak možné riziko syndromu vyhoření. Rovněž podle Křivohlavého a Pečenkové (2004) musí sestra dodržovat zásady duševní hygieny, kterými je péče o sebe sama, péče o duši, o tělo, péče o vlastní myšlenkový arsenál. Pokud má sestra poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a být pacientům emocionální oporou, musí být v dobré duševní rovnováze.

Pro zvládání stresu lze využívat tři základní přístupy. Realizovat základní zvládání stresu, zejména vědět, co dělat, pokud se náhle stres objeví. Dalším přístupem je naučit se řídit vliv stresorů a třetím přístupem je vytvořit si vyvážený životní styl. Základní zvládání stresu zahrnuje řešení problémů, řešení pocitů, využití dostupné sociální podpory a redukci fyziologických reakcí, vyvolaných stresem. (Komačková 2009)

2.3.3 Racionálně/kognitivní zvládání

Určuje míru, do jaké jednatelce disponuje a využívá kognitivní zručnosti při pracovním stresu. Dokáže například při odchodu z práce domů vytěsnit prožitý pracovní den z mysli, je si vědom toho, že existují i jiná povolání, která by mohl vykonávat (Vévodová et al., 2016) Také toto tvrzení podporují výsledky provedeného výzkumu Šárky Ročkové et al. (2016) podle kterého byl zjištěn vztah mezi racionálním/kognitivním zvládáním a syndromem vyhoření. Pokud je sestra schopná oddělit pracovní a soukromý život, umí si určit priority při organizaci času, dokáže organizovat svůj styl práce a využívá další kognitivní dovednosti při pracovním stresu, je chráněna před syndromem vyhoření tvrdí Ročková.

2.3.4 Sociální opora

Určuje, do jaké míry jednatelce pociťuje podporu a pomoc svého okolí. Vliv sociální podpory sester na výkon a kvalitu jejich práce je předmětem několika zejména zahraničních studií.

Již v osmdesátých letech 20. století byly známy výsledky podobných výzkumů. Cobb (1976 in Basil H Amareneh et al. 2010) uvedl, že sociální podpora může chránit lidi před širokou škálou psychologických stavů a problémů duševního zdraví. **Mezi pozitivní**

důsledky sociální podpory patří osobní kompetence, pocit stability, uznání vlastních hodnot, snížení úzkosti i depresí a psychická pohoda.

Basil H Amareneh et al. (2010) se zabýval právě vlivem sociální podpory spolupracovníků na zlepšení pracovního výkonu jordánských nemocničních sester. K prozkoumání toho vztahu pomocí strukturované dotazníku, který zahrnoval Schwirianovu šesti dimenzí stupnici ošetrovatelského výkonu oslovil 365 sester. Výsledky výzkumu naznačily pozitivní vliv podpory od spolupracovníků na zvýšení produktivity práce a snížení problémů spojených se stresem. Podobnou studii provedl Hamaideh et al. (2008 in Basil H Amareneh et al. 2010) a výsledky jeho studie také ukázaly, že emoční podpora byla nejčastějším způsobem sociální podpory, které jordánské zdravotní sestry dostávaly. Pozitivní účinek sociální podpory spolupracovníků je dokládán snížením pracovního stresu a předcházením syndromu vyhoření. Vnímání podpory od kolegů a pocit podpory může zvýšit kvalitu péče a podpořit řešení stresových situací v ošetrovatelském procesu. Proto by se měli v tomto ohledu zaměstnanci i vedoucí pracovníci neustále zdokonalovat v komunikačních dovednostech. Studie také poukázala na to, že kolegiální podpora byla větší, než podpora od staničních a vrchních sester. Tato zjištění mohou naznačovat silný vztah mezi ošetrovatelským personálem a absencí kvalitních vztahů mezi sestrami a nadřízenými, což může mít negativní vliv na bezproblémový chod zdravotnického zařízení. (Mrayyan, Al-Faouri 2008)

Bartošíková (2006) ve své práci uvádí, že nedílnou součástí zvládnání pracovní zátěže a prevence syndromu vyhoření je právě sociální podpora, ať ze strany spolupracovníků, managementu, tak ze strany rodiny a přátel. Podobný názor zastává Vévodová (2016), když uvádí, že sociální opora pomáhá jednotlivcům udržet pozitivní zaměření a neustále usilovat o to, aby se vyrovnali s problémy spojenými s prací, patří k významným protektivním faktorům ve vztahu k syndromu vyhoření. Pokud nemá sestra dostatečnou míru sociální opory, obtížně zvládá množství stresových situací, které její profesi přináší. V tomto případě jsou pro ni důležité znalosti v oblasti využívání strategií k odbourávání stresu jak teoretické, tak především praktické. Tvrdí dále, že jestliže sestra neumí adekvátně zpracovat zátěžové situace a používá neefektivní zvládací strategie, projeví se to zkrácením ošetrovatelských úkonů u pacienta na nezbytné minimum.

Také podle Zachové (2007) jsou jednou z šancí předejít profesionální deformaci či syndromu vyhoření nácviky vhodných reakcí sester v modelových konfliktních situacích, které může zaměstnavatel zajistit například formou psychologického výcviku, či seminářů

zaměřených na sociální dovednosti, jako sociální percepce, sociální komunikace, sociální interakce, asertivní jednání a zvládání stresů a konfliktů. Této snaze odpovídá i nabídka kurzů pořádaných NCO NZO v Brně.

Certifikované a inovační kurzy, které jsou v NCO NZO realizovány, jsou zaměřeny především tímto směrem, jsou výcvikem v komunikačních dovednostech i hledáním cest ke zvládání stresu v pracovním i osobním životě sester. (Jobánková, Kvapilová 2007) Podle Křivohlavého (2013) jde při zvládání pracovní zátěže především o nastavení vlastních hodnot, aby sestra považovala svůj život za smysluplný i mimo profesní roli (Křivohlavý, 2010).

Podle Michelle Burke (2013) strategie zvládání stresu související s prací v ošetrovatelství byly v minulosti zkoumány převážně z hlediska snížení jeho účinků, tedy dopadů a méně již z hlediska eliminace skutečných stresorů na pracovišti. Tvrdí, že důraz byl kladen zejména na různé strategie, zaměřené na problémy časového rozvržení, odborného dohledu, strategie zaměřené na emoce (reflexe, vzájemná podpora), změny životního stylu (dieta, cvičení).

Fluktuace všeobecných sester a jejich následný nedostatek je problém ve více zemích světa (Vévodová, 2016) a má negativní vliv na poskytování kvalitní zdravotní péče. Využití sledovaných copingových strategií sestrami může přispět k omezení těchto rizik.

V poslední době se zvyšuje zájem o ovlivnění míry pracovního stresu také **z organizačního hlediska**, přičemž primární intervenční strategie mají za cíl pokusit se odstranit zdroje stresu tím, že se zaměří na **změnu fyzického nebo sociopolitického pracovního prostředí**. Postoj manažerů týmů je zásadní pro vytvoření **pracovního prostředí, které podporuje pohodu zaměstnanců a poskytuje prostor pro kvalitní péči o pacienty**.

Podle studie Basila, Raeda a Nawzata (2010) je zřejmý pozitivní dopad sociální podpory na zvýšení výkonnosti sester. Manažeři zdravotnických zařízení by podle nich měli na pracovišti zavést strategie, které umožní využití sociální podpory. Mohly by rozvíjet **sociální programy**, které jsou zaměřeny na podporu zdravých pracovních vztahů mezi sestrami, důležitý je také **odpovídající počet zaměstnanců**, který opět pomůže snížit pracovní zátěž. Sestry, které mají dostatek času na sebe, mohou také lépe poskytnout podporu svým kolegům. Takový m programem je například program „Resilience In Stressful Events“ (RISE), „Odolnost při stresových událostech“ který byl zaveden v nemocnici Johns Hopkins Hospital v USA v roce 2011 pro poskytování podpory všem zdravotnickým pracovníkům.

Výzkumem vlivu RISE na řadové sestry i na sestry manažerky se zabývá ve své práci Cheryl et al. (2019). Program je navržený tak, aby nabídl včasnou peer podporu pracovníkům, kteří se setkali se stresovými událostmi v souvislosti s péčí o pacienty, včetně zdravotnických pochybení a nežádoucích událostí a také těm, kteří procházejí každodenním stresem. Program vychází z tzv. teorie „zraněné léčitelky“, která vnímá sestru jako někoho, kdo poskytuje zdravotní péči, zatímco je sám zraněn, program předpokládá, že podpora ze strany kvalifikovaného a školeného kolegy napomáhá šanci na emoční a psychologické uzdravení. Výsledkem je šance, že sestra vykáže posílenou osobní odolnost, obnoví se její spokojenost s prací a sníží se riziko profesionálního vyhoření. Náklady na program RISE jsou relativně nízké, protože ho poskytují školení dobrovolníci, program typu RISE může naopak souviset s potenciálními podstatnými úsporami pro danou organizaci zdravotní péče. Řadové sestry, které využily program RISE, posuzovaly program jako prospěšný proto, že nabídl bezpečný prostor, kde se nevynášejí soudy a kde mohly sdílet svou zkušenost, zpracovávat své pocity a objevovat strategie, které jim pomohly k překonání problému a posunutí se dopředu. Slovy jedné z nich: „Velmi přínosné byla už jen skutečnost, že byl k dispozici někdo, s kým se dalo mluvit a normalizovat/potvrdit si své pocity.“ Většina vedoucích sester nenalezla žádný důvod, proč programu RISE nevyužít, a uvedla, že program byl skvělým zdrojem podpory. (Cheryl et al. 2019)

Jedním z možných nástrojů podpory zaměstnance zaměstnavatelem může být **supervize** (Janíková, Bužková 2017). Klinická supervize může jednotlivci i zdravotnickému pracovišti přinést upevnění profesionálních kompetencí, podporu ve složitých pracovních situacích, reflektování etických otázek, rozbor odborných témat, prozkoumání vlastního stylu práce a možných slepých míst (Vaňková, 2011) Jejím cílem je **podpora pracovního růstu, práce na vztazích v kolektivu, zlepšení organizace práce** (Bartošíková 2006). Je to proces, který v sobě integruje zejména **složku podpory a posílení pracovních kompetencí a také možnou inspiraci pro další vzdělávání**. V českém zdravotnictví je však bohužel zatím supervize zaměřena zejména na zařízení hospicové péče a na onkologická oddělení (Vaňková 2011).

Další z možností psychologické péče o sestry se jeví **pravidelné skupinové supervize**. Skupinové setkání může být příležitostí vidět věci s odstupem, uvažovat o nich, pustit se do hledání nových možností, najít v situaci poučení, které s sebou nová situace přináší, získat podporu nebo zpětnou vazbu od ostatních kolegů a vyvarovat se obviňování druhých (pacientů, kolegů, organizace a velmi často také sebe). **Skupinová supervize představuje**

také klíčovou součástí péče o sebe a z dlouhodobého hlediska je důležitým preventivním faktorem pocitů vyčerpání, jež často vedou i k medicínským pochybením. Zachová (2007) tvrdí, že jednou z cest, jak korigovat nesprávné postoje a způsoby chování, jsou bálintovské skupiny, ve kterých se kromě stavu pacientů diskutují také emoce a psychické reakce zdravotníků.

K formě sociální opory zaměstnavatele patří také **kolegiální peer podpora SPIS**. Všechny formy podpory zaměstnanců by měly plnit funkci zejména preventivní, v praxi ale tomu často tak není. Podle Světláka a Suchého (2011) v současnosti většina programů psychologické péče o zdravotníky, pokud už v praxi existují, nevzniká jako výsledek zralé úvahy a motivace vedoucích oddělení a vedení nemocnic poskytnout zaměstnancům podporu a prostor pro zastavení se nad psychologickými souvislostmi práce ve zdravotnictví, ale jsou obvykle zaváděny v období viditelných problémů a krizových situací, nejčastěji pod tlakem médií. Končí pak obvykle s vyřešením kritické situace, a to bez ohledu na to, jestli byly naplněny původní cíle a záměry. Sami zaměstnanci pak vnímají takové akce jako nástroj kontroly vedení a jako hon na viníka krize. Výsledkem je pak posílený odpor zaměstnanců vůči jakýmkoliv změnám, je narušena důvěra mezi vedením a zaměstnanci a na dlouhou dobu se také uzavírá šance pro implementaci funkčních a opodstatněných programů.

Některé studie obsahují také **koncepce a modely zvládnání stresu pro sestry** a zdravotnické pracovníky. Zajímavý je například model pracovního výkonu, který byl vytvořen Colemanem a Bormanem (2000). Jejich model označil dvě oblasti pracovního výkonu, úkol a kontextový výkon. Výkon úkolu zahrnuje činnosti, které jsou prováděny jako součást pracovní náplně sester a mohou přímo přispívat k produktivitě práce v organizaci, zatímco kontextové plnění označuje sociální prostředí, ve kterém musí být činnosti prováděny. Kravits a kolektiv (2008) vytvořili vzdělávací **program pro snížení stresu a prevenci syndromu vyhoření sester**. Tento americký projekt pomáhá sestřím vypracovat plány zvládnání stresu. **Jako intervence se používá diskuse rizikových faktorů specifických pro ošetřovatelství.** V tomto programu je také zahrnuté **cvičení s relaxačními technikami a průzkum pomocí umění, arteterapie**. Kvantitativní a kvalitativní měření stresu a syndromu vyhoření se provádějí před a po kurzu pomocí wellness plánu. Používá se popisné statistiky a předběžná analýza naznačuje, že kurz je užitečný při ovlivňování úrovně emočního vyčerpání.

Podle Landsbergise (2009) jsou důležité zejména intervence zaměřené na různé úrovně prevence stresu. Důraz klade zejména na oblast sociálního zabezpečení. Úrovně intervencí na straně organizace a fáze prevence jsou popsány v tabulce 1.

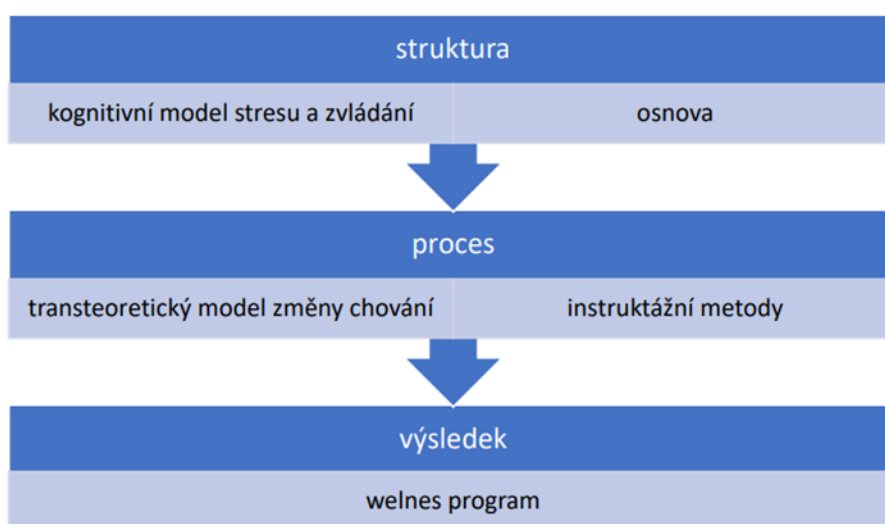
Tabulka 1: Úrovně intervencí organizace práce a fáze prevence

Úroveň intervence	Hlavní	Sekundární	Terciální	Metody intervence
Legislativní/ Politická	Limity pracovní hodiny, zákaz povinných přesčasů, požadavky na zaměstnance	Náhrada škody, sociální zabezpečení pracovníků	Náhrada škody, sociální zabezpečení pracovníků	Právní předpisy, nařízení
Na úrovni organizace	Programy pro rodiny práce; Programy ochrany zdraví a bezpečnosti na pracovišti; Nové systémy organizace práce; Dohled na staveništi	Programy na podporu zdraví; Dohled na pracovišti	Podpora návratu do pracovních programů při dlouhodobé invaliditě	Kolektivní vyjednávání; Programy iniciované zaměstnavatelem, včetně podmíněné práce, nových systémů organizace práce
Pracovní všeobecná	Přepřerování úkolů; Rotace úloh; Integrované programy na podporu zdraví na pracovišti	Poskytování lehkých pracovních míst		Výbory pro řízení práce, iniciativy; Akční výzkum; Re-design pracovních míst iniciovaný zaměstnavatelem
Pracovní individuální	Programy na podporu zdraví	Programy pro zvládání stresu		Programy iniciované zaměstnavatelem; Iniciativy v oblasti řízení práce
		Programy pomoci pro zaměstnance	Programy pomoci pro zaměstnance	
		Programy pro zvládání nemoci	Programy pro zvládání nemocí	

Zdroj (Landsbergis 2009, s.194)

Existují také příležitosti pro vývoj programu tak, aby vznikly trvalejší změny v péči o sebe. Folkman a Greer (2000) popsali, že význam péče o sebe tkví v úspěšnosti zvládnání a přizpůsobení se, lze jej podpořit stimulací víry v osobní moc ovládat životní okolnosti vytvářením **dosažitelných cílů a vytvořením pozitivní nálady. Kognitivní model stresu a zvládnání** se zaměřuje na procesy hodnocení stresu a zvládnání chování. Model se zabývá vztahem mezi vnímáním ohrožení, ovládnutím chování a dopadem osobních charakteristik a prostředí na reakci na stres (Folkman, Greer 2000, s. 169).

Schéma 2: Konceptní rámec kognitivního modelu stresu



Převzato Folkman, Green 2000

Podle článku Carrie Silversové (2019) by si vedoucí pracovníci a manažeři zdravotnických zařízení měli být vědomi požadavků kladených na sestry, brát vážně jejich obavy a zahrnout do programů péče o zaměstnance nabídku **sociální podpory**. Tvrdí, že **schopnost naslouchat sestrám je nejdůležitější dovedností vedoucích sester**. Podle ní musí být vedoucí sestry a manažeři zapojeni do diskusí a musí být často fyzicky přítomni mezi sestrami na oddělení. Jejich vzájemná spolupráce se sestrami umožňuje otevřený dialog a diskusí o nápadech a poskytuje možnosti lepší komunikace.

V procesu samotné změny je potřeba přesvědčit ke spolupráci co největší počet těch pracovníků, kterých se dopady změn budou týkat, mít trpělivost dostatečně dlouho a jasně

vysvětlovat smysl, účel a postup změn. **Optimální je, jít cestou podpory pozitivního spíše než eliminace negativního**, tedy vybírat a rozmnožit řady těch, kteří souhlasí než vynakládat energii na boj s rezistencí jiných. Hlavním předpokladem úspěšného zavedení změny ale nejsou jen dobré přesvědčovací metody, důležité jsou dobře vystavěné důvody pro změnu, její vize, **funkční vytvoření strategického plánu či strategie vedení změny** a citlivé a důsledné její zavádění erudovanými pracovníky. (Dunovská 2009) Model Lawrence et al. (2006) rozlišuje tři faktory, které management musí dobře zvládnout. **Management musí vypracovat logický postup pro zavádění změny; musí řídit přechod od jedné etapy změny ke druhé; musí snižovat odpor pracovníků vůči změně.** Podle Lawrence et al. (2006) nejsou změny jednorázovou a ukončenou záležitostí, ale v modifikované podobě se opakují, tj. mívají cyklický charakter.

2.3.5 Stres management v koronavirové pandemii

Postoje managementů zdravotnických zařízení ke strategiím zvládnání stresu zdravotnických pracovníků v posledním roce ovlivnila zejména koronavirová pandemie, která vypukla začátkem roku 2020. Nejen v českém zdravotnictví, ale celosvětově se sestry potýkaly a stále potýkají s obrovským tlakem, stresem a jsou nuceny čelit novým výzvám. První vlna pandemie přišla nečekaně v březnu 2020 a s menšími či většími výkyvy v podstatě probíhá dosud. Všechny země na celém světě se snaží nalézt strategie podpory a pomoci nejen pro zdravotní personál. V souvislosti s tím Mitchell (2019) uvedl, že sestry se v pandemii cítí opakovaně ignorovány svými zaměstnavateli, když vyjadřují obavy o své duševní zdraví. Sestry odmítají postoj managementu, který klade důraz na jejich osobní odpovědnost za vlastní zdraví a pohodu, na psychickou odolnost tváří v tvář nedostačenému personálnímu vybavení a intenzivnímu emočnímu tlaku. (Traynor, 2018) Také RCN (Royal College of Nursing), která působí ve Velké Británii jako členská organizace sester, ošetřovatelů a studentů ošetřovatelství, pracuje na standardech podpory, vzdělávání a praxe, diskutuje o problémech a výzvách a předkládá návrhy k řešení fyzických a psychologických potřeb sester během pandemie Covid-19, podložené zkušeností a praxí sester a ošetřovatelů. Zdůrazňuje význam vzájemné týmové podpory, která umožňuje lépe se vypořádat s náročnými, denně se opakujícími a emocionálně vyčerpávajícími situacemi. RCN poukazuje na důležitost podpory zdravotních sester v tomto nejkritičtějších období všech dob. Také v časopise klinického ošetřovatelství (Journal of Clinical Nursing) John Willey et al. (2020) zdůrazňuje význam podpory v týmu a popisuje možnosti, jak mohou manažeři, organizace a vedoucí pracovníci podpořit zdravotní sestry v této době.

Tabulka 2: Strategie pro udržení bezpečnosti a zdraví

Individuální	Věnujte pozornost vašim potřebám během nebezpečné práce, jako je pití, jídlo a pravidelné přestávky
	Uklidňující strategie při vysokých úrovních stresu, například mnemotechnická pomůcka Face Covid zaměřte se na to, co máte pod kontrolou, utřídit si myšlenky a pocity, vraťte se zpět do svého já.
	Meditace
	Komunikace s kolegy, kteří se mohou vztahovat k tomu, co prožíváme a je možné že potřebují podporu oni sami.
	Cvičení pro své tělo stiskněte nohy do podlahy nebo stiskněte všechny prsty k sobě. Znovu se zaměřte na aktivitu v ruce (Harris,2020)
Týmová	Respektujte individualitu, dávejte uznání a hledejte příležitost k reformování negativu a podpořte každého z nich blahobytem ostatních (Watson,2020)
	Vytvořte naplánované příležitosti pro tým, aby se navzájem podporovali během směny (Billings 2020)
	Zkontrolujte prostor na přestávky pro zaměstnance, tento prostor musí být příjemný a pohodlný, aby podpořil odpočinek a zotavení zaměstnanců (Adam and Walls, 2020)
	Pořádejte týdenní kontrolní schůzky k řešení problémů (King and Dykes,2020)
	Školení a podpora (Groves, 2020) například ve Velké Británii nadace Point of Care
	Setkávání na dálku Team Time vytváření komunikačních možností pro malé skupiny zaměstnanců, kteří se znají a kde je vysoká psychologická zátěž
	Ukončení směny kontrolou blahobytu všech, značením jednotlivců k větší podpoře (Billings, 2020)
Organizační/manažerská	Buďte vysoce viditelní a přístupní
	Zeptejte se na zpětnou vazbu od zaměstnanců celého týmu a v reakci na to upravte strategii
	Pravidelně komunikujete se zaměstnanci. Popřípadě denní jasný a výstižný e-mail pomůže lidem se cítit dobře informováni, když není možný osobní kontakt. Zahrnuto by mělo být uznání potřeb zaměstnanců a projev sympatií, zhodnotit přínos zaměstnanců a uznání jejich tvrdé práce (Adams and Walls, 2020)
	Signalizujte, že podpora je prioritou.
	Zařizování a sledování přestávek, povzbuzování příležitostí pro týmy ke společnému setkávání a vzájemné podpoře.
	Poskytnout příjemné a přístupné fyzické prostory s jídlem a pitím, které zaměstnanci mohou používat na přestávky.
	Aktivně podporovat rozpoznávání příznaků, když se psychická pohoda zhoršuje a snížit stovka. Poskytnout pomoc a informace o řadě možností důvěrné podpory pro pracovníky vystavené traumatu.
	Poskytnout školení
	Pro nové zaměstnance zejména sdílet fakta a rozvoj dovednosti zvládání traumatických situací
	Aktivně sledovat, zda jsou uspokojeny, základní fyziologické a bezpečnostní potřeby zaměstnanců
	Systematické sledování psychologického zdraví zaměstnanců (pravidelné průzkumy měření syndromu vyhoření) a podle potřeby reagovat (Cole King,2020)
	Zvážení určení organizace pro psychologické zdraví pro Covid -19 pozitivních zaměstnanců

Zajištění zaměstnancům využití manažerské podpory
Usilování o kratší pracovní směny a flexibilní potvrzování, aby zaměstnanci měli dostatek času na zotavení a kontakt se svou rodinou (WHO,2020)
Aktivní zapojení řešení otázek týkajících se OOP – péče o děti nemoc/testování zaměstnanců (Adam and Walls, 2020)
Odstranit veškerá opatření, které nejsou naléhavá (hodnocení, pracovní plány)
Spojte nezkušené sestry se více zkušenějšími a ujistěte se, že v týmu je podpůrná pomoc.
Podělte se o úspěchy a akce, na které mohou být sestry hrdé a na způsob, jak ocenit jejich přínos (Jiang, 2020)
Zvažte své vlastní potřeby bezpečných prostředků při diskusi o obtížných rozhodnutích na vyšší úrovni (koučování, on-line mentorství)
Naplánování dopředu dlouhodobé programy podpory obnovy zaměstnanců (Billings, 2020)

Zdroj (Harris, Watson, Billings, Adam and Walls, Groves, King a Jiang 2020, s. 2745-2746)

Podpora zdravotních sester je nezbytná pro zachování jejich zdraví v krátkodobém a dlouhodobém horizontu z praktického i psychologického hlediska, zejména pokud je úroveň pracovního stresu tak vysoká. Zajištění psychické pohody vyžaduje vrstvenou reakci na potřebu podpory, s různými složkami v různých časech, která zahrnuje strategie zaměřené od prevence až po léčbu a strategie na různých úrovních, od organizačních a týmových reakcí až po ty, které jsou zaměřeny na individuální péči o sebe sama a vzájemnou podporu. Reakce na konkrétní bezprecedentní výzvu covid-19 bude rovněž potřebovat pružnou strategii, protože potřeby a požadavky se v průběhu pandemické situace pravděpodobně změní. Je zřejmé, že z jiných podobných krizových situací, jako je SARS, MERS a Ebola, se můžeme hodně poučit. Například v tom, že v práci i mimo práci by zdravotní sestry měly co nejvíce upřednostňovat své vlastní zdraví, věnovat pozornost naplnění svých základních potřeb v oblasti pití, jídla, odpočinku a spánku a vytvořit prostor pro odpovídající přestávky v práci. (Cole-King, Dykes, 2020). Nedávné rozhovory se zdravotnickým personálem, včetně zdravotních sester, ošetřujícím pacienty s COVID-19 v nemocnici v provincii Chu-nan se tyto informace potvrdily. (Chen et al., 2020) Snahy vedení o psychologické intervence pro sestry a ostatní zdravotníky (online kurz pro řešení psychologických problémů; horká linka psychologické pomoci; a skupinové intervence) narazily na překážky a zaměstnanci se jich odmítali účastnit. Uváděli, že v tuto chvíli nepotřebují psychologa, mnohem důležitější pro ně bylo, aby se jejich rodiny o ně nemusely bát, aby měli více odpočinku bez přerušování, dostatek ochranných pomůcek a aby dokázali zvládnout úzkost a paniku pacientů. Psychologická intervenční

opatření byla proto upravena tak, aby zahrnovala místo k odpočinku, dostatek potravin a věci denní potřeby, videa z jejich práce, která zmírní obavy rodin, školení zvládnání psychologických problémů pacientů a také zajištění bezpečnosti při ošetřování nespolupracujících a agresivních pacientů. Psychologové pravidelně navštěvovali místa odpočinku, aby naslouchali personálu, jejich potížím a příběhům a odpovídajícím způsobem poskytovali podporu. (Chen et al., 2020)

Správné načasování psychologické podpory má širokou důkazní základnu, ze které je zřejmé, že začínat příliš brzy s intenzivnější psychologickou podporou, může být dokonce škodlivé. (McNally, Bryant, & Ehlers, 2003; Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2009) Podle Watsonové (2020), je současná situace ve zdravotnictví velmi podobná situacím v týmu ozbrojených sil během válečného konfliktu. Ti, kteří jsou nejvíce zasaženi nadměrným stresem, to sami často vůbec nepoznají. Překážkou žádosti o pomoc může být i strach ze zklamání týmu a stigmatizace mezi kolegy. Bez dostatečné péče o sebe se však sestry nemohou kvalitně starat o ostatní. Vzhledem k povaze zdravotnické profese, jejíž podstatou je péče o druhé, je velmi pravděpodobné, že v ošetřovatelství bude vždy základem péče o zdravotníky vzájemná kolegiální podpora. (Watson, 2020) Zdravotnické systémy uznávají, jak důležité je podporovat zdravotnický personál. Ve Velké Británii mají zaměstnanci NHS (National Health Service) volný přístup k více než 1 500 specialistům, online terapii a skupinovým poradenským sezením a obdrží praktickou, finanční a psychologickou podporu v případě úmrtí v rodině. Dobrovolníci z charitativních organizací, jako je Hospice UK, Samaritáni a Shout, zařazují telefonní a textové linky pomoci. NHS také nabízí bezplatný přístup k podpoře z aplikací, jako je Headspace, UnMind a Big Health pro zdravotnický personál a jejich rodiny tak, aby zahrnovaly řízenou meditaci a nástroje pro boj s úzkostí a pomoc s problémy se spánkem. To je dobrý začátek, ale tyto služby spoléhají na jednotlivce, který hledá pomoc, a to nemusí být dostačující. Investice do řady podpůrných opatření, která neuvádí pouze na jednotlivce, jsou téměř jistě nezbytné. Je zřejmé, že zacházení s odolností jako s individuálním rysem bez účasti a zodpovědnosti organizace (Traynor, 2018), bylo dosud často středem pozornosti organizačních strategií. To nefunguje ani v nejlepších časech a rozhodně to není vhodné nyní za těchto nejtěžších okolností.

Podobnou situací, jakou nyní prochází v podstatě celý svět, prošly již zdravotnické týmy v nemocnicích několika zemí světa například při epidemii Eboly jejíž dosud největší epidemie s největším počtem úmrtí propukla na přelomu let 2013 a 2014 v Západní Africe. V rámci analýz (Greenberg, Dochert, Gnanapragasam, Wessely, 2020) bylo zjištěno,

že je velmi důležité **mít ve zdravotnictví týmy připravené, věnovat péči o zaměstnance dostatečnou pozornost.** V nemocnicích se zavádějí podpůrné programy a pilotní projekty psychologické podpory. Například **implementaci SPIS ve svých zdravotnických zařízeních zrealizovalo v posledním roce několik nemocnic v souvislosti s pandemií Covid-19.** Podle Lukáše Humpla (2021) v systému SPIS zaměřeném na zdravotnictví, který se v rámci resortu zavádí, lze pozorovat **za celý poslední rok výrazný nárůst činností, a to jak v části peerovské, tedy kolegiální podpory,** tak i v oblasti první psychické podpory pro blízké a pozůstalé. Systém funguje především v nemocnicích, které zareagovaly na **metodické doporučení MZČR z roku 2019.** To v době ještě před koronavirovou pandemií vyzvalo managementy všech zdravotnických zařízení, aby zahájily implementaci SPIS do svých zařízení. Učinila tak jen část z nich a tam je kolegiální podpora buď rozběhlá a plně funkční, nebo se zavádí, probíhá školení poskytovatelů této pomoci a seznamuje se s ní personál. V těchto zdravotnických zařízeních jsou tedy služby dostupné a kolegiální podpora v nich v různé míře probíhá. V rámci kolegiální podpory také funguje nepřetržitě od dubna 2020 **Linka kolegiální podpory.**

Na situaci ve zdravotnictví v souvislosti s pandemií Covid-19 reagovala i Světová zdravotnická organizace (WHO) vydáním příručky **Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response** Tato příručka konsoliduje pokyny pro covid-19 pro lidské zdroje pro zdravotnické manažery a tvůrce předpisů na vnitrostátní, nižší a místní úrovni pro navrhování, řízení a zachování pracovní síly nezbytné pro řízení pandemie COVID-19 a zachování základních zdravotnických služeb. Příručka identifikuje doporučení na individuální, manažerské, organizační a systémové úrovni. Slučuje se do jediného referenčního dokumentu, který obsahuje první důkazy z možností politiky pandemie a zdravotnické pracovní síly ve zveřejněných pokynech WHO COVID-19. Bude pravidelně aktualizována. Těží z rozsáhlých konzultací v rámci útvarů WHO, regionálních kanceláří, mezinárodních organizací, akademické obce a profesních sdružení působících v reakci.

Pokyny se týkají následujících domén

Podpora a ochrana zdravotnických pracovníků:

- Prevence a kontrola infekce, včetně používání osobních ochranných prostředků a přístupu k nim

- Důstojné pracovní podmínky, včetně bezpečnosti a ochrany zdraví při práci
- Duševní zdraví a psychosociální podpora
- Odměny a pobídky

Posílení a optimalizace týmů zdravotnické pracovní síly:

- Budování kompetencí prostřednictvím vzdělávání a odborné přípravy
- Optimalizace rolí
- Využití komunitních zdravotnických pracovníků

Zvýšení kapacity a strategického nasazení zdravotnických pracovníků:

- Zlepšení dostupnosti zdravotnických pracovníků prostřednictvím nábory a přesunu pracovníků
- Aktivace partnerských sítí
- Racionalizace distribuce zdravotnické pracovní síly
- Zajištění podpůrného pracovního prostředí, včetně zvládnutelného pracovního vytížení. Posílení lidských zdrojů ve zdravotnickém systému
- Zlepšení informačních systémů zdravotnických pracovníků, včetně sledování infekcí zdravotnických pracovníků
- Posuzování a plánování potřeb zdravotnické pracovní síly
- Reformy udělování licencí a regulace
- Posílení mechanismů správy a meziodvětvové spolupráce (WHO 2020)

EMPIRICKÁ ČÁST

3 CÍL A ÚKOLY VÝZKUMU

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat a analyzovat aspekty související s procesem úspěšné implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve vybraných zdravotnických zařízeních z pohledu sestry manažerky

3.2 Dílčí cíle

1. Dílčí cíl č. 1: Zmapovat motivaci top ošetřovatelského managementu k implementaci kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních.
2. Dílčí cíl č. 2: Zmapovat roli sestry manažerky v procesu implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve zdravotnickém zařízení.
3. Dílčí cíl č. 3: Zmapovat organizační náročnost provozu systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky.
4. Dílčí cíl č. 4: Zmapovat legislativní aspekty/opatření, související s implementací Systému kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby.
5. Dílčí cíl č. 5: Zmapovat řízení priorit a time management přijímání změn, které souvisí s implementací kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraném zdravotnickém zařízení.
6. Dílčí cíl č. 6: Zmapovat překážky v procesu implementace Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení.

4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou aspekty související s procesem úspěšné implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení?

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaká je motivace top ošetrovatelského managementu k implementaci kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaká je role sestry manažerky v procesu implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve zdravotnickém zařízení?

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaká je organizační náročnost implementace Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky?

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jaká opatření a doporučení související s implementací kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby jsou zaznamenána v písemné formě v různých předpisech ve vybraném zdravotnickém zařízení?

Dílčí výzkumná otázka č. 5: Jaký je/byl způsob řízení priorit a time management přijímání změn, které souvisí s implementací kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraném zdravotnickém zařízení?

Dílčí výzkumná otázka č. 6: Jaké jsou možné překážky procesu implementace Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení?

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum jsem zvolila manažery na úrovni náměstků pro nelékařská povolání s kompetencí organizace provozu Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky a koordinátory SPIS pracující v jednotlivých zařízeních, kteří se účastnili implementace psychosociální PEER podpory.

Tabulka 3: Základní demografická data respondentek

Označení	Nejvyšší dosažené vzdělání	Typ ZZ	Délka působení v pozici	Věk	Pohlaví	Pracovní zařazení	Počet NLZP
N1	VŠ	Oblastní	6 let	40	Ž	NOP	840
N2	VŠ	Oblastní	4 roky	52	Ž	NOP	450
K1	VŠ	Oblastní	6 let	38	Ž	koordinátorka	800
K2	VŠ	Oblastní	7 let	54	Ž	koordinátorka	300
K3	VŠ	Oblastní	6 let	50	Ž	koordinátorka	600
K4	VŠ	Fakultní	10 let	55	Ž	koordinátorka	6000

Zdroj vlastní

6 METODIKA PRÁCE A ORGANIZACE VÝZKUMU

Praktická část práce se v rámci realizace kvalitativního výzkumu zaměřila na zmapování zkušeností a subjektivních názorů manažerů a koordinátorů PEER podpory zdravotnických zařízení, ve kterých se proces implementace kolegiální (peer) podpory v rámci SPIS již úspěšně uskutečnil.

Výzkum byl realizován formou kvalitativního designu. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů. Pro rozhovor bylo osloveno 11 manažerů (náměstků ošetrovatelské péče (NOP)) a 6 krajských koordinátorů SPIS. Z důvodu přehlednosti a možnosti přesnější analýzy dat, byly respondentky odlišeny, náměstkyně nebo ředitelky ošetrovatelské péče, které mají v rámci implementace SPIS poněkud odlišnou roli a kompetence byly pro výzkum označeny jako N1, N2 a koordinátorky SPIS byly označeny jako K1- K4. Žádná z oslovených respondentek nebyla v době realizace výzkumu v obou pozicích zároveň. Struktura rozhovoru je přílohou č. 3 diplomové práce.

Výhodou této formy sběru dat je osobní kontakt s respondentem, který umožňuje získání vzájemné důvěry, sympatie, okamžité reflexe výzkumníka a respondenta. Tazatel tak má možnost získat podrobnější, hlubší a pravdivá výzkumná data (Hendl, 2016).

V rámci žádosti o spolupráci na výzkumném šetření na téma **Aspekty související s procesem úspěšné implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení z pohledu sestry manažerky**, byl potenciální účastník výzkumu seznámen s průběhem a cíli výzkumu nejprve ústně a následně mu byl zaslán informační formulář pod názvem „Informovaný souhlas účastníka výzkumu. Informované souhlasy podepsané respondenty jsou uloženy u autorky této diplomové práce. Výzkumné šetření probíhalo v období duben-květen 2021.

6.1 Realizace polostrukturovaného rozhovoru

Každá respondentka byla před uskutečněním rozhovoru seznámena s podstatou výzkumu, byla dotázána, zda souhlasí s pořízením zvukové nahrávky rozhovoru a byla jí zaručena anonymita poskytnutých dat. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 45-60 minut. Sběr dat pro výzkum probíhal v náročném období během covidové pandemie, bylo nutné se v maximální míře přizpůsobit časovým možnostem respondentek. Všechny respondentky, které se výzkumu zúčastnily, hovořily o tématu velmi ochotně, což je nutné v tak náročné

době velmi ocenit. V rámci rozhovorů se autorka setkala se zajímavými osobnostmi, v řadě případů aktivními peery a jejich zkušenosti byly pro ni cenným přínosem nejen z hlediska výzkumu, ale i celkového přístupu k zaměstnancům a pohledu manažerky na fungování zdravotnického zařízení. Během rozhovorů padla několikrát i nabídka další vzájemné spolupráce ať už v oblasti psychosociální péče o zaměstnance, nebo v jiných oblastech. Vzor struktury rozhovoru je uveden v příloze č.3

6.2 Etické aspekty výzkumu

Během realizace polostrukturovaných rozhovorů bylo zaznamenáno i několik citlivých údajů, které nejsou součástí interpretace a analýzy dat právě z důvodu citlivosti a možné identifikace konkrétního zařízení či osob. Byly dodrženy všechny etické aspekty výzkumu, získání informovaného souhlasu účastnic s výzkumem, svoboda odmítnutí spolupráce v jakémkoli období výzkumného šetření a dodržení anonymity. Identifikační data všech respondentek byla anonymizována, nebyly uvedeny názvy ani údaje identifikující zařízení, ve kterých respondentky pracují.

6.3 Limity výzkumu

Limitem výzkumu je velikost vzorku respondentek, které znemožňuje zobecnění získaných dat. Přes prvotní ochotu zúčastnit se výzkumu, se ho reálně zúčastnilo pouze šest z oslovených sedmnácti respondentek. Teoretická saturace textu byla ve vztahu k realizovanému výzkumu naplněna i v tomto počtu respondentek. Dalším limitem výzkumu může být nejednotné pracovní zařazení respondentek, a to vzhledem k jejich kompetencím a možnému zapojení v procesu implementace PEER podpory v zařízení.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Autorka vycházela z Hendelova (2016) doporučeného postupu analýzy a interpretace dat při kvalitativním výzkumu. Realizované polostrukturované rozhovory byly nahrávány a následně přepisovány v programu Microsoft Word. Při výběru způsobu transkripce zvukového záznamu rozhovoru byla zvolena metoda doslovné transkripce, která je podle Hendela podmínkou pro podrobné vyhodnocení dat.

Během celé práce se podle něho zpracovávají poznámky, jež obsahují průběžně vznikající úvahy o datovém materiálu. Poznámky tvoří tzv. **fragmenty**, které komentují **získané kódy**. Poznámky mohou mít také formu diagramů, tabulek nebo grafů. (Hendel 2016) Pomocí kódů byly následně identifikovány kategorie a subkategorie, které jsou popsány v textu praktické části práce. V průběhu i po důkladné analýze rozhovorů byly kódy a kategorie znovu přezkoumávány a upravovány. Jednotlivé kategorie se z důvodu obsahové podobnosti slučovaly a upravovaly až do jejich finální podoby.

7.1 Kódování a kategorizace dat

Opakovaným poslechem, čtením a označováním přeepsaného textu polostrukturovaných rozhovorů byla autorkou následně identifikována jednotlivá, nejdůležitější témata, kategorie a subkategorie, schéma jednotlivých kategorií a subkategorií je zaznamenáno na schématu č. 3

Schéma 3: Schéma základních kategorií a subkategorií



Zdroj Vlastní

7.2 Kategorie Role sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory

V úvodu analýzy dat získaných, při realizaci polostrukturovaných rozhovorů považují za vhodné podrobněji definovat roli sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory ve zdravotnickém zařízení v kontextu zvoleného tématu kvalitativního výzkumu. Základní rolí managementu ve zdravotnictví je vytváření prostředí pro poskytování co možná nejlepší zdravotní péče pacientům s použitím omezených zdrojů. Úspěch v řízení ošetrovatelského úseku zdravotnické organizace závisí na schopnosti managementu uspokojovat narůstající potřeby pacientů i zaměstnanců prostřednictvím efektivního zapojení zdrojů, včetně kontroly jejich spotřeby. Každý manažer, tedy i sestra v manažerské pozici, je zodpovědná jak za kvalitní práci zaměstnanců řízeného úseku, tak i za ekonomické nakládání s lidskými a materiálními zdroji. Role sestry manažerky v pozici náměstkyně ošetrovatelské péče spočívá zejména v jejích schopnostech, kompetencích a komunikačních dovednostech. K4 „... *pomohlo mi to, že jsem si udělala v Brně manažerský kurs, styl vedení, komunikační dovednosti, právní aspekty, to mi hodně pomohlo...*“ Pro úspěšnou implementaci PEER podpory je důležité, aby sestra manažerka měla pro výkon své práce nejen osobní předpoklady a zkušenosti ze sesterské praxe, ale také dostatečné vzdělání v oblasti managementu. Jednou z důležitých kompetencí sestry manažerky je řízení změn souvisejících s implementací strategií ke zmírnění rizik, protože tato problematika velmi úzce souvisí s kvalitou a bezpečím poskytované ošetrovatelské péče. Principy řízení změn zaměřených na snížení rizik jsou nejčastěji implementovány právě těmi zdravotnickými zařízeními, která již mají zaveden program kontinuálního zvyšování kvality. N2 „...*jsme akreditované zařízení, stále se zabýváme zvyšováním kvality, podpora zaměstnanců, péče o ně je jednou ze sledovaných oblastí, souvisí s bezpečností poskytované péče...*“ Do oblasti rizik ve zdravotnictví patří mimo jiné také zdraví a bezpečnost zdravotnických pracovníků a bezpečnost prostředí zdravotnického zařízení. Cílem řízení změn zaměřených na snížení rizik v oblasti péče o zaměstnance je eliminovat možnost výskytu takových nežádoucích událostí, které by mohly poškodit jejich zdraví nebo způsobit jejich pochybení. V tomto směru je úlohou manažerky ošetrovatelské péče ve spolupráci s dalšími členy managementu, vytváření a implementace různých strategií k zabránění nebo radikálnímu omezení potencionálních i reálných rizik těchto nežádoucích událostí. K1 „... *když se setkáte se smrtí kolegy, přivezou Vám dítě po autonehodě a Vy máte stejně staré dítě doma, nebo Vás napadne pacient, může to pro Vás mít následky na dlouho, po takové směně by člověk neměl jen tak odejít domů, doma*

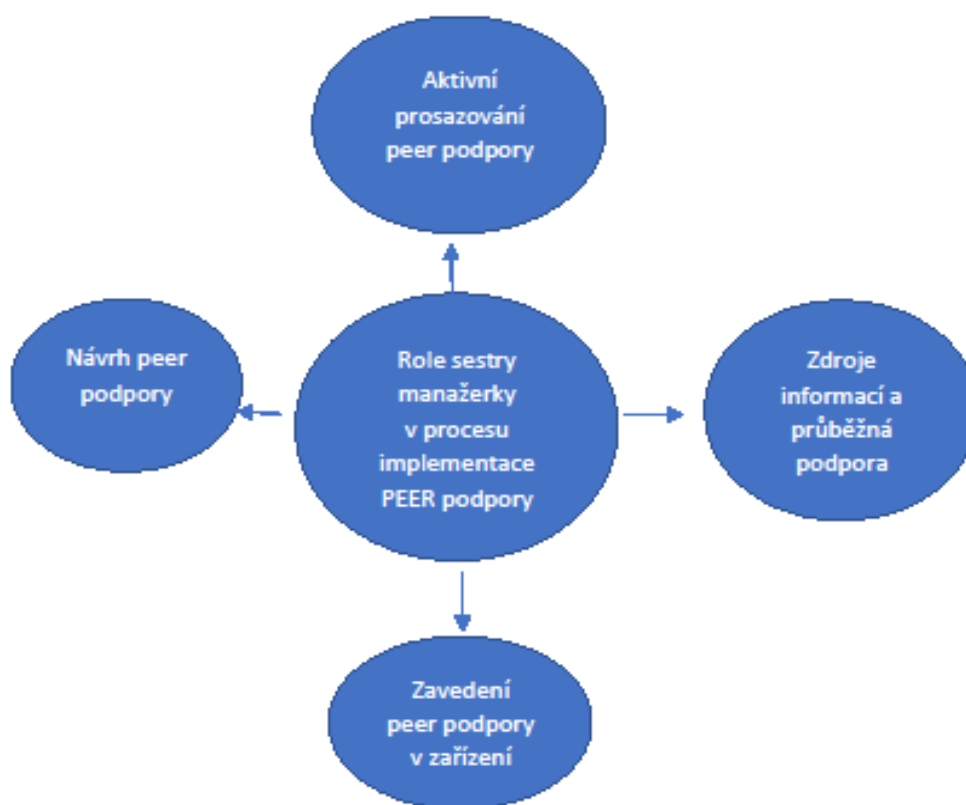
o takových věcech nemluvíme. Zůstává to v nás a je to nebezpečné, může to mít následky, které vyjdou najevo až při práci a může být na řešení pozdě. Peer Vám pomůže tu událost zpracovat a uzavřít, dál ve Vás nepracuje....“ Lze tedy říci, že psychologická péče o zaměstnance je z pohledu řízení rizik jedním z efektivních způsobů prevence poškození zdraví zaměstnanců, profesního pochybení sester a ostatních zdravotnických pracovníků a také prevence možných soudních sporů a jejich následků, které mohou výrazně poškodit pověst zdravotnického zařízení. Kolegiální PEER podpora v rámci SPIS je aktivní opatření podporující zvládnutí nadlimitně psychicky zátěžových situací zasahujících zdravotnického pracovníka v souvislosti s výkonem profese. Poskytování psychosociální podpory je zároveň prevencí proti syndromu profesního vyhoření, který je u zdravotnických pracovníků diagnostikován častěji než u jiných povolání se zvýšenou psychickou zátěží. K1 „...nezpracovaná událost může zdravotníka dohnat i třeba k sebevraždě, takový případ jsme také měli a dobře to dopadlo. Podpora je důležitá pro jednotlivce a tím pádem i pro celou nemocnici...“

V posledním roce poukázala zejména covidová pandemie na důležitost psychosociální podpory pro sestry a ostatní zaměstnance v nemocnici. Sestry se během ní potýkaly a v řadě nemocnic stále potýkají s nadlimitní psychickou zátěží, někdy až za hranicí únosnosti, v zařízeních, kde je kolegiální (PEER) podpora v rámci SPIS zavedena bylo v posledních měsících zaznamenáno výrazně větší využití této služby.

V rámci Kategorie Role sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory byly analýzou provedeného výzkumu identifikovány subkategorie *Návrh na zavedení PEER podpory, Aktivní prosazování PEER podpory, Zdroje informací a průběžná podpora, Přijetí PEER podpory a Zavedení PEER podpory v zařízení.*

Kategorie Role sestry manažerky v procesu implementace peer podpory a její subkategorie jsou znázorněny ve schématu č. 4.

Schéma 4: Role sestry manažerky v procesu implementace peer podpory a její subkategorie



Zdroj Vlastní

7.2.1 Subkategorie: Návrh na zavedení PEER podpory

Úkolem sestry manažerky ve fázi návrhu na změnu, je volba různých forem a prostředků pro vysvětlení změny a jejího dopadu na organizaci i konkrétní zaměstnance. Velmi významné je vhodné načasování informací, jejich rozsah a způsob komunikace při jejich předávání. Proces implementace PEER podpory byl podle oslovených respondentek velmi citlivou záležitostí od samého počátku až do její úspěšné realizace. K1 „...*pro některé lidi je slovo pomoc nebo podpora skoro tabu... chtěla bych, aby se taková pomoc stala v naší nemocnici naprostou samozřejmostí, o které nikdo nepochybuje a nikdo ji nezpochybňuje...*“ Je to patrně způsobeno tím, že se jedná o službu vnímanou velmi individuálně každým člověkem, ředitelem nemocnice počínaje a konče řadovými lékaři, sestrami, ošetrovatelkami a sanitáři. Každý z nich ji posuzuje podle svých vlastních zkušeností, podle vlastních postojů ke zdravotnickému povolání a k sobě samotnému. Všeobecně je málokdo ochoten si přiznat, že vůbec nějakou pomoc potřebuje, ve zdravotnictví to platí dvojnásob.

Je důležité, představit PEER podporu jako službu, která může pomoci každému zdravotníkovi, kterou je možné naprosto bezpečně využít, pokud bude potřebovat. Role sestry manažerky v pozici náměstkyně ošetrovatelské péče je v této úvodní fázi velmi důležitá, dá se říci, že nenahraditelná zejména v tom, jak blízko má k ošetrovatelskému personálu. K2 „...*pracovala jsem deset let jako anesteziologická sestra...*“ Sama je autoritou, nositelkou morálních hodnot jako je úcta k lidskému zdraví a k životu, prostředí zařízení většinou dobře zná, Je v jejím zájmu, aby byli motivovaní, vzdělaní a vykonávali svou práci zodpovědně v souladu s hodnotami uznávanými zařízením a dnešní společností. Ve většině případů má několikaleté zkušenosti ze sesterské praxe, zná náročnost sesterského povolání a ví, jakým nebezpečím a tlakům jsou sestry v běžné praxi vystavovány. K4 „... *pracovala jsem v kardiocentru a starala se o rodiny dětí se srdeční vadou...*“

K3: „...ředitelka ošetrovatelské péče má to smýšlení směrem k opečování zdravotníků podobné jako my ze SPISU...“

Motivací k zavedení PEER podpory v rámci SPIS je tedy zejména snaha o vytvoření kvalitního pracovního prostředí pro sestry, zajištění jejich pracovní spokojenosti a ve výsledku zejména zajištění podmínek pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a spokojenosti pacientů. Prvním krokem při předkládání návrhu by měla být dobře vypracovaná prezentace s jasnou formulací, co pozitivního konkrétně přinese PEER podpora jednotlivcům a celé organizaci.

K3 „...k návrhu zavedení PEER podpory v rámci SPIS mě vedlo hlavně přesvědčení o jejím významu, jsem přesvědčená o tom, že to může mít skutečný význam nejenom pro kolegu, který zažije nějakou nadlimitní situaci, ale i celkově pro strategické řízení organizace a management jako takový...“ Právě takový přístup při návrhu implementace PEER podpory je z pohledu sestry manažerky zásadní. Změna, která přinese prospěch jednotlivcům a ve výsledku zefektivní fungování celé organizace.

7.2.2 Subkategorie: Aktivní prosazování PEER podpory

V této fázi je výhodné mít sestaven tým lidí, kteří jsou PEER podpoře nakloněni, mají s ní vlastní pozitivní zkušenost a jsou ochotni společně zajistit efektivní informovanost ostatních zaměstnanců, účastnit se provozních porad na pracovištích, kolegií vrchních sester a primářů a předávat informace o poskytované PEER podpoře. K1 „...*v úvodní fázi jsme se scházeli na poradách s vedením nemocnice, následně s vrchními sestrami a s primáři a pak i s ostatními zaměstnanci, všem jsem vysvětlovala princip peer podpory, měla jsem*

vypracovanou prezentaci, tak se to postupně dostalo ke všem...“ S výhodou se podle respondentek ukázalo být, pokud členem týmu, podporujícího PEER podporu je autorita, zaměstnanec, kterého ostatní znají a respektují ho zdravotníci napříč nemocnicí.

K4 *„...Myslím si, že díky tomu, že mě zaměstnanci znají a vědí, že mám toho opravdu hodně za sebou, tak mi i víc věří, než by věřili někomu dvacetiletému...“* J

K3 *„...ředitel mě před těmi 6 lety oslovil, já jsem o tom přemýšlela, napadaly mě různé pochybnosti, jestli to bude využíváno, jestli budu všem vyhovovat, mluvil se mnou opakovaně, nakonec jsem se rozhodla a kývla jsem na to, a vlastně už tam jsem cítila velkou podporu vedení v prosazování SPIS v nemocnici...“*

K2 *„...naučila jsem se trpělivosti a vytrvalosti, diplomatickou komunikací s vedením se mi nakonec podařilo věc prosadit...“*

Důležitým parametrem pro prosazování a zavádění změny je čas. Jiné vztahy platí pro počáteční fázi zavádění změny a jiné pro fázi, kdy už bylo změny dosaženo, ale zejména jde o její dlouhodobé udržení. Zdá se tedy, že v počáteční fázi napomáhá změně organizační klima vyznačující se flexibilitou, soudržností a důvěrou, zatímco v konečné fázi je výhodnější klima, pro něž je charakteristická stabilita, kontrola a řízení, plánování, stanovování cílů. K1 *„...argumentovala jsem nejvíc zkušenostmi z jiných nemocnic, o kterých jsem věděla, hlavně z fakultní nemocnice, kde jsou těžké situace častější, vozí jim tam třeba děti po autonehodách, těžké úrazy...“*

Postoj managementu má poměrně zásadní vliv na celý průběh implementace i na bezproblémové fungování již zavedeného systému, je ale klíčový zejména v úvodu celého procesu. Jedním z možných argumentů při prosazování PEER podpory je také fakt, že kvalitní péče o zaměstnance ve zdravotnickém zařízení do jisté míry zárukou jeho budoucí konkurenceschopnosti mezi ostatními poskytovateli zdravotnických služeb. Kvalitní péče o zaměstnance snižuje fluktuaci zaměstnanců v zařízení, posiluje jejich pracovní nasazení a loajalitu vůči organizaci, je jedním z ukazatelů efektivního řízení lidského potenciálu, který je ve zdravotnickém zařízení klíčový. N2 *„...psychologická podpora zaměstnanců má význam i pro prezentaci nemocnice na venek. Zdaleka ne všechny nemocnice mají SPIS zavedený, pokud se uchazeč o zaměstnání rozhoduje, kam nastoupí, může to hrát důležitou roli.“* Mezi motivační faktory absolventů zdravotnických škol při volbě budoucího pracoviště, je čím dál častěji na prvních místech žebříčku vedle finančního ohodnocení také

pracovní prostředí, zázemí personálu a jeho podpora zaměstnavatelem. Nevyhovující podmínky, přemíra pracovního stresu a rostoucí tlak na sestry je také často důvodem jejich odchodu na jiné pracoviště nebo i odchod z profese. Podle oslovených respondentek může kolegiální PEER podpora v tomto směru zařízení zatraktivnit pro budoucí uchazeče o pozici sestry. Z analýzy rozhovorů také vyplynulo, že řada členů vrcholového managementu je si tohoto faktu vědoma a zavádění podpůrných programů pro zlepšení pracovních podmínek sester podporuje. K3“... *také pan ředitel byl SPISU nakloněn a on zase spíše z toho manažerského pohledu ve funkční a ekonomické rovině, aby bylo o zaměstnance dobře postaráno a neodcházeli...*“

7.2.3 Subkategorie: Zdroje informací a průběžná podpora

Zavedení kolegiální PEER podpory v rámci SPIS má oporu v Metodickém doporučení vydaném ve Věstníku MZČR 9/2019. Oslovené respondentky uváděly, že jim při zavádění SPIS byl často nejvíce nápomocem garant SPIS, který stál u zrodu SPIS v České republice, má s jeho implementací v mnoha zařízeních bohaté zkušenosti.

K2 „...*nejvíce mi pomohl garant SPIS, s ním jsem probírala v začátku skoro všechno, byl ochotný se sejít a probrat vše potřebné. Má velké zkušenosti a vlastně byl u zrodu myšlenky zavedení SPIS u nás... určitě by mělo pozitivní vliv, kdyby autorita na oddělení, primář nebo vrchní sestra aktivně tuto službu prosazovali...*“

Jako největší podpora se podle analýzy rozhovorů ukázala být sdílená osobní zkušenost zdravotníka s PEER podporou. Tak se ale v prostředí zdravotnického pracoviště, jak respondentky uváděly, bohužel zachová jen skutečně silná osobnost bez předsudků a beze strachu o svou pozici.

K4 „...*nejvíce ze všeho odrážím od té vlastní zkušenosti, že jsem zažila, jak vypadá syndrom vyhoření a že díky tomu, že jsem to nepodcenila a nezanedbala, tak můžu dál pracovat, že si to opravdu můžu přiznat...*“

7.2.4 Subkategorie: Zavedení PEER podpory v zařízení

Z analýzy provedených rozhovorů je patrné, že podmínky k úspěšnému zavedení PEER podpory jsou v každé nemocnici specifické, souvisejí s velikostí nemocnice, s organizací práce jednotlivých pracovišť, s charakterem poskytované péče, s komunikačními kanály, které zaměstnanci používají a se zkušeností a postojem vedoucích pracovníků

k zaváděné podpoře. K4 „...*v nemocnicích je proces implementace složitější než třeba na záchrance, protože každá nemocnice je jiná, takže lze dát obecné doporučení, ale každá nemocnice si konkrétní službu musí nastavit podle svých představ a možností...*“

Významný vliv na úspěšné zavedení PEER podpory v zařízení mají také nepochybně pracovní vztahy, zejména vztahy mezi nadřízenými a podřízenými. Správně fungující vztahy na pracovišti se příznivě odrážejí na pracovní klima pracoviště a na spokojenost jednotlivých zaměstnanců, na jejich vzájemnou důvěru. V příznivém klimatu pracoviště je i postoj zaměstnanců k nabízené PEER podpoře vstřícnější. Nepříznivé vztahy na pracovišti mohou nepříznivě ovlivňovat celou organizaci a její fungování a mohou také blokovat efektivní využívání PEER podpory. Získat si pro spolupráci vrchní sestry a primáře jednotlivých oddělení uváděly respondentky jako zásadní.

K4 „...*vrchní a staniční sestry, vedoucí pracovníci jsou podle mě stěžejní skupinou, právě oni by měli pochopit smysl a význam téhle podpory, oni by to měli umět těm lidem vysvětlit, a hlavně nezadržovat a neblokovat...*“ Aby tomu tak bylo, je důležité dobře je informovat o tom, co konkrétně PEER podpora je, co poskytuje, jaký je její smysl. K5 „...*eliminovat situace, kdy vlastně nikdo z nich neví přesně, o co jde, shazují to vedoucí pracovníci, neumí to vysvětlit a prodat...*“

Je také třeba počítat s tím, že každá změna, která je v zařízení realizována, má různý vliv na skupiny pracovníků a na jednotlivé zdravotníky. Zavádění změn ve zdravotnických zařízeních není podle oslovených respondentek snadnou záležitostí. Jen menší část zdravotníků je nakloněna změnám, a je ochotna se na nich podílet. Častější jsou případy, kdy se změna setkává u řadových pracovníků s nedůvěrou, s pochybnostmi, nebo i s odmítáním. K2 „...*ty rozjezdy byly těžké, jak byla nedůvěra od lidí...*“ Odpor k větším změnám je podporován kulturou, která převládá ve zdravotnických zařízeních a postoj zdravotníků k ní se dá vyjádřit zjednodušeně jejich přesvědčením, že jakákoli změna je obvykle změnou k horšímu. Na změny, které se ho konkrétně dotýkají, reaguje každý jednotlivec různě. Rezistence či odpor ke změně patří k přirozeným reakcím v každém kolektivu, prostředí zdravotnického zařízení je v tomto ohledu velmi specifické. Z psychologického hlediska lze říci, že odpor vůči změnám je přirozenou součástí celého procesu změny a ti, kdo změny zavádějí, s ním musí počítat již ve fázi plánování. K3 „*všechny věci, které jsou nové, potřebují svůj čas, lidé se jim brání i když je to pro ně dobré, člověk to musí stále opakovat...*“ PEER podpora může pro některé sestry a ostatní zdravotníky znamenat jakousi snahu, nabourat se do jejich

soukromí, narušit zaběhlá pravidla, změnit systém jejich práce nebo poukázat na chyby v organizaci, odhalit pracovní selhání. Ne každý tuto změnu rád přivítá. Některé vrchní sestry se dokonce mylně domnívají, že pokud některá ze sester na jejich pracovišti vyhledá PEER podporu, je to známkou její špatné práce. K4 „...*měla pocit, že pokud přízná, že její personál to nezvládá a potřebuje moji pomoc, bude to vypadat, že ona selhává, že na ni padne obraz špatné vrchní sestry, takže z tohohle strachu službu naprosto bojkotovala...*“ Každá změna pro ty, kterých se týká, znamená přejít od něčeho důvěrně známého, k něčemu neznámému. V plném rozsahu to platí i pro implementaci nového podpůrného programu ve zdravotnictví, N2 „...*dokonce to došlo tak daleko, že jsme na těchto pracovištích nabízeli podporu potají a nosili jsme jim letáčky v noci, když vrchní a staniční nebyly v práci...*“

Odpor řady zdravotníků a zdravotnických týmů přetrvává, třebaže uvedený typ změny je doporučován v materiálech Ministerstva zdravotnictví a dokonce WHO. K4 „...*je hrozně důležité zaměřit se především na management, na vrchní sestry, na primáře, aby pochopili, že tahle podpora není o nich, že pokud si pustí na oddělení peery nebo interventy, tak to neznamená, že nezvládají svoji práci. že by byli nekompetentní, je potřeba mít náhled a tyhle věci nespojovat...*“

Respondentky srovnávali implementaci SPIS se zaváděním jiných změn v organizaci. K3 „...*využila jsem naučených manažerských postupů, jako když se zaváděl ošetrovatelský proces a různé standardy v rámci akreditace...*“. K3 „*Lze to srovnat se zaváděním nové zdravotnické dokumentace a standardů, také byli všichni v úvodu naštvaní, následně to přijali a nyní to již berou jako samozřejmou věc, která je i pozitivní pro ně...*“

Respondentky uváděly, že ve fázi zavedení PEER podpory jim byl opět nejvíce nápomocen garant SPIS, se kterým se setkávaly při přednáškách v rámci certifikovaného kurzu pořádaného NCO NZO ve spolupráci se SPIS a také krajszí koordinátoři SPIS. K1 „...*velmi důležité pro mě byly jeho zkušenosti, je zakladatelem peer podpory a SPIS, a pohybuje se v mnoha nemocnicích jako poradce ohledně jeho zavádění. Byl nejdůležitějším zdrojem informací, rádcem a velmi mi pomohl...*“ V rámci kurzu dostaly respondentky také informace o zavádění SPIS v jiných nemocnicích napříč Českou republikou. Právě při výuce na certifikovaném kurzu se v rámci přednášek a praktických nácviků absolventi seznamují s modelovými nadlimitními situacemi a s konkrétními zkušenostmi peerů při poskytování podpory v nemocnicích, nebo jiných zdravotnických zařízeních. Některé přednášky vycházejí i z mediálně známých událostí či hromadných neštěstí, jsou tedy často emočně a

psychicky velmi náročné. Absolvování kurzu mnohé z respondentek utvrdilo v záměru prosadit implementaci psychosociální peer podpory v rámci SPIS v jejich zařízení.

Kontakty získané během kurzu respondentky využívaly při zavádění systému a využívají je stále jako zdroj informací a zkušeností z jiných zařízení. K3 „...*informace i poradu v podstatě čerpám z těchto navázaných kontaktů neustále. To je na tom myslím to nejdůležitější, zavolat si, konzultovat, jak to mají oni a jak my, probrat možnosti a vlastně se takto stále učit jeden od druhého...*“ Respondentky uváděly jako velmi důležité zejména zkušenosti z prvopočátečních nesnází a překážek v zavádění systému, které byly v nemocnicích podobné, vzájemná podpora jim pomohla je překonávat a vytrvat v úsilí a odhodlání. K2 „... *garanti SPIS a kolegové z kurzu, kteří mi dodávali optimismus ve chvílích, kdy jsem ho ztrácela, hlavně ujištěním, že u nich ty začátky byly taky hrozně těžké... Já jsem si myslela, že někde selhávám a oni mě přesvědčili o tom, že to tak není...*“

7.3 Kategorie: Formulace cílů PEER podpory a očekávání

K cílům PEER podpory, formulovaným respondentkami patří zejména **zkvalitnění pracovních podmínek sester a ostatních zdravotníků, zlepšení vztahů na pracovištích, odstranění komunikačních bariér mezi jednotlivci i mezi týmy navzájem, zlepšení celkové atmosféry v zařízení.** Z analýzy rozhovorů ale vyplývá, že všechny oslovené respondentky vidí cíl zejména ve změně v myšlení sester a ostatních zdravotníků ve vztahu k jejich práci, ovlivnit zažitě přesvědčení, že zdravotník je povinen zvládnout každou zátěž i tu nadlimitní bez nároku na pomoc a podporu a zlepšit povědomí zdravotníků o možnostech a účincích psychosociální podpory. K4 „...*Tohle je v nás zaseté už od vzdělávání, řekla bych že se to zatím moc nezměnilo, podpůrné věci jako supervize, se již zavádějí v ostatních oborech, ve školství, u policie, hasiči, záchranáři, a jenom v těch nemocnicích zdravotníci zatím neslyšeli o tom, že pomáhající si má také nechat pomoci... jsme v tom tak nevzdělaní, že jsem se setkala s lékaři, kteří si pletou psychologa s psychiatrem, lékaři!...*“

Některá zdravotnická zařízení implementací PEER podpory a jinými podpůrnými strategiemi pro personál reagují na zhoršující se celospolečenské klima, které oblast zdravotnictví velmi zasáhlo, na zhoršující se mezilidské vztahy a celkový postoj ke zdravotníkům. Cílem je tak zmírnění tlaku na zdravotnické pracovníky. K4 „...*jak do všeho začala vstupovat situace rodin, začalo být víc stížností na personál...*“ N1: „*V dnešní době si každý neustále na něco stěžuje a sesterský personál je vystaven velkému psychickému*

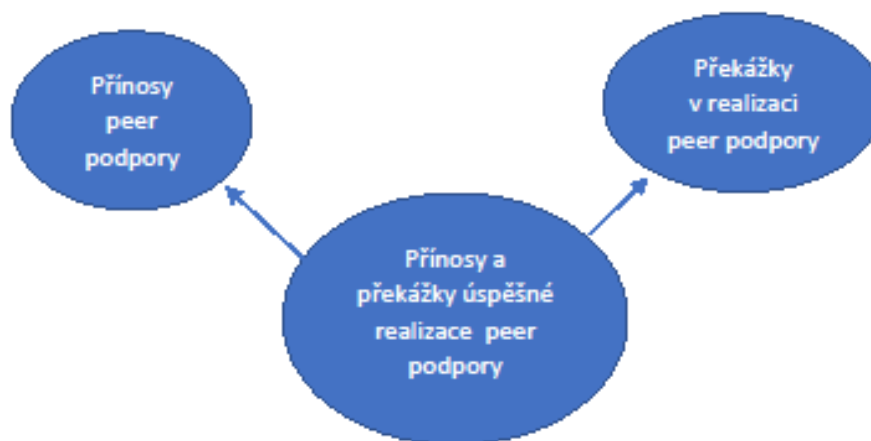
tlaku nejen pracovnímu, ale od pacientů, příbuzných a podobně, což si málokdo uvědomuje...“

Respondentky se během realizace rozhovoru často shodovaly v tom, že jejich očekávání v souvislosti se zaváděním SPIS v jejich organizaci byla jiná než následná realita, zejména popisovaly svá očekávání od přístupu zaměstnanců k podpoře. Respondentka K4 ke svým prvním pocitům uvedla: K2 *„Měla jsem velká očekávání, myslela jsem si, že budou všichni stejně nadšení jako já, to tak úplně nebylo...“* Respondentka K3 své očekávání popisuje velmi podobně: K3 *„... musím říct, že jsem byla hodně natěšená, že jsem byla dá se říct až naivní, protože jsem si myslela, že to bude procházka růžovým sadem a že všechno půjde hladce, že jak vedení, tak zaměstnanci to okamžitě přijmou a že budou tak nadšení, jako jsem byla já. Musím říct, že v úvodu tam ten rozum moc nebyl...“*

7.4 Kategorie: Přínosy a překážky úspěšné realizace PEER podpory

V kategorii Přínosy a překážky úspěšné realizace PEER podpory byly identifikovány subkategorie *Přínosy PEER podpory* a *Překážky v úspěšné realizaci PEER podpory*.

Schéma 5: Přínosy a překážky úspěšné realizace peer podpory a její subkategorie



Zdroj vlastní

7.4.1 Subkategorie: Přínosy úspěšné realizace PEER podpory

Podle analýzy rozhovorů je největším přínosem PEER podpory fakt, že vedení nemocnice uznává náročnost zdravotnického povolání, že je ochotno své zaměstnance podpořit. Sestry, které cítí od svého zaměstnavatele podporu se podle oslovených respondentek cítí v práci spokojenější, lépe vykonávají svou práci. Sesterská profese přináší mnoho zátěžových situací, psychosociální podpora je jednou z cest, jak eliminovat negativní dopady

těchto situací zejména na psychiku sester, předcházet vzniku psychosomatických onemocnění. Je to aktivní opatření podporující zvládnutí nadlimitně psychicky náročných situací zasahujících zdravotnického pracovníka v souvislosti s výkonem jeho práce. Poskytování psychosociální podpory je zároveň prevencí syndromu vyhoření, který se u zdravotnických pracovníků vyskytuje častěji než u jiných povolání. PEER podpora může významně přispět ke zlepšení pracovní spokojenosti sester. Kritéria pracovní spokojenosti ovlivňuje mnoho faktorů, podle oslovených respondentek peer podpora zmírňuje zejména riziko negativního dopadu nadlimitních situací, které sestra sama nedokáže zpracovat a mohou mít následně vliv na její další práci. K3: *„...myslím si, že jako zdravotníci přicházíme do kontaktu s velmi citlivými informacemi, a zdravotník se nemůže v plném rozsahu svěřovat s nějakou pro něj nadlimitní profesní situací ani svým blízkým, protože musí chránit údaje pacienta, pokud se to týká pacienta, nebo jsou to věci, které se týkají organizace jako takové, které nesmí vynášet. Zůstává s tím vším sám a samozřejmě mu to může způsobovat potíže...“* V současnosti čelí sestry i ostatní zdravotníci na svých pracovištích stále častěji agresii ze strany pacientů a jejich rodinných příslušníků. Nejčastěji se jedná o slovní agresii ale i ta může způsobit sestře vážné psychické problémy. N1 *„... naše práce je velmi náročná, a to nejen fyzicky, ale především psychicky ...“*

Základním požadavkem současného ošetrovatelství je kvalitní ošetrovatelská péče. Přínos PEER podpory spatřovaly respondentky v tom, že spokojená sestra, která se v případě problému má na koho obrátit pro pomoc a která ví, že je to zcela legitimní a správný postup, může opravdu kvalitně pomáhat pacientům. K2 *„...sestra se zklidní, situaci zpracuje a dál si ji nenese s sebou do dalších dní, může dál pracovat a být dobrou sestrou ...“* Ošetrovatelská péče v současné době vychází z individuálních potřeb každého nemocného, je založena na celistvém (holistickém) přístupu k nemocnému a jeho rodině. Pacient sám, pokud není zároveň zdravotníkem, nedokáže přesně posoudit, zda byly jednotlivé výkony provedeny přesně podle standardů, co ale posoudit dokáže, je přístup a vystupování jednotlivých zdravotnických pracovníků. Nejvíce ocení přátelskou atmosféru na odděleních, ochotný a usměvavý personál. Sestra je v průběhu hospitalizace partnerem a advokátem pacienta, zajišťuje jeho soukromí a důstojnost. Je-li i ona spokojená a vyrovnaná, může naplnit i očekávání pacienta. Zkušenosti v této oblasti ovlivňuje postoje a názory na poskytovanou péči nejen samotného nemocného, ale i jeho okolí, příbuzných, známých, přátel, jsou podle toho hodnoceny nejen sestry a ostatní zdravotnický personál příslušného oddělení, ale i celé zdravotnické zařízení.

7.4.2 Subkategorie: Překážky v úspěšné realizaci PEER podpory

Překážky v úspěšné realizaci PEER podpory lze podle analýzy rozhovorů rozdělit do dvou základních oblastí. První oblast zahrnuje **překážky psychologické**, vycházející z postojů a názorů zaměstnanců pracujících v zařízení a druhá oblast zahrnuje **provozní překážky** daného zdravotnického zařízení.

Jednou z psychologických překážek je postoj samotných zdravotníků k sobě samotným. Jedna z respondentek popisovala svou zkušenost se zaváděním SPIS ve dvou zařízeních, situaci přirovnávala ke K2 „...*zkoušce z komunikačních dovedností*“, musela se přenést přes odmítavý přístup ředitele i ředitelky ošetrovatelské péče, její zkušenost ukazuje, že v nemocnici, kde ředitel zavedení nepodporuje, byť k němu dá svolení, vlastně svým postojem brání úspěšnému zavedení služby a ta následně ani nemůže dobře fungovat. K2: „...*nejhorší byla laxnost vedení... management k tomu nepřistoupil pozitivně, generálnímu řediteli to bylo mu to více méně jedno, hodně mě zklamala v úvodu i ředitelka ošetrovatelské péče, vlastně v tom byl z mé strany kus přemlouvání, kus doprošování, podařilo se nám proškolit peera, ale to bylo všechno...*“

Sestry byly dlouhá léta v podstatě utvrzovány společností v tom, že jejich povolání je pro ně posláním, při kterém je vždy pacient na prvním místě. Jejich vlastní potřeby byly upozadovány a někdy byly za odpočinek či jídlo během práce dokonce trestány nadřízenými. N2 „...*k naší práci se přistupovalo jinak než dnes, když jsem po deseti hodinách ve směně, ve které jsem byla na jen se sanitárkou kousla do svačiny a nachytala mě paní doktorka, staniční mi strhla osobní ohodnocení na půl roku s odůvodněním, že je mi jídlo přednější než pacienti...*“ Smýšlení o zdravotnících jako o N2 „*Supermanech*“, kteří vše zvládnou a s každou situací se bez problémů vyrovnají bohužel ve společnosti přetrvává. Podle výpovědí respondentek k tomuto faktu přispívá i systém vzdělávání, který sestry sice dobře připravuje na péči o pacienty, bohužel ale už nevěnuje tolik pozornosti a výukového prostoru péči o psychiku sester samotných. Copingovým strategiím, zvládání nadlimitních situací a přístupu k vlastním emocím by měl být ve vzdělávání sester věnován mnohem větší prostor. K4 „...*vzdělávací systém dělá v první fázi z lidí stroje, kteří mají všechno vydržet a nejlépe bezemočně...*“ S tímto postojem zdravotníků samotných ke své profesi souvisí i druhá identifikovaná překážka realizace PEER podpory a tou je strach zaměstnanců v souvislosti s možným nedodržením mlčenlivosti při poskytnutí podpory a jejich K1 „*prozrazením*“. Tento postoj zaměstnanců vychází z dlouhodobě utvrzovaného přesvědčení, že zdravotník je z podstaty své profese připraven sdílet bolest a trápení jiných lidí a své vlastní

emoce, trápení a bolest necítí. Přestože se v dnešní době o zátěži zdravotníků velmi hovoří, mají mnozí z nich stále pocit, že K2 „*být odhalen*“ při přiznání, že se po prožitém traumatu necítí dobře, je jakousi profesní katastrofou, že by před kolegy neobstál nebo byl zesměšněn a vyloučen z kolektivu. K2 „*... někdo má stále strach, že ho ostatní odsoudí, když zjistí, že peera kontaktoval.... byli jsme i ve škole vychováni k tomu, že všechno zvládneme...*“ Tohle přesvědčení je podle respondentek tak hluboko zakořeněno v mysli zdravotníků, že je velmi těžké ho změnit. K2 „*...myslím, že bude ještě velmi dlouho trvat, než si sestry a ostatní zdravotníci na to zvyknou, že je normální cítit emoce po těžkém zážitku. Stále to někdo vnímá jako slabost, ostudu...*“ Respondentky opět v souvislosti s tím zmiňovaly vliv vedoucích zaměstnanců, primářů a vrchních sester, který hraje velkou roli v odbourávání strachu a nedůvěry zaměstnanců. Naději na změnu v celkovém přístupu k sesterskému povolání jak společnosti, tak i samotných sester vidí oslovené respondentky ve zkušenostech získaných během koronavirové pandemie, během které si sáhli na dno svých sil všichni zdravotníci. N2 „*...myslím, že během covidu si řada kolegů uvědomila, že jsou i jiné možnosti než doma po směně každý den vypít lahev vína, že mají za kým jít...*“

Podle výpovědí oslovených respondentek má nová nastupující generace zdravotníků jiný přístup k profesi a podle nich se mu v blízké budoucnosti bude muset systém přizpůsobit. K5 „*...Myslím si, že s nástupem mladší generace se to změní, podle mých zkušeností jsou méně odolní, mají prahy nižší, než jsme měli my a jsou zvyklí si říct, co chtějí a nechtějí dělat, takže oni se myslím nebudou tolik stydět si říct o pomoc a nebudou to považovat za prohru. My jsme byli zvyklí být těmi úderníky, kdy to bylo čím víc tím líp, v tomhle se od mladých musíme my starší učit, protože tak je to v pořádku, mít své limity, vědět, kdy toho máme dost a nebát se to říct. A samozřejmě je to výzva zejména pro systém, protože pokud se tomuto trendu nepodřídí, tak mladé lidi ve zdravotnictví neudržíme, musíme o ně víc pečovat, dávat jim nástroje, aby se mohli chránit a aby s tím mohli pracovat...*“

Překážkou úspěšné realizace PEER podpory může také být absence lékaře v týmu peerů, protože podle některých lékařů nemůže sestra, přestože je vyškolená, poskytnout potřebnou PEER podporu lékaři, nebo někomu s vyšším vzděláním. K1 „*...mám pocit, že SPIS nyní funguje hlavně pro nelékařský personál, přitom lékaři jsou událostí zasaženi stejně jako sestry, bohužel předsudky u nich fungují možná ještě víc...*“ K3 „*...já jsem doktor a nebudu povídat svoje starosti a problémy nějaké zdravotní sestře...*“

Oslovené respondentky během svých zkušeností s poskytováním PEER podpory většinou nezaznamenaly výrazné provozní překážky. Pokud se vyskytnou, pak k provozním překážkám úspěšné realizace PEER podpory patří podle oslovených respondentek překážky spojené s provozem zdravotnického zařízení. Patří sem směnný provoz, zejména pokud peer v zařízení pracuje na směny, může být jeho služba omezená, proto je s výhodou, je-li peerů v zařízení víc, pak lze přesměrovat podporu na kolegu, který je k dispozici. Směnný provoz může být překážkou zejména při poskytování skupinových ošetření týmu jednoho pracoviště. Je důležité, aby skupinového ošetření měli možnost se zúčastnit všichni zasažení členové týmu a zajistit jejich setkání mimo pracovní dobu může ohrozit bezproblémový chod pracoviště. V takových případech lze například požádat o pomoc zaměstnance jiného pracoviště na nezbytnou dobu.

K provozním překážkám patří i situace, kdy není dostupný prostor pro poskytnutí podpory, nebo je-li prostor na nevhodném místě. K3 „...*když jsem měla kancelář v budově ředitelství, byl to opravdu pro některé zaměstnance problém...*“

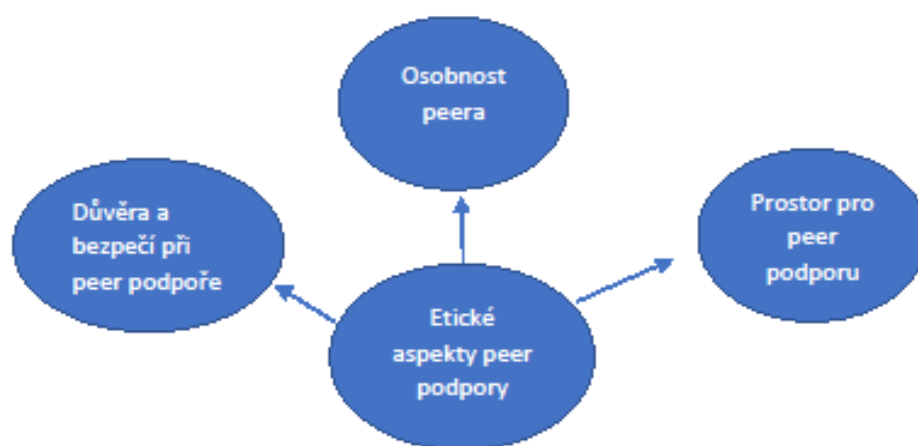
7.5 Kategorie: Etické aspekty PEER podpory

Při popisu etických aspektů PEER podpory je potřeba vycházet z etického kodexu poskytovatelů PEER podpory v rámci SPIS, který patří k základním dokumentům SPIS. Etický kodex poskytovatele Systému psychosociální intervenční služby v resortu zdravotnictví (SPIS) slouží k ochraně poskytovatele služeb, při vymezení hranic jeho péče i k ochraně klienta (uživatele) před poškozením způsobeným nevhodně použitými postupy intervence. Každý poskytovatel SPIS musí znát hranice své kompetence (kvalifikace) a omezení dovedností, které ovládá a používá. Povinností poskytovatele je zachovávat diskrétnost a mlčenlivost o skutečnostech, jež se dozvěděl v souvislosti s proběhlou intervencí a které se vztahují k uživateli. Této povinnosti jej může zbavit pouze uživatel, nebo jeho zákonný zástupce písemným prohlášením. Tímto ustanovením nejsou dotčena ustanovení trestního řádu a povinnost vypovídat před orgány činnými v trestním řízení. Má právo odmítnout poskytnutí péče z osobních, odborných nebo pracovních důvodů. V takovém případě se snaží zajistit péči jiným poskytovatelem v rámci systému SPIS, popřípadě i mimo něj. Poskytuje pouze služby a používá ty dovednosti, pro které je kompetentní a s nimiž má zkušenosti. V případě konfliktu zájmů mají prioritu etické principy v zájmu klienta. Poskytovatel je povinen snažit se udržet a rozvíjet své kompetence, být si vědom svých omezení, identifikovat a odstraňovat vlivy, které kompetenci k této činnosti narušují nebo zpochybňují. Poskytovatel

je povinen se trvale odborně vzdělávat, účastnit se supervizí apod. Očekává se od něj otevřenost k novým postupům, metodám či změnám v systému SPIS.

V kategorii Etické aspekty PEER podpory byly analýzou rozhovorů identifikovány subkategorie *Důvěra a bezpečí při poskytování PEER podpory*, *Prostor pro PEER podporu* a *Osobnost peera*.

Schéma 6: Etické aspekty peer podpory a její subkategorie



Zdroj vlastní

7.5.1 Subkategorie: Důvěra a bezpečí při poskytování PEER podpory

Podle oslovených respondentek je navození pocitu bezpečí pro efektivní poskytování peer podpory zásadní, je přísně důvěrná, respektuje také princip dobrovolnosti – je nabídnuta a může být přijata, či odmítnuta. Aby zaměstnanci získali důvěru, je důležitá profesionalita peera a jeho naprostá mlčenlivost ve všech situacích. Respondentky popisovaly situace, kdy se například vedoucí pracovníci chtěli dozvědět podrobnosti o problémech svých podřízených a oslovili peera nebo koordinátora s žádostí o informace. K3 „...*také se na začátku stávalo, že se mě po nějakém čase nadřízení zeptali „byla za tebou ta naše Maruška?“...“* Peer musí v takovém případě zachovat naprostou profesionalitu a poskytnutí informace jednoznačně odmítnout. V opačném případě by porušil zásady poskytování PEER podpory a mohl by být ze SPIS vyloučen se zákazem činnosti. K3 „...*Každý ošetřený člověk má na mlčenlivost právo i kdyby to jeho nadřízený myslel dobře...“*

Ve zdravotnictví obecně panuje mezi zaměstnanci podle analýzy dat nedůvěra ke sdělování soukromých záležitostí, nadlimitní pracovní situace vnímá každý jinak, co je pro někoho běžné, je pro druhého těžko přijatelné a pro někoho už nadlimitní. Odolnost vůči stresu je velmi individuální, záleží na osobnostních a charakterových vlastnostech, na zkušenostech, na vnitřních i vnějších faktorech při konkrétní události. Každý zdravotník sám nejlépe zhodnotí, jak situaci cítí. Má-li mít PEER podpora skutečný smysl, je navázání důvěry mezi peerem a ošetřeným kolegou nejdůležitějším momentem. Při poskytování PEER podpory se často jedná o velmi citlivé záležitosti, které se zasažený člověk bojí sdělit. Může se peerovi svěřit s osobními problémy, někdy s otřesnými zážitky, které prožil, v řadě případů se jedná i o mimopracovní záležitosti, které se týkají rodiny zasaženého, jeho dětí nebo rodičů. Peer přistupuje ke každému ošetřenému kolegovi stejně jako zdravotník k pacientovi a je vázán stejnou profesní mlčenlivostí. Důležité je, aby peer znal své limity, aby v případě že nemůže z osobních či jiných důvodů podporu poskytnout, to uměl zasaženému kolegovi citlivě a taktně sdělit a zajistil za sebe náhradu. K3 **„...při podpoře se nedovídáte úplně hezké věci a měl by umět říct, pokud je pro něho dané téma nepřijatelné a doporučit jiného kolegu...“**

7.5.2 Subkategorie: Prostor pro PEER podporu

K etickým aspektům poskytování PEER podpory patří i výběr prostoru pro poskytování podpory. Záleží na situaci a možnostech nemocnice. Mělo by to být místo, které zasažený považuje za bezpečné, které poskytuje dostatečné soukromí a je při tom dobře dostupné. Při týmovém ošetření to většinou nebývá problém, podle výpovědí respondentek se v případě skupinového ošetření schází s týmem na pracovišti ve volné místnosti. Je to pravděpodobně tím, že v týmu se zaměstnanci cítí bezpečněji, nejsou tak zranitelní. Při PEER podpoře jednotlivců už je výběr místa komplikovanější. Pokud je to přímo v nemocnici, je výhodou, pokud je místo stranou hlavních tras v budově, a pokud možno na méně frekventovaném místě. K3 **„...mám výhodu své kanceláře, která je stranou hlavní budovy nemocnice, takže většinou není problém...“** Pokud není v prostoru nemocnice podobné místo, schází se peer se zasaženým na tzv. K1 **„neutrální půdě“**. Podle výpovědí oslovených respondentek se místo většinou přizpůsobuje požadavkům a možnostem ošetřeného kolegy nebo týmu a není striktně dané. Neosvědčilo se navštěvovat například zasaženou sestru přímo na pracovišti, přesto, že o to požádala, protože na pracovišti není možnost zajistit dostatečné soukromí. K3 **„...chodit na požádání za lidmi na pracoviště není nejvhodnější, těžko se pak zachová úplně anonymita, v poslední době se všichni postupně přesměřovali**

a chodí za mnou do kanceláře, mám kancelář mimo hlavní budovu a považuji to za bezpečné...“ Naopak respondentky uváděly jako časté místo pro poskytování podpory například v parku, nebo na zahradě. K2 *„...v úvodu nebyl prostor, kde podporu provozovat, nikde nebylo moc soukromí. Tak jsem to řešila tím, že jsme se scházeli třeba venku s kafem na zahrádce...“* ...“ K1 *„Nemáme žádný určený prostor, nemám svou kancelář, někdy by to bylo výhodou, ale nevidím v tom zásadní problém, ošetření jednotlivci většinou uvítají setkání mimo nemocnici třeba v parku na lavičce. Při ošetření skupiny se sejdeme na domluveném místě, někdy v nemocnici, někdy mimo nemocnici, záleží na nich, musí se především všichni cítit bezpečně...“* Skupinové ošetření je podle analýzy provedeného výzkumu v zařízeních vedeno podobně jako provozní porada a čas strávený skupinovým ošetřením je připočítán k odpracované době.

K možnostem peer podpory patří i hojně využívaná krizová linka. Zejména v době koronaviru byla telefonická podpora velmi častou volbou ať už z důvodů časové zaneprázdněnosti nebo větší anonymity. K3 *„... ne každý má sílu na osobní setkání a telefonický kontakt je z jistého pohledu více anonymní a bezpečnější, což může být pro někoho osvobuzující, člověk vlastně ani nemusí říct své jméno a může se svěřit se svými problémy a pochybnostmi...“*

7.5.3 Subkategorie: Osobnost peera

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že vybraný peer musí mít nejen osobnostní předpoklady pro tuto pozici, ale musí splnit i kvalifikační požadavky SPIS. Pro poskytování psychosociální peer podpory získává zdravotnický pracovník zvláštní odbornou způsobilost **absolvováním certifikovaného kurzu „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání psychicky náročných situací“**.

Z osobnostních předpokladů je podle analýzy dat pro pozici peera nejdůležitější emocionální stabilita, empatie, důvěryhodnost, spolehlivost, dodržování morálních zásad. K3 *„...měl by to být člověk, který má rád lidi, který je ochotný a také schopný naslouchat druhým lidem, ale také si umí nastavit vlastní limity, měl by také mít zdravou sebereflexi...“* K2 *„...určitě by to měl být někdo, kdo je důvěryhodný, emocionálně zralý a kdo má pevné morální zásady, s výhodou, pokud ho v nemocnici trochu znají...“*

Každý peer je povinen dodržovat zásady etického kodexu SPIS. Podle některých oslovených respondentek pro tuto pozici není vhodný vedoucí pracovník, ale jednoznačně se v tom neshodují. K2 *„...už takhle se zaměstnanci často pomoci brání, bojí se,*

nedůvěřují, kdyby byla peerem hlavní sestra, tak by za ní vůbec nešli....jedna vrchní sestra ve fakultní nemocnici poskytuje peer podporu a pokud vím, funguje to dobře, je to tedy také o osobnosti toho člověka, přesto je to spíš výjimka...“ Další respondentka, která je v pozici vyššího managementu na to nahlíží z vlastní zkušenosti poněkud jinak. K4 „...*na základě mé pracovní pozice, někdy to může vyvolávat pocit, že jsem v nějakém bližším kontaktu s vedením a mohla bych tedy porušit mlčenlivost, ale to je o mém svědomí a o mé profesionalitě, pokud má zaměstnanec pochybnosti, nevěří, tak ji nemusí využít, ale já za sebe mohu garantovat naprostou mlčenlivost...*“ Mezi respondentkami převládal názor, že nejdůležitější je osobnost peera, pokud má důvěru, není podstatné, je-li ve vedoucí pozici nebo jde o řadového zaměstnance. K2 „...*Není důležité, jestli je to nadřízený pracovník, ale v tom případě musí umět oddělit práci a podporu. Aby byl pro zaměstnance bezpečný, aby mu důvěřovali...*“

7.6 Kategorie: Organizace poskytování PEER podpory

V kategorii Organizace PEER podpory byly analýzou rozhovorů identifikovány subkategorie *Výběr koordinátora*, *Výběr peera* a *Dostupnost a efektivita PEER podpory*.

Schéma 7: Organizace poskytování peer podpory a její subkategorie



Zdroj vlastní

7.6.1 Subkategorie: Výběr koordinátora

Většina oslovených respondentek, které vykonávají činnost koordinátora PEER podpory v zařízení, se také aktivně účastní PEER podpory. Jsou absolventkami certifikovaného kursu Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání

psychicky náročných situací“. který účastníky jak teoreticky, tak zejména prakticky připravuje na pomoc kolegům, kteří prošli nadlimitní situací. K1 „... *Koordinátor by také měl mít představu, jak služba funguje, organizační schopnosti a důvěru lidí...*“ Respondentky uváděly, že je kurz pro peer podporu nadchnul. Některé z oslovených respondentek uvedly, že mají osobní zkušenost s přijímáním peer podpory, jako například K3 „*Já sama jsem si po smrti svého tatínka vyhledala peera z jiného zařízení, a to mi moc pomohlo.*“ K4 svou osobní zkušenost popsala: „... *využila jsem peer podporu, týkalo se to interpersonálních záležitostí, a vztahů na pracovišti. Už jen samotná identifikace a interpretace některých problémů a záležitostí byla pro mě velmi důležitá. Pomohlo mi to ukázat další cesty a další varianty, na které jsem já sama nepřicházela, dá se říct, že mi pomohl nezávislý pohled na situaci.*“ Tato zkušenost je při poskytování peer podpory velkou výhodou, dokonce se dá říct, že je tím v podstatě naplněn princip kolegiální peer podpory v plném rozsahu. Pokud má člověk vlastní zkušenost s peer podporou, která mu pomohla, daleko lépe dokáže předat tuto osobní zkušenost zasaženému kolegovi. K4: „...*myslím si, že takové to formální přesvědčování jako teď to tady máme tak teď to využijte, nefunguje tak dobře jako osobní vlastní zkušenost...*“

Výběr koordinátora probíhal v zařízeních obdobně jako výběr peera, většina z nich byla oslovena vedením nemocnice v prvních fázích implementace PEER podpory v zařízení. Koordinátor eviduje seznamy proškolených peerů v zařízení a v případě potřeby jim poskytuje podporu a pomoc. K1 „...*stala jsem se koordinátorkou, byla jsem první, kdo měl kurz peer podpory a hodně jsem se tomu věnovala...*“

7.6.2 Subkategorie: Výběr peera

Aby psychosociální služba pro zdravotníky byla efektivní a funkční, je důležitý výběr peera, který splňuje osobnostní i kvalifikační předpoklady pro tuto pozici. Výběr peera by měl být dobře načasován v souvislosti s plánovaným procesem implementace PEER podpory v zařízení. Je potřeba počítat s dobou nutnou k vyškolení a zapojení do poskytování podpory. N6 „...*kurz trvá asi čtyři měsíce a než začne peer samostatně pracovat, trvá to dalších pár měsíců...*“ Ministerstvem zdravotnictví pověřenou organizací, která v souladu s doporučeními odborných společností zajišťuje vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti psychosociální podpory formou kurzů a dalších vhodných aktivit je Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) Brno, které vede seznam odborných garantů a krajských koordinátorů, včetně kontaktních údajů. Certifikovaný kurz NCO NZO je každý rok akreditován pro konkrétní vybrané skupiny zdravotnických

pracovníků například Všeobecná sestra, Dětská sestra, Porodní asistentka, Zdravotnický záchranář, Psycholog ve zdravotnictví. Jiné skupiny zdravotnických pracovníků, než pro které je kurz v daném roce akreditován mohou kurz také absolvovat, ale na jeho konci neobdrží certifikát o odborné způsobilosti, pouze potvrzení o absolvování kurzu. Certifikovaný kurz trvá obvykle 4 měsíce, z organizačního hlediska je výhodnější, když je v začátku PEER podpory k dispozici zkušenější peer. Z oslovených respondentek jich několik aktivně vykonává PEER podporu a jsou zároveň i koordinátorkami PEER podpory v daném zařízení. Některé z nich se aktivně podílely na výběru dalších peerů, byly jim v začátcích plně k dispozici a stále vzájemně komunikují a spolupracují, což je při poskytování PEER podpory v zařízení jedním z předpokladů úspěšnosti. V případě dalšího výběru peera by se oslovené respondenty procesu výběru chtěly účastnit. K3 „... ***Pokud bychom vybírali dalšího peera, chtěla bych, abychom u toho byly i s kolegyní, myslím si, že souhra a vzájemná spolupráce je moc důležitá...***“ K6 „...***ne každý, kdo by chtěl být peerem má k tomu skutečné předpoklady, to nemůže on sám objektivně posoudit, je potřeba dobře vybrat, nevhodně zvolený peer může pokazit snahu všech před ním...***“ Počet peerů v zařízení je velmi individuální, je volen s ohledem na počet zaměstnanců a zároveň lze v případě potřeby požádat také peera z okolních zařízení, kteří vzájemně spolupracují a komunikují, podle slov všech oslovených respondentek tato spolupráce velmi dobře funguje. V některých případech zvláště závažných a traumatizujících událostí, které zasáhnou větší počet osob v daném zařízení, je peer z jiného zařízení volen cíleně, pro zachování naprosté nestrannosti a vyloučení jeho osobního zasažení.

Respondentky výběr peerů v první fázi komunikovaly s vrchními sestrami, v některých případech oslovily konkrétní zaměstnance, protože je osobně znaly. K3 „***Výběr byl poměrně jednoduchý, vybírala jsem z řad zaměstnanců, které jsem buď dobře znala, nebo mi poradily vrchní sestry...***“ K4 „...***jsme velká nemocnice, je dobře, když je nějaká péstrost, proto kromě mě jsme chtěli ještě jiného peera, svou nynější kolegyni jsem dobře znala, věděla jsem, že má všechny předpoklady pro tuto pozici, takže jsem ji oslovila a ona souhlasila...***“

Z manažerského hlediska viděly oslovené respondenty s výhodou delší pracovní vztah s danou nemocnicí, zkušenosti z profese a vazby v nemocnici. K2 „...***Každopádně by to měl být zdravotník, pokud možno se zkušeností, ne úplně nový zaměstnanec. Měli jsme jednoho zájemce, který si chtěl kurz udělat jen „kvůli sobě“.*** No nic proti tomu, ale to by si potom měl hradit sám, pokud ho vysílá nemocnice, měl by hlavně chtít pomáhat

kolegům, k tomu potřebuje zkušenosti, důvěru ostatních, empatii. Zaměstnanec bez zkušenosti a vazby k nemocnici může odejít jinam a pak jsou výdaje za kurz zbytečně vydané peníze...“

7.6.3 Subkategorie: Dostupnost a efektivita PEER podpory

Pro efektivní fungování PEER podpory je velmi důležitá její dostupnost všem zaměstnancům v zařízení. Oslovené respondentky zajišťovaly dostupnost PEER podpory různě, shodně uváděly, že je potřeba, aby se informace k zaměstnancům dostávaly spolehlivě a hlavně kontinuálně. K3 *„...musím říct, že ten první rok dostávali všichni tzv. nalejvárnou a v informovanosti je potřeby občas přitlačit, protože se lidé obměňují, nastupují noví...“* Stává se neustále, že i po několikaletém fungování PEER podpory v nemocnici o ní někteří zaměstnanci nevědí. K5 *„... účastním se pravidelně porad vrchních sester, přesto se setkávám znovu a znovu s tím, že se to nedostane dál...“* V úvodu respondentky využívaly zejména osobní setkání s vedoucími pracovníky v rámci porad vrchních sester a primářů. K5 *„... oslovila jsem vrchní sestry, staniční sestry, byli jsme na poradách přednostů...“* Zkušenosti respondentek se ale shodovaly v tom, že spoléhat se na předání informace od vedoucích pracovníků se příliš neosvědčilo zejména ve větších nemocnicích. Většina z nich se začala pravidelně setkávat se zaměstnanci v rámci provozních porad na pracovištích. K5 *„... nejlepší je opravdu obcházet provozní schůze jednotlivých pracovišť...“* V některých zařízeních se osvědčila u nově nastupujících kolegů vstupní školení, noví zaměstnanci se ale při nástupu seznamují s obrovskou náloží nových informací a je nutné počítat s tím, že ne všechny si uchovají. Oslovené respondentky využily dostupné komunikační kanály nemocnice jako je intranet a emailová komunikace. Elektronické informace doplňovaly různými letáčky, které rozmístily na jednotlivá pracoviště. K5 *„...vyrobili jsme letáčky, kde bylo objasněno, kdo jsme a co poskytujeme, plakátky, jak nás mají kontaktovat a posílala jsem kontakty a rozpisy služeb pro ta konkrétní pracoviště...“*

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že dostupnost PEER podpory je kontinuální proces, který souvisí i s přístupem zaměstnanců k poskytované podpoře. Velkou roli hraje i sdělená zkušenost s poskytnutím podpory. *„...hodně je to i o osobních vazbách a předávání informací i neformálním způsobem svou vlastní osobou. Důležitý je osobní rozměr a vlastní zkušenost lidí, kteří službu využili...“*

Informovanost zaměstnanců se zavedenou PEER podporou lze zajistit také jejím zanesením do vnitřních předpisů a dokumentů daného zařízení. S řízenou dokumentací nemocnice jsou všichni stávající i nově nastupující zaměstnanci povinni se seznámit a vnitřní dokumenty jsou povinni dodržovat. V některých nemocnicích je PEER podpora zanesena i v Plánu krizové připravenosti včetně kontaktů na peery a interventy. S výhodou je zřízení „systému časného varování“, který je zajištěn buď vnitřním dokumentem, který událost spadající do kategorie „ohlašovací povinnosti“ a zaměstnance povinné ji ohlásit přímo definuje, nebo konkrétními zaměstnanci, kteří peera kontaktují v případě události. Druhá možnost má své limity, protože záleží na posouzení daného zaměstnance, zda událost peerovi ohlásí.

K1 „...je dobré mít zprávu od vedoucích pracovníků, třeba vrchních sester, nelze se spoléhat jen na nemocniční šeptandu, ne všechny věci se k Vám dostanou a je pak na posouzení konkrétního jednotlivce, zda mi to sdělit nebo ne...“

K2 „...máme intranet, při mimořádné události fungují nabídky přes SMS, která je zaslána vybraným lidem, kteří ji mohou přijmout nebo odmítnout, někdy proběhne časné i ošetření po telefonu po přečtení této sms...“ Je otázkou, zda tento postup není v rozporu s principem dobrovolnosti a respondentky se v názoru na tento problém opírají o konkrétní zkušenosti. ***K3 „...Jsou typy kolegů, kteří nikdy peer podporu nevyužijí, praxe mě ale naučila nedávat do nabídky svou zakázku a nechat to zcela na samotných zaměstnancích...“***

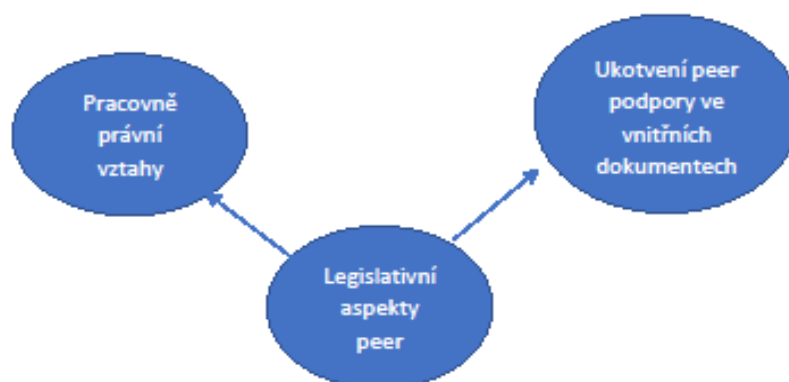
Efektivitu peer podpory je poměrně těžké hodnotit, ve všech zařízeních existují statistické a souhrnné údaje o počtu poskytnutých ošetření, které koordinátor předkládá vedení v určených intervalech, není to ale podle oslovených respondentek parametr, který přesně určuje efektivitu poskytované služby. Při hodnocení efektivitu PEER podpory záleží mimo jiné na tom, co vedlo management zařízení k jejímu zavedení. Pokud byla zavedena preventivně, jako služba k podpoře zaměstnanců a jako strategie ke zlepšení pracovních podmínek, je mírou měření efektivitu v podstatě její přijetí a využívání zaměstnanci. V tomto případě není zásadní počet provedených ošetření ale spíše samotný fakt, že vedení nemocnice má zájem o své zaměstnance a je ochotno do jejich podpory investovat prostředky. ***K2 „...parametrem efektivity také může být větší spokojenost zaměstnanců, zlepšení interpersonálních vztahů, jsou to ale parametry, které lze měřit, pokud vůbec, až s odstupem měsíců a let od zavedení podpory a muselo by být s čím srovnávat...“*** V zařízeních oslovených respondentek taková analýza zatím neproběhla.

K4 „...*Peer podpora je benefit, je to služba navíc, kterou jim zaměstnavatel umožňuje, aby pracovali bezpečně, podle zpětné vazby je to oceněná služba, byli spokojeni a někdy až dojatí, že o ně někdo pečuje...*“

7.7 Kategorie: Legislativní aspekty PEER podpory v rámci SPIS

Na legislativní ukotvení PEER podpory v rámci SPIS ve zdravotnickém zařízení lze nahlížet mimo jiné z pohledu kontinuálního zvyšování kvality v rámci řízení kvality a rizik v daném zařízení. V kategorii Legislativní aspekty PEER podpory byly analýzou provedených rozhovorů identifikovány subkategorie *Pracovně právní vztahy* a *Ukotvení PEER podpory ve vnitřních dokumentech*

Schéma 8: Legislativní aspekty peer podpory a její subkategorie



Zdroj vlastní

7.7.1 Subkategorie: Pracovně právní vztahy

Pracovně právní vztah peera ani koordinátora SPIS k danému zařízení není jednoznačně určen, je pouze doporučen Metodickým pokynem MZČR 19/2019 a záleží na dohodě v každém konkrétním zařízení. Někteří koordinátoři jsou členy managementu zdravotnického zařízení a mají svou náplň práce jasně ukotvenou pracovní smlouvou. K4 „... *já to mám vlastně v popisu svého pracovního zařazení, mimo jiné úkoly...*“ Někteří peeři vykonávají činnost v rámci Dohody o provedení práce nebo Dohody o pracovní činnosti, K3 „...*naši peeři jsou odměňováni hodinovou sazbou při DPČ, za všední dny a za víkendy...*“ Někteří nemají s nemocnicí žádný pracovně právní vztah a pracují jako dobrovolníci. K2 „...*nemám zatím závazek smluvně ošetřen, vykonávám ho v rámci svého hlavního*

pracovního poměru ...“ Respondentky se shodovaly v názoru, že je důležité, aby tým peerů v organizaci byl stabilní s možností „někoho přibrat do týmu podle potřeby“, proto i odměna za tuto práci by měla být předem dána. K3, „...člověk, který poskytuje podporu svým kolegům, by se neměl cítit nedoceněný, musí být motivovaný, této práci věnuje nějaký čas a ten by měl být oceněn i když to pro většinu z nás není rozhodující...“ Je důležité, aby členové týmu vzájemně spolupracovali, protože ne každá událost je pro všechny stejně přijatelná, peer se může dostat do situace, kdy například z časových nebo osobních důvodů nemůže podporu poskytnout a pak by ho měl po vzájemné dohodě zastoupit kolega. K4 „...myslím si, že souhra a vzájemná spolupráce je moc důležitá. při podpoře se nedovídate úplně hezké věci, peer by umět říct, pokud je pro něho dané téma nepřijatelné a doporučit kolegu...“

7.7.2 Subkategorie: Ukotvení PEER podpory ve vnitřních dokumentech

Ukotvení PEER podpory v rámci SPIS se v jednotlivých zařízeních oslovených respondentek různí. V nemocnicích, kde systém funguje několik let je většinou zanesen do K2 „...*Kolektivní smlouvy v rámci péče o zaměstnance...*“, v rámci řízené dokumentace mají zařízení vypracovanou K4 „...*Směrnici o poskytování PEER podpory, Standardní postup při využití PEER podpory...*“ a některé nemocnice zanesly PEER podporu spolu s intervenční službou v rámci SPIS do K3 „...*Traumatologického plánu nemocnice v rámci Plánu krizové připravenosti...*“ v rámci kterého mají nemocnice oslovených respondentek také spuštěn tzv. K1 „...*Systém časného varování...*“, jehož principem je zajištění ohlášení mimořádné události, při které je zasažen větší počet zaměstnanců.

Události, které spadají do kategorie této ohlašovací povinnosti, jsou jasně vymezeny. Ohlášení je povinen učinit vedoucí zaměstnanec vybraných pracovišť, popřípadě jiný pověřený pracovník v případě, že k této události na pracovišti dojde. Součástí tohoto systému je také automatické odeslání zprávy službu majícímu peerovi nebo interventovi K5 „...*ladíme, aby bylo podle GDPR správně nakládáno s osobními údaji zaměstnanců a jasně dáno, jaké události v rámci nemocnice spadají do ohlašovací povinnosti, to je důležité i z důvodu vyvinění z rozhodování někoho o tom, co je pro jiného nadlimitní událost, protože to ví jen každý z nás sám, limity máme každý někde jinde, ošetří to i dostupnost pro všechny zaměstnance...*“

7.8 Stručné zhodnocení výsledků ve vztahu ke stanoveným cílům

Prvním dílčím cílem bylo zmapovat motivaci top ošetrovatelského managementu k implementaci kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních. Motivace top ošetrovatelského managementu k implementaci kolegiální PEER podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby je popsán v kategorii *Role sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory* a v kategorii *Přínosy úspěšného zavedení PEER podpory v zařízení*.

Analýzou dat bylo zjištěno, že postoj managementu má poměrně zásadní vliv na celý průběh implementace i na bezproblémové fungování již zavedeného systému, je ale klíčový zejména v úvodu celého procesu. Motivací k zavedení PEER podpory v rámci SPIS je tedy zejména snaha o vytvoření kvalitního pracovního prostředí pro sestry, zajištění jejich pracovní spokojenosti a ve výsledku zejména zajištění podmínek pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Kvalitní péče o zaměstnance snižuje fluktuaci zaměstnanců v zařízení, posiluje jejich pracovní nasazení a loajalitu vůči organizaci, je jedním z ukazatelů efektivního řízení lidského potenciálu, který je ve zdravotnickém zařízení klíčový.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat roli sestry manažerky v procesu implementace kolegiální (PEER) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních. Role sestry manažerky v procesu implementace kolegiální PEER podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby je popsána v kategorii *Role sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory*.

Podle analýzy získaných dat je pro úspěšnou implementaci PEER podpory je důležité, aby sestra manažerka měla pro výkon své práce nejen osobní předpoklady a zkušenosti ze sesterské praxe, ale také dostatečné vzdělání v oblasti managementu. Úkolem sestry manažerky ve fázi návrhu na změnu, je volba různých forem a prostředků pro vysvětlení změny a jejího dopadu na organizaci i konkrétní zaměstnance, následně prosazování této změny a podpora stabilizace zavedené změny v organizaci. Podmínky k úspěšnému zavedení PEER podpory jsou v každé nemocnici specifické, souvisejí s velikostí nemocnice, s organizací práce jednotlivých pracovišť, s charakterem poskytované péče, s komunikačními kanály, které zaměstnanci používají a se zkušeností a postojem vedoucích pracovníků k zaváděné podpoře.

Třetím dílčím cílem bylo zmapovat organizační náročnost provozu Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky. Organizační náročnost provozu Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky je popsána v kategorii *Organizace PEER podpory*, v kategorii *Překážky úspěšného zavedení PEER podpory*, v kategorii, *Etické aspekty PEER podpory*.

Organizační náročnost provozu PEER podpory v rámci SPIS ovlivněna překážkami v úspěšné realizaci podpory. Organizace PEER podpory je také ovlivněna volbou peera, koordinátora, dostupností poskytované podpory a etickými aspekty, které s poskytováním PEER podpory souvisí. Z etických aspektů je pro poskytování PEER podpory velmi důležité zajištění bezpečí a navození důvěry, které souvisí s osobností peera a bezpečným prostorem pro poskytování PEER podpory.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zmapovat legislativní aspekty/opatření, související s implementací Systému kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních. Legislativní aspekty/opatření, související s implementací Systému kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních jsou popsány v *kategorii Legislativní aspekty PEER podpory*.

Analýzou výzkumu bylo zjištěno, že pracovně právní vztah peera ani koordinátora SPIS k danému zařízení není jednoznačně určen, je pouze doporučen Metodickým pokynem MZČR 19/2019 a záleží na dohodě v každém konkrétním zařízení. Činnost peera je v zařízeních legislativně ošetřena formou dohody o provedení práce nebo formou dohody o pracovní činnosti. Někteří peerři pracují jako dobrovolníci a nepobírají odměnu. Legislativní ukotvení PEER podpory v zařízeních je nejčastěji formou Směrnice o poskytování PEER podpory, nebo v Kolektivní smlouvě. Někteří zařízení mají PEER podporu zanesenou do Plánu krizové připravenosti.

Pátým dílčím cílem bylo zmapovat řízení priorit a time management přijímání změn, které souvisí s implementací kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby vybraných zdravotnických zařízení. Řízení priorit a time management přijímání změn, které souvisí s implementací kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby vybraných zdravotnických zařízení je popsán v kategorii *Role sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory*.

Podle analýzy získaných dat, je potřeba počítat s tím, že každá změna, která je v zařízení realizována, má různý vliv na skupiny pracovníků a na jednotlivé zdravotníky. Zavádění změn ve zdravotnických zařízeních není podle oslovených respondentek snadnou záležitostí. Je výhodné mít sestaven tým lidí, kteří jsou PEER podpoře nakloněni, mají s ní vlastní pozitivní zkušenost a jsou ochotni společně zajistit efektivní informovanost ostatních zaměstnanců, účastnit se provozních porad na pracovištích, kolegií vrchních sester a primářů a předávat informace o poskytované PEER podpoře

Šestáým dílčím cílem bylo zmapovat překážky v procesu implementace Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení. Překážky v procesu implementace Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení jsou popsány v kategorii *Překážky úspěšného zavedení PEER podpory*

Překážky v procesu implementace lze podle analýzy rozhovorů rozdělit do dvou základních oblastí. První oblast zahrnuje **překážky psychologické**, vycházející z postojů a názorů zaměstnanců pracujících v zařízení a druhá oblast zahrnuje **provozní překážky** daného zdravotnického zařízení. Jednou z psychologických překážek je postoj samotných zdravotníků k sobě samotným. Druhou identifikovanou překážkou realizace PEER podpory je strach zaměstnanců v souvislosti s možným nedodržením mlčenlivosti při poskytnutí podpory. Překážkou úspěšné realizace PEER podpory může také být absence lékaře v týmu peerů. K provozním překážkám patří směnný provoz jednotlivých pracovišť, situace, kdy není dostupný prostor pro poskytnutí podpory, nebo je-li prostor na nevhodném místě.

DISKUZE

V následujícím textu jsou diskutovány výsledky kvalitativního výzkumu na téma Aspekty úspěšné implementace kolegiální (peer) podpory v rámci SPIS ve vybraných zdravotnických zařízeních z pohledu sestry manažerky a porovnávány s výsledky výzkumů na podobné téma.

Prvním dílčím cílem bylo **zmapovat motivaci top ošetrovatelského managementu k implementaci kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních**. Psychosociální podpora sester a ostatních zdravotníků v České republice zejména v lůžkových zařízeních stále chybí. O něco lépe jsou na tom složky integrovaného záchranného systému, kde bylo zajištění psychosociálních služeb v roce 2011 zakotveno v zákoně č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, jako součást povinností poskytovatele ZZS. Tam se různé formy psychosociální podpory již implementovaly a staly se součástí práce zasahujících týmů. Bohužel v lůžkových zařízeních je PEER podpora nebo například supervize stále pouze okrajovou součástí péče o zaměstnance. Podle Světláka a Suchého (2011) výzkumy posledních let (Tianan et al. 2015, Janíková, Bužgová 2017, Vévodová et al. 2016, Vévoda et al. 2016) přinášejí jednoznačné doklady o tom, že absence pravidelné psychologické péče o zdravotníky má prokazatelný vliv na vyšší nemocnost zaměstnanců (psychická i somatická onemocnění), jejich nižší životní spokojenost, vyšší fluktuaci pracovníků všech odborností a sníženou kvalitu poskytované zdravotní péče. Podle Bartošíkové (2006) pokud není působení zátěžových a stresujících vlivů včas potlačeno, může vyvolat různá onemocnění včetně psychofyzického vyčerpání. Jako obranného mechanismu v takových situacích mohou sestry využít kromě jiného také negativní chování či úniku v podobě odchodu z profese.

Podle analýzy získaných dat je motivací k zavedení PEER podpory v zařízení zejména snaha o zajištění psychosociální podpory sester vzhledem k náročnosti jejich práce. Respondentky uvedly několikaletou sesterskou praxi, z vlastní zkušenosti uváděly psychicky náročné situace, které mohou pro sestry i ostatní členy ošetrovatelského týmu být nadlimitní. Každá sestra může být zároveň dcerou, matkou, manželkou, v osobním životě řada z nich pečuje o nemocného rodinného příslušníka, nebo se v rodině setkala s vážným onemocněním, které mělo fatální konec. Všechny tyto zkušenosti a prožitky se promítají do emoční roviny sesterské profese. Psychosociální podpora poskytuje možnost, jak zmírnit negativní dopady stresu na sestry i ostatní zdravotníky. Kelly, Long a McKenna (2001 in

Světlák a Suchý, 2011) referují o výsledcích dotazníkového šetření mezi zdravotníky. To ukázalo, že 12 měsíců po zavedení skupinového setkávání na pracovišti 93,2% (N = 28) zaměstnanců, kteří se ho pravidelně účastnili, hodnotilo skupinové setkání pracovního týmu jako velmi nápomocné a uspokojující, zejména kvůli vzájemné podpoře mezi sebou a návodům pro praxi.

Pozitivní vztah mezi sociální podporou spolupracovníků a výkonem práce sester popisuje také Basil et al. (2010), který provedl kvantitativní výzkum u 365 jordánských sester pracujících v nemocnici. Výsledky ukázaly, že sociální podpora od spolupracovníků byla pozitivně spojena s výkonem práce sester. Sestry, které mají větší sociální podporu od spolupracovníků, mají tendenci podávat lepší výkon než sestry s menší podporou. Podle Basila et al. (2010) je logické, že sestry, které mají pocit, že je jejich kolegové podporují, mají rády svou práci, a pracují naplno, jsou ochotné se svými spolupracovníky komunikovat ohledně zlepšení výkonů a eliminace chyb při práci. V souvislosti s péčí o zaměstnance, je úkolem managementu ve zdravotnictví rozvíjet sociální programy zaměřené na podporu kvalitních vztahů na pracovištích sester, zajistit odpovídající počet zaměstnanců a tím snížit pracovní zátěž z přesčasové práce, poskytovat zpětnou vazbu o výkonnosti v souvislosti s kvalitou práce, naslouchat problémům sester a zvažovat jejich návrhy na zlepšení, podporovat klima porozumění, tolerance a podpory na pracovišti. K podobným závěrům ve své kvantitativní studii dospěl Yang et al. (2015). Dotazníkovým šetřením oslovil 200 náhodně vybraných sester pracujících v nemocnici ve Spojených Státech. Výzkum prokázal pozitivní vliv podpory zaměstnavatele a kolegů na pracovišti na pracovní spokojenost sester a jejich pracovní výkon. Poznatky o pozitivním vlivu psychosociální podpory na pracovní spokojenost sester zveřejnila Kelly Kester (2019) v kvantitativním výzkumu, kterého se zúčastnilo 120 sester. Implementací programů na psychosociální podporu zaměstnanců na lůžkové kardiokirurgii intenzivní péče (CTICU) v Duke University Hospital v Durhamu v Severní Karolíně se fluktuace sester se za čtyři roky snížila o 17,1 procenta, spokojenost zdravotních sester se zvýšila o 6 procent a skóre týmové práce a uznání zaměstnanců vzrostlo o 3 procenta. Rovněž výsledky systematické revizní studie Roghieha a Zeinaba (2020) provedené kvalitativní formou se vzorkem 14 sester pracujících v nemocnicích přidružených k Khoy University of Medical Sciences v Íránu, ukázaly, že podpora, kterou sestry na pracovišti dostávají od kolegů a nadřízených, hraje zásadní roli v prevenci syndromu vyhoření. Průřezová studie ukázala, že sociální podpora má ochranný účinek na příznaky pracovního stresu a deprese.

Kvalitativní výzkum na toto téma provedly také Forster, Curzzillo a Furnes (2018). Analyzovaly otevřené odpovědi v polostrukturovaném rozhovoru, kterého se zúčastnilo 29 sester z metropolitní služby duševního zdraví. Z analýzy vyplynulo, že programy odolnosti jsou jedním ze zdrojů pro řešení dopadů stresorů na pracovišti na sestry v oblasti duševního zdraví. Je třeba řešit také organizační překážky a rizika pro pohodu zaměstnanců, aby se vytvořila odolná pracovní síla. Začlenění strategií odolnosti do klinického prostředí může odolnost sester pomoci podpořit.

Psychosociální podpora sester v České republice si v dobře fungujících zařízeních již několik let postupně získává své místo, bohužel ale je stále mnoho nemocnic, které tuto službu svým zaměstnancům neposkytují. Změnu v postoji managementů zdravotnických zařízení ve světě přinesla koronavirová pandemie. Psychosociální podpora se během ní ukázala být účinným nástrojem ke zmírnění obrovské psychické zátěže všech zdravotníků. ((Watson, 2020) Managementy ve zdravotnictví nyní uznávají, jak důležité je podporovat zdravotnický personál. Ve Velké Británii mají například zaměstnanci NHS (National Health Service) volný přístup k více než 1 500 specialistům, online terapii a skupinovým poradenským sezením a obdrží praktickou a finanční pomoc a psychologickou podporu. Dobrovolníci z charitativních organizací, jako Hospice a Samaritáni, zařazují telefonní a textové linky pomoci. NHS také nabízí bezplatný přístup k podpoře z různých internetových aplikací pro zdravotnický personál a jejich rodiny, aby zahrnovaly řízenou meditaci a nástroje pro boj s úzkostí a pomoc s problémy se spánkem. V budoucnu může zdravotnictví čelit mnoha obdobným situacím, jakou byla právě koronavirová pandemie. Management zdravotnických organizací by měly přijmout opatření, která zajistí odpovídající podporu sester a ostatních zdravotníků v době klidu i v době náročné. (Chen et al., 2020)

Druhým dílčím cílem bylo **zmapovat roli sestry manažerky v procesu implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních.** Z analýzy dat vyplývá, že sestra manažerka má významnou roli ve všech fázích procesu implementace systému PEER podpory v organizaci. Je nositelkou změny, která přinese zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců v zařízení. Účastní se úvodních schůzek, na kterých je definována potřeba PEER podpory, je hlavním členem týmu prosazujícího změnu a podílí se na vytvoření jasné vize o PEER podpoře v daném zařízení. Musí využít svých kompetencí, komunikačních dovedností i zkušeností se zaváděním jiných změn, aby byl celý proces úspěšný. Sestry manažerky v dnešním prostředí zdravotnické organizace plní současně několik rolí, musí jednat v souladu s organizačními

strategiemi a zároveň vytvářet a udržovat kulturu důvěry a týmové práce zaměstnanců, která pomáhá organizacím dosáhnout jejich strategických cílů. (Gatura 2020) Rolí sestry manažerky při prosazování podpůrných změn pro sestry popsaly Adams, Chamerlain a Giles (2018). Z analýzy průřezové studie složené z 11 kvalitativních a 8 kvantitativních studií vyplynuly 3 hlavní role, budování profesionálních vztahů, vedení ošetrovatelského týmu a uspokojování potřeb sester.

Zavádění podpůrných programů ke zmírnění stresu a jeho dopadů na sestry považuje Mohammad Mosadeghrad (2013) za hlavní roli manažerů ve zdravotnictví. Formou dotazníkového šetření, do kterého se zapojilo 296 íránských sester, zkoumal faktory přispívající k pracovnímu stresu a jejich souvislost s fluktuací sester. Zájem manažerů o tuto problematiku a implementace podpůrných programů je jednou z cest, jak fluktuaci sester zabránit a personál stabilizovat. Dalším úkolem sestry manažerky v procesu implementace PEER podpory je vytvoření podmínek pro její upevnění v zařízení, podpora vytváření a posilování zdravých pracovních vztahů, zejména mezi nadřízenými a podřízenými.

Podle přehledové studie Mareše (2018), která se opírá o odbornou literaturu z oblasti zdravotnictví, managementu, sociologie a psychologie, při procesu implementace změny management nejprve předkládá organizaci určitou vizi změny. Musí však podstatu navrhované změny a její předpokládaný přínos srozumitelně vysvětlit pracovníkům dané organizace; motivovat je ke spoluúčasti na uskutečňování změny a k dosažení předpokládaných cílů. Proces změny sestává z činností, které je třeba vykonat, aby změna proběhla a byla pro organizaci jako celek i pro pracovníky přínosem. Podle Mareše (2018) je nutné i v případě úspěšného zavedení změny počítat s odporem některých zaměstnanců, který má i pozitivní aspekty, odvíjející od jeho funkčních charakteristik. Odpor vůči změnám udržuje stabilitu systému a brání povrchním, nedomyšleným změnám, nekriticky přijímaným inovacím. Podle Bolognese (2002 in Mareš 2018) mohou pracovníci, kteří se změnou hned nesouhlasí, sehrát pozitivní roli. Mohou iniciovat debatu, která rozvede problém do hloubky a bude usilovat o to, aby se všichni zúčastnění dobrali podstaty změny. Kritický pohled na změnu by neměl být ztotožňován s úplnou negací změny, pokud ovšem obě strany hledají cestu, jak dospět k nejlepší variantě změny pro dané podmínky.

Některé studie se opírají o skutečnost, že sama sestra manažerka, aby byla schopna prosadit změnu a úspěšně zvládnout všechny fáze procesu implementace, musí být především sama odolná vůči stresu. Výzkum na toto téma provedl například Srivastav (2006) Mezi

vzorkem 16 manažerů zdravotních sester z oblastní nemocnice byla analyzována vlastní opatření zmírňující stres a zvyšující odolnost manažerů v souvislosti s frekvencí jejich vykazované pracovní neschopnosti. Výsledky výzkumu ukázaly, že manažeři, kteří přijali tato opatření, vykazovali menší frekvenci pracovní neschopnosti, přestože uváděli vyšší míru stresu, naopak manažeři, kteří uváděli nízkou míru stresu a opatření nepřijali, vykazovali vyšší frekvenci pracovní neschopnosti. Tato zjištění naznačují, že je velmi vhodné posilovat psychickou odolnost u manažerů ve zdravotnictví různými podpůrnými programy a zachovávat tak kontinuitu procesu řízení změn ve zdravotnictví. V souladu s tímto zjištěním jsou i výsledky námi provedeného výzkumu. Jeho analýza ukázala, že samy sestry manažerky mají osobní pozitivní zkušenost s přijímáním PEER podpory. Pomohla jim překonat a zpracovat vlastní nadlimitní událost, nebo interpersonální problémy.

Třetím dílčím cílem bylo **zmapovat organizační náročnost implementace systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky**. Organizaci implementace je zejména nutné přizpůsobit podmínkám v konkrétním zařízení. Podle analýzy provedeného výzkumu je to proces dlouhodobý, PEER podporu je nutné neustále upevňovat. Nejnáročnější fází implementace byla podle provedené analýzy fáze přípravná a prosazování zavedení v organizaci. Je poměrně důležité přípravnou fází implementace dobře načasovat, je nutné počítat s časovým odstupem od výběru peera a koordinátora k zahájení provozu PEER podpory. Odborná příprava peera probíhá minimálně čtyři měsíce a tuto dobu lze využít k seznamování zaměstnanců s účelem a smyslem poskytované podpory a k získání jejich spolupráce při její realizaci. Organizačně náročným se může stát například výběr místa pro PEER podporu nebo sladění poskytování podpory se směnným provozem v zařízení, zejména pokud je peer zaměstnancem směnného provozu. K principům poskytování PEER podpory patří, že se v maximální možné míře přizpůsobí potřebám ošetřeného zaměstnance.

V současné době se ve zdravotnictví zavádí mnoho změn, zejména s ohledem na nutnost kontinuálního zvyšování kvality poskytovaných služeb. Pokud je zvolen efektivní způsob, může mít změna výrazný pozitivní vliv na fungování nemocnice a zvýšit tak kvalitu poskytované péče. Pokud se však změna nezdaří, může vytvořit bariéru pro jakékoli další pokusy o zlepšení. Řízení změn je považováno za jednu z nejnáročnějších manažerských disciplín. (Průša 2010, in Kovaříková 2018)) Ve zdravotnictví je často používaným modelem Kotterův osmi krokový model řízení změny, který například popisuje ve svém kvalitativním výzkumu Kovaříková (2018). Během výzkumu realizoval 66 polostrukturovaných rozhovorů se členy multidisciplinárních paliativních týmů. Získaná data použila k

identifikaci faktorů, které ovlivnily zavádění paliativní péče ve vybraných zdravotnických zařízeních. Ve svém doporučení pro praxi vychází z osmi kroků v procesu řízení implementace paliativní péče v nemocnicích. V procesu implementace PEER podpory by tento model mohl být také velmi efektivní.

Dalším možným modelem při implementaci změny, který v případové studii popisuje Majers (2020), je model řízení založeného na důkazech, který vychází z koncepce modelu ošetřovatelství založeného na důkazech. Protože se mnoho sester manažerek účastní průzkumů ukazatelů kvality ošetřovatelství u svých sester, prostřednictvím průzkumu je možno mezi těmito klíčovými zúčastněnými stranami identifikovat silné stránky a příležitosti ke zlepšení jejich pracovního prostředí. Porovnáním výkonnosti organizace s národními srovnávacími organizacemi lze do strategického plánu začlenit priority růstu a zlepšování. Příležitosti ke zlepšení prostředí praxe sester jsou běžně identifikovány hodnocením rozsáhlé evidence základů intervencí za účelem vytvoření zdravého pracovního prostředí. Kontrola a hodnocení důkazů o jejich významu pro konkrétní organizaci je důležitým krokem při výběru intervencí k implementaci. Jakmile jsou důkazy posouzeny, mohou manažeři ve zdravotnictví rozhodnout o výběru vhodných strategií pro zlepšení pracovního prostředí a jejich začlenění do strategického plánu organizace. (Majers 2020)

Čtvrtým dílčím cílem bylo **zmapovat legislativní aspekty/opatření, související s implementací Systému kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby ve vybraných zdravotnických zařízeních.** V České republice je psychosociální podpora zaměstnanců ve zdravotnictví zatím pouze doporučena Metodickým doporučením pro poskytování psychologické podpory ve zdravotnictví ve Věstníku MZČR z roku 2019 a je na uvážení každého zdravotnického zařízení, zda ji ve svých vnitřních předpisech ukotví. Zanesením psychosociální podpory do vnitřních předpisů, dává v podstatě top management zařízení najevo, že péče o personál je jeho prioritou a že psychosociální podporu svých zaměstnanců bere skutečně vážně. Jedním z možných přístupů k legislativnímu ukotvení PEER podpory v zařízení je zajištění její dostupnosti pro zaměstnance v běžném provozu nemocnice a zejména jejího udržení, což potvrzují například výsledky výzkumu Kovaříkové (2018). Uvádí, že aby se změna v nemocnici udržela, je potřeba ji začlenit do již zavedených oficiálních struktur. Nejčastěji tak multidisciplinární týmy činily v podobě směrnice. Případně se jednalo o obdobný oficiální dokument upravující poskytování paliativní péče v nemocnici.

Legislativní ukotvení PEER podpory je podstatné i z hlediska rizika možných nežádoucích událostí a krizových situací, které se ve zdravotnictví bohužel stále zvyšuje. Lze připomenout například střelbu ve fakultní nemocnici v Ostravě 10. prosince 2019, kdy do čekárny traumatologie vstoupil muž s pistolí, který bez varování, zblízka a v rychlém sledu zasáhl 9 pacientů. Čtyři pacienti přišli na místě o život, tři další lidé podlehli způsobeným zraněním. Tato událost odhalila, jak moc jsou zdravotníci podobným rizikem ohroženi a jak málo jsou systémy ve zdravotnictví na podobné situace připraveny. Zanesení PEER podpory do Plánu krizové připravenosti je proto na místě. Podle Martina Šamaje (2016) jsou nové hrozby, které ovlivňují celou Evropu a její okolí, s dopadem na zdravotnictví v poslední době stále častěji prezentovány a potenciální rizika se stávají zcela reálnými a aktuálními. Zdravotníci vnímají, že terorismus, globalizace, epidemie s pandemickými výskyty, hromadná naštěstí a cestovní ruch zvyšují rizika spojená s poskytováním zdravotní péče, avšak mnohdy jsou tyto úvahy provázeny mylnou představou, že nás se nemohou dotknout. Opak je pravdou a ohrožení nejsou pouze naši klienti, ale také zdravotníci. Nespornou skutečností je i fakt, že krize lze identifikovat i v prostředí řízení společnosti, firmy, tj. nemocnice. (Šamaj 2016)

Pátým dílčím cílem bylo **Zmapovat řízení priorit a time management přijímání změn, které souvisí s implementací kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby vybraných zdravotnických zařízení.**

Z hlediska řízení priorit a time managementu je implementace kolegiální PEER podpory úkolem důležitým a nenaléhavým. Z pohledu sestry manažerky je efektivní řízení změny v organizaci pohonem výkonu zařízení v průběhu změny, protože snižuje pravděpodobnost negativního dopadu na zaměstnance, na pracovní výkon všech zdravotníků, současně zvyšuje efektivitu vynaložených prostředků spojených se změnou, snižuje riziko odchodu zaměstnanců z důvodu nárůstu stresu a obav spojených se změnou, snižuje riziko neúspěchu a dalších dodatečných nákladů spojených s nutností neúspěšnou změnu přepracovat a dokončit, zvyšuje zapojení lidí do změny, což přispívá pozitivně k úspěšné realizaci změny. V souvislosti s přijímáním změn ve zdravotnickém zařízení lze implementaci PEER podpory srovnat například s implementací supervize podle Zelenkové (2020), která prováděla na toto téma kvalitativní výzkum, výzkumným vzorkem bylo osm sester pracujících na psychiatrickém oddělení. Zelenková uvádí, že pokud byl iniciátorem zavedení supervize do organizace top management, pak je velmi pravděpodobná i významná podpora a jeho proaktivní přístup v procesu kontraktování a přípravě procesu implementace supervize do

organizace. Za předpokladu, že iniciativa a zájem o zavedení a realizaci supervize v organizaci vzešla od samotných zaměstnanců, tedy zdravotníků a nikoliv manažerů, je možné očekávat negativní i pozitivní reakci managementu. V případě, že se obě skupiny ve svých očekáváních shodnou na potřebnosti a významu zavedení supervize do organizace, lze také očekávat společný proaktivní přístup a s největší pravděpodobností i úspěšné zavedení supervize do organizace. Ovšem v případě, že potřebu zavedení supervize vnímají pouze pracovníci a management není této situaci nakloněn, není supervize do organizace zavedena. K podobnému závěru došla i Kovaříková. (2018) V procesu implementace paliativní péče se také velmi odráží podpora vedení nemocnice. Pokud je změna dopředu dojednána a paliativní přístup k pacientům je u vedení vítanou součástí poskytovaných služeb, velmi to v této fázi vše urychlí. Nakloněné vedení podpoří zdravotníky jak finančně, tak prostorově, či jim dle možností upraví pracovní poměr. Naopak pokud jsou očekávání od zavádění paliativní péče mezi týmem a vedením rozlišná, může začít docházet k rozporům. Je proto potřeba vše dojednat tak, aby všechny strany souzněly s plánem implementace paliativní péče a měly od jejího zavedení stejná očekávání.

Šestým dílčím cílem **bylo zmapovat možné překážky v procesu implementace Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení**. Analýza provedeného výzkumu popsala několik možných překážek v procesu implementace PEER podpory. Byly rozděleny na překážky vyplývající z provozu zdravotnického zařízení a na překážky vycházející z přístupu zaměstnanců. K překážkám vyplývajícím z provozu patří práce na směny, která se týká většiny pracovišť v zařízení a může komplikovat zejména časné poskytnutí PEER podpory. Další překážkou může být buď absence nebo špatná volba prostoru pro poskytování podpory a může jí být i špatná volba peera, který osobnostně nesplňuje požadavky zaměstnanců a nemají k němu důvěru. Podobně hovoří například Janíková a Bužgová, (2017), podle přehledové studie věnující se supervizi, kterou realizovaly, mohou být při implementaci různých forem podpory zaměstnanců v nemocnicích definovány překážky, které souvisí s provozem zdravotnického zařízení, jako je například směnnost, omezené zdroje financí, problémy související s proškolením personálu, organizační nároky na provoz a v neposlední řadě negativní postoj samotných zaměstnanců. Překážky v postoji zaměstnanců vycházejí podle analýzy provedeného výzkumu jednak z dlouhodobě zakořeněných a stále přetrvávajících předsudků, jednak z nedůvěry sester a ostatních zdravotníků k nabízené podpoře a také z obavy zejména vedoucích pracovníků, že

poskytnutí podpory jejich podřízeným poukáže na jejich vlastní nedostatky ve vedení týmu nebo organizaci práce na daném pracovišti.

Překážky v procesu implementace definoval například Malý (2012), který v rámci výzkumné části diplomové práce mapoval formou případové studie aspekty související s implementací Systému psychosociální intervenční služby SPIS v prostředí Zdravotnické záchranné služby. Překážky v implementaci podrobně analyzoval a rozdělil podle oblastí do komunikační, finanční, organizační, politické, hospodářské, sociální, manažerské, legislativní, výzkumné a mediální. Selhání implementace a neplnění zamýšlených cílů, může mít mnoho příčin. Analyzovat překážky je možné z více úhlů pohledu. Například si lze klást otázky, zda na implementovaném systému spolupracují všichni odpovídající aktéři, zda byly zvoleny ideální nástroje k provedení implementace, zda jsou správně stanoveny cíle a podmínky implementace. (Malý, 2012)

Světlák a Schý (2012) vytvořili přehledovou studii na téma podpora zdravotníků v onkologii a hodnotí překážky v implementaci podpůrných programů ve zdravotnictví zejména v postoji zaměstnanců, podle nich mohou lékaři a sestry považovat různé formy psychosociální podpory například skupinové supervize pod vedením externího supervizora za způsob kontroly. Zaměstnanci mohou mít také strach z následků otevřené komunikace. Možná je i zkušenost s opakovanou evaluací, která nevedla k žádným změnám. Zdravotníci na základě četných zkušeností na pracovišti nedůvěřují možnosti jakékoliv změny. Vedení i zaměstnanci jsou přesvědčeni, že cílenou psychologickou péčí o zaměstnance by měl vyhledat jen ten člen týmu, který má nějaký problém; v neposlední řadě mají zdravotníci špatnou zkušenost s psychologem a o možnostech psychologické péče nejsou přesvědčeni. (Světlák, Suchý 2012) Z rad odborníků zabývajících se řízením změn v organizacích je možné vyčíst, že odpor ke změně lze chápat jako přirozenou reakci člověka, která má mít ochrannou funkci. Přemíra neochoty ke změně může vyplývat také z povahy jednotlivých lidí a kultury v dané organizaci, je nutné se jí postavit, nejlépe jí předcházet.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V případě zavádění podpůrných strategií, jakou je PEER podpora, pokud je top management této změně nakloněn, jde v následných krocích, více než o organizační náročnost celého procesu, o změnu v myšlení a v přístupu zdravotníků k sobě samým, k přijetí myšlenky, že jen psychicky vyrovnaný zdravotník může poskytnout pacientovi skutečně kvalitní péči. Dá se říci, že tato „neviditelná“ překážka provází celý proces implementace a překonávat ji musí i zavedený a fungující systém.

Na základě analýzy provedeného výzkumu předkládáme možný postup řízení zavedení PEER podpory ve zdravotnickém zařízení. Při identifikaci jednotlivých kroků jsme vycházeli z Praktické příručky pro implementaci peer podpory (Repperová et al. 2013)

Metodické doporučení k implementaci PEER podpory v nemocnici

Předpoklad časového rozpětí procesu cca 2 roky, upevňování je proces dlouhodobý

1. Příprava organizace

- Zorganizování **vstupní informativní schůzky** s vedením nemocnice

Vytvoření prostředí pro úspěšnou implementaci PEER podpory je zásadní, vstupní informace podává hlavní aktér nejlépe náměstkyně ošetrovatelské péče, na tuto vstupní schůzku je nutné mít dobrou přípravu a získat pro PEER podporu top management zařízení

- **Definice problému – absence psychosociální podpory** v zařízení
- **Promítnutí prezentace** s vizí a cílem PEER podpory
- **Plán sledu postupných kroků k realizaci** včetně časového rozvržení

2. Příprava týmu prosazujícího změnu

- **Oslovení konkrétních členů prosazujícího týmu**

Všichni členové týmu se orientují v problematice PEER podpory, jsou jí nakloněni a jsou ochotni se v maximální možné míře účastnit celého procesu, mají respekt a

autoritu u zaměstnanců zařízení, dobré komunikační schopnosti, odhodlání pro věc. Tým by měl mít jasnou představu o poskytování PEER podpory, členové týmu musí dokázat tuto představu popsat kolegům, sdílet ji v celém týmu a alespoň částečně i v organizaci.

Navrhované složení týmu:

- **Náměstkyně ošetrovatelské péče**
- **Sociální pracovník**
- **Lékař**
- **Sestra**
- **Externí peer** nebo koordinátor např. ZZS, který má s poskytováním PEER podpory zkušenosti, možno doplnit o další členy v průběhu procesu
- Plán společných informativních schůzek, v úvodu minimálně 1x týdně

3. Definování rolí

- **Plán účasti prosazujícího týmu na jednotlivých pracovištích** v rámci provozních porad s **frekvencí 1x měsíčně** na každém pracovišti, schůzky je potřeba naplánovat předem, stanovit potřebný čas pro prezentaci a zajistit co největší účast zaměstnanců pracoviště. Ke komunikaci uvnitř zařízení lze uspořádat konferenci s účastí garanta a koordinátorů SPIS
- **Rozdělení úkolů mezi členy týmu**, kdo prezentuje, kdo podává doplňující informace, kdo zprostředkuje výrobu propagačního materiálu, kdo distribuuje propagační materiály na oddělení, členové týmu by se měli vzájemně doplňovat, informace mají být jasné a srozumitelné, je dobré mít prostor na případné dotazy v závěru schůzky. K propagaci PEER podpory lze využít prostory na každém pracovišti, umístit letáky na nástěnky, u vchodu do nemocnice, v jídelně atd.
- **Kontaktování garanta SPIS** a schůzka s ním, garant SPIS poskytuje důležitou podporu zejména v případě, že jsou mezi zaměstnanci odpůrci PEER podpory

4. Výběr peera

- **Oslovení vrchních sester**, oslovení možných **peerů**, je důležité jasně definovat, co od budoucího peera očekáváme, musí mít osobnostní předpoklady pro tuto pozici, důvěru zaměstnanců, musí být schopen akceptovat etické zásady poskytování PEER podpory, je s výhodou, když zná prostředí zařízení a je mezi zaměstnanci známý
- **Výběrové pohovory** s uchazeči o pozici, vzdělání peera, kontakt s koordinátorem, výběru budoucího peera se účastní minimálně tři členové prosazujícího týmu, kritéria výběru jsou dána předem, s uchazečem je veden pohovor s předem sestavenými otázkami

Návrh otázek k výběrovému pohovoru

Co konkrétně víte o PEER podpoře?

Proč konkrétně chcete být v pozici peera?

Myslíte si, že máte pro tuto pozici předpoklady?

Jaké konkrétně to podle Vás jsou?

Jakou pozici v nemocnici vykonáváte? Jste spokojen ve své profesi?

Jaké vztahy máte na pracovišti se svými kolegy, s nadřízenými/podřízenými?

Jaké situace mohou podle Vás při práci zdravotníka být nadlimitní?

Je takových podle Vás nadlimitních situací mnoho?

Jakou máte představu o poskytování PEER podpory?

Co je podle Vás při poskytování PEER podpory nejdůležitější?

Máte osobní zkušenost s poskytováním PEER podpory?

Máte konkrétní představu o odměňování za poskytování PEER podpory?

- **Vybraný peer se stává členem prosazujícího týmu**

1. Organizace PEER podpory

- **Popis pracovních pozic**, popis pracovní pozice peera je uveden v příloze č. 5

- **Tvorba organizačních opatření** na podporu poskytované služby, například zajištění možnosti okamžitého ošetření zasaženého zaměstnance bezprostředně po prožité události vzájemnou spoluprací týmů různých pracovišť. Například možné zastoupení členů týmů v intenzivní péči Interna a Chirurgie/ARO
- Výběr prostoru k poskytování PEER podpory, je volen individuálně, lze využít pracoviště sociálního pracovníka
- **Definice pracovně právních vztahů** peera k organizaci včetně odměňování, s peereem je uzavřena Dohoda o pracovní činnosti, odměna za hodinu poskytování PEER podpory je stanovena na 250 Kč ve všední den a 300 Kč o víkendu, ve svátek.

2. Zajištění dostupnosti PEER podpory

- Vyvěšení informací na **intranetových stránkách**,
- Definice postupu při **kontaktování peera**, příklady možných událostí, zdůraznění principu dobrovolnosti a **dodržování etických zásad**

3. Průběžná podpora a další informativní schůzky

- **Tým pokračuje v předávání informací** na provozních poradách, v **distribuci propagačního materiálu, frekvence 1x za tři měsíce na každém pracovišti**
- Pravidelné **schůzky** prosazujícího týmu s **vedením zařízení** a se zhodnocením průběhu, efektivity a s návrhy na zlepšení, průběžné informace a zpětná vazba
- **Průběžný kontakt s garantem SPIS**

4. Upevňování PEER podpory v organizaci

- **Ukotvení PEER podpory ve vnitřních předpisech zařízení**, vytvoření **směrnice**
- Zanesení podpory do **Kolektivní smlouvy**
- Zanesení podpory do **Plánu krizové připravenosti**

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat aspekty související s úspěšnou implementací kolegiální PEER podpory ve zdravotnickém zařízení prostřednictvím kvalitativního výzkumu realizovaného formou polostrukturovaných rozhovorů s manažerkami a koordinátorkami zdravotnických zařízení, ve kterých byla PEER podpora zavedena. Tento cíl byl splněn.

V prostředí českého zdravotnictví zejména v lůžkových zařízeních jsou strategie zaměřené na psychosociální podporu sester a ostatních zdravotníků, které účastnice provedeného výzkumu považují za velmi potřebnou a přínosnou, bohužel stále pouze okrajovou záležitostí. V rozporu s tím je stále se zhoršující celospolečenské klima, narůstající tlak na výkon práce a její efektivitu odrážející se i na sesterské profesi, která je sama o sobě stále náročnější. Stěžejní roli v nutné změně tohoto stavu je přístup managementů zdravotnických zařízení k podpoře svých zaměstnanců.

Přestože byl v letošním roce zaznamenán nárůst uchazečů o studium na zdravotnických školách, motivační faktory jejich absolventů při volbě budoucího pracoviště se v posledních letech mění a je kladen mnohem větší důraz na pracovní podmínky zaměstnanců zvoleného zařízení. V následujícím období budou pravděpodobně právě pracovní podmínky tím nejdůležitějším ukazatelem pracovní spokojenosti sester, omezení jejich fluktuace a stabilizace sesterského personálu v České republice. Dobře fungující zdravotní systém je nedílnou součástí dnešní společnosti. Psychosociální PEER podpora v rámci SPIS je jednou z možných variant péče o sestry a ostatní zaměstnance, která by se měla stát nedílnou součástí každého dobře fungujícího zdravotního systému. Zaměstnanci jsou největším bohatstvím firmy a ve zdravotnictví to platí dvojnásob. Péče o sestry by se měla v nejbližší době stát součástí strategického plánování rozvoje každého zdravotnických zařízení.

SEZNAM LITERATURY

1. BALKOVÁ, H., L., FÜRSTOVÁ. Vyhoření perioperačních sester. *Sestra*. 2012, **22**(7-8), 41-42. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
2. BÁRTLOVÁ, S., H., HAJDUCHOVÁ. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, **13**(3), 110-115. ISSN 1213-6050.
3. BARTONÍČKOVÁ, D., D. KALÁNKOVÁ, D. MIKŠOVÁ, Z. ŽIAKOVÁ, K. TOMOVÁ., 2018. Definování jednotlivých dimenzí kultury bezpečnosti. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. Vol. 8, iss. 2, pp. 38-45. [cit. 2020-08-31] Dostupné na: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2018-rocnik-8/cislo-2/definovani-jednotlivych-dimenzi-kultury-bezpecnosti-pacientu>
4. BLANAŘ, V., K., ČERMÁKOVÁ, M., JEDLINSKÁ. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o onkologicky nemocné. *Diagnóza v ošetrovatelství. Supplementum*. 2014, **10**(2), 1-4. ISSN 1801-1349.
5. BILAVČÍKOVÁ, P., M., KARAFIÁTOVÁ. Jak vnímají sestry pracovní podmínky a psychosociální zátěž. *Sestra*. 2010, **20**(9), 26-28. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>
6. BUREŠOVÁ, Z., D., JAROŠOVÁ. Kvalita života sester pracujících v nemocnici. *Ošetrovatelstvo* [online]. 2015, **5**(1), 13-17 [cit. 2020-11-04]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2015/01/2015-rocnik-5-cislo-1.pdf>
7. ČR, 2019. *VĚSTNÍK MZČR 2019: Metodické doporučení pro poskytování psychologické podpory ve zdravotnictví*. In: Praha, ročník 2019, 9/2019. (https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17808/38548/Vestnik%20MZ_9-2019.pdf).
8. DROZDOVÁ, R., V. KEBZA, 2011. Well-being and its selected psychosocial and behavioural variables in a sample of nurses. *Československá psychologie*. [online]. Vol. 4, iss. 4, pp. 289-305 [cit. 2020-09-08]. ISSN 0009062X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=65810596&scope=site>

9. DUČALOVÁ, J., B., LITVÍNOVÁ. Fenomén pracovního stresu a možnosti jeho prevence. *Sestra*. 2013, **23**(4), 21-22. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
10. GUČKOVÁ, M. Fyzická a psychická zátěž sester na neurologii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, **5**(6), 30-31. ISSN 1801-1349.
11. HANKOVÁ, L. Psychosociální pracovní zátěž a pracovní podmínky sester. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství ...* 2007, s. 61-70. Dostupné také z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2007>
12. HAROKOVÁ, S., E., GURKOVÁ. Pracovní spokojenost sester. *Sestra*. 2012, **22**(7-8), 33-34. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
13. HECZKOVÁ, J., A., BULAVA. Důvody odchodů sester z profese. *Urologie pro praxi*. 2018, **19**(2), 95-98. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <http://www.urologie-propraxi.cz/archiv.php>
14. HEKELOVÁ, Z. Jak nevyhořet v práci sestry? *Florence*. 2018, **14**(4), 2-3. ISSN 1801-464X.
15. HEKELOVÁ, Z. Péče o kulturu zdravotnického pracoviště v kontextu práce sester – manažerek. *Florence*. 2016, **12**(3), 6-7. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>
16. HEKELOVÁ, Z. Stres a syndrom vyhoření v práci sestry - manažerky. *Florence*. 2014, **10**(3), 33-34. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>
17. Hendl, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 444 s. ISBN 978-80-262-0928-9.
18. HEŘMANOVÁ, J., M., ZVONÍČKOVÁ, H., SVOBODOVÁ. Morální distres jako jedna z příčin syndromu vyhoření. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. 2009, s. 57-61.
19. HOSÁKOVÁ, J., J., KAČOROVÁ, L., VALCHAŘOVÁ. Duševní zdraví jako faktor ovlivňující kvalitu poskytované péče. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. 2015, s. 26-31.

20. HROMÁDKOVÁ, K. *Začleňování peer konzultanta do pracovního týmu organizace pro duševní zdraví*. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí práce Probstová, Václava.
21. HRUŠKOVÁ, M., M. STRÝČKOVÁ, J. BUCHANCOVÁ, Z. CIGÁNIKOVÁ. 2012. Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže u profesií v domovoch sociálnej starostlivosti, v nemocnično-poliklinickom zariadení a vo vybraných nezdravotníckych oblastiach. *Occupational Medicine / Pracovní Lékařství* [online]. Vol. 9, pp. 147-155 [cit. 2020-08-31]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=102258868&scope=site>
22. HUMPL, L. Dopad na psychiku je časovaná bomba, 2021. Medical Tribune [online]. Praha, 08.02.2021, 2021(02) [cit. 2021-03-28]. <https://www.tribune.cz/clanek/46361-dopad-na-psychiku-je-casovana-bomba>
23. HUMPL, L. Bezmoc patří k nejhorším prožitkům zdravotníků, 2021. Medical Tribune [online]. Praha, 13.03.2021, 2021(04) [cit. 2021-03-28]. <https://www.tribune.cz/clanek/46468-bezmoc-patri-k-nejhorsim-prozitekum-zdravotniku>
24. IVANOVÁ, K., J., VÉVODA, M., NAKLÁDALOVÁ, J. MAREČKOVÁ. Trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester. *Kontakt*. 2013, **15**(2), 115-127. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2013.015
25. IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M., J., VÉVODA. Pracovní satisfakce všeobecných sester v ČR podle hodnotových distancí. *Pracovní lékařství*. 2012, **64**(4), 156-163. ISSN 0032-6291. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-clanek/pracovni-satisfakce-vseobecnych-sester-v-cr-podle-hodnotovych-distanci-40299>
26. JANÍKOVÁ, E., R., BUŽGOVÁ. Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví. *Československá psychologie*. 2017, **61**(4), 363-378. ISSN 0009-062X.
27. JEŽORSKÁ, Š., J., VÉVODA, J. CHRASTINA. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost? *Profese on-line* [online]. 2014, **7**(1), 9-15 [cit. 2020-11-04]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2014.002

28. JIRKOVSKÝ, D. Sestra manažerka – její problémy a potřeby. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. 2013, s. 18-22. Dostupné také z: <https://www.fnmotol.cz/sys/FileStorage/download/2/1039/cestakmoderniuosetrovatelstvixv.pdf>
29. JIRKOVSKÝ, D. Psychická pracovní zátěž u vybraných skupin všeobecných sester. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. 2009, s. 52-56.
30. JIRKOVSKÝ, D. Subjektivní hodnocení psychosociální pracovní zátěže u všeobecných sester v nemocnici (výsledky výzkumu). In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. 2008, s. 19-21. ISBN 978-80-87347-00-3.
31. JOBÁNKOVÁ, M., J., KVAPILOVÁ. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. 2007, **17**(7-8), 18-19. ISSN 1210-0404.
32. KLEVETOVÁ, D. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sestra*. 2011, **21**(10), 20-22. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>
33. KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, **19**(7-8), 26-28. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-pr-435429>
34. KOVAŘÍKOVÁ, J. *Implementace paliativní péče do nemocnic*. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucí práce Loučka, Martin.
35. KRŠKOVÁ, V., D., MUDD, V., HÁJKOVÁ, M., KRŠEK. Motivace všeobecných sester na interních odděleních. *Časopis lékařů českých*. 2019, **158**(6), 256-258. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2019-6-7/motivace-vseobecnych-sester-na-internich-oddelenich-118944>
36. KUKLÍK, R., M., BEZDĚKOVÁ. Co trápí sestry ve zdravotnictví? *Zdravotnické noviny*. 2006, **55**(43), 12-14. ISSN 0044-1996.
37. LOSKOTOVÁ, M., K. VEVERKOVÁ, R. KOŠTÁL, V. DŽUPA, 2015. Analýza pracovní zátěže sester na ortopedicko-traumatologickém pracovišti. *Occupational Medicine / Pracovní Lékarství* [online]. Vol. 67, iss. 1, pp. 6-11 [cit. 2020-09-08].

ISSN 00326291. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=114117731&scope=site>

38. MADZIOVÁ, S., E., JANÍKOVÁ. Péče všeobecných sester o své zdraví. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, 4(1), 546-552 [cit. 2020-11-04]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osestrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-01/6_madziova_janikova.pdf
39. MACHÁLKOVÁ, L., Z. MIKŠOVÁ, L. MAZALOVÁ, M. ŠAMAJ, 2012. Hodnocení tělesných charakteristik a fyzické zátěže všeobecných sester. *Česká Antropologie* [online]. Vol. 62, iss. 1, pp. 24-29 [cit. 2020-09-08]. ISSN 18041876. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=94239843&scope=site>
40. MALÝ, M. Zavádění *Systému psychosociální intervenční služby pro pracovníky Zdravotnické záchranné služby*. Praha, 2012. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné politiky. Vedoucí práce Háva, Petr.
41. MAREŠ J. 2018. Resistance of health personnel to changes in healthcare. *Kontakt* 2018; 20(3): e262–e272; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.04.002>
42. MAREŠOVÁ, L., M. TŘEŠLOVÁ, 2017. Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. *Psychologie a její kontexty* [online]. Vol. 8, iss. 1, pp. 55-65 [cit. 2020-08-31]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=125534593&scope=site>
43. Mezilidské vztahy a stres v profesi zdravotních sester. *Prague onco news*. 2018, 8(1), 16-17. ISSN 1804-8579.
44. NAKLÁDALOVÁ, M., J. VÉVODA, K. IVANOVÁ, J. MAREČOVÁ, 2011. Pracovní spokojenost všeobecných sester na lůžkových odděleních nemocnic. *Occupational Medicine / Pracovní Lékařství* [online]. Vol. 63, iss. 1, pp. 18-23 [cit. 2020-09-08]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=65241567&scope=site>
45. NOVOTNÁ, L., M., VALENTOVÁ. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra*. 2011, 21(1), 26-27. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

46. NOVOTNÁ, E., H., MICHÁLKOVÁ. Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester. *Cesta k modernímu ošetrovatelství* [online]. 2010, , 20-25 [cit. 2020-11-04]. ISBN 9788087347034.
47. ONDŘIOVÁ, I., J. SLANINKOVÁ. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetrování terminálně nemocných. *Sestra*. 2010, **20**(10), 27-28. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>
48. PAPRŠTEINOVÁ, M., B. FALTOVÁ, B. HOLÁ, 2019. Hodnocení psychické zátěže u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie. *Hygiena* [online]. Vol. 64, iss. 4, pp. 141-146 [cit. 2020-09-08]. ISSN 18026281.
49. PELCÁK, S., J. CHALOUPKA, 2012. Psychická odolnost a subjektivně vnímaný distres u osob profesně exponovaných stresovým situacím. *Occupational Medicine / Pracovní Lékařství* [online]. Vol. 64, iss. 2/3, pp. 71-77 [cit. 2020-08-31]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=102258549&scope=site>
50. PELIKÁNOVÁ, M. Průzkum: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. *Sestra*. 2013, **23**(11), 7. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
51. PLACHÁ, H. Pracovní nespokojenost sester v České republice. *Praktický lékař*. 2015, **95**(2), 59-64. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/pracovni-nespokojenost-sester-v-ceske-republice-51998>
52. POHLOVÁ, L., KOZÁKOVÁ R., D., JAROŠOVÁ. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař*. 2011, **91**(5), 274-277. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>
53. PRAŠKO, J. Jak zůstat ženou, matkou i profesionálkou a nevyhořet. *Cesta k modernímu ošetrovatelství* [online]. 2010, , 157-161 [cit. 2020-11-04]. ISBN 9788087347034.
54. PROKELOVÁ, P., D., JAROŠOVÁ. Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních. *Kontakt*. 2013, **15**(2), 135-142. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2013.017

55. PROUZOVÁ, M. Možnosti psychosociální podpory zdravotníků: Systém psychosociální intervenční služby - SPIS. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2015, **2015**(7-8), 37. ISSN 2336-2987.
56. PRŮŠA, Jaroslav. Organizační vůdcovství a řízení změny ve zdravotnictví. *Medical Tribune* [online]. 2010, 5 [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/17037-organizacni-vudcovstvi-a-rizeni-zmeny-vezdravotnictv>
57. Psychologické aspekty profese sestry. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2015, **2015**(5), 21. ISSN 2336-2987.
58. RAMBOUSKOVÁ, A., K., RATISLAVOVÁ. Motivace v profesi všeobecných sester. *Ošetrovateľské perspektivy*. 2018, **1**(2), 29-37. ISSN 2570-785X. Dostupné také z: <https://osp.slu.cz/>
59. STUHLÍKOVÁ, K., H. PADYŠÁKOVÁ, 2017. Význam nespecifického faktoru psychické zátěže v práci všeobecných sester. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Vol. 12, iss. 2, pp. 22-30. ISSN 1336-9326.
60. SVĚTLÁK, M., A., SUCHÝ. Psychologická péče o zdravotníky v onkologii: současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví. *Klinická onkologie*. 2011, **24**(4), 302-307. ISSN 0862-495X. Dostupné také z: <http://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/archiv/detail/cislo/2011-08-15/>
61. ŠKORPÍKOVÁ, A., Z., MIKŠOVÁ. Stres a psychická zátěž u všeobecných sester. In: *Profesionalita v ošetrovateľství*. 2012, s. 50-51. ISBN 978-80-244-3291-5. Dostupné také z: http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/2012-2013/031.pdf
62. ŠTANČEL, M., VARGOVÁ A., D., MAJDIŠOVÁ. Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích. *Sestra*. 2012, **22**(1), 46-47. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/?id=3801>
63. ŠTĚPANYOVÁ, G. Sestry stabilizuje růst platů, kompetencí i lepší pracovní podmínky - rozhovor. *Medical tribune*. 2019, **15**(23). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/tituly/mtr/archiv/736>
64. ŠVARCOVÁ, E. Psychosociální stres zdravotních sester. In: *Cesta k modernímu ošetrovateľství*. 2009, s. 62-67.

65. ŠUSTEROVÁ, D. Stres v práci sestry. *Sestra*. 2009, **19**(11), 24. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/stres-v-praci-sestry-448162>
66. TALIÁNOVÁ, M., V. SLUKOVÁ, 2018. Hodnocení pracovní zátěže u sester pracujících na úseku centrální a přísálové sterilizace. *Hygiena* [online]. Vol. 63, iss. 4, pp. 122-128 [cit. 2020-09-08]. DOI: 10.21101/hygiena. a 1636. ISSN 18026281.
67. VAŇKOVÁ, M. 2011. „Supervize v ošetrovatelství aneb Vize pro budoucnost?“. *Sestra*. 2011, 12, 25-27. ISSN 1210-0404.
68. VÉVODA, J., Š. VÉVODOVÁ, M. NAKLÁDALOVÁ, 2016. Vztah mezi psychologickou bezpečností a vyhořením mezi sestrami. *Occupational Medicine / Pracovní Lékařství* [online]. Vol. 68, iss. 1/2, pp. 40-46 [cit. 2020-08-31]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=117448835&scope=site>
69. VÉVODOVÁ, Š., Š. ROČKOVÁ, R. KOZÁKOVÁ, S. DOBEŠOVÁ, H. KISVETROVÁ, J. VÉVODA, 2016. Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty* [online]. Vol. 7, iss. 1, pp. 65-79 [cit. 2020-08-31]. ISSN 18039278. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=117310025&scope=Site>
70. VÉVODOVÁ, Š., B. PETRÁŠOVÁ, J. VÉVODA, A. BORIKOVÁ, M. NAKLÁDALOVÁ, 2016. Dopad práce na směny na spánek a úzkost u všeobecných sester. *Occupational Medicine / Pracovní Lékařství* [online]. Vol. 68, iss. 3, pp. 103-109 [cit. 2020-09-08]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=120607622&scope=site>
71. VÉVODOVÁ, Š., Š., ROČKOVÁ, R., KOZÁKOVÁ, S., ÇAKIRPALOGLU, H., KISVETROVÁ J., VÉVODA. Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty*. 2016, **7**(1), 65-79. ISSN 1803-9278. Dostupné také z: <http://psychkont.osu.cz/index.htm>
72. WINKLER, Psychických problémů s pokračující pandemií přibývá, 2021. *Medical Tribune* [online]. Praha, 13.03.2021, 2021(4) [cit. 2021-03-28]. <https://www.tribune.cz/clanek/46467-psychickyh-problemu-s-pokracujici-pandemii-pribyva>

73. ZACHAROVÁ, E. Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta. *Sestra*. 2011, **21**(5), 19-20. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>
74. ZACHOVÁ, V., D., ŠKOCHOVÁ. Boj s profesionální deformací. *Interní medicína pro praxi*. 2007, **9**(12), 569-570. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2007/12/09.pdf>
75. ZÁLEŠÁKOVÁ, J., R. BUŽGOVÁ, 2011. Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Occupational Medicine / Pracovní Lékařství* [online]. Vol. 63 iss. 3/4, pp. 113-118 [cit. 2020-08-31]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=73826038&scope=site>
76. ZELENKOVÁ, B. *Klinická supervize v psychiatrickém ošetřovatelství*. Plzeň, 2020. Diplomová práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Vaňková, Milena.

Použité zahraniční zdroje a literatura

1. ADAMS, J., G., WALLS, R., M. 2020. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*, 323(15), 1439, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
2. Anon. 2020. My ICU is three times capacity. And still the conscious tide keeps coming. NHS Opinion. The Guardian 3 April 2020, Retrieved from https://theguardian.com/society/commentisfree/2020/tap/03/my-icu-is-threetimes-capacity-and-still-the-coronavirus-tide-keeps-coming?CMP=Share_iOSApp_Other
3. BARRY, E. Stores happy to support nurses.(includes abstract). Aug/Sep2020; 77(4): 10-11. (2p) (Article - pictorial) ISSN: 0047-3936 AN: 144897151.
4. BILLINGS, J. 2020. Guidance for planners of the psychological response to stress experienced by hospital staff associated with COVID: Early interventions. COVID trauma response working group rapid guidance. Retrieved from https://232fe0d6-f8f4-43eb-bc5d6aa50ee47dc5.filesys-tem.com/gud/6b474f_5626bd1321da4138b1b43b78b8de2b_20.pdf.

5. BOGAERT, V., P. L. PEREMANS, D. VAN HEUSDEN, M. VERSPUY, V. KURECKOVA, Z. VAN DE CRUYS, E. FRANCK. 2017. Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing* [online]. Vol. 18, pp. 1-14 [cit. 2020-09-20]. ISSN 14726955. Dostupné z: doi:10.1186/s12912-016-0200-4
6. BURKE, M., 2013. Managing work-related stress in the district nursing workplace. *British Journal of Community Nursing* [online]. 2013, Vol. 18, iss. 11, pp. 535-538 [cit. 2020-09-20]. ISSN 14624753. Dostupné z: doi:10.12968/bjcn.2013.18.11.535
7. CARVELLO, M., F. ZANOTTI, I. RUBI, S. BACCHETTI, G. ARTIOLI, A. BONACARO, 2019. Peer-support: a coping strategy for nurses working at the Emergency Ambulance Service. *Acta Biomed for Health Professions*. 2019, Vol 11, iss. 90, pp. 29-37. [cit. 2020-09-08]. ISSN 1-S.892. Dostupné z: doi: 10.23750/abm.v90i11-S.8923
8. CLERICO, E., LOTT, T., HARLEY, F., WALKER, Ch., KELLY, R., KOSAK, E., MICHEL, Y., T., HULSEY. Caring for the Nurse in the Hospital Environment. *International Journal for Human Caring*, 2013; 17(1): 56-63. (8p) (Journal Article - research, tables/charts) ISSN: 1091-5710 AN: 104286424.
9. COLE-KING, A., DYKES, L. 2020. Wellbeing for HCWs during COVID 19. Retrieved 08.04.2020 from <https://www.lindadykes.org/covid19>
10. CONNORS, Ch., A., DUKHANIN, V., MARCH, A., PARKS, L., JOYCE, A., NORVELL, M., WU, A., W. Peer support for nurses as second victims: Resilience, burnout, and job satisfaction.(includes abstract). *Journal of Patient Safety & Risk Management*, Feb2020; 25(1): 22-28. (7p) (Article - research, tables/charts) ISSN: 2516-0435 AN: 141602319.
11. CORDOZA, M., ULRICH, R., S., MANULIK, B., GARDINER, J., STUART, K.; FITZPATRICK, P., S., HAZEN, T., M., MIRKA, A., PERKINS, R. S. Impact of nurses taking daily work breaks in a hospital garden on burnout.(includes abstract) *American Journal of Critical Care*, Nov2018; 27(6): 508-512. (5p) (Article - pictorial, research, tables/charts) ISSN: 1062-3264 AN: 132756169.
12. DAWBER, Ch. Nurses and midwives, step up and support your colleagues!(includes abstract). *Queensland Nurse*, Feb2011; 30(1): 35-35. (1p) (Journal Article - pictorial) ISSN: 0815-936X PMID: NLM21462643 AN: 104820499.

13. DENIS, C. Peer support within a health care context: a concept analysis. (English). International journal of nursing studies [Int J Nurs Stud], ISSN: 0020-7489, 2003 Mar, pp. 321-32; Publisher: Pergamon Press; PMID: 12605954.
14. FORSTER, K., CUZZILLO, C., FURNES, T. Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. 2018 jul; 25 (5-6): 338-348. doi: 10,1111 / jpm.12467.
15. GALURA, S. Mnažer skills and consequences for nurses of the wife and organization. Nurs Leader, jul.2020. doi:org./10.1016/j. mml 2020.05.012.
16. Gratitude for nurses.(includes abstract) Australian Nursing & Midwifery Journal, Jul-Sep2020; 26(11): 18-18. (1p) (Article - pictorial) ISSN: 2202-7114 AN: 144208007
17. GRANTOR, M. 2018. Guest editorial: What's wrong with Resilience? Journal of Research in Nursing, 23(10), 5-8. <https://doi.org/10.1177/1744987117751458>
18. GROCERIES, A. 2020. Italian nurse: 'An experience I would compare to a world war'. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/13/italiandoctor-an-experience-i-would-compare-to-a-worldwar>. Accessed April 12, 2020.
19. GROVES, J. 2020. Team Time: Reflecting together on the Vivid crisis. Point of Care Foundation blog.Retrieved from <https://www.pointofcarefoundation.org.UK/blog/team-time-reflecting-togetheron-the-covid-crisis/>. Accessed April 12, 2020.
20. HALL, A. Do you pass the nursing 'stress test'?. Journal of Community Nursing, Apr/May2016; 30(2): 10-11. (2p) (Article - pictorial) ISSN: 0263-4465 AN: 114567492.
21. HARRIS, R. 2020. Face COVID. British Association of Paediatric Surgeons. Retrieved from <https://www.baps.org.UK/professionals/covid-19-information-forpaediatric-surgeons/attachment/face-covid-by-russharris-pdf-pdf>
22. HETZEL-RIGGIN, M., D., SWORDS, B., A., TUANG, H., L., DECK, J. M., SPURGEON, N., S. Work Engagement and Resiliency Impact the Relationship Between Nursing Stress and Burnout. (English). Psychological reports [Psychol Rep], ISSN: 1558-691X, 2020 Oct, pp. 1835-1853; Publisher: SAGE; PMID: 31510876.

23. HERTEL, R. How Do We Prevent Nurse Burnout?. *Med-Surg Matters*, Jul2020; 1(2): 11-13. (3p) (Article - editorial, pictorial, questions and answers) AN: 145430392.
24. CHEN, Q. 2020. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*.7(4):e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X) (Published Online February 18,2020).
25. JIANG, Y. 2020. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*, 26,e92417.
26. KAREN, C. Support for Nurses During the Global COVID-19 Pandemic. Robbins, *In: Nephrology Nursing Journal*; May2020; v.47. n.3, 271-267. (4p) (Abstract) ISSN: 1526-744X AN: 144426194.
27. KIM, Y. 2018. Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus in South Korea. *American Journal of Infection Control*, 46(7), 781-787. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.01.012>
28. KOTTER, John P. Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review* [online]. (1995): 59-67. [cit. 2021-05-29]. Dostupné z: <https://hbr.org/1995/05/leading-change-why-transformation-efforts-fail-2>
29. LAWRENCE, T., B., DYCK, B., MAITLIS, S., MAUWS, M., K. The underlying structure of continuous change. *MIT Sloan Manag Rev*. 2006; 47(4): 59–66.
30. LONGO, J. The relationships between manager and peer caring to registered nurses' job satisfaction and intent to stay.(includes abstract). *International Journal for Human Caring*, 2009; 13(2): 26-33. (8p) (Journal Article - research, tables/charts) ISSN: 1091-5710 AN: 105414832
31. MAJERS, S. J. Evidence-based proceedings. *Nurse Leader*. Vol.18, N.5, 1.10.2020. doi.org/10.1016/j.mml.2020.06.006. P471-475.
32. MATTHIAS-ANDRESON, D., MANTHEY, M., HALCÓN, L. Minnesota Nurses Peer Support Network. (English), *Journal of Addictions Nursing* [J Addict Nurs], ISSN: 1548-7148, 2019 Jan/Mar, pp. 67-70; Publisher: Lippincott Williams & Wilkins; PMID: 30830004.
33. Maslach, C., Jackson, S., LEITER, M. Maslach burn-out inventory manual (3rd Ed.). Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press,

34. MEDLAND, J., J. HOWARD-RUBEN, E. WHITAKER, 2004. Fostering Psychosocial Wellness in Oncology Nurses: Addressing Burnout and Social Support in the Workplace. *Oncology Nursing Forum* [online]. Vol. 31, iss. 1, pp. 47-54 [cit. 2020-09-20]. ISSN 0190535X. Dostupné z: doi:10.1188/04.ONF.47-54.
35. METTE, N., ADAMS, A., CHAMBERLAIN, D., GILES, T. 2018. Role of the manager's sister in promoting and supporting the intensive care nurses. 2018. *Psychiatr Ment Health Nurs*. Doi:10.1016/j.aucc.2018.6.003
36. MITCHELL, G. 2019. Figures spark call for inquiry into alarming levels of nurse suicide. *Nursing Times*, 29.04.19. <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/figures-spark-call-for-inquiryinto-alarming-levels-of-nursesuicide-29-04-19/>
37. MOISOGLOU, I., YFANTIS, A., GALANIS, P., PISPIRIGOU, A., CHATZIMARGARITIS, E., THEOXARI, A., PREZERAKOS, P. Nurses Work Environment and Patients' Quality of Care.(includes abstract) *International Journal of Caring Sciences*, Jan-Apr2020; 13(1): 108-116. (9p) (Article - research, tables/charts) ISSN: 1791-5201 AN: 142987154.
38. MOUNK, Y. 2020. The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors. *The Atlantic*, and March 11 2020. Retrieved from <https://transatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>
39. MOUSTAKA, E., T. C CONSTANTINIDIS. Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal* [online]. 2010, Vol. 4, iss. 4, pp. 210-216 [cit. 2020-09-19]. ISSN 1791-809X. Dostupné z: doi:Sources and effectsofWork-related stress in nursing www.hsj.gr *Health Science Journal*.
40. Nurse Leaders Can Reduce Nurse Burnout. *AACN Bold Voices*, Sep2017; 9(9): 18-18. (1/2p) (Article - brief item, pictorial) ISSN: 1948-7088 AN: 124882773.
41. Nurses Peer Support Network assists nurses in recovery. *Minnesota Nursing Accent*, Spring2015; 87(1): 12-12. (1p) (Journal Article - brief item) AN: 103796308.
42. OGBA, A., 2020. Occupational Stress and its Management among Health Care Workers in the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Health Science Journal* [online]. Vol. 7, iss. 7, pp. 738 [cit. 2020-09-19]. ISSN1791-809X. Dostupné z: <https://www.hsj.gr/medicine/occupational-stress-and-its-managementamong-health-care-workers-in-the-universityof-port-harcourt-teaching-hospital.php?aid=29756>

43. OSN (Office for National Statistics), (2017) Suicide by occupation England: 2011 to 2015. Retrieved 11 April 2020 from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/suicidebyoccupation/england2011to2015>
44. PAHLAVANZADEH, S., ASGARI, Z., ALIMOHAMMADI, N., Effects of stress management program on the quality of nursing care and intensive care unit nurses. *n J Nurs Midwifery Res* 2016 May-Jun; 21 (3): 213–218, doi: 10.4103/1735-9066.180376.
45. PERAZA-SMITH, G., B., FULLER, W. Imperative for a Safe and Healthy Workplace for Nurses.(includes abstract). *Florida Nurse*, May2020; 65(3): 3-3. (1/4p) (Article - editorial, standards) ISSN: 0015-4199 AN: 143756388.
46. Reach Out to Nursing Peers in Emotional Distress. *AACN Bold Voices*, Sep2019; 11(9): 21-21. (1/3p) (Article - brief item, pictorial) ISSN: 1948-7088 AN: 138130355.
47. REPPER, J. Pracovníci peer podpory: Praktická příručka k implementaci. 2013.
48. RENOUF, S., BRADBURY, K., YARDLEY, L., LITTLE, P. The role of nurse support within an Internet-delivered weight management intervention: A qualitative study.(includes abstract). *Psychology, Health & Medicine*, Dec2015; 20(8): 963-971. (9p) (Article - research, tables/charts, randomized controlled trial) ISSN: 1354-8506 PMID: NLM25438990 AN: 110137016.
49. SARAFIS, P., ROUSAKI, E., TSOUNIS, A., MALLIAROU, M., LAHANA, L., BAMIDIS, P., NIAKAS, D., PAPASTAVROU, E. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life.(includes abstract) *BMC Nursing*, 9/27/2016; 15 1-9. (9p) (Article - research, tables/charts) ISSN: 1472-6955 AN: 118718654.
50. SERMEUS, W., AIKEN, L., H., VAN DEN HEEDE, K., RAFFERTY, A., M., GRIFFITHS, P., MORENO-CASBAS, M., T., et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 2011: 10.
51. SCOTT, S., MILLER, D., COURTNEY, S. Protect Yourself and Your Colleagues From the Dark Side of Caring.(includes abstract). *ONS Voice*, Jul2019; 34(7): 38-38. (1p) (Article) ISSN: 2475-6938 AN: 137415884.

52. SHIREY, M., R. Social support in the workplace: nurse leader implications. (English) Nursing economic\$ [Nurs Econ], ISSN: 0746-1739, 2004 Nov-Dec, pp. 313-9, 291; Publisher: Anthony J. Jannetti, Inc; PMID: 15651589.
53. SRIVASTAV, A. K. (2006). Coping With Stress in Organisational Roles. Indian Journal Of Industrial Relations, 42(1), 110-128.
54. The Nurse Shortage: Perspectives from current direct care nurses and former direct care nurses [online]. 2001 [cit. 2009-06-15]. Dostupný na: http://www.aft.org/healthcare/download/Hart_Report.pdf.
55. WATSON, P. 2020. Caring for yourself and others during the Covid 19 pandemic:managing health care worker's stress. Compassion in Action webinar series. Shwartz Centre Boston. March 24, 2020. Retrieved from <https://www.the-schwartzcenter.org/media/Schwartz-Center-Watson-SFA-FinalPDF.pdf>
56. WITTENBERG-LYLES, E., GOLDSMITH, J., RENO, J. Perceived benefits and challenges of an oncology nurse support group. (English). Clinical journal of oncology nursing [Clin J Oncol Nurs], ISSN: 1538-067X, 2014 Aug, pp. E71-6; Publisher: Oncology Nursing Press; PMID: 25095307.
57. World Health Organization. 2020. Mental health and psychosocial considerations during Covid-19 outbreak. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-healthconsiderations.pdf>
58. YOUNG, H., Y., K., K., JONG. Factors Influencing Turnover Intention in Clinical Nurses: Compassion Fatigue, Coping, Social Support, and Job Satisfaction.(includes abstract). Journal of Korean Academy of Nursing Administration, Dec2016; 22(5): 562-569. (8p) (Article - research, tables/charts) ISSN: 1225-9330 AN: 124470160.
59. ZYSK, T. How to build resilience and reduce nurse burnout through better care team communication.(includes abstract). Health Management Technology, Sep/Oct2018; 39(5): 14-15. (2p) (Article - pictorial) ISSN: 1074-4770 AN: 131807933.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Literární review.....	118
Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu na téma Psychosociální peer podpora jako součást strategie zvládnání pracovního stresu sester.	122
Příloha 3: Vzor polostrukturovaného rozhovoru.....	123
Příloha 4: Prezentace	127
Příloha 5: Popis pracovní pozice peer pracovníka.....	136

Příloha 1: Literární review

	Autor/název	Rok vydání	Metodika/cíl	Výsledky zjištění
1.	Chiara Dall’Ora, Jane Ball, Maria Reinius and Peter Griffiths/Burnout in nursing: a theoretical review	2020	Review literatury Cílem studie bylo poskytnout komplexní souhrn výzkumu, který zkoumá na teoretické úrovni vztahy mezi vyhořením a jinými proměnnými, abychom zjistili, co je známo (a co není známo) o příčinách a důsledcích vyhoření v ošetrovatelství a jak to souvisí s teoriemi vyhoření.	Vzorce identifikované v 91 studiích konzistentně ukazují, že nepříznivé pracovní charakteristiky jsou spojeny s vyhořením v ošetrovatelství. Potenciální důsledky pro zaměstnance a pacienty jsou závažné. Maslachova teorie nabízí věrohodný mechanismus pro vysvětlení pozorovaných asociací. Příčiny a důsledky vyhoření však nelze spolehlivě identifikovat a rozlišit, což ztěžuje použití důkazů k navrhování intervencí ke snížení vyhoření.
2.	Ioannis Moisoglou, Aris Yfantis, Petros Galanis, Aikaterini Pispirigou, Evangelos Chatzimargaris, Athina Theoxari, Pannagiotis Prezerakos /Nurses Work Environment and Patients’ Quality of Care	2020	Cílem studie bylo posoudit pracovní prostředí zdravotních sester a prozkoumat vztah mezi pracovním prostředím a vybranými bezpečnostními ukazateli pacientů. (n = 520)	Studie odhalila, že sestry pracují v nepříznivém pracovním prostředí. Manažeri nemocnic a zdravotních sester musí spolupracovat na zlepšení pracovního prostředí zdravotních sester, protože je to předpoklad pro poskytování kvalitní a bezpečné péče o pacienty.
3.	Cheryl, Connors , Vadim Dukhanin , Alice L March, Joyce A Parks, Matt Norvell, and Albert W Wu/ Peer support for nurses as sekund victims: Resilience, burnout, and job satisfaction	2019	Průřezová kvantitativní studie mezi zdravotními sestrami a vedoucími zdravotních sester. (n = 337)	Výsledky naznačily příznivé vnímání používání strategií ke zvýšení odolnosti ve stresových situacích u sester a jeho využití bylo spojeno s větší odolností proti vyhoření u sester v první linii.
4.	Emmanuel Kokoroko, Mohammed A. Sanda/ Effect of Workload on Job Stress of Ghanaian OPD Nurses: The Role of Coworker Support	2018	Cílem této studie bylo určit vliv pracovní zátěže na pracovní stres ghanských sester vliv podpory spolupracovníků na tento vztah.	Jednou z klíčových výzev, kterým zdravotní sestry na celém světě čelí, jsou vysoké nároky na práci a z toho vyplývající dopad na jejich zdraví. Zjištění prokázala významný pozitivní vztah mezi pracovní zátěží a úrovní pracovního stresu zdravotních sester. Další analýza ukázala, že podpora spolupracovníků posílila pozitivní vztah mezi úrovní pracovní zátěže a úrovní pracovního stresu respondentů.

5.	Raphael Rohail, Fakhar Zaman, Muhammad Ali, Muhammad Waqas, Muzammil Mukhtar, Kousar Parveen/ Effects of Work Environment and Engagement on Nurses Organizational Commitment in Public Hospitals Lahore, Pakistan	2017	Kvantitativní popisná průřezová studie Cílem studie je posoudit dopady pracovního prostředí na pracovní výkon zdravotních sester ve veřejných nemocnicích v pákistánském Láhauru. (n = 200)	Podle výsledků studie existuje pozitivní vztah mezi pracovním prostředím a pracovním výkonem sester. Udržování pracovní spokojenosti zaměstnanců a otevřená komunikace umožňuje také zaměstnancům mít pozitivnější vztah ke své práci.
6.	Eva Janíková, Radka Bužgová/Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví	2017	Přehledová teoretická studie zabývající se vlivem supervize na vznik syndromu vyhoření u sester.	Z přehledové studie je patrný vliv supervize na jednotlivé aspekty syndromu vyhoření a dále také na faktory související s pracovní spokojeností, mezilidskými vztahy a seberozvojem osobnosti.
7.	Yang, Young Hee, Kim, Jong Kyung/ Factors Influencing Turnover Intention in Clinical Nurses: Compassion Fatigue, Coping, Social Support, and Job Satisfaction	2016	Kvantitativní průřezová studie. Účastníky bylo 283 klinických sester ve čtyřech všeobecných nemocnicích. Data byla shromážděna pomocí dotazníku a byla analyzována pomocí popisných statistik, Pearsonova korelačního koeficientu. (n = 283)	Výsledky ukazují, že spokojenost s prací, vyhoření a traumatické události jsou důležitými faktory ovlivňujícími rozhodnutí o změně zaměstnání. Manažeři zdravotních sester se snaží zvládat spokojenost s prací, předcházet syndromu vyhoření, nabízet sestřím podporu a pomoc a tím ovlivnit odchody sester ze zařízení.
8.	Šárka Vévodová et al. /Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester	2016	Kvantitativní výzkum/ dotazníky zkoumající copingové strategie u onkologických sester, které mohou ovlivnit syndrom vyhoření. (n = 140)	Výsledky zjištění naznačují strategie snižování míry syndromu vyhoření. První strategií je péče o vlastní osobu. Druhou strategií je sociální opora minimálně od jedné osoby, s níž mohou počítat a která si jich váží. Třetí se týká zapojení do volnočasových aktivit, které považují za relaxační a uspokojivé. Čtvrtou je schopnost oddělit pracovní a osobní život, systematicky přistupovat k řešení problémů a stanovit si v životě priority.
10.	Pahlavanzadeh S., Asgari Z., Alimohammadi N./ Effects of stress management program on the quality of nursing care and intensive care unit nurses.	2016	Studie zkoumající vliv intervencí zaměřených na zvládání stresu sester na schopnost stres zvládat. (n = 400)	Studie sice měla řadu omezení, ale její výsledky naznačují, že intervence zaměřená na zvládání stresu znamená zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Bezprostředně po intervenci a měsíc po ní totiž u těchto sester došlo k významnému zlepšení schopnosti zvládat stres oproti

				kontrolní skupině, která žádnou intervenci neabsolvovala.
11.	Zuzana Burešova, Darja Jarošova/ Kvalita života sester pracujících v nemocnici	2015	Deskriptivní průřezová studie zabývající se kvalitou života sester pracujících v regionálních nemocnicích Moravskoslezského kraje. (n = 304)	Výsledky šetření potvrdily mírně nadprůměrnou úroveň kvality pracovního života i obecné kvality života.
12.	Tianan Yang, Yu-Ming Shen, Mingjing Zhu, Yuanling Liu, Jianwei Deng, Qian Chen and Lai-Chu See/ Dopady podpory spolupracovníků a supervizorů na stres a prezentační práci ve stárnoucí pracovní síle: přístup k modelování strukturálních rovnic	2015	Studie zkoumající dopady podpory spolupracovníků a supervizorů na pracovní stres a její vliv u starších zaměstnanců. n = 1649	Zjištění naznačují, že projevy pracovního stresu se snižují zvýšeným respektem a zájmem o řešení stresu zaměstnanců na pracovišti, nezbytnou podporou kolegů a zaměstnavatelů v práci a přítomností pozitivních mezilidských vztahů mezi kolegy a mezi zaměstnavateli a zaměstnanci.
13.	Světlák, Miroslav, Suchý, Adam/ Psychologická péče o zdravotníky v onkologii: současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví	2011	Teoretický článek	Článek si klade za cíl popsat základní teoretická východiska skupinových setkání zdravotníků a současnou praxi v našich podmínkách. Skupinové setkání představuje klíčovou součást péče o sebe a z dlouhodobého hlediska je důležitým preventivním faktorem pocitů vyčerpání.
14.	Pavla Bilavčíková, Mgr. Michaela Karafiátová/Jak vnímají sestry pracovní podmínky?	2010	Teoretický článek	Pojmy stres, psychická či fyzická zátěž a syndrom vyhoření patří k aktuálním problémům dnešní uspěchané doby. Také ve zdravotnictví jsou tato témata často velmi diskutována, ovšem široká veřejnost si neumí ve skutečnosti představit, jak obtížná je práce sestry.
15.	Joy Longo, DNS, RN/ The Relationships Between Manager and Peer Caring to Registered Nurses' Job Satisfaction and Intent to Stay	2009	Účelem této studie bylo prozkoumat vztahy mezi péčí o manažera a vzájemnou péčí o spokojenost registrovaných zdravotních sester a záměr zůstat v pozici a povolání. (n = 99)	Ačkoli bylo identifikováno mnoho složek spokojenosti s prací, jedním z opomíjených faktorů je mezilidské vztahy, které existují mezi kolegy. Péče je jedním ze způsobů, jak tyto vztahy mohou být zlepšeny. V této studii byly zjištěny pozitivní korelace mezi péčí o manažera a péčí o vrstevníky a jejich vztahem ke spokojenosti s prací a záměrem zůstat jak v pozici, tak v profesi.

16.	Cindy-Lee Dennis /Peer support within a health care context:a concept analysis	2003	Tato teoretická práce zkoumá koncept kolegiální podpory. Tato analýza může být koncepčním základem pro efektivní rozvoj, implementaci, vyhodnocení a porovnání intervencí kolegiální podpory a zároveň jako možný návod pro další koncepční a empirický výzkum.	Tento dokument zdůrazňuje jednu z možných strategií směřující k lepšímu pochopení koncepce kolegiální peer podpory. Tato koncepční analýza představuje v ošetrovatelské profesi základ pro zlepšení vývoje, implementaci, hodnocení a srovnání vzájemných intervencí a jejich dopadu na zdraví, chování podporující zdraví a využití zdravotnických služeb
17.	Andrew McVicar/ Workplace stress in nursing: a literature review	2003	Literární review	Přechod od eustresu k úzkosti je subjektivní a závisí na vztahu mezi jednotlivcem a jeho prostředím. Je zřejmé, že dopad faktorů, které způsobují zaměstnancům potíže na pracovišti se značně liší. Existují rozdíly ve vnímání zdravotními sestrami na různých pracovištích, a dokonce i mezi jednotlivci na stejném pracovišti. Pracoviště také není statické: neadekvátní odměny a komplikace při práci na směny byly v poslední době identifikovány jako další významné zdroje úzkosti pro sestry.

Zdroj vlastní

Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu na téma Psychosociální peer podpora jako součást strategie zvládnání pracovního stresu sester.

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce.

Název projektu: Kolegiální peer podpora jako součást strategie zvládnání pracovního stresu sester.

Řešitel projektu: Bc. Miroslava Korseltová

Ošetrovatelská péče v interních oborech 2. ročník, kombinovaná forma studia

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

E-mail: mircakor@seznam.cz, tel: 739 649 747

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

E-mail: milena.vankova@email.cz

Cíl výzkumu: Hlavním cílem výzkumu je zmapovat a analyzovat aspekty související s procesem úspěšné implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve vybraných zdravotnických zařízeních z pohledu sestry manažerky/koordinátora SPIS.

Popis výzkumu: Polostrukturovaný rozhovor s oslovenými respondenty. Pro sběr informací oslovím manažery/manažerky zdravotnických zařízení, ve kterých již psychosociální peer podpora formou SPIS již funguje nebo krajské koordinátory SPIS. Jejich zkušenosti využiji k realizaci implementace SPIS v našem zařízení.

Informace pro účastníka:

- Přečetl/a jsem si a porozuměla informacím účastníka výzkumu a tomuto informovaného souhlasu. Vše jsem si mohl/a náležitě a dostatečně promyslet.
- Řešitel šetření mě dostatečně instruoval o postupech a metodách této studie a seznámil mne s cíli výzkumu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a na ty mi bylo jasně odpovězeno.
- Rozumím, že účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná a že mám právo kdykoliv v průběhu výzkumu ze studie odstoupit bez udání důvodu.
- Souhlasím s účastí výzkumu. Rozumím, že mé osobní údaje jsou k dispozici pouze výzkumníci a budou použity ve zcela anonymní formě výhradně pro účely výzkumu. Dále souhlasím, že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.
- Souhlasím s realizací a s pořízením zvukové nahrávky rozhovoru i s jejím následným přepisem.
- Tento informovaný souhlas je vytvořen ve dvou originálních vyhotoveních, z nichž jeden obdrží účastník a druhý řešitel výzkumu.

.....

.....

datum a podpis řešitele výzkumu

datum a podpis účastníka výzkumu

Příloha 3: Vzor polostrukturovaného rozhovoru

Identifikační údaje jednotlivých informantů:

Zdravotnické zařízení (typ):

Fakultní ZZ

Oblastní ZZ

ZZ soukromého typu

Jiné, prosím uveďte:

Věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání

Vaše pracovní zařazení:

Délka působení na manažerské pozici:

Počet NLZP, který řídíte

Výzkum na téma:

Aspekty související s procesem úspěšné implementace kolegiální (peer) podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické pracovníky ve zdravotnickém zařízení z pohledu sestry manažerky

Otázky jsou zaměřené na oblast dostupnosti programu SPIS v nemocnicích včetně tvorby standardů a metodiky implementace.

- *Co Vás konkrétně jako top manažerku(koordinátorku) vedlo k zavedení kolegiální peer podpory ve vašem zařízení?*
- *Jaká jste měla očekávání (cíle) od zavedení systému PEER podpory do vaší organizace?*
- *Čím konkrétně podle Vás může být kolegiální peer podpora prospěšná pro jednotlivce/zdravotníky? Proč je podle Vás psychosociální podpora sester důležitá?*

- *Jaké zkušenosti Vás vedou k tomuto závěru? Máte konkrétní osobní zkušenost s poskytováním nebo přijímáním kolegiální peer podpory? Pokud ano, jakou? Můžete být, prosím, konkrétní?*
- ***JAK JSTE VIZI ZMĚNY – ZAVEDENÍ SYSTÉMU PEER PODPORY – UVÁDĚLA DO PRAXE?***
- ***Jaké dostupné komunikační kanály a prostředky jste využila pro řízení procesu implementace systému PEER podpory do organizace?***
- *Jaké byly Vaše postupné kroky (plán, fáze implementace?)*
- *Jak dlouho celý proces implementace systému PEER podpory do organizace trval, než začal být plně funkční?*
- *Kdo konkrétně Vám byl nápomocen při argumentacích na podporu implementace systému peer podpory do praxe?*
- *Jaké bylo časové pořadí – souslednost aktivit (harmonogram), které jste v rámci implementace peer podpory ve vaší organizaci realizovala?*
- *Jaké 3 největší překážky jste jako manažerka identifikovala v celém procesu implementace peer podpory v rámci SPIS?*
- *Jak jste tyto 3 překážky konkrétně vyřešila?*
- *Do jaké míry je z Vašeho pohledu implementace SPIS/peer podpory organizačně náročná?*
- *Jaké organizační problémy, na které jste nebyli připraveni, konkrétně nastaly při implementaci SPIS/peer podpory ve Vašem zařízení? Popište je prosím*
- *Jaké znalosti, manažerské dovednosti Vám pomohly proces zavádění systému PEER podpory zvládnout?*
- *Co důležitého jste se Vy sama, jako manažer, v procesu zavádění systému PEER podpory naučila, si uvědomila?*
- ***Jak a s kým jste záměr – přípravnou fází implementace programu SPIS/peer podpory ve vaší organizaci diskutovala mimo Vaší organizaci?***
- *Kdo byl pro Vás největším zdrojem informací / podpory?*
- *V čem bylo pro Vás – v roli manažera jejich názor přínosný?*
- ***Jaká byla Vaše role v procesu implementace SPIS/peer podpory ve Vašem zařízení?***
- ***Jak a s kým jste záměr – přípravnou fází implementace programu SPIS/peer podpory ve vaší organizaci diskutovala? Kdo byl pro Vás největším zdrojem informací / podpory?***

- *V čem bylo pro Vás – v roli manažera jejich názor přínosný?*
- ***Jakým způsobem jste komunikovala svůj záměr implementace SPIS/peer podpory ve Vašem zařízení ve vztahu k managementu a ve vztahu k zaměstnancům?***
- ***Jaké argumenty pro podporu realizace záměru implementace SPIS/peer podpory ve Vašem zařízení byly zásadní? Jakým způsobem jste využila jste při procesu implementace SPIS/peer podpory zkušenosti ze zavádění jiné změny ve Vašem zařízení?***
- *Byl tento proces v něčem jiný? Proč si myslíte, že tomu tak bylo? Jakým způsobem jste získala pro tento záměr své nadřízené?*
- *Jakým způsobem jste svůj záměr sdělila zaměstnancům?*
- *Jakým způsobem jste zaměstnance pro svůj záměr získala? Jakým způsobem jste přistoupili k výběru koordinátora peerů ve Vaší organizaci? Jaká kritéria při výběru koordinátora peerů byla pro Vás nejdůležitější?*
- *Jaké jsou podle Vás (by měly být) osobnostní a charakterové vlastnosti uchazeče o pozici koordinátora peerů ve vaší organizaci? Co od něj očekáváte?*
- ***Jakým způsobem jste se vy sama - osobně podílela na výběru budoucího koordinátora peerů ve vaší organizaci? Jaké všechny aspekty jste při výběru konkrétní osoby pro roli/pozici peera zvažovali?***
- *Jaká kritéria při výběru peera byla pro Vás nejdůležitější?.*
- *Jaké jsou podle Vás (by měly být) osobnostní a charakterové vlastnosti uchazeče o pozici peera ve vaší organizaci?*
- *Jakým způsobem jste se vy sama - osobně podílela na výběru budoucích peerů ve vaší organizaci? Jakým způsobem jste oslovili uchazeče o pozici peer podpory ?*
- *Jak dlouho trval proces výběru budoucích peerů?*
- ***Jak dlouho trval proces přípravy - proškolení budoucích peerů? – Změnila byste na tomto postupu něco konkrétního, příp. co?***
- *Jak byla časově náročná příprava 1 peera než začal plnohodnotně vykonávat svoji roli? ? – Změnila byste na tomto postupu něco konkrétního, příp. co?*
- ***Jakým způsobem je ošetřen závazek peera k Vašemu zařízení v souvislosti s jeho proškolením? Jak je SPIS/peer podpora ve Vaší organizaci ukotvena ve vnitřních předpisech? Jakým způsobem/dokumentem konkrétně?***
- ***Jakým způsobem, z jakých zdrojů je financována realizace programu peer podpory ve vaší organizaci?***

- ***Kolik peerů ve Vaší organizaci v současnosti aktivně funguje? Kolik máte zaměstnanců?***
- *Jak jsou peeri ve Vašem zařízení finančně ohodnoceni, odměňováni za svoji činnost?*
- ***Jak je legislativně ošetřen jejich pracovní-právní vztah na pozici peera? Jakým způsobem je ve Vašem zařízení zajištěna dostupnost peer podpory pro všechny zaměstnance a zároveň bezpečí ošetřených?***
- ***Jakým způsobem je ve Vašem zařízení vyřešen prostor pro poskytování peer podpory?***
- ***Jakým způsobem získáváte zpětnou vazbu k fungování systému peer podpory v rámci SPIS?***
- *Jak hodnotíte efektivitu peer podpory ve vztahu k zaměstnancům? Je pro Vaši organizaci peer podpora v rámci SPIS z manažerského hlediska přínosem? V čem konkrétně?*
- *Jakým způsobem jsou informace o fungování systému peer podpory dostupné všem zaměstnancům ve Vašem zařízení?*
- ***Jak se k informacím dostanou například noví zaměstnanci? Jak, do jaké míry naplnila implementace PEER podpory Vaše očekávání?***
- ***V čem konkrétně? Je ještě něco, o čem byste se v rámci tohoto tématu, rád/a zmínil/a a co dosud nezaznělo?***

Děkuji Vám za rozhovor.

PEER podpora jako podpůrná strategie zvládnání pracovního stresu

Miroslava Korsettová

Co je to PEER podpora

- ▶ Pomoc pro zdravotníky v nadlimitních situacích, které provází jejich práci
- ▶ Pomoc poskytuje vyškolený kolega peer, který splňuje kvalifikační a osobnostní předpoklady
- ▶ PEER podpora je dostupná všem zaměstnancům po stanovení pravidel v organizaci
- ▶ PEER podpora pomůže zdravotníkovi nadlimitní událost zpracovat
- ▶ Eliminuje další negativní vlivy nadlimitních událostí na psychiku zdravotníků
- ▶ Snižuje dopady stresu, snižuje riziko profesního vyhoření, snižuje fluktuaci zaměstnanců
- ▶ V konečném dopadu zlepšuje kvalitu péče o nemocné

Kdo je peer, co je první psychická pomoc

- ▶ Zdravotnický pracovník vyškolený pro první psychickou pomoc kolegům v resortu zdravotnictví, který je členem týmu SPIS a splňuje potřebné vzdělání absolvováním příslušného výcviku
- ▶ První psychická pomoc - podpora osobám zasaženým nadlimitní zátěžovou událostí, poskytovaná bezprostředně po jejím vzniku nebo s odstupem několika hodin či dnů od události, při situacích nadlimitního psychického zatížení způsobené tragickou událostí
- ▶ V případě potřeby na první psychickou pomoc navazují další formy péče, jako jsou psychosociální péče, krizová intervence, psychologická ambulantní, nebo stacionární zvládání traumatických zážitků, a podobně, poskytované odbornými poskytovateli

Co je SPIS

- ▶ Systému psychosociální intervenční služby, který je zaměřen na poskytování první psychické a psychosociální podpory v resortu zdravotnictví
- ▶ Uplatňován je při psychickém zasažení zdravotnických pracovníků a v situacích psychicky nadlimitně zátěžového charakteru
- ▶ Za účelem sjednocení postupů a úrovně poskytované psychosociální podpory v resortu zdravotnictví v rámci SPIS jsou k dispozici:
 - ▶ Krajský koordinátor
 - ▶ Koordinátor pro ČR
 - ▶ Odborní garanti
 - ▶ Garant systému

Možné nadlimitní situace ve zdravotnické profesi

- ▶ vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte
- ▶ péče o extrémně nezralého novorozence
- ▶ úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu
- ▶ vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy
- ▶ hromadné neštěstí
- ▶ tragická událost
- ▶ péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- ▶ neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta
- ▶ úmrtí pacienta během operace

Možné nadlimitní situace ve zdravotnické profesi

- ▶ sebevražda pacienta nebo pokus o ní
- ▶ mobbing/bossing na pracovišti
- ▶ nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti
- ▶ úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob
- ▶ zásah/ošetřování u osoby blízké
- ▶ nezdařený pokus o záchranu spojený s pocity bezmoci
- ▶ dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby
- ▶ napadení zdravotníka při výkonu práce, kontakt s pozůstalými
- ▶ péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými

Možné nadlimitní situace ve zdravotnické profesi

- ▶ péče o agresivního pacienta
- ▶ ohrožení vlastního zdraví, či života zdravotníka při práci
- ▶ péče o pachatele závažného trestného činu
- ▶ událost s nadměrným zájmem médií
- ▶ profesní pochybení, selhání zdravotníka
- ▶ stížnost podaná pacientem / příbuzným

Přínosy PEER podpory jednotlivcům

- ▶ Zlepšení interpersonálních vztahů
- ▶ Snížení dopadů stresu
- ▶ Snížení rizika profesního vyhoření
- ▶ Zlepšení pracovní spokojenosti zaměstnanců
- ▶ Zlepšení vzájemné empatie a spolupráce v týmu
- ▶ Eliminace fluktuace zaměstnanců z důvodu psychické náročnosti profese
- ▶ Celkové zlepšení klimatu na pracovištích
- ▶ Zvýšení loajality zaměstnanců vůči zaměstnavateli

Přínosy PEER podpory organizaci

- ▶ Snížení fluktuace zaměstnanců
- ▶ Zlepšení pracovní spokojenosti zaměstnanců
- ▶ Zlepšení konkurenceschopnosti zařízení na trhu práce
- ▶ Méně stížností ze strany pacientů
- ▶ Celkové zlepšení kvality poskytované péče
- ▶ Kontinuální zvyšování kvality v rámci akreditace zařízení
- ▶ Implementace doporučena Metodickým pokynem MZČR 9/2019

Postupné kroky při zavádění změny

- ▶ Příprava organizace
- ▶ Příprava týmu prosazujícího změnu
- ▶ Definování rolí
- ▶ Výběr peera
- ▶ Organizace PEER podpory
- ▶ Zajištění dostupnosti PEER podpory
- ▶ Průběžná podpora
- ▶ Upevňování PEER podpory v organizaci

Příprava organizace

- ▶ Vytvoření prostředí pro úspěšnou implementaci PEER podpory
- ▶ **Definice problému – absence psychosociální podpory** v zařízení
- ▶ **Plán sledu postupných kroků k realizaci** včetně časového rozvržení

Příprava týmu prosazujícího změnu

- ▶ Oslovení konkrétních členů prosazujícího týmu
- ▶ Navrhované složení týmu:
 - ▶ Náměstkyně ošetrovatelské péče
 - ▶ Sociální pracovník
 - ▶ Lékař
 - ▶ Sestra
 - ▶ Externí peer nebo koordinátor např. ZZS
- ▶ Plán společných informativních schůzek, v úvodu minimálně 1x týdně

Definování rolí

- ▶ Plán účasti prosazujícího týmu na jednotlivých pracovištích v rámci provozních porad
- ▶ Rozdělení úkolů mezi členy týmu,
- ▶ Propagace PEER podpory lze využít prostory na každém pracovišti, umístit letáky na nástěnky, u vchodu do nemocnice, v jídelně atd
- ▶ Kontaktování garanta SPIS a schůzka s ním
- ▶ garant SPIS poskytuje důležitou podporu zejména v případě, že jsou mezi zaměstnanci odpůrci PEER podpory

Výběr peera

- ▶ Oslovení vrchních sester,
- ▶ Oslovení možných peerů, je důležité jasně
- ▶ Definovat, co od budoucího peera očekáváme
- ▶ Osobnostní předpoklady pro tuto pozici
- ▶ Etické zásady poskytování PEER podpory
- ▶ Výběrové pohovory s uchazeči o pozici
- ▶ Vzdělání peera
- ▶ Kontakt s koordinátorem

Organizace PEER podpory

- ▶ Popis pracovních pozic, stanovení náplně práce peera
- ▶ Tvorba organizačních opatření
- ▶ Výběr prostoru k poskytování PEER podpory
- ▶ Definice pracovně právních vztahů peera k organizaci včetně odměňování
- ▶ Dohoda o pracovní činnosti
- ▶ Odměna za poskytování PEER podpory

Zajištění dostupnosti PEER podpory

- ▶ Vyvěšení informací na intranetových stránkách,
- ▶ Definice postupu při kontaktování peera,
- ▶ Příklady možných událostí,
- ▶ Zdůraznění principu dobrovolnosti
- ▶ Dodržování etických zásad

Průběžná podpora

- ▶ Tým pokračuje v předávání informací na provozních poradách
- ▶ Distribuci propagačního materiálu
- ▶ Pravidelné schůzky prosazujícího týmu s vedením zařízení a se
- ▶ Zhodnocením průběhu, efektivity
- ▶ Návrhy na zlepšení,
- ▶ Průběžné informace a zpětná vazba
- ▶ Průběžný kontakt s garantem SPIS

Upevňování PEER podpory v organizaci

- ▶ Ukotvení PEER podpory ve vnitřních předpisech zařízení
- ▶ směrnice
- ▶ Zanesení podpory do Kolektivní smlouvy
- ▶ Zanesení podpory do Plánu krizové připravenosti

Zdroj vlastní

Příloha 5: Popis pracovní pozice peer pracovníka

Popis pracovní pozice
Název pracovní pozice: Peer pracovník nemocnice
Nadřízený pracovník: Náměstek pro ošetrovatelskou péči
Účel pracovní pozice: <ul style="list-style-type: none">- Účelem zřízení pozice peer pracovníka v nemocnici je zajištění dostupné PEER podpory všem zdravotnickým pracovníkům nemocnice, nebo týmům pracovníků, kteří se dostanou do nadlimitních situací spojených nejčastěji s výkonem práce- Individuální podpora je zaměřena na zmírnění akutních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, poskytnutí emoční podpory, empatie, doporučení- Místo a čas podpory si peer s pracovníkem domlouvá individuálně- Psychosociální podpora nenahrazuje odbornou psychologickou péči, jde o kroky v rámci primární a sekundární prevence- V případě potřeby může být zasažený zdravotnický pracovník do odborné psychologické péče se svým souhlasem předán
Vymezení možných nadlimitních situací: <ul style="list-style-type: none">- Vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte- Péče o extrémně nezralého novorozence- Úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu- Vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy- Hromadné neštěstí- Tragická událost- Péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými- Neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta- Úmrtí pacienta během operace- Sebevražda pacienta nebo pokus o ní- Mobbing/bossing na pracovišti- Nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti- Úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob- Zásah/ošetřování u osoby blízké- Nezdařený pokus o záchranu spojený s pocity bezmoci- Dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby- Napadení zdravotníka při výkonu práce, kontakt s pozůstalými- Péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými- Péče o agresivního pacienta- Ohrožení vlastního zdraví, či života zdravotníka při práci- Péče o pachatele závažného trestného činu- Událost s nadměrným zájmem médií- Profesní pochybení, selhání zdravotníka- Stížnost podaná pacientem/příbuzným
Možnosti kontaktování peer pracovníka: <ul style="list-style-type: none">a) Samotným zasaženým zdravotnickým pracovníkem se žádostí o první psychologickou podporu po nadlimitně psychicky zátěžových událostech, které souvisely s výkonem profese, či do výkonu práce zasahujíb) Koordinátorem SPIS ve zdravotnickém zařízení

- c) Prostřednictvím vedoucího zaměstnance (na různé úrovni vedení) poskytovatele zdravotních služeb se žádostí o poskytnutí první psychické podpory pro zdravotnického pracovníka nebo se žádostí o pomoc při organizaci této psychické podpory
- d) V případě, že zdravotnický pracovník - peer pozoruje změnu vnějších projevů vlivem proběhlých nadlimitně psychicky zátěžových událostí u zdravotnického pracovníka, může jej aktivně oslovit
- e) Podpora zdravotnickým pracovníkům může probíhat, je-li to vhodné, také v podobě telefonické intervence, či prostřednictvím elektronických médií

Povinnosti peer pracovníka:

- a) Zdravotnický pracovník - peer respektuje právo na svobodné rozhodnutí přijmout nebo nepřijmout nabízenou podporu ze strany zdravotnického pracovníka
- b) Zdravotnický pracovník - peer zachovává mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s výkonem své činnosti. Může je poskytnout pouze se souhlasem zasaženého
- c) Zdravotnický pracovník - peer spolupracuje, svou činnost koordinuje s koordinátorem vlastního zdravotnického zařízení či s psychologem SPIS

Vzdělání:

Peer pracovník pro poskytování psychosociální peer podpory získal zvláštní odbornou způsobilost absolvováním certifikovaného kurzu „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání psychicky náročných situací“

Peer pracovník je povinen se účastnit vzdělávacích akcí na téma psychosociální podpory, minimálně 1x do roka je povinen zúčastnit se aktivně konference nebo jiné vzdělávací akce pořádané SPIS nebo jeho partnery

Náplň práce:

- Budovat podpůrné, respektující vztahy s lidmi, kteří využívají služeb PEER podpory
- Pomoci ošetřeným jednotlivcům a týmům identifikovat jejich osobní cíle na cestě k zotavení
- Ve vztahu založeném na empatii a důvěře jim pomoci pojmenovat a překonat obavy
- Navrhovat způsoby, jak dosáhnout zotavení, díky vlastním zkušenostem a znalostem řady technik zvládnání situace
- Být příkladem osobní zodpovědnosti, sebeuvědomění, sebedůvěry, naděje a prosazování vlastních práv
- Poukazovat na nejrůznější zdroje, příležitosti a aktivity
- V případě, že to uzná za vhodné, doporučit zasaženému kolegovi odbornou pomoc
- Poskytovat údaje o provedené PEER podpoře vedení nemocnice v souladu s dodržením etických zásad při jejím poskytování
- Účastnit se strategických porad vedení a spolupracovat s prosazujícím týmem v upevňování PEER podpory a jejích principů v rámci zařízení
- Účastnit se aktivně odborných konferencí na téma psychosociální podpora pořádaných nemocnicí

Zajištění bezpečnosti při výkonu peer podpory:

- Peer pracovník je povinen dodržovat zásady ochrany a bezpečnosti zdraví při práci.
- V rámci poskytování PEER podpory je povinen zdraví své i ošetřeného kolegy či týmu

<p>Podpora SPIS: V záležitostech odborných vzhledem ke SPIS – otázky vhodného výběru, školení, působení peerů a interventů, tvorba týmů, zavádění systému podpory ve zdravotnických organizacích, příprava vnitřních pokynů, organizování a doporučená velikost týmu, vedení dokumentace vzhledem k peer a intervenční činnosti...</p> <p>Pro konzultace a podporu v praktickém zavádění systému do organizace, pro informace o krajském uspořádání systému, doporučení při výběru a motivaci peerů a interventů, získání kontaktů na již vyškolené poskytovatele - peery a interventy v rámci systému...</p> <p>Pro podporu a doporučení při organizaci činností - zapojování peerů a interventů do praxe a SPIS, doporučení v organizačních záležitostech a praktických otázkách, získání kontaktů v rámci systému...</p> <p>Ve věcech zařazení do certifikovaných kurzů pro peery a zdravotnické interventy, informace o vzdělávacích aktivitách, jejich dostupnosti, termínech a podmínkách...</p>	<p>PhDr. Lukáš Humpl, garant systému a odborný garant SPIS E-mail: lukas.humpl@zzsmsk.cz Tel.: +420 720 513 162</p> <p>Mgr. Vendula Kolářová, odborný garant SPIS E-mail: venkola-rova@seznam.cz Tel: + 420 606 278 103</p> <p>Mgr. Bc. Iveta Nováková Knížková, koordinátorka SPIS ČR E-mail: koordinator@zzskhk.cz Tel: +420 724 181 088</p> <p>Hana Vraspírová, vedoucí vzdělávacích akcí SPIS, NCO NZO E-mail: vraspirova@nconzo.cz Tel.: +420 543 559 502</p>
---	--

Zdroj Repper 2013