

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Jana Motlová, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života a zdraví všeobecných sester v období pandemie Covidu-19

Bc. Jana Motlová, DiS.

2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

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

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Motlová, DiS.**
Osobní číslo: **Z19305**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Kvalita života a zdraví všeobecných sester v období pandemie Covidu-19.**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNEK, ed. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 2020. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3077-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Superoize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

L.S.

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

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci Kvalita života a zdraví všeobecných sester v období pandemie Covidu-19 jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 7. 2021

Bc. Jana Motlová, DiS. v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Moje díky patří všem, kteří mě v průběhu studia podporovali a byli mi velkou oporou.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality života a zdraví všeobecných sester v období pandemie Covidu-19. Práce se skládá z části teoretické a empirické. Teoretická část se zabývá definováním pojmu kvalita života a zdraví a s ní související oblasti, které jsou s kvalitou života spojené. Praktická část práce se zaměřuje na všeobecné sestry, na to, jak vnímají a hodnotí svoji kvalitu života v období pandemie Covidu-19. Cílem průzkumu bylo pomocí průzkumného šetření zjistit zkušenosti všeobecných sester z náročné práce na standardním oddělení, oddělení ARO i na covidové jednotce v období pandemie Covidu-19.

KLÍČOVÁ SLOVA

Všeobecná sestra, kvalita života, pandemie Covid-19, zkušenosti

TITLE

The quality of life and health of general nurses during the covid-19 pandemic

ANNOTATION

This theses is centred on quality of life and health of nurses during the Covid-19 pandemic. The thesis is composed of two parts, the theoretical part and the empirical part. Theoretical part tries to define the concept of quality of life. The practical part of the theses focuses on general nurses, and on how they perceive and evaluate their quality of life during the covid-19 pandemic. The goal of this is to uncover the experiences of the general nurses from their difficult job on the standart department, ARO department and even on the Covid-19 department during the pandemic.

KEYWORDS

General nurse, quality of life, Covid-19 pandemic, experiences

OBSAH

Úvod	11
1 Cíl práce	14
1.1 Teoretická část	14
1.2 Průzkumná část	14
2 Teoretická část.....	15
2.1 Vymezení pojmu kvalita života	15
2.1.1 Kvalita života.....	15
2.1.2 Dimenze kvality života.....	20
2.2 Onemocnění Covid-19	23
2.3 Stres	24
2.4 Frustrace	28
2.5 Stresová zátěž u zdravotníků	28
2.6 Posttraumatický stresový syndrom (PTSD)	29
2.7 Psychologická podpora, peer intervence	30
2.8 Supervize	33
3 Průzkumná část.....	34
3.1 Průzkumný design.....	34
3.2 Metodika průzkumu	34
3.3 Analýza výsledků	39
3.3.1 Kategorie 1 – Osobnost - sestra	43
3.3.2 Kategorie 2 – Celospolečenská situace	45
3.3.3 Kategorie 3 – Rodina.....	47
3.3.4 Kategorie 4 – Zaměstnání.....	50
4 Diskuze	60

4.1	Výzkumná otázka č. 1: Jak vnímají všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19?	60
4.2	Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají a hodnotí všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách, jak se změnila, pokud ano, tak jak hodně, v čem a v jakých oblastech života?	63
5	Závěr	71
5.1	Doporučení pro praxi.....	72
6	Použitá literatura.....	74
7	Přílohy.....	82

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1	Kódování	41
Obrázek 2	Osobnost – sestra	43
Obrázek 3	Celospolečenská situace	45
Obrázek 4	Rodina	47
Obrázek 5	Zaměstnání	50
Tabulka 1	Identifikační údaje	37
Tabulka 2	Délka záznamu rozhovoru	38
Tabulka 3	Kategorie a kódy	42

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
FZS	Fakulta zdravotnických studií
ODN	Oddělení následné péče
PTSD	Posttraumatický stresový syndrom
PTSS	Syndromu posttraumatického stresu
S1	sestra, informantka 1
S2	sestra, informantka 2
S3	sestra, informantka 3
S4	sestra, informantka 4
S5	sestra, informantka 5
S6	sestra, informantka 6
S7	sestra, informantka 7
S8	sestra, informantka 8
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
WHO	The World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Máme za sebou rok pandemie Covidu-19 a s ním značná omezení v mnoha lidských činnostech a oblastech našeho života a tím i změny ve vnímání kvality našeho života. Co s námi a s celou společností pandemie provedla, uvidíme až s odstupem několika let. Umíme hrubě propočítat ekonomické statistiky nakažených a hospitalizovaných pacientů, nárůst státního dluhu, ale konkrétní dopady na jednotlivce? V tuto chvíli vlastně vůbec nevíme, jaké jsou a budou. Určitě nebudou jen ekonomické, ale také psychické a velmi individuální. Přijdou dopady ve formě psychologických problémů, úzkostí, nespavostí, depresí, posttraumatických poruch, jak dokládají publikované zahraniční studie Review of possible psychological impacts of Covid-19 on frontline medical staff and reduction strategies (Fu, et al., 2020) – ukazuje se, že s postupným narůstáním počtu výzkumů v této oblasti si lidé stále více uvědomují psychologické problémy, které během pandemie utrpěli zdravotničtí pracovníci v první linii. Jedním z hlavních cílů pro zlepšení schopnosti zdravotnického personálu zvládat budoucí ohniska nákazy musí být tedy zlepšení jejich schopnosti zvládat psychický stres. Na základě zjištění byl předložen souhrn protipatření ke zmírnění těchto problémů. Mezi tato protipatření patří zajištění adekvátního ochranného vybavení pro zdravotnický personál v první linii, vypracování včasných a jasných pokynů, posílení sociální podpory a poskytnutí jasných kritérií a dalšího školení se zaměřením na výběr zdravotnického personálu v první linii (Fu, et al., 2020).

Přehled studií Traumatic Stress in Healthcare Workers During Covid-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact (Benfante, et al., 2020) zkoumající traumatický stres u zdravotnických pracovníků a s nimi souvisejících faktorů, uvádí tato zjištění: celkově dostupná zjištění zdůrazňují přítomnost stresu souvisejícího s traumatem, přičemž prevalence se pohybuje od 7,4 do 35 %, zejména u žen, zdravotních sester, pracovníků v první linii a u pracovníků, u kterých se vyskytly fyzické příznaky (Benfante, et al., 2020).

Uplynulý rok byl velmi náročný a pro všechny, nejen pro zdravotnický personál, se stal těžkou zkouškou. Někteří z nás pociťují smutek i ztrátu jistot, možností, svobody nebo schopnosti užívat si drobných radostí, na které jsme byli zvyklí. Měli a mohli jsme všechno, ale najednou je vše jinak. Nyní se učíme, co je opravdu podstatné. Poslední rok pandemie zastihl mnohé z nás zcela nepřipravené na smrt blízkého člověka. A právě s tou se člověk v západní společnosti neumí dobře vyrovnat. Pandemie, která nás zasáhla, je zvláštní krize. Díky úspěchům moderní medicíny jsme s ní už nepočítali. Mluvíme o boji, první linii, válce i

přes to, že proti mikroskopickému viru nelze bojovat jinak než ochranou, zkoumáním a péčí. Příběhy o válce umíme už tisíciletí vyprávět lépe než příběhy o péči. Jenže právě péči tato krize vyžaduje – o nemocné, umírající, osamocené, izolované, malé i staré. Do popředí proto vytahuje polovinu lidstva tedy ženy, na které odpovědnost za péči od mládí klademe.

Ženy, které tvoří 89 procent pracovníků ve zdravotnictví (ÚZIS CZ), převzaly péči o nemocné. Tlak, jemuž už rok čelí, jim nedělá dobře. Téměř čtvrtina zdravotníků dnes říká, že by potřebovala psychologickou pomoc. Značná část z nich se potýká s depresemi, vyhořením nebo funguje na hraně vyčerpání. Podle studie Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers (Salazar de Pablo, et al., 2020): která zkoumala jak vysokému riziku v oblasti fyzického a duševního zdraví jsou zdravotničtí pracovníci vystaveni, analýza uvádí u zdravotnických pracovníků: 62,5 % obecné zdravotní problémy, 43,7 % strach, 37,9 % nespavost, 37,8 % psychickou tíseň, 34,4 % syndrom vyhoření, 29 % úzkostné rysy, 26,3 % depresivních příznaků, 20,7 % posttraumatické stresové poruchy (Salazar de Pablo, et al., 2020).

Do centra pozornosti se dostaly všeobecné sestry, léta částí společnosti podezříváné z lehké práce napůl asistentky, napůl dekorace. Do této představy se už nevešly stovky kilogramů polohovaných pacientů a stovky hodin zkušeností a odborné práce. Bylo potřeba až zdravotní katastrofy, aby se ukázalo, jak těžkou a nenahraditelnou prací tyto ženy – všeobecné sestry, kterých je v České republice 98 procent (ÚZIS CZ), každý den odvádí a že bez nich si zdravotnictví neumí poradit.

Všeobecné sestry pracují pod obrovským tlakem a vypětím nejen v nemocnicích, ale i doma. Podle studie zkoumající psychologické dopady Covidu-19 na pracovníky ve zdravotnictví Investigating the Psychological Impact of Covid-19 among Healthcare Workers (Batra, et al., 2020): analýza podskupin ukázala vyšší prevalenci úzkosti a deprese u žen, zdravotních sester, pracovníků v první linii než u mužů, lékařů a zdravotnických pracovníků druhé linie. Zjištění této metaanalýzy zdůrazňují potřebu vyvinout psychologické intervence na podporu posttraumatického růstu mezi zdravotnickými pracovníky. Zásadní jsou intervence v oblasti duševního zdraví a pohody, jako je vzdělávání v oblasti zvládnání technik, online wellness aktivity, podpora posttraumatického růstu a otevření kanálů pro pomoc v časných projevech PTSS (syndromu posttraumatického stresu) dříve, než se projeví PTSD (Batra, et al., 2020).

Pandemie vzala mnohým ženám i mužům čas na vše, zůstal jim čas na jediné – únavu. Cílem práce je zjistit jak všeobecné sestry vnímají svoji kvalitu života a zdraví, jak hodnotí svoji

kvalitu života v období před pandemií a v období pandemie Covidu-19. Zjistit a porovnat období před vypuknutím pandemie a porovnat se současným náročným obdobím v době pandemie. Zjistit, co všechno se změnilo a jak ovlivnilo jejich vnímání kvality života a dopad na jejich zdraví.

Teoretická část diplomové práce se zabývá definováním pojmu kvalita života, stres, frustrace, PTSD, psychologická podpora, supervize, peer intervence.

Praktická část práce obsahuje výsledky průzkumu, který probíhal pomocí kvalitativního šetření. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Do průzkumu byly zahrnuty všeobecné sestry bez specializace z lůžkových oddělení nemocnice. Jedná se o oddělení ARO, ODN oddělení, standardní oddělení – v době průzkumu covidová jednotka.

1 CÍL PRÁCE

Diplomová práce řeší cíle v teoretické a empirické rovině.

1.1 Teoretická část

- 1) Vymežit pojem kvalita života.
- 2) Definovat pojem stres, frustrace, posttraumatický stresový syndrom
- 3) Definovat pojem psychologická podpora, peer intervence, supervize

1.2 Průzkumná část

1. Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19 .
2. Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají a hodnotí svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách a zjistit, zda se jejich kvalita života změnila od propuknutí pandemie a pokud se změnila, tak v jaké míře, v čem a v jakých oblastech života.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

2.1.1 Kvalita života

Ve slovníku cizích slov je pojem kvalita života označen jako jakost, hodnota, stav věci, souhrn vlastností, jimiž se věc jako celek odlišuje od jiného (Kraus, 2009).

Pojem „kvalita“ je odvozen od latinského „qualis“, což znamená „jaký“, kořenem tohoto slova je qui - kdo?, ve významu „kdo to je?“, případně „jaké to je?“ (Křivohlavý, 2001, s. 280).

V devadesátých letech dvacátého století skupina odborníků zabývajících se při WHO kvalitou života definovala kvalitu života takto: Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (Van Kamp et al., 2003, s. 14).

Obecně platná definice kvality popisuje kvalitu jako dělat správné věci správným způsobem (Mareš, 2006, s. 12).

Kvalita života je multidimenzionální, interdisciplinární a komplexní pojem. Pojetím kvality života se zabývají mnohé odlišné a na sobě zcela nezávislé disciplíny jakými jsou například ekonomie, psychologie, politologie, medicína, sociologie, teologie, technické vědy a další. Pro tvorbu definice tohoto pojmu nelze tedy nikdy vycházet z jediného základu pro všechna odvětví (Heřmanová, 2012, s. 9).

Na otázku, co to vlastně kvalita života je, není možné nalézt přesnou odpověď. Ve vědecké literatuře neexistuje shoda týkající se počátků výzkumů kvality života. Lze tedy tvrdit, že lidé měli o kvalitu života zájem od pradávna. Ve starověké mytologii najdeme koncepci kvality života spojovanou s Asclepiem, Aesculapou a jinými autory (Heřmanová, 2012, s. 13).

Poprvé v historii byl termín kvalita života zmíněn již ve 20. letech minulého století a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti podpory nižších společenských vrstev (Hnilicová, 2005, s. 205).

Po druhé světové válce a v následujících letech se tento termín objevil v politickém kontextu v USA. President Johnson prohlásil zlepšování kvality života občanů za svůj volební cíl. Měl na mysli hlavně to, jak se lidem za určitých podmínek žije, a nejen kvantitu spotřebního zboží (Hnilicová, 2005, s. 206).

Německý politik Willy Brandt v 70. letech minulého století postavil program své strany na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Termín kvalita života se začal používat pro výzkumné účely také v 70 letech 20 století. Ve stejném období ve Spojených státech amerických proběhlo první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo shrnout a ukázat, jak sami lidé hodnotí svůj život. Šetření ukázalo, že pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života (Hnilicová, 2005, s. 208).

Pojem kvalita života se začal používat v medicíně rovněž v 70 letech minulého století. V klinických studiích se termín kvalita života stále častěji objevoval od 80 let minulého století. Problematika kvality života je velmi zdůrazňovaná a zkoumaná. Zdravotníky zajímá zejména kvalita života pacientů s různými druhy onemocnění, či jaký je dopad onemocnění na jejich kvalitu života (Hnilicová, 2005, s. 210).

Existuje mnoho publikací, které řeší tuto problematiku z pohledu jiných vědních oborů, shodují se však pouze v tom, že celkový koncept kvality života se skládá z řady jednotlivých domén, které kvalitu života různou mírou ovlivňují. Mezi tyto oblasti patří fyzický stav a funkční schopnosti, psychologické parametry, celková spokojenost, sociální interakce, ekonomická situace a spirituální stav. Termín kvalita života se stále častěji vyskytuje nejen ve vědeckých studiích, ale i v běžném životě člověka (Gurková, 2011, s. 21).

Kvalita života se v uplynulých desetiletích stala velmi diskutovaným termínem. Pojmem kvalita života se zabývají obory sociologie, psychologie, medicína, kulturní antropologie a ekologie. Orientuje se na člověka a na jeho spokojenost se životem. Zabývá se životem samým a smyslem lidské existence. Týmy vědců se zabývají posuzováním kvality života, hledají faktory, které definují a vymezují kvalitu lidského života, které jsou součástí šťastného a kvalitního lidského bytí. Smyslem hledání a zkoumání je najít faktory, které ovlivňují kvalitu života a cílem této činnosti je rozvíjet a umožnit lidem žít co nejkvalitnější život (Hnilicová, 2005).

Kvalitu života člověka ovlivňuje vnímání jeho života na základě emocí a vlastního hodnocení. Kvalita života vyjadřuje spokojenost nebo nespokojenost člověka s vlastním životem. Kvalita života je o příležitostech a možnostech jedince a jejich využití. Dosažení pocitu spokojenosti a naplnění by mělo být cílem každého jedince. Heřmanová (2012) uvádí (upravené podle Svobodové, 2006) hlavní oblasti, kde se jedinec snaží dosáhnout pocitu naplnění a pocitu štěstí takto:

Bytí – souhrn podstatných charakteristik daného člověka.

1. subdoména – fyzické bytí (fyzické zdraví, výživa, osobní hygiena, tělesný pohyb, způsob oblékání, celkový vzhled).
2. subdoména – psychologické bytí (psychologické zdraví, kognice, cítění, self-concept, sebeúcta a sebekontrola).
3. subdoména – spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra).

Přilnutí – napojení na vlastní prostředí.

1. subdoména – fyzické přilnutí (k domovu, škole, pracovišti, komunitě, sousedům).
2. subdoména – užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům, spolupracovníkům).
3. subdoména - k širšímu prostředí, komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, zdravotní a sociální péče, možnosti vzdělávání, rekreace).

Realizace – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací.

1. praktické uskutečňování (placená práce, domácí aktivity, sociální začlenění, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví).
2. relaxační aktivity (redukce stresu, relaxace).
3. uskutečňování růstu (aktivity pomáhající zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu), (Heřmanová, 2012, s. 89).

Pojem kvalita života je charakterizován jako důsledek mnoha mezi sebou kumulujících faktorů. Mezi tyto faktory patří podmínky ekonomické, zdravotní a environmentální. Tyto kumulující faktory často mezi sebou navzájem integrují neznámým způsobem. Ovlivňují lidský rozvoj, a to jak u jednotlivců, tak i u celé společnosti (Payne a kol, 2005, s. 629).

Koncepty kvality života jsou často spojovány v kontextu funkční samostatnosti, dobré kvality rodinného života a dalších mezilidských poměrů, schopnostmi se kulturně a společensky začlenit, schopností prožívat lásku, kreativitu, pracovní činnosti a adekvátní žití v souladu se společenskými hodnotami (Čadová et al., 2006, s. 136).

Křivohlavý (2015) uvádí, že vděčnost je v podstatě radostný stav, který je spojen s empatií i altruismem a projevuje se kladnými emocemi (pocity štěstí, úcty, respektu a naděje). Ukázalo se, že projev vděčnosti dává životu charakter naplněnosti, hodnoty a smysluplnosti. Zároveň činí život krásnějším a produktivnějším. Zavádí do mezilidských vztahů vděčnost, pocit, že jsme milováni a že si nás někdo váží, což není málo (Křivohlavý, 2015, s. 175).

Podle Centre for Health Promotion: Rozsah kvality života každého jedince v oblasti bytí, sounáležitosti a realizace a jejich subdoménách je určen dvěma faktory: významem a potěšením. Kvalita života se tak skládá z relativního významu, nebo významu spojeným s každou dimenzí a z rozsahu osobního potěšení s ohledem na každou dimenzi. (Centre for Health Promotion, 2009, online; cit. 2021-03-03).

Centrum pro podporu a zdraví při Univerzitě Toronto v Kanadě (Centre for Health Promotion, 2009, online) se zabývalo těmito oblastmi kvality života a vypracovalo model kvality života. Svobodová (2006) o tomto modelu hovoří jako o vícerozměrném modelu, který vychází z holistického pojetí kvality života. Model zahrnuje tři základní domény a devět dílčích domén. Skutečnou kvalitu života u jedince určuje osobní význam jednotlivých domén a to, v jakém rozsahu u něj dochází k jejich naplňování v reálném životě. V životě jsou důležité možnosti, příležitosti a omezení, které každý jedinec ve svém životě má a odráží vzájemnou interakci mezi ním a prostředím. (Svobodová, 2006, s. 31).

Kvalita života v medicíně je častý pojem. Vyjadřuje názor, že zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů. Dragomirecká (2006) uvádí, že v současnosti, kdy se prodlužuje délka života a převažují chronické a dlouhotrvající nemoci nad nemocemi infekčními, je hlavním cílem medicíny zachování a zlepšení kvality života (Dragomirecká, 2006, s. 68).

Pro plnohodnotný život je velmi potřebná složka zdraví (Heřmanová, 2012, s. 63).

Nejznámější definice zdraví, je podle WHO definovaná takto „*jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci*“ (WHO, 1946). Považuje se za ukazatel celkové spokojenosti se životem, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené psychosociální intervence.

V sociologii kvalita života označuje celek socioekonomických indikátorů pocitu životní spokojenosti obyvatelstva z materiální, ekonomické a politické perspektivy. Při mapování vývoje tohoto pojmu v medicíně nacházíme posuny od padesátých let, kdy bylo hodnocení,

keré může být vyjádřeno jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. V šedesátých letech se medicína soustředí na kvalitu přežití a až s příchodem sociálních věd a možností výběru mezi metodami léčby přichází v osmdesátých letech k diskuzím o zlepšení kvality života (Křivohlavý, 2002, s 198).

Kvalitou života v sociální psychiatrii se zabývají Dragomirecká a Škoda (1997) a popisují kvalitu života, která leží na průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů a důsledkem je velká rozmanitost snah kvalitu života definovat. Kvalita podle autorů bývá definována pomocí jiných pojmů např. kvalita života je komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak ji vnímá každý člověk nebo skupina (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 102).

Další se zaměřují na vymezení několika stěžejních oblastí (čtyři oblasti spokojenosti/pohody): fyzická pohoda, materiální pohoda (bydlení, příjem), kognitivní pohoda (pocit spokojenosti), sociální pohoda (vztahy, sounáležitost). Dále je definována pomocí typických znaků, které jsou pro ni podstatné např. subjektivní vnímání spokojenosti a tedy i kvality života. Kvalita života vyjadřuje subjektivní prožitek, který je možný objektivně analyzovat pomocí metod sociologického výzkumu (Heřmanová, 2012, s. 95).

Studie Timorackého (2002) uvádí, že kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, které se týkají společenského a lidského rozvoje. Objektivní podmínky pro dobrý život představuje jedna část a subjektivní vnímání dobrého života představuje část druhá (Timoracký, 2002, s. 186).

Podle Zvářikové (2007) je kvalita života definována jako hodnocení minulých i současných podmínek života a jako hodnocení a očekávání životní perspektivy. Pro zkoumání vymezuje deset nejvýznamnějších oblastí, a to: zdraví, práci a povolání, finanční situaci, volný čas, manželství a partnerství, vztahy k vlastním potomkům, spokojenost sama se sebou, sexualitu, přátele, známé a příbuzné a bydlení (Zvářiková, 2007).

Potůček (2007) kvalitu života chápe jako široký koncept objektivních životních situací člověka a jejich subjektivní vnímání této situace. Jde o multidimenzionální kategorii zahrnující všechny podstatné charakteristiky lidského života, které se vztahují k celkové úrovni blaha (well-being) jednotlivců. Pojem je používán pro charakteristiky dané společenskou povahou životních podmínek (ekonomická, kulturní, institucionální, politická) (Potůček, 2007, s. 130).

2.1.2 Dimenze kvality života

Koncept kvality života může být nahlížen ze dvou hledisek. Prvním je objektivní hledisko a druhým subjektivní hledisko. Odborníci z různých oborů se v současnosti více přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. Posun byl zaznamenán i v lékařství, kde objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější pro zvolení léčby a pomoci pacientovi (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 143).

Subjektivní dimenze kvality života

Podle Heřmanové (2012) je zjišťování subjektivně prožívané kvality vlastního života nejobtížnější, nejcitlivější a metodologicky nejsložitější. Problémem výzkumu je obvykle ochota respondentů odpovídat na otázky spojené se spokojeností s vlastním životem, sebereflexí. Respondenti si svoji hodnotovou orientaci nemusí sami pro sebe pojmenovat ani si ji uvědomovat, ale prožívají ji. Tato skutečnost se stává problematickým místem zkoumání subjektivního prožívání kvality jejich života. Dosažená míra uspokojení jejich potřeb v souvislosti s Maslowovou pyramidou lidských potřeb, a z ní vznikajících životních cílů, je pro mnohé respondenty obtížně zachytitelná (Heřmanová, 2012, s. 50).

O tom, jak subjektivně vnímáme kvalitu života, rozhoduje prožívání vlastního života v oblasti kognitivní a emoční. Emoční prožívání a hodnocení kvality života nemusí být úzce spojováno se socioekonomickým postavením a nemusí souviset s biologickým zdravím. Subjektivní kvalita života jedince je to, jak vnímá svůj statut spojený s kulturou a systémem hodnot. Jedinec vnímá tyto aspekty především tam, kde žije, ve spojitosti k jeho vlastním ideálům, zájmům, očekáváním a způsobu života (Payne a kol., 2005, s. 629).

Objektivní dimenze kvality života

Objektivní kvalitu života lze měřit na základě životních podmínek nebo dosažené životní úrovně jednotlivce či obyvatelstva. Je zřejmé, že určité životní podmínky i určitá životní úroveň značně ovlivňuje další životní šance jednotlivců, jejich startovní pozici z pohledu možného dosahování určitého sociálního statusu a významně ovlivňuje jejich další lidský

rozvoj. Mezi hlavní faktory pro hodnocení životních podmínek patří průměrná mzda, dostupnost služeb, vzdělání, zdravotní péče, bydlení, doprava související s geografickou polohou, uplatnění na trhu práce a kvalita přírodního prostředí. Mezi životními podmínkami životní úrovní dochází ke vzájemnému prolínání a ovlivňování. Vysoká životní úroveň je pozitivní pro větší možnost výběru a dostupnost služeb a na jejich kvalitu a specifčnost (Heřmanová, 2012, s. 47).

Podle Gurkové (2011) objektivní kvalita života znamená splnění požadavků materiálních, sociálních a fyzického zdraví člověka. Subjektivní dimenze se týká jeho vnímání pohody a spokojenosti se životem, ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec. (Gurková, 2011, s. 57).

Podle Hnilicové (2005) se objektivní hodnocení kvality života zaměřuje na sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky. Jedná se o podmínky pro život, sociální postavení, materiální zabezpečení, fyzické zdraví člověka. Můžeme ji vyjádřit prostřednictvím ukazatelů jako je hrubý domácí produkt indexu lidského rozvoje, dostupností veřejné dopravy, počtem zdravotnických a kulturních zařízení ve městě či obci. Tyto ukazatele však mohou být zkreslující (Hnilicová, 2005, s. 205).

Fyzická dimenze QOL

Vnímání kvality života člověka je ovlivněno prožíváním bolesti či přítomností nemoci. U posuzovaného jedince negativně ovlivňuje kvalitu života nemoc, zranění či léčba nemoci. Fyzické pojetí bývá charakterizováno ukazateli zdravotního stavu člověka, jako je aktuální zdravotní stav, kondice člověka, vliv dědičnosti a vrozené dispozice (Hnilicová, 2005, s. 216).

Vnímání hranice mezi nemocí a zdravím je značně ovlivněné působením, prolínáním biologických, psychických a sociálních predispozic. Zdraví a nemoc tedy může být odlišně chápána v různém čase a prostoru, v různých kulturních kontextech a také v různých sociálních a institucionálních systémech. Zdraví je dnes chápáno jako metasystém obsahující vzájemně těsně propojené systémy fyzické, psychické a sociální, v němž záleží na tom, jak jednotlivec či sociální skupina vnímá a interpretuje zdraví a nemoc, jak reaguje na představy o lidském těle a fungování (Heřmanová, 2012, s. 64).

Zdraví je nezastupitelnou složkou plnohodnotného života, většinou ale i nutnou podmínkou. Zdraví je vždy uváděno na předních místech žebříčků životních hodnot a je bráno jako předpokládaná samozřejmost. Podporou individuálního zdraví fyzického či duševního, lze

zvyšovat objektivní i subjektivně vnímanou kvalitu života, zejména ve smyslu soběstačnosti, schopnosti pohybu a práce, nezávislosti na jiných lidech (Heřmanová, 2012, s. 21).

Definice zdraví WHO, která je nejrozšířenější ve světě, vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Společnost stále častěji chápe zdraví jako ukazatel kvality života, který bude mít stále větší význam pro ekonomický a sociální rozvoj regionů. (Heřmanová, 2012, s. 21).

Čeští vědci se v květnu 2020 zapojili do rozsáhlé mezinárodní studie o Covidu-19 o duševním zdraví. Národní ústav duševního zdraví pod vedením PhDr. Mankové zkoumá a zhodnotí, jak je od propuknutí pandemie ovlivněná tělesná a duševní pohoda respondentů. Výzkum je určený pro běžnou populaci a zdravotnické pracovníky. Studie pod názvem „The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times (COH-FIT)“, (NÚDZ CZ, online; 2021).

Do projektu je zapojeno téměř 200 výzkumníků, projekt je schválen několika národními a mezinárodními organizacemi. Anonymně budou sbírány informace od více než 100 000 respondentů ze 110 zemí světa na 6 kontinentech. Důležité jsou demografické údaje, informace o profesi, fyzickém a duševním zdraví a chování, faktorech týkajících se okolního prostředí, jak před pandemií Covidu-19, tak v jejím průběhu a po ní. Cílem studie je rozpoznat, kdo je ve vyšším či nižším riziku rozvoje fyzických či psychických zdravotních potíží během pandemie a během různých stupňů restrikcí. Dalším cílem je identifikovat rizikové a protektivní faktory, které poskytnou informace preventivním a intervenčním programům zaměřeným na pandemii Covidu-19 a na další pandemie v budoucnu. Výsledky studie budou využity pro efektivnější ochranu rizikových skupin (NÚDZ CZ, online; 2021).

Sociologická dimenze QOL

Sociologický slovník uvádí, že kvalita života je posuzována podle indikátorů životního prostředí, mezilidských vztahů, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, volného času, charakteristik práce, bezpečnosti osobní i kolektivní, sociálních jistot a občanských svobod (Petrusek, Vodáková, 1996, s. 204).

Podle Vad'urové (2005) kvalita života postihuje i další dimenzi, než je materiální. Pojem se objevuje ve společnosti materiálně nestrádající. Poukazuje na nutnost uspokojování jiných potřeb, a to převážně duchovního charakteru (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 143).

Psychologická dimenze

Psychologická dimenze a její pojetí kvality života jsou vztaženy k prožívané pohodě a spokojenosti jedince. Jde o dlouhodobý emoční stav. Je zde reflektována spokojenost jedince s jeho vlastním životem (Kebza, Štolcová, 2003, s. 333).

Noetická dimenze

Noetická dimenze zahrnuje kvality jako morální a etické přesvědčení, smysluplnost vlastního života, náboženské přesvědčení, světonázor apod. (Payne, 2005, s. 205).

Osobní pohoda

S pojmem kvalita života je spojován termín osobní pohoda (well – being). Tento termín je úzce propojen s vnímáním zdraví jako komplexního celku a také s pojetím celkového životního stylu. Úroveň osobní pohody, spojené s životním stylem a podmínkami, ve kterých lidé žijí, může být definována jako kvalita života (Kučera, 2004, s. 12).

Podle definice WHO je zdravý ten, kdo je v „pohodě“ (well – being). „Pohoda“ je široká skupina toho důležitého pro člověka. Zahrnuje pozitivní i negativní emoce, nálady a afekty. Zahrnuje také to, jak člověk nahlíží na své plány, očekávání a jejich realizaci (Křivohlavý, 2004, s. 15).

2.2 Onemocnění Covid-19

Nedávno objevené onemocnění Covid-19 je vysoce přenosná virová infekce. SARS-CoV-2 je nová forma koronaviru patřícího do rodu Betacoronavirus a subgenus Sarbecovirus. Je známý jako druh koronaviru související s těžkým akutním respiračním syndromem. Podobně jako u dalších dvou koronavirů, jako jsou SARS-CoV-1 a MERS-CoV, je pravděpodobné, že SARS-CoV-2 pocházel z netopýrů, kteří sloužili jako zavedené rezervoáry pro různé patogenní koronaviry. I když stále není známo, jak se SARS-CoV-2 přenáší z netopýrů na člověka, rychlý přenos z člověka na člověka byl široce potvrzen. Jak uvádí studie: COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far (Khan, et al., 2020), nemoc se poprvé objevila v čínském Wu-chanu v prosinci 2019 a rychle se rozšířila po celém světě, infikovala (ke dni přípravy rukopisu studie) 48 539 872 lidí a způsobila 1 232 791 úmrtí ve 215 zemích a infekce se stále šíří. (Khan, et al., 2020).

WHO prohlásila propuknutí koronaviru za naléhavou událost v oblasti veřejného zdraví mezinárodního významu ke dni 31.1.2020. Závažní pacienti s Covid-19 by měli být léčeni na

oddělení kritické péče. Důležitá je rychlá identifikace osob ohrožených onemocněním Covid-19 a zpomalení šíření Covid-19 po celém světě. Klinická péče o pacienty s podezřením na onemocnění Covid-19, by se měla zaměřit na včasnou identifikaci, okamžitou izolaci pacienta, zavedení vhodných opatření pro prevenci a kontrolu infekcí a poskytování optimalizované podpůrné péče, uvádí se v článku: The management of coronavirus disease 2019 (Covid-19) (Liu, et al., 2020).

S postupem pandemie ve značné míře hrozí zdravotnickým pracovníkům riziko syndromu vyhoření (burnout syndrome), podle studie Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers vyhoření hrozí více než jedné třetině zdravotnických pracovníků vystavených onemocnění Covid-19 (Salazar de Pablo, et al., 2020).

Dne 11.3.2020 WHO charakterizovala Covid-19 jako pandemii. K 19.5.2020 bylo celosvětově hlášeno celkem 473 458 potvrzených případů Covid-19 a 316 169 potvrzených úmrtí. Například k 19.5.2020 představovalo šest západních zemí včetně Spojených států amerických, Velké Británie, Španělska, Itálie, Německa a Francie více než polovinu celosvětově potvrzených případů Covid-19 (tj. 2 497 125 z 4 731 458) a také více než dvě třetiny úmrtí na Covid-19 (tj. 219 981 z 316 169). Přidáním dalších západních zemí, jako je Belgie, Nizozemsko, Kanada, Švýcarsko, Portugalsko, Rakousko a Švédsko na tomto seznamu dále demonstruje ničující dopad pandemie na západní země. Negativní vývoj pandemie v Evropě, ale i ve světě, může velmi významně ovlivnit narůstající počty případů, které se potýkají s vyšší mírou stresu než před vypuknutím pandemie, uvádí studie Covid-19 Pandemic: What Can the West Learn From the East? (Shokoohi, et al., 2020).

2.3 Stres

Podle Křivohlavého (2001) je stres definován jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepřijatelný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními. Stres je tedy odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Stres je stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž – fyzickou nebo psychickou. Při stresu člověk uplatňuje své obranné mechanismy, jež umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí (Křivohlavý, 2001).

Podle Ptáčka (2011) stres působí na více systémů současně jako je kardiovaskulární, endokrinní, respirační a zažívací systém. Zmíněné systémy ovlivňuje stres do takové míry, že dochází k jejich funkčním změnám. Změny u těchto systémů jsou objektivně změřitelné (Ptáček a kol., 2011, s. 117).

Druhy stresu:

Pojem eustres znamená pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům.

Pojem distres značí nadměrnou zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění či dokonce smrt. Stres vyjadřuje zátěž, tíseň. Tento pojem je často spojován s pojmem frustrace pro velmi silné motivace s vyloučením možnosti adaptace (Křivohlavý, 2001)

Distres je pro člověka škodlivý a negativně jej ovlivňuje. Je stresem, díky kterému může docházet k patologickým následkům až k tělesnému poškození. I přes to, že působí na organismus negativně, je velmi důležitý, a to proto, že vede ke značně větší odolnosti organismu vůči intenzivnějšímu stresu, který může nastat (Bartůňková, 2010, s. 51).

Při dlouhodobém působení stresových situací na lidský organismus může dojít až k patologickým projevům. Mezi hlavní patologické projevy patří především nespavost, předčasné buzení, únava během dne, častá vznětlivost a výbušnost vedoucí k častému vyvolávání mezilidských konfliktů, nadměrné konzumaci alkoholických nápojů a tabákových výrobků, a v nepravidelný spánek. Mentální vyčerpanost se projevuje negativními pocity k sobě samému, k vlastní práci či neúspěchům, ke svému okolí, k pacientům. Stresovým situacím není možné zabránit. V dnešním světě je člověk denně nucen reagovat a vyhodnocovat nespočet podnětů a vlivů působících a lidský organismus. Otázkou však je, do jaké míry jsme schopni na tuto situaci odpovědět a zabránit tak zvýšení tělesné i duševní zátěži (Herman a Doubek, 2008, s. 94).

Vzájemná interakce mezi zdravím člověka a distresem je nepochybná. V situaci, kdy je lidské tělo vystaveno stresovým zátěžím po delší čas, mohou nastat v psychické oblasti funkční změny. Projevují se v podobě neurotických symptomů nebo i závažnějších onemocnění, jak psychických tak somatických. Stres psychický a emoční ovlivňuje ve velké míře centrální nervový systém. Dlouhodobá zátěž může vést až k tzv. psychosomatickému onemocnění. Do psychosomatických onemocnění patří vředová choroba žaludku, dvanáctníku, ischemická choroba srdeční, vertebrogenní onemocnění, astma aj. V choroboplodném vývoji hraje největší roli centrální nervový systém, který v endokrinním systému vyvolává změny. Aktivace sympatického nervu bývá nejvýznamnější změnou (Vašina, 2009, s. 123).

Pokud na člověka působí nadměrně silný podnět, vzniká stres. Je to odpověď organismu, stresová reakce, která má obrannou funkci. Po úvodní poplachové fázi a následné rezistenci

přechází v pokus o adaptaci. Nepodaří-li se, dříve nebo později dochází k vyčerpání organismu. V případě, že se nedaří příčinu stresu odstranit jako nyní ve velmi obtížné situaci neustupující epidemie, která ubírá zdravotníkům síly, pomáhají vedle odborné péče o psychiku i poměrně jednoduchá doporučení. Patří mezi ně progresivní relaxace, hluboké dýchání, body scan, imaginace, obrátit své myšlenky na své základní potřeby, humor, poslech hudby, ve volném čase odpočívat, dostatečně spát, odměňovat se tím, co přináší potěšení např. procházka, cvičení, koupel. Důležité je sdílet své emoce. Pokud je zátěž tak silná nebo dlouhodobě vyčerpávající, že sebepečující mechanismy nestačí nebo nefungují, pak je k dispozici odborná pomoc psychologa, říká garant systému psychosociální intervenční služby Humpl (Humpl, 2020, s. 8).

Na lidské tělo má chronický stres velký vliv i v oblasti rozvoje diabetu mellitu a obezity. Chronický stres zapříčiňuje značné uvolňování glukokortikoidu (Buijs et al., 2016).

Více jak rok se svět potýká s pandemií nového typu koronaviru SARS-CoV-2, který způsobuje nemoc Covid-19. Boj proti šíření infekce je spojen s restriktivními opatřeními trvajícími mnoho měsíců a společně s vědomím vážnosti této nákazy způsobují nemalou psychickou zátěž pro obyvatele (Höschl, 2020).

Hlavní stresové faktory v době pandemie:

- 1. Nemoc Covid-19 sama o sobě.** Závažnost onemocnění si uvědomuje velká část populace. Každý zná ve svém okolí osoby, které onemocnění prodělaly nebo na něj zemřely. Zcela přirozený je strach z nákazy. Strach je přirozený obranný mechanismus. Je to v přiměřené intenzitě historicky zakódovaná emoce sloužící k rozpoznání nebezpečí a k ochraně před ním. Neměla by oslabovat, ale mobilizovat psychické i fyziologické funkce jedince k přežití. Nežádoucím se stává panický strach, nadměrný strach nebo úzkost, což jsou patologické projevy (Kučerová, 2021, s. 20).
- 2. Sociální izolace.** Týká se všech jedinců, kteří se chrání proti infekci. Omezení setkávání lidí, osobních kontaktů mezi rodinou, přáteli, kolegy, známými či cizími lidmi vede k osamocení a může být intenzivním stresorem.
- 3. Riziko ztráty zaměstnání a snížení finančních příjmů.** Možné riziko zadlužení se.
- 4. Nemožnost osobní účasti na kulturních nebo vzdělávacích akcích,** vede k ochuzení o jejich emocionální a kreativní prožití. Dochází k nedostatku podnětů pro osobní rozvoj a relaxaci.

- 5. Menší možnosti fyzického cvičení a sportování** přináší riziko zhoršení tělesné zdatnosti, psychických kvalit a s ní spojených, jako jsou vůle, soutěživost, přátelská pomoc, ohleduplnost k ostatním, smysl pro spravedlnost (Kučerová et al., 2020, s. 20).

Stres a únava z přepracování zvyšují rizika deprese a sebevražd i u zdravotníků a dalších profesí, které jsou do boje s epidemií zapojeny (Ventriglio et al., 2020, s. 114).

Přehled studií o psychickém stresu zdravotnických pracovníků (zahrnuto bylo 14 studií o zdravotnických pracovnících z různých oddělení) způsobeném pandemií Covid-19 provedeným týmem německých výzkumníků: Covid-19 Pandemic: Stress Experience of Health Workers – A Short Current Review (Bohlken, et al., 2020), dokládá rozsáhlé napětí v důsledku stresových zážitků, stejně jako symptomů deprese a úzkosti. Závažné stupně těchto příznaků byly zjištěny u 2,2 % až 14,5 % všech účastníků. Závažnost mentálních příznaků byla ovlivněna věkem, pohlavím, povoláním, specializací, typem prováděných činností a blízkostí pacientů s Covid-19. Jako proměnné mediátorů byly uváděny výběr personálu, preventivní zásahy, odolnost a sociální podpora. Vzhledem k četnosti duševních příznaků vyskytujících se u zdravotnických pracovníků jsou nutné doprovodné zásahy informované o duševním zdraví, aby se usnadnilo zvládnutí situací (Bohlken, et al., 2020).

Randomizovaná kontrolovaná studie Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the Reduction of Stress (REST) study protocol for a randomized controlled trial (Weiner, et al., 2020), zabývající se účinností online programu kognitivní behaviorální terapie vyvinuté pro zdravotnické pracovníky během pandemie Covid-19 potvrzuje značné zvýšení počtu zasažených pracovníků v oblasti duševního zdraví. U čínských zdravotnických pracovníků byla během vrcholící epidemie hlášena vysoká prevalence deprese, poruch spánku a PTSD. Očekává se, že příznaky psychické tísně budou dlouhodobé a budou mít systémový dopad na systémy zdravotní péče, což bude vyžadovat psychologickou léčbu založenou na důkazech zaměřenou na zmírnění okamžitého stresu a prevenci vzniku psychologických poruch. Tým zveřejnil jedno z prvních zjištění a to, že přední zdravotničtí pracovníci vykazují extrémně vysokou míru deprese víc jak 50 %, generalizovanou úzkostnou poruchu více jak ve 44 %, nespavost ve více jak 36 %, a příznaky související se stresem ve více jak 73 %. Další řada studií potvrdila tato zjištění u zdravotních sester, lékařů a zdravotnických pracovníků a praktikantů a odůvodnila potřebu psychologické léčby zaměřené na úlevu od okamžitého stresu a nástupu dalších psychologických poruch. Na základě této potřeby byl vyvinut online

program kognitivní behaviorální terapie (CBT) zaměřený na snižování stresu a posilování chování při adaptivním zvládnání u zdravotnických pracovníků během pandemie Covid-19 (Weiner, et al., 2020).

2.4 Frustrace

Pojem frustrace znamená zmaření potřeby. Pojem je odvozený od latinského slova frustra (marně). Jedná se o pocity a vnitřní stavy, které taková situace vyvolává. Člověku, který usiluje o dosažení konkrétního cíle, se do cesty postaví vážná překážka, která maří realizaci potřeby anebo znesnadňuje její naplnění. Jde tedy o rozpor mezi některou z našich potřeb a reálnou možností uspokojit ji. Přejeme si něco, toužíme po tom, snažíme se toho dosáhnout, nebývá to však snadné. Často se ukáže, že je to nemožné. Na cestě k cíli bývají vždy překážky, a některé mohou být i takové, že je prostě nelze zdolat. Nástrahy nám může klást samo prostředí, a to jak fyzické, tak sociální. Jsou to nejen přirozená omezení, která přinášejí přírodní zákonitosti a život ve společnosti, ale i drobné, jindy obrovské úsilí některých osob či institucí, které nám přes naši životní cestu kladou třísky, klacíky, polínka atd. Jsme to i my sami, naše vlastní já, kdo si může stavět překážky a vytvářet frustrační situace. (Štěpaník, 2008, s. 168).

Ředitel NUDZ Cyril Höschl v pořadu Interview CNN Prima NEWS k dnešní situaci průběhu pandemie řekl: „*Jsme permanentně frustrováni a není to nyní, 14 dní, ale už se to takhle vleče prakticky rok, takže jsme neustále frustrováni tím, že máme jednak určitý pocit nejistoty a pak ve chvíli, když už jistotou chceme nabít, tak nám je nějakým způsobem zmařena.*“ Začínáme si zvykat na nepříjemné a negativní a to je nebezpečné. Podle Höschla se jedná o celospolečenský model frustrace, který má nepochybně negativní dopady na duševní zdraví, přinejmenším na naši reaktivitu.“ (Höschl, 2021).

2.5 Stresová zátěž u zdravotníků

Povolání všeobecné zdravotní sestry je velmi náročné nejen po odborné stránce, ale i na fyzickou kondici, etiku a také na psychickou odolnost vůči stresu. V dnešní době zasažené koronavirovou nákazou se všechny tyto veličiny znásobují. Sestry ošetřují pacienty v ochranných oblecích, ochranných štítech, rukavicích a respirátorech, které s sebou nesou značné osobní nepohodlí a ztěžují kontakt s pacienty. I přes veškerá možná opatření v oblasti ochrany zdraví na pracovišti mnoho zdravotníků nákazou onemocnělo, nebo na něj zemřelo.

Tyto skutečnosti stres u zdravotnických pracovníků značně zvyšují. Je tedy velmi potřebné pečovat o duševní zdraví a psychickou pohodu zdravotníků. (Kučerová, 2021, s. 17)

Empatie je jednou z nejdůležitějších vlastností u zdravotnického personálu. Pro práci s pacienty je velice důležitá, ale pro jedince oplývajícího touto vlastností, zvyšuje riziko depresí (Sommerlad et al., 2021).

Termín empatie pochází z řečtiny. Pojem empatie vyjadřuje schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhých. Podle Křivohlavého (2004) „*Jde přitom o emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to i kognitivní schopnost – schopnost poznávat („číst“), porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních i neverbálních projevů druhých. Pochopit to, oč usilují, čemu se chtějí vyhnout, co pečlivě skrývají. Empatie úzce souvisí se schopností naslouchat, jejich hlasu a správně si vykládat (interpretovat), co si myslí a oč jim jde.*“ (Křivohlavý, 2004, s. 120)

2.6 Posttraumatický stresový syndrom (PTSD)

PTSD se již v minulém století zabýval Sigmund Freud. Pátral po příčinách, které způsobovaly toto postižení u 20 % rakousko-uherských vojáků během 1. světové války. Příčinu vzniku spatřoval v bezprostředním ohrožení života ve válce. Po válkách v Koreji a ve Vietnamu se PTSD začal uvádět jako samostatná diagnóza. Podle odhadů porucha postihuje také až 30 % obětí živelných katastrof v závislosti na intenzitě prožité stresové situace. Diagnostikován může být i u obětí závažných trestných činů, autonehod. PTSD se rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která svojí intenzitou přesahuje obvyklou lidskou zkušenost. Proto jsou v současné době v ohrožení i zdravotníci covidových jednotek. Od podzimu 2020 jsou nemocnice přetíženy pacienty a traumatickým zážitkem se stane přetížení i v řádu několika dnů. Zvláště jsou-li přítomné všechny faktory, které k rozvinutí dlouhodobých psychických následků přispívají. Na jedné straně přesčasový zdravotnický personál a práce v poklusu, které nejsou úměrně vyváženy počtem zotavených pacientů. Místo toho všudypřítomná smrt a riziko vlastního nakažení, nakažení vlastní rodiny. Hlavním spouštěčem PTSD je bezmoc. Bezmoc z pohledu na nečekaně zhoršující se stav pacienta, nemožnosti pacienta přemístit na oddělení JIP, kde je plno. Bezmoc z eskalující epidemiologické situace, z vyčkávání, ignorace mnohých spoluobčanů. Tady dochází k naplnění všech znaků pro vznik traumatu. Trauma vzniká, pokud je člověk vystaven extrémní hrůze, kdy nemůže nic udělat, cítí se sám,

přemožen, bezmocný a zranitelný. PTSD člověka zcela vyřadí ze života i z jakéhokoliv zaměstnání, v tom je rozdíl mezi PTSD a syndromem vyhoření (Páleníková, online; 2021).

K projevům syndromu patří poruchy spánku, soustředění, včetně výpadků paměti nebo úlekové reakce. Společně s PTSD se může objevovat i deprese, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, agorafobie, depersonalizace nebo různé závislosti.

Rozvoji PTSD lze předcházet. Pomoci mohou supervize vedené odborníkem v kombinaci s individuální psychoterapií. V současné době jsou však tyto služby pro zdravotníky prakticky nedostupné (Páleníková, online; 2021).

V nemocničních zařízeních v období pandemie vypomáhají tisíce vojáků, povinně nasazených studentů a také dobrovolníků. Všechny zmíněné skupiny se ohrožení týká. Dobrovolníci a studenti si rizika rozvoje PTSD nemusí být vědomi na rozdíl od profesionálů, a proto nemusí včas rozpoznat příznaky ani po jejich plném rozvinutí. Psychologové, psychiatři, kaplani působící v některých nemocnicích jsou plně vytížení a přednostně poskytují krizové intervence umírajícím pacientům, pozůstalým osobám. Tam, kde psychologové nejsou, si musí personál poradit sám (Páleníková, online; 2021).

Psychologů a psychiatrů je málo, dílčí projekty neziskového sektoru jsou značně omezené lokální dostupností nebo kapacitou. Znepokojivé je i to, že laická veřejnost prakticky o PTSD neví, natož aby znala dynamiku jeho rozvoje. Pracovníci z covidových, JIP a ARO oddělení nemocnic jsou již PTSD zasažení, jen o tom neví. Jejich bezmoc je umocněna tím, že nemají přístup k účinné pomoci. Je zaděláno na obrovský problém, který má tu smůlu, že jeho inkubační doba trvá měsíce. PTSD se rozvine až s několikaměsíčním odstupem (Horová, online; 2021).

2.7 Psychologická podpora, peer intervence

Veškerý zdravotnický personál se s rozmáhající pandemií Covid-19 dostává do vypjatých, psychicky i fyzicky náročných situací. V mezních situacích se tak nacházejí zdravotníci pracující na odděleních, kde dříve pacienti neumírali, ale ti nejsou na tyto situace připravováni, chybí jim psychologická příprava.

WHO prohlásila, citováno z Britské studie aktuálně k dnešnímu datu zpracování práce (Blake, et al., 2020), že ochrana duševní pohody zdravotnických pracovníků pečujících o pacienty s Covid-19 je označena jako nezbytná pro udržení dlouhodobé kapacity pracovníků

sil ve zdravotnictví. Zejména poskytování psychologické podpory pracovníkům v první linii je v nadcházejících týdnech a měsících významnou výzvou pro veřejné zdraví. Je zjevná potřeba okamžitých opatření k zajištění dobrých životních podmínek pracovníků ve zdravotnictví. Kromě obav z vystavení se nákaze Covid-19, úzkostí související s nedostatkem osobních ochranných prostředků nebo jiného základního vybavení mohou zdravotničtí pracovníci zaznamenat nepravidelnou pracovní dobu a vyšší pracovní zátěž spojenou s úzkostí, když vstupují do nových nebo neznámých klinických rolí. Hrozí jim emoční námaha a fyzické vyčerpání z poskytování péče rostoucímu počtu pacientů, kteří se mohou rychle zhoršovat a mohou být vystaveni kritickému onemocnění nebo smrti svých spolupracovníků a mohou také čelit morálním dilematům při rozhodování o poskytování péče s omezenými zdroji. Stres, úzkost a deprese lze považovat za normální emoční reakce tváří v tvář pandemii. Psychologické dopady na zaměstnance mají negativní důsledky pro organizace. Extrémní tlaky, s nimiž se zdravotničtí pracovníci setkávají během pandemie, mohou zvýšit jejich riziko vyhoření, které má nepříznivé důsledky nejen pro blahobyt jednotlivců, ale také pro péči o pacienty a systém zdravotní péče. Pro zdravotníky jsou potřebné podpůrné mechanismy, jako je psychologická podpora (Blake, et al., 2020).

Kvalitativní metasyntéza Peer Support Workers in Health (MacLellan, 2015) se zabývá modely vzájemné podpory, podporou ostatním potřebným. Používá se v různých oblastech zdravotní péče. Využívání vzájemné podpory ve zdravotnictví je dobře zavedeno ve službách duševního zdraví. Schopnost pracovníka peer support aktivně spolupracovat s dalšími jedinci na základě jejich jedinečného vhledu do jejich vlastních zkušeností podporuje terapeutický model péče založený na vhodném sdílení jejich příběhu (MacLellan, 2015).

Peer je profesní kolega, který kromě své profese, prošel navíc certifikovaným výcvikem v systému psychosociální péče o kolegy. Na základě tohoto výcviku, v souladu se závaznými stavovskými dokumenty (etický kodex, krajský koordinátor, garant systému, terminologický slovní SPIS, zásady fungování SPIS), ve spolupráci s krajským koordinátorem a odbornými guaranty SPIS, může poskytovat v definovaném rozměru psychickou podporu kolegům. Ti si jí buď vyžádají sami, nebo je jim doporučena. Účast peera v systému SPIS je dobrovolná a může z ní kdykoli vystoupit. Péče o kolegy patří mezi benefity péče o zaměstnance příslušné organizace a peer je reprezentantem tohoto benefitu (SPIS, online; 2021).

Peer podpora je poskytována formou telefonické krizové intervence (zřízené telefonické linky, viz příloha 3) nebo poskytovaná přímo osobním kontaktem na pracovišti apod.

Specifické formy intervence:

- Peer jako poskytovatel první psychické pomoci
- Peer a jeho úloha ve skupinovém zpracování nadlimitních zážitků (debriefing, defusing, demobilizace)
- Spolupráce s ODZ a návaznými systémy v kraji
- Intervence ihned po situaci a odložená intervence – rozdíly v přístupu

Studie cAIR: Implementation of peer response support for front-line health care workers facing the COVID-19 pandemic (Rubin, et al., 2021) prokázala, že mnoha zdravotníkům v přední linii pandemie Covid-19 chybí odpovídající podpora. Studie představuje pilotní model vzájemné podpory prostřednictvím synchronních videoprezentací, individuální vzájemné podpory a zajišťování zdrojů a doporučení (Rubin, et al., 2021).

Psychosociální podporu - peer lze využít ve svém okolí. K dispozici je Linka psychické podpory pro zdravotníky. Linka kolegiální podpory či Sociální klinika je určená pro telefonickou peer pomoc zdravotnickým pracovníkům a je k dispozici nonstop. Linka je zcela anonymní.

V době pandemie vznikla řada aktivit, které se snaží pomoci zdravotníkům alespoň v režimu snadno dostupných materiálů v elektronickém prostředí. Například tím, že jsou na internetu k dispozici materiály o technikách a možnostech sebepečce, o významu a možnostech efektivního odpočinku a podobně. V některých nemocnicích se daří také pravidelné odborné doprovázení velmi zatížených sester a lékařů psychology nebo kaplany.

Studie z celého světa prokazují, jak vážné dopady má pandemie na duševní rovnováhu člověka. Lidé obecně prožívají zvýšenou míru nejistoty, neustále roste stres, úzkost a deprese. Systematický přehled a metaanalýza Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic (Salari, et al., 2020), zabývající se výzkumem výskytu stresu, úzkosti, deprese u běžné populace během pandemie Covid-19 tento dopad na běžnou populaci potvrzuje. Covid-19 způsobuje nejen obavy o fyzické zdraví, ale vede také k řadě psychologických poruch. Analýza podskupin uvádí prevalenci stresu, úzkosti a deprese u běžné populace během pandemie na různých kontinentech. Nejvyšší prevalence úzkosti je v Asii 32,9 %, nejvyšší prevalence stresu je v Evropě 31,9 % a nejvyšší prevalence deprese v Asii je 35,3 % (Salari, et al., 2020).

Například systematická analýza Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers (Salazar de Pablo, et al., 2020) mezi zdravotníky přiznala, že 62,5 % zúčastněných (vystavených SARS/MERS/COVID-19) hlásilo obecné zdravotní problémy, 43,7 % strach, 37,9 % nespavost, 37,8 % psychickou tíseň, 29 % úzkostné rysy, 20,7 % posttraumatické stresové poruchy, 26,3 % zaznamenalo depresivní příznaky a 34,4 % zažilo vyhoření (Salazar de Pablo, et al., 2020).

2.8 Supervize

Supervize je forma dlouhodobé podpory, rozvoje a učení zejména u profesionálů v pomáhajících profesích. Umožňuje rozvíjet znalosti a schopnosti (profesionalitu), přijmout odpovědnost za vlastní praxi a zvýšit ochranu klienta/pacienta a bezpečnost péče ve složitých klinických situacích.

Supervizor je průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací, či přispívat ke zvýšení kvality péče o klienta upozorněním na nevhodné postupy a hledat způsoby, jak tyto postupy z práce odstranit. Využití supervize napomáhá také k prevenci syndromu vyhoření u zaměstnanců.

Podle Venglářové (2013) „*Supervize je proces, jehož účastníkem je tým, skupiny pracovníků či jednotlivců. Proces je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí*“ (Venglářová, 2013, s. 14).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Cíle vztahující se k průzkumné části

1. Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19 .
2. Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají a hodnotí svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách a zjistit, zda se jejich kvalita života změnila od propuknutí pandemie a pokud se změnila, tak jak hodně, v čem a v jakých oblastech života.

Výzkumné otázky

1. Jak vnímají všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19?
2. Jak vnímají a hodnotí všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách, jak se změnila, pokud ano, tak jak hodně, v čem a v jakých oblastech života?

3.1 Průzkumný design

Pro diplomovou práci byl zvolen kvalitativní průzkumný design fenomenologického typu. Kvalitativní výzkum interpretuje pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Při kvalitativním výzkumu se neredukuje počet proměnných ani vztahy mezi nimi, o jejich redukci rozhodují samy zkoumané subjekty. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, zachycení toho, jak účastníci procesů situace interpretují a zachycení interpretací těchto interpretací. Důležitým rysem kvalitativního výzkumu je oboustranné porozumění a otevřenost mezi výzkumníkem a aktérem (Mišovič, 2019, s. 9).

3.2 Metodika průzkumu

Cílem průzkumu bylo zjistit, jak všeobecné sestry vnímají svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19. Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají a hodnotí svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách a zjistit, zda se jejich kvalita života

změnila od propuknutí pandemie a pokud se změnila, tak jak hodně, v čem a v jakých oblastech života a to pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Nejčastěji používanou metodou sběru dat pro interpretativní fenomenologickou analýzu je polostrukturovaný rozhovor, který byl použit při analýze dat. Před samotným sběrem dat předcházela pilotáž. Předběžná pilotážní studie (formou polostrukturovaného rozhovoru) byla provedena u jedné vybrané informantky za účelem ověření proveditelnosti a vylepšení průzkumu. Byla zjišťována reakce na položené otázky, zda informantka porozuměla kladeným otázkám, dotazovala se na vysvětlení, zda byla ochotná odpovídat. Pilotáž ukázala, že bude vhodné doplnit otázky o témata z oblastí psychologické podpory, peer intervencí a supervizí. Kladené otázky byly pro informantku srozumitelné, byla ochotná odpovídat i na citlivější témata jako je umírání, doprovázení. Vlastní sběr dat byl proveden od dubna 2021 do června 2021. Bylo osloveno 8 informantek. Do průzkumu byly zahrnuty všeobecné sestry bez specializace z lůžkových oddělení nemocnice. Z lůžkových oddělení se jedná o Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), Oddělení následné péče (ODN), standardní oddělení ortopedie – v době průzkumu covidová jednotka. Průzkum proběhl na základě souhlasu všech zúčastněných všeobecných sester. Informantky byly písemně i slovně seznámeny s průběhem rozhovoru. Všechny podepsaly informovaný souhlas s průzkumným šetřením (viz Příloha 2). V textu absolventské práce jsou informantky pojmenovány (označeny) pomocí S (sestra), číslem 1 až 8 (číslo rozhovoru).

Přípravná fáze

Před zahájením průzkumu bylo třeba se seznámit se s literaturou zabývající se tématy jako je kvalita života, stres, psychologická podpora atd. Byla provedena literární rešerše a na základě literatury byly vytvořeny otázky pro polostrukturovaný rozhovor. Před sběrem dat předcházela v měsíci únoru 2021 pilotáž. V přípravné fázi proběhl rozhovor s jednou informantkou, byla zjišťována aktuálnost kladených otázek, reakce a ochota odpovídat na osobní otázky, týkající se zkušeností, názorů a pocitů informantky v období před a během pandemie Covid-19. S informantkou S1 jsem se sešla opakovaně. Otázky byly doplněny o dotaz na zkušenost s psychologickou podporou, peer intervencí a supervizí.

Průzkumný soubor

Do souboru byly zahrnuty všeobecné sestry bez specializace a to: z lůžkových oddělení nemocnice (oblastního typu). Z lůžkových oddělení se jedná o ARO, ODN oddělení,

standardní oddělení – v době průzkumu bylo oddělení přestavěno na covidovou jednotku. V průzkumu šlo o účelové vzorkování. Byla zvolena oblastní nemocnice řízená krajem. Přesný počet informantek nebyl stanoven. V průzkumu bylo postupováno podle metody teoretické saturace dat. Průzkumný vzorek obsahuje odpovědi od 8 informantek (všech žen). Ze získaných dat z identifikačního dotazníku vyplývá, že informatky mají délku praxe mezi 5-10 lety ve čtyřech případech, mezi 21-30 lety ve dvou případech a praxi dlouhou mezi 31-40 lety ve dvou případech. V oblasti dosaženého vzdělání mají tři informatky vystudovanou střední zdravotnickou školu a pět informantek vystudovalo vysokou školu a získalo akademický titul bakalář v oboru všeobecná sestra. V období průzkumu pracovalo pět informantek na ortopedickém oddělení – toho času covidová jednotka, jedna informatka na oddělení ARO a dvě informatky na ODN. Průzkum byl ukončen po nasycení vzorku, tedy v okamžiku, kdy se informatky k jednotlivým otázkám vyjadřovaly obdobně, měly podobný názor, pocit.

Základní informace o sestrách (informantkách)

S1 – informatka vystudovala obor všeobecná sestra na vyšší odborné zdravotnické škole – DiS., následně získala titul bakalář v oboru všeobecná sestra. Nyní studuje na fakultě zdravotnických studií v magisterském studijním programu: Ošetrovatelská péče v interních oborech. Ve zdravotnictví pracuje 5 let. V době průzkumu bylo oddělení, kde je zaměstnána, přeměněno na covidovou jednotku. Pracuje na pozici všeobecné sestry na ortopedickém oddělení v oblastní nemocnici.

S2 – informatka vystudovala obor všeobecná sestra na vysoké škole a získala titul bakalář. Pokračuje dále ve studiích na fakultě zdravotnických studií v magisterském studijním programu: Ošetrovatelská péče v interních oborech. Ve zdravotnictví pracuje 8 let, nyní pracuje na covidové jednotce, původně ortopedické oddělení v oblastní nemocnici na pozici řadové sestry.

S3 – informatka vystudovala obor všeobecná zdravotní sestra na vysoké škole a získala titul bakalář. Pokračuje ve studiu na fakultě zdravotnických studií ve studijním magisterském programu, specializace ve zdravotnictví: Ošetrovatelská péče v interních oborech. Pracuje v oblastní nemocnici na oddělení následné péče (ODN). Ve zdravotnictví pracuje 10 let na pozici řadové sestry.

S4 – informantka vystudovala střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. V oboru pracuje 25 let. Pracuje v oblastní nemocnici na ortopedickém oddělení (v době pandemie Covid-19 bylo oddělení covidovou jednotkou).

S5 – informantka vystudovala střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. Po letech praxe vystudovala na vysoké škole obor všeobecná sestra a získala titul bakaláře. Nyní dokončuje studium na vysoké škole magisterský obor Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví. Pracuje na pozici vrchní sestry ortopedického oddělení. Ve zdravotnictví působí 33 let.

S6 – informantka vystudovala střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. Později vystudovala na vysoké škole obor všeobecná sestra a získala titul bakaláře. V současné době studuje na vysoké škole magisterský obor Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví. V oboru pracuje 29 let. Nyní zastává funkci vrchní sestry na oddělení ARO v oblastní nemocnici.

S7 – informantka vystudovala střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. Ve zdravotnictví pracuje 31 let. Pracuje v oblastní nemocnici na ortopedickém oddělení (v době pandemie Covid-19 přestavěná na covidovou jednotku).

S8 – informantka vystudovala střední zdravotnickou školu a nyní studuje na vysoké škole obor všeobecná sestra, kde po úspěšném zakončení získá titul bakalář. Ve zdravotnictví pracuje 10 let. Pracuje na oddělení následné péče (ODN) v oblastní nemocnici. (viz Tabulka 1)

Tabulka 1 Identifikační údaje

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Věk	51	37	39	43	51	47	49	32
Rodinný stav	Vdaná	Vdaná	Vdaná	Vdaná	Rozvedená	Vdaná	Vdaná	Vdaná
Počet dětí	2	2	2	2	3	1	2	3
Oddělení	Ortopedie	Ortopedie	ODN	Ortopedie	Ortopedie	ARO	Ortopedie	ODN
Typ provozu	3 sm.	1 sm.	3 sm.	3 sm.	1 sm.	1 sm.	1 sm.	3 sm.
Délka praxe ve zdravotnictví (roky)	5-10	5-10	5-10	21-30	31-40	21-30	31-40	5-10

Provedení průzkumu

Průzkum byl zahájen v únoru 2021 a probíhal do konce měsíce května 2021. Informantky byly osloveny v pracovním životě výzkumníka. Průzkum ovlivňovala pandemická situace v České republice, především různá omezení vycházející vyhlášená vládou republiky. Vláda v souladu s čl. 5 a 6 ústavního zákona č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, vyhlásila pro území České republiky z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s prokázáním výskytu koronaviru (označovaný jako SARS CoV-2) na území České republiky nouzový stav na dobu ode dne 5. října 2020 na dobu 30 dnů. Nouzový stav byl opakovaně prodlužován vzhledem ke zhoršující se koronavirové situaci. Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR, 2020) nařídilo mimořádná opatření k ochraně obyvatelstva a prevenci nebezpečí vzniku a rozšíření onemocnění Covidu-19 způsobené novým koronavirem SARS-CoV-2. Při vedení rozhovorů bylo nutné dodržovat hygienická opatření dle nařízení. S informantkami byl předem domluven termín a konkrétní čas rozhovoru. Domluveno bylo i místo, kde rozhovor probíhal. Vzhledem k velmi osobním otázkám bylo vždy vybráno klidné místo s dostatkem soukromí a za dodržení bezpečnostních opatření stanovených v období pandemie. Každá informantka podepsala informovaný souhlas s průzkumem a byla seznámena s průběhem rozhovoru, s otázkami, které byly kladeny. Rovněž informantky souhlasily s pořízením audiozáznamu rozhovoru na mobilní telefon. Rozhovor nebyl časově limitován. Nejdelší rozhovor trval 25 minut a nejkratší trval 17 minut (viz Tabulka 2). Menší část informantek vyslovila obavu, zda správně popíše své niterné pocity, dojmy a zkušenosti z uplynulého náročného období pandemie.

Tabulka 2 Délka záznamu rozhovoru

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Délka rozhovoru (min)	25	22	25	22	20	20	20	17

Technika vyhodnocení dat

Úvodním krokem na začátku analýzy bylo převedení dat do textové podoby. Tento krok je označován jako transkripce. Při přípravě dat k analýze rozhovorů byla použita doslovná transkripce. Text rozhovorů nebyl převeden do spisovného jazyka. Informantkám byl nabídnut přepsaný rozhovor k přečtení a autorizaci. Možnost rozhovor přečíst využila jedna informantka (S3), rozhovor neupravovala.

3.3 Analýza výsledků

Data získaná výzkumným šetřením byla podrobena kvalitativní analýze. Při přípravě dat k analýze rozhovorů byla použita doslovná transkripce. Analýza obsahu rozhovorů byla zpracována pomocí ruční analýzy. Data byla dále zpracována pomocí techniky otevřeného kódování. Jedná se o pečlivé studium údajů pomocí označování a kategorizací pojmů. Kódy byly přiděleny jednotlivým skupinám (podle stejného významu) po pečlivém přečtení přepsaných záznamů jednotlivých rozhovorů. Při opakovaném čtení jednotlivých rozhovorů byly získané informace seskupovány podle významu do stejných kódů (celků) (Mišovič, 2019, s. 163).

Analýza dat přibližuje zkoumané jevy, skládá se z charakteristiky konkrétních souborů dat a celkové argumentace. Nejběžnější analytické postupy jsou spojeny s tříděním, klasifikací a deskripcí, která zjednodušuje složité věci. Seskupováním a konceptualizací výroků napomáhá technika vytváření trsů (Mišovič, 2019, s. 140).

„Kódování je spojeno se schopností zachytit co nejvíce konkrétních informací co nejmenším počtem kódů.“ (Mišovič, 2019, s. 164).

Následně pokračovala analýza získaných výsledků pomocí základního schématu. Podstata spočívá v jednoduchém popisu kategorií a charakteristických vztahů mezi nimi. Všem důležitým datům a kategoriím byla utvořena jednotící linie, některá část byla zredukována nebo naopak jiná rozšířena. Kategorie rodina a její tři kódy byly rozšířeny o oblast stmelení. Větší rozšíření proběhlo v kategorii zaměstnání a v jejích třech kódech, které byly rozšířeny o jedenáct oblastí. Schéma vystihuje, k čemu analýza dospěla. Vyvozené závěry směřují k tomu, co je podstatné.

Grafické znázornění kroků je pomůckou k pochopení příslušného kroku. Podstata grafického znázornění spočívá v tom, jestli toto znázornění poskytuje smysluplnou odpověď na položenou otázku (Mišovič, 2019, s. 193).

Analytický postup

Při zpracování dat a analytickém postupu jsem se opírala o doporučení ke kvalitativnímu výzkumu o Mišoviče (2019).

1. Úvodním krokem ke zpracování analýzy dat je doslovná transkripce (doslovný přepis rozhovorů).
2. Analýza rozhovorů opakovaným čtením (pečlivé opakované čtení přepsaných rozhovorů).
3. Tvoření poznámek k datům, kódování pomocí ruční analýzy (viz Obrázek 1).
4. Seskupování jednotlivých zachycených jevů do co nejmenšího počtu kategorií (redukuji objem dat a poznámek v rozhovorech, hledám souvislosti mezi tématy.)

2. Jak byste hodnotila kvalitu svého běžného života nyní v průběhu pandemie?

R1 (Informantka) Změnila se. Pracovně jsme za poslední rok byli 3x covidovou jednotkou. Jaro celkem šlo, sloužili jsme jako oddělení v záloze, kdyby bylo hodně pacientů s covidem. Já nabídlá svoji pomoc na gynekologickém oddělení (měli málo sester). Sloužila jsem pohotovosti, kdyby nastal porod a rodička byla pozitivní. Na to bylo vyčleněné samostatné oddělení. Léto proběhlo v dohánění plánovaných a odložených operací, takže jsme se nezastavily. V září jsem na týden odletěla k moři a trochu vydechla. Od října jsme byli opět covidová jednotka. Tentokrát to bylo horší. Pacientů s horším průběhem, na kyslíku přibývalo. Co bylo pro mě zásadní, že i u nás (na ortopedii) pacienti umírali. Na to jsem nebyla zvyklá. Pak jsme vyklidily oddělení a asi 3 týdny operovali. 23.12. jsme se stali opět covidovou jednotkou.

V běžném životě také nastaly změny. A to v důsledku nařízených omezení. Nejvíce mě vadilo omezení funkce úřadů. V té době jsem vyřizovala převod a koupi bytu v Brně. Omezené úřední hodiny na Katastrálním úřadu, Czech pointu, matrice, My do práce musely v plném nasazení a když jsem měla volno, tyto věci nebylo možné na úřadech vyřídit. Co se týkalo mého okolí, scházela jsem se se sestrou a její rodinou (pracuje také ve zdravotnictví), mámu jsem také navštěvovala, bylo potřeba ji nakoupit, dovést k lékaři, do Košumberku na rehabilitaci. Co se týče vztahů v rodině, troufám si říci, že se i upevnil můj vztah s dcerou Míšou (studuje 2 rok všeobecné lékařství). S ní a mojí sestrou jsem mohla rozebrat situaci u nás v nemocnici, to, co se právě dělo, jak mě ta situace, kdy nám umírali pacienti zaskočila. Byly mě obě velkou oporou.

R2 (Informantka) Snížená – restrikcemi, nejistotou, obavami z budoucnosti, obavami o zdraví blízkých, pracovní nasazení, vzdělávání svých dětí, omezení osobní svobody, dezinformace

R3 (Informantka) Během pandemie vše ztratilo svůj obvyklý řád, v zaměstnání i v osobním životě jsem byla několikrát postavena před složité neočekávané situace, které byly velmi stresující. Přestala jsem vše dohromady psychicky i fyzicky zvládat. Musela jsem se některých věcí, svých zájmů, především svého studia vzdát. Veškerou zbylou energii, která mi zbyla po práci jsem začala vkládat do rodiny, zejména dětí, pro které je situace velmi psychicky náročná. Ve zkratce se v době pandemie kvalita mého života velice zhoršila.

R4 (Informantka) Zhoršila se v některých oblastech.

R5 (Informantka) Občas chaos, velké psychické a emoční přetížení, velmi náročné.

R6 (Informantka) Unaveně bez energie a trochu ztráty optimismu

R7 (Informantka) Je to pocit nejistoty a strachu. Nevím kdy bude konec, jak se bude situace vyvíjet dál. Zpočátku jsem si myslela, že vše potrvá kratší dobu nebude tolik mrtvých, myslela jsem, že těžký průběh bude mít jen pár jedinců z rizikových skupin.

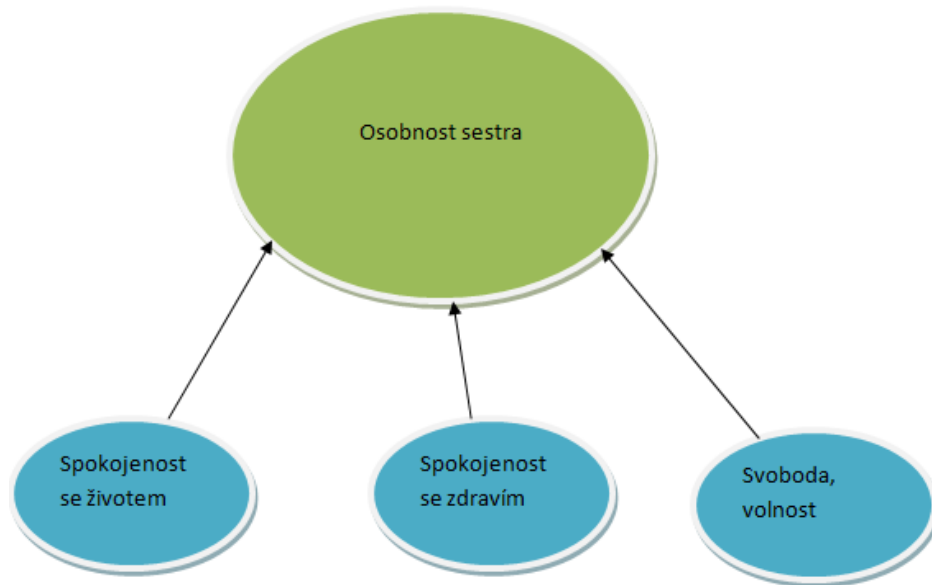
R8 (Informantka) způsob, jak je ovlivněn omezením, vlivem covid-19. K mé práci ve zdravotnictví i vyšším pracovním zatížení a studování na vysoké škole. Nikdy jsem si nepředstavila, že zůstanou mé tři děti doma a veškerá výuka bude ve velké míře na nás. Občas nestíhám domácnost jako před tím. Vnímám kvalitu občas napjatou a vyčerpanou.

Obrázek 1 Kódování

Analýza výsledků

Tabulka 3 Kategorie a kódy

Kategorie	Kódy
Osobnost - sestra	Spokojenost se životem
	Spokojenost se zdravím
	Svoboda, volnost
Celospolečenská situace	Omezení pro život
	Řád
	Dezinformace
Rodina	Zdroj vyčerpání
	Zdroj podpory
	Zdroj obav
Zaměstnání	Pomoc a podpora na pracovišti
	Zdroj změn
	Zdroj obav, rizika



Obrázek 2 Osobnost – sestry

3.3.1 Kategorie 1 – Osobnost - sestry

V rozhovoru se všeobecné sestry vyjadřovaly, jak vnímají svoji kvalitu života před vypuknutím pandemie Covidu-19 i v době probíhající pandemie. Kategorie Osobnost - sestry zahrnuje 3 témata (viz Obrázek 2).

a) Spokojenost se životem

Spokojenost s vlastním životem před vypuknutím pandemie Covidu-19 uváděly téměř všechny informantky. Život vnímaly jako spokojený, kvalitní a plnohodnotný bez omezení.

S1: *... před pandemií jsem žila celkem běžný, spokojený život. Pracovně sice náročnější, ale mám ráda, když se něco děje a nebaví mě posedávat na židli.*“

S2: *„Vzhledem ke studiu – psaní DP a připravám je SZZ, nemám vůbec čas pro sebe, svoje vyšší potřeby...“*

S3: *„Před pandemií jsem si uměla rozložit síly mezi práci, rodinu a díky tomu se stihala věnovat i sobě, své realizaci.“*

S5: *...relativně klidně, plynoucí, klidný, vyrovnaný tok denních povinností.*“

S8: *... před pandemií bych hodnotila jako kvalitní, plnohodnotný život bez omezení.*“

b) Spokojenost se zdravím

Oblast zdraví částečně hodnotily jako problematickou. Více informantek uvádělo, že trpí po psychické stránce. Fyzicky se cítí být v lepší kondici. Informantka S2 se po prodělaném covidu necítí po psychické a fyzické stránce stále dobře, jak uvedla, projevují se u ní psychosomatická onemocnění. Informantka S5 cítí únavu, trpí poruchou spánku.

S1: *„Po fyzické stránce se cítím dobře. Psychika je horší.*“

S2: *... v kombinaci s rolí sestry, matky a také studentky FZS ... a s ohledem, že jsem covid prodělala a vnímám post covidové symptomy – cítím se opravdu tak, jako nikdy. Velmi psychicky, fyzicky vyčerpaná. Začínají se projevovat pravděpodobně psychosomatická onemocnění.*“

S3: *„Po fyzické stránce jsem na tom hůř než před pandemií, jsem rychleji unavená, trpím bolestmi zad.*“

S5: *...jsem unavená, přetažená, trpím velmi velkou poruchou spánku, obtížně se občas soustředím.*“ *„Někdy mám pocit, že mě nohy ani nenesou ...“*

S6: *„Unaveně bez energie a trochu ztráty optimismu...“*

S7: *„Před vypuknutím pandemie a během první vlny jsem byla v dlouhodobé pracovní neschopnosti a řešila jsem svoje zdravotní problémy. Byla jsem vyčerpaná fyzicky i psychicky.*“

S8: *„Po psychické stránce jsem často vyčerpaná, bývám výbušná, a to jsem nebyla a po fyzické stránce jsem často unavená a necítím se v plné pohodě. Na tělesnou aktivitu již není energie.*“

c) Svoboda, volnost

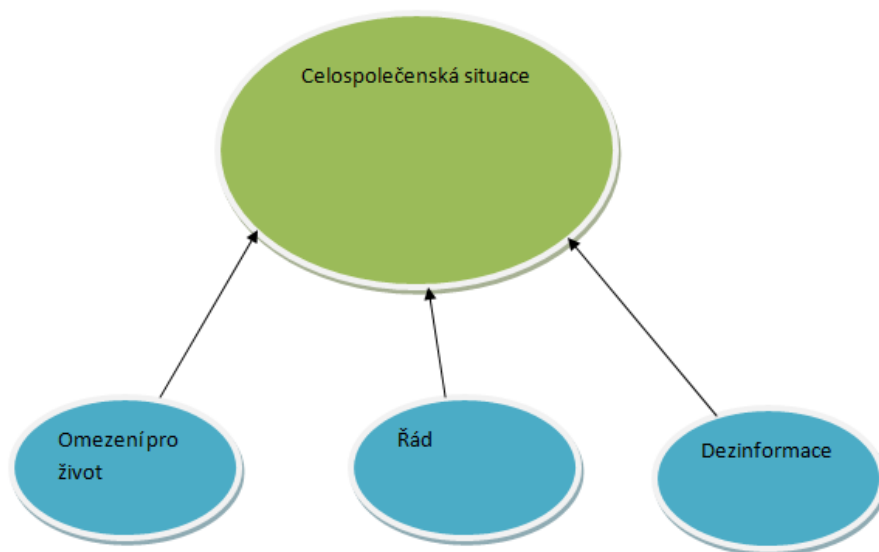
Informantky se vyjadřovaly k omezením v pohybu a zákazům nařízených vládou v období pandemie Covidu-19. Všem chyběl kontakt s rodiči, příbuznými, přáteli. Vadila nemožnost kulturně a sportovně se vyžít.

S1: „Nemohu cestovat, chodit do restaurace, scházet se s přáteli, chodit na plesy, prostě společensky žít. Chybí mi volnost.“

S2: „V období pandemie je kvalita života snižena restrikcemi, ... omezením osobní svobody...“

S4: „Cestovali jsme, chodili do divadla, kina, tančit – nic z toho teď nemůžeme. Samozřejmě se bez toho člověk na nějakou dobu obejde, ale chybí nám to. Daleko hůř se pak dočerpává energie.“

S7: „Schází mi kontakt s rodiči, sourozenci, jejich rodinami, přáteli. Vadí mi omezení cestování, zákazy kulturních akcí.“



Obrázek 3 Celospolečenská situace

3.3.2 Kategorie 2 – Celospolečenská situace

Informantky se v rozhovorech vyjadřovaly ke zkušenostem, které doprovázely období pandemie Covidu-19 a období lockdownu. Kategorie Celospolečenská situace zahrnuje 3 témata (viz Obrázek 3).

a) Omezení pro život

Pandemie Covidu-19 s sebou přinesla velké množství nařízení a zákazů, nemožnost volného pohybu nejen po Evropě, ale i po republice nebo mezi kraji. Nemožnost běžného nakupování, uzavření obchodů, restaurací, sportovních zařízení, divadel, kin. Omezený byl běžný chod úřadů, škol, náhradou byla zavedena online výuka z domova atd. Tato opatření se promítla do celospolečenské nálady, tuto situaci okomentovala informantka S 2.

S1: ...v běžném životě také nastaly změny. A to v důsledku nařízených omezení, lockdownu. Nejvíce mně vadilo omezení funkce úřadů.“ ... omezené úřední hodiny na Katastrálním úřadu, Czech pointu, matrice, ...my do práce musely v plném nasazení, a když jsem měla volno, tyto věci nebylo možné na úřadech vyřídit.“

S2: ... a jak se to neustále prodlužuje, a politická situace v naší zemi není stabilní a příznivá ... tak, jako nálada ve společnosti obecně, je to náročné ... “

S4: ... to je dané omezeními danými vládou...“.

b) Řád

Pandemie Covidu-19 a následný lockdown s sebou přinesl velké množství nařízení, příkazů a změn v běžném životě každého jednotlivce. Omezení otevření obchodů, úřadů, zdravotnických zařízení, uzavření škol, divadel, kin, restaurací, sportovních hal atd. Informantka S1 uvedla, že jí nejvíce vadilo omezení funkce úřadů.

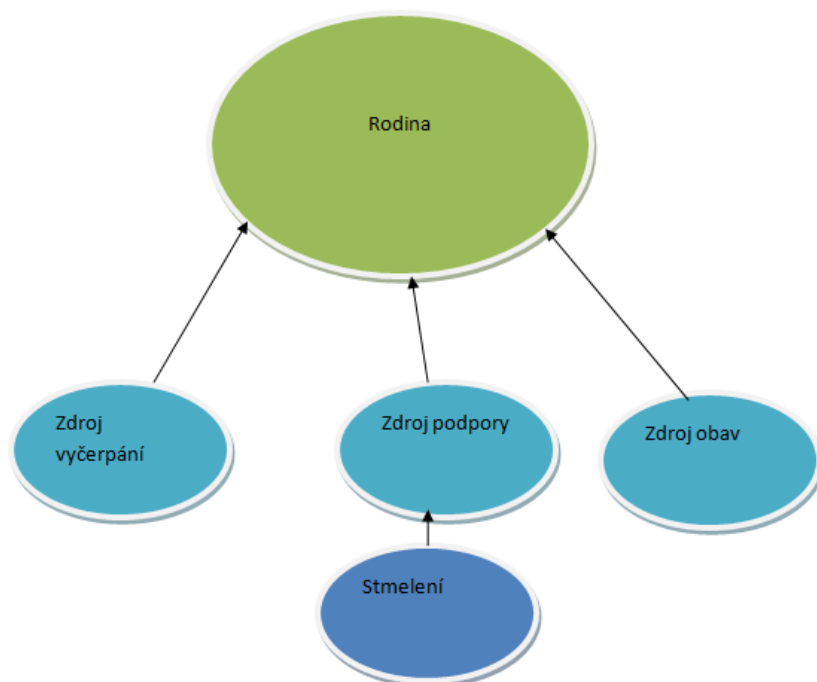
S1: ...v běžném životě také nastaly změny. A to v důsledku nařízených omezení. Nejvíce mně vadilo omezení funkce úřadů.“

S8: „Nikdy jsem si nepředstavila, že zůstanou mé tři děti doma a veškerá výuka bude ve velké míře na nás.“

c) Dezinformace

Informantka S 2 jako jediná poukázala v rozhovoru na působení dezinformací, na omezení svobody.

S2: ...omezení s sebou nesou omezení osobní svobody, dezinformace...“



Obrázek 4 Rodina

3.3.3 Kategorie 3 – Rodina

Z odpovědí informantek je zřejmé, že rodina je pro všechny nepostradatelná. Je pro ně nezastupitelným zdrojem podpory a nové energie, ale zároveň i zdrojem vyčerpání. V období pandemie některé informantky pomáhaly s výukou svých dětí, více musely o domácnost pečovat, protože všichni zůstali doma. Období pandemie ale také umožnilo rodinám trávit spolu více času a tak došlo k většímu stmelení mezi jednotlivými členy domácnosti. V rámci této kategorie byly analyzovány 4 témata (viz Obrázek 4).

a) Zdroj vyčerpání

Informantky S3 a S8 shodně poukázaly na větší zátěž pro ně ve spojitosti s výukou svých dětí. Musely převzít velkou část přípravy spojené s on-line výukou, pomáhat s učením. Informantka S1 uvedla větší nároky na čas při péči o svoji matku.

S1: ... náročná byla doba v období tvrdého lockdownu, kdy byl omezený pohyb po území kraje, omezení nákupů, omezení kontaktů s rodinou a blízkými. V péči a pomoci mojí matce, jsem se střídala se sestrami. Nechtěly jsme, aby máma chodila do obchodů, aby se nenakazila. Je hodně nemocná a nebyla ještě na jaře očkovaná. Bylo zapotřebí jí nakoupit, dovézt k lékaři a dělat jí společnost, protože se opatřeními cítila izolovaná od společnosti a špatně situaci psychicky snášela. “

S3: ... je to náročné, teď mě potřebují děti, které jsou školou povinné a už jsou více jak rok doma, vzdělávám je a starám se o vše okolo.“ : ...musela jsem navštívit psychologa, velice nerada na toto období vzpomínám“ , ...psycholožka mi pomohla hlavně zklidnit situaci doma a nabrat síly na vedení domácnosti a pomoc ve vztahu s manželem ... “

S8: „Nikdy jsem si nepředstavila, že zůstanou mé tři děti doma a veškerá výuka bude ve velké míře na nás. Občas nestíhám domácnost jako před tím. Vnímám kvalitu (situaci) občas napjatou a vyčerpanou.“

b) Zdroj podpory

Téměř všechny informantky popsaly, že díky podpoře rodiny, manžela, dětí nebo přátel náročnou situaci v období pandemie zvládly. Důležitou podporou bylo zázemí v rodině, koníčky, práce na zahradě, procházky v přírodě nebo společná aktivita s rodinou.

S1: „Rodina mě celkem podporuje, dcera je velice empatická, a protože studuje medicínu, chápe mě a zajímá se o dění u nás na oddělení.“ ...s dcerou a mojí sestrou jsem mohla rozebrat situaci u nás v nemocnici, to, co se právě dělo, jak mě ta situace, kdy nám umírali pacienti, zaskočila. Byly mně obě velikou oporou.“

S2: ...zvládám to s podporou manžela, dětí – to, že máme zahradu, práce na ní, pes. Ale moc není kde brát, když ze sebe tolik vydávám ...

S3: „Myslím, že nikdo kromě kolegů nemůže naši situaci pochopit, tudíž ani adekvátní podporu od rodiny a přátel neočekávám.“

S4: „Manžel a děti jsou úžasní. Vždycky mě vyslechnou, obejmou, utřou slzy a snaží se mě rozptýlit nějakou společnou aktivitou.“

S7: ... pak mám svoje blízké, místo, kde je mi dobře. Taky mi pomáhá občas něco vyrobit, práce na zahradě, nebo příroda.“

S7: „Hlavně v době kdy jsem na tom byla zdravotně špatně, jsem se přesvědčila, že mám muže, syny, rodinu, přátele a kolegyně, o které se můžu opřít.“

S8: „jinak mi zvládnout zátěž pomáhá rodina, přátelé, procházky v lese a občas i víno...“

Stmelení

Respondentky S1 a S4 uvedly, že se jejich rodinné soužití, kdy většina rodin zůstala nuceně doma, zlepšilo. Projevilo se to v upevnění a prohloubení jejich vzájemných vztahů.

S1: „Co se týče vztahů v rodině, troufám si říci, že se i upevnil můj vztah s dcerou Míšou (studuje druhý rok všeobecné lékařství).“

S4: „Na druhou stranu na sebe máte víc času s dětmi, takže se prohloubil náš vztah, víc komunikujeme. Také chodíme víc na procházky, nordic walking, jezdíme na kole...“ „...trávíme spolu daleko víc času ...“

c) Zdroj obav

Část informantek vyjádřila obavy, o vývoj pandemie a zda situaci zvládne. Obavy měly i o své blízké, o to, zda je nenakazí. Informátka S2 vyjádřila obavy ohledně svého studia, zda je reálné vše zvládnout v této covidem změněné situaci.

S2: „...zapříčiněné restrikcemi, nejistotou, obavy z budoucnosti, obavy o zdraví blízkých, pracovní nasazení, vzdělávání svých dětí...“, „...a v neposlední řadě role studentky – nejistota ohledně praxí, výuky, průběhu studia, tlak na psychiku, zda je reálné to zvládnout, obavy ohledně výzkumu ...jak budu moci sbírat data, bude vůbec možné je nasbírat ...“

S7: „Je to pocit nejistoty a strachu. Nevím, kdy bude konec, jak se bude situace vyvíjet dál.“



Obrázek 5 Zaměstnání

3.3.4 Kategorie 4 – Zaměstnání

V situaci současné pandemie se objevuje řada potřeb i na straně zdravotnického personálu. Pečující zdravotníci mají své obavy, úzkosti, a složitě se někteří se zátěžovou situací vyrovnávají. Chybí jim odborná připravenost na kritické situace. Důležitá se ukázala vzájemná podpora týmu, podpora managementu i psychologická pomoc. V rámci této kategorie bylo analyzováno 14 témat (viz Obrázek 5).

a) Pomoc a podpora na pracovišti

Důležitou oblastí je podpora na pracovišti. Sestry zde popisovaly, jak se vzájemně podporovaly mezi sebou, jak si byly oporou zejména v situacích, kdy častěji umírali pacienti, než byly zvyklé na svých původních odděleních. Podle informantky S6 se v kolektivu v čase postupující pandemie prohloubila nespokojenost personálu i když v počátku držel kolektiv při sobě.

S1: *...ano, vycházíme spolu dobře a za to jsem moc ráda. Na vztazích hodně záleží, a pokud tam trávíte tolik času, je to určitá deviza. Někdy se i do práce těším, že se zasmějeme... “
„Právě v období pandemie jsem si to uvědomila víc. Podporujeme se navzájem... “*

S2: *...v pracovním kolektivu je patrná únava kolegů, vyčerpání. “*

S3: *„Pandemie naše vztahy neohrozila, spíš utužila. Jen jsme únavou a chronickým stresem někdy více podrážděné, ale víme, že jsme na tom všechny stejně, že jsme v tom spolu a musíme táhnout za jeden provaz. “*

S5: *...velmi obtížně, je ale třeba tým stále podporovat na úkor vlastních sil. “*

S6: *„Na svých podřízených sestrách i dalším zdravotnickém personálu vidím, jak je vyčerpaný, že na duševní terapii a kvalitní odpočinek nemá čas. “ ...s kolektivem spokojená toho času nejsem, odkrytí lidských povah a charakterů – doba covidová prohloubila se nespokojenost personálu, zpočátku – soudržnost, nyní destabilizace – pomlouvání. “*

Tým

Velmi důležitá je spolupráce v týmu. Důležitá je pro pracovní jistotu, vzájemnou spolehlivost, včasné a kvalitní naplňování potřeb pacienta. Informantky shodně ocenily spolupráci, pomoc a podporu kolegů ve velmi obtížných situacích. Vzájemně se podržely a podpořily.

S1: *...pokud zemřel pacient, kterého jsem znala, tak v těchto případech mi pomohly kolegyně, se kterými jsem sloužila. Zjistila jsem, že to máme podobně, že to zasahuje i je. Navzájem jsme se utěšily, vypovídaly se... “*

S3: ... mám skvělý kolektiv, kde si navzájem pomáháme a překonáváme překážky v době pandemie a společně se držíme, aby pacient těžkou dobou netrpěl a byla mu věnována kvalitní péče.“

S4: „Kolektiv jsme měli vždycky bezvadný. To je jedna z důležitých věcí, která mi pomáhá zvládnout tuto situaci. Musíme ještě víc spolupracovat, věřit si, spolehnout se na druhého.“ ...a kolegové i tím, že si prochází, tím samým fungují bezvadně – vnímám, jak se držíme navzájem. Probereme svoje pocity, někdy i pobřečíme a zase fungujeme dál. Díky za ně.“

S5: „Pracovní kolektiv je kvalitní, stmelený a po odborné stránce profesionální, změnily se velmi mezilidské vztahy a vytříbily se charaktery některých spolupracovníků.“

S7: „Kolektiv vnímám velmi pozitivně a to i díky podpoře které se mi dostalo v době, kdy jsem se dostala do obtížné zdravotní situace.“ ...a hlavně myslím, že mám bezva kolegyně a zůstal nám humor a nadhled.“

S8: „Kolektiv bych neměnila. Vše u nás v rámci kolektivu funguje, díky tomu se to dá zvládnout.“

Posílení týmu

Pandemická situace ukázala soudržnost a posílení pracovních týmů. Informantky soudržnost a provázanost týmu vnímají daleko více než před pandemií.

S1: „Právě v období pandemie jsem si to uvědomila víc. Podporujeme se navzájem...“

S3: „Pandemie naše vztahy neohrozila, spíš utužila...“ ... víme, že jsme na tom všechny stejně, že jsme v tom spolu a musíme táhnout za jeden provaz.“

S7: ... cítím, že i přes rozdílnost povah věku, vzdělání... spolu nějakým způsobem souzníme. A to se nezměnilo ani během pandemie.“

Management

Šest informantek potvrdilo, jak důležitá pro ně byla v období pandemie covidu podpora managementu nemocnice. Informantka S2 podporu vnímá jako nedostatečnou, informantka S3 podporu a pochopení od vedení necítí.

S2: ... velmi pomáhá obecné oceňování, ač slovní, naší práce – pacientem, nadřízeným, médií...“... ale podpory, pomoci se nedostává. Ocenění naší práce proběhlo stran vedení pouze na vánočním setkání.“

S3: ... jsem spíš zklamaná, že necítím pochopení od našich vedoucích pracovníků.“

S4: ... náměstkyně ošetrovatelské péče poměrně často přijde na oddělení a zajímá se a snaží se i povzbudit nás.“

S5: ... velká podpora ze strany top managementu.“

S6: ... vedení nám poskytuje oporu.“

S7: „Vnímám zájem ze strany vedení nemocnice, hlavní i vrchní sestry.“

Psychologická pomoc

Psychologickou pomoc nabízí nemocnice pro své zdravotnické pracovníky formou konzultace s nemocničním psychologem. Informantky shodně řekly, že o pomoci vědí, ale že ji nevyužily. Dvě sestry odbornou pomoc využily v místě svého bydliště. Potvrdily, že pomoc odborníka jim pomohla situaci zvládnout.

S1: „Pomoc psychologa nemocnice nabízí, ale nevyužila jsem ji.“

S2: ...no, vím, že to „nějak“ funguje ... ale podpory, pomoci se nedostává.“

S3: „Musela jsem vyhledat pomoc psychologa....“ S psycholožkou jsem se kvůli pandemii setkala online přes skype 2x cca na 60 minut, kde jsem ji nastínila moje pocity, moje obavy a úzkosti doma i v práci. Vzhledem k mým problémům a situaci na oddělení, nejsem jediná, kdo čelí podobným problémům, navrhla, že by bylo ideální navštěvovat pravidelně psychologa v našem zdravotnickém zařízení.“ ... Naučila mě jednoduché metody, jak se na chvíli zastavit a hlavně zpomalit. Tato cvičení mi velice pomohla. Efekt se dostavil téměř okamžitě. Najednou jsem měla pocit, že mi někdo naslouchá a snaží se mi pomoci. Psychologa jsem v nemocnici nenavštívila vzhledem k časové vytíženosti.“

S7: „Vzhledem k zdravotním problémům, které jsem měla, jsem musela vyhledat pomoc odborníka a i nyní jsem v jeho péči, proto si myslím, že díky němu tuto dobu lépe zvládám.“

b) Zdroj změn

Pandemická situace postavila zdravotníky v nemocnicích do situací, na které řada z nich nebyla připravená. Změna chodu oddělení, zvýšený tlak na nové dovednosti, zvýšené nároky na zdravotníky ať se jedná o ochranu před infekcí sebe samých tak i pacientů, ošetrovatelské péče v ochranných pomůckách, naučení se nových postupů, zvládnutí psychologické zátěže, stresu.

S2: *... změnilo se velmi, transformace odd., změna v operativě, chodu oddělení, hygienických opatřeních, edukace pacientů...*“

S3: *...musela jsem přehodnotit žebříček hodnot a rozložení své vynaložené energie.*“

S4: *„Velké změny jsou v pracovním životě.“ ... práce se úplně změnila. Nejdřív výpomoc na úplně jiném oddělení – nové prostředí, nový kolektiv. Potom práce na covidovém oddělení – naučit se péči o úplně jiné spektrum pacientů, než jsem byla zvyklá.*“

S5: *„Zcela změněná otázka pracovních priorit, velká zátěž po všech stánkách.*“

S6: *„Změna je ve všech oblastech, v pracovních ... týká se oblasti organizace plus management, mezilidské vztahy.*“

Dovednosti

Z rozhovorů vyplývá, že největší zátěží pro informantky bylo se vyrovnat se smrtí pacientů, s tím, jak pacienta na standardním oddělení, kde se tak často neumírá, ve ztížených podmínkách důstojně dovést ke konci jeho života a jak důstojně nechat rodinu, aby se rozloučila. Ne vždy byly sestry na tyto situace připravené.

S1: *„Tentokrát to bylo horší. Pacientů s horším průběhem, na kyslíku přibývalo. Co bylo pro mě zásadní, že i u nás (na ortopedii) pacienti umírali. Na to jsem nebyla zvyklá.“ ... „O doprovázení pacientů, paliativní péči a poskytování péče umírajícím pacientům jsme hovořily ve škole, kterou teď dokončuji, takže nějaké znalosti mám.*“

S3: *...vzdělávám se neustále, jelikož je moje práce i mým koníčkem.*“

S4: *„Učím se za pochodu, ale mohu si zavolat na jiné oddělení, když potřebuji poradit. V podpoře či doprovázení pacientů je to čistě o empatii, lidskosti – tam mi nikdo neporadil...“:...asi největším problémem vnímám v psychické zátěži. Někdy mi dělá velký problém srovnat se pak, abych mohla pokračovat v práci.*“

S5: „Dovednosti myslím, že mám díky dlouhodobé praxi a nastavení vlastních morálních hodnot.“ ...velké psychické a emoční přetížení, velmi náročné.“

S7: „Mám pocit, že se musím stále učit, každý člověk je jiný, každé doprovázení je jiné. Nejtěžší je osamocení na této cestě, protože často není možné zajistit přítomnost někoho blízkého. Problém je nemožnost návštěv na oddělení v této pandemii, ne vždy se podařilo rodině přijet v případě odchodu pacienta, aby se stihli rozloučit.“ ... covid nás naučil starat se o skutečně vážně nemocné lidi.“

Hard skills

Tvrdé dovednosti jsou odborné znalosti, dovednosti a odbornost. Informantky prokázaly, že tyto odborné znalosti dovednosti mají, jsou ochotné nové dovednosti získat, naučit se je.

S1: „Pracovně je to velice náročné, strojení se do ochranných obleků a následně třeba 3 hodiny v nich být, odebírat krev, zavádět kanylu, dělat převazy, hygienu, Náročné. Vždy po vysvěcení jít do sprchy. Takto třeba 4x za službu. Práce v overalech je extrémně náročná. Musela jsem překonat ten odpor k nim a také blok k ochranným pomůckám, k nepřetržité dezinfekci. ...Nemožnost jít na toaletu, snížený pitný režim a silné pocení při práci ...“

S 4: „Potom práce na covidovém oddělení – naučit se péči o úplně jiné spektrum pacientů, než jsem byla zvyklá. Ve ztížených podmínkách – ochranné pomůcky. Naučit se nové odborné věci.“

R7: „Tím, že jsme nuceny pracovat v ochranných pomůckách, mám pocit, že ztrácím kontakt s pacientem. Myslím, že není moc příjemné, když se okolo vás pohybují šustící, zakuklené postavy, kterým možná vidíte oči a občas, když mluví hodně hlasitě, jim něco málo rozumíte.“ ... covid nás naučil starat se o skutečně vážně nemocné lidi.“

Soft skills

Měkké dovednosti - interpersonální dovednosti mezi ně patří kooperace, komunikační dovednosti, řešení konfliktů, zvládání zátěže, otevřenost, flexibilita, schopnost adaptovat se na změny, ochota učit se novým věcem, budování týmu atd. Informantka S4 odpověděla, že dovednosti má, a stejně jako informantky S6 a S7 se snaží pro pacienta udělat, co nejvíce je v jejich silách.

S4: ... dovednosti mám... když přijdu na box k pacientovi, vždy pozdravím, dotknu se ramene, říká se tomu iniciální dotek. Pacient ví, že je někdo u něj a bude se s ním něco dělat. Snažím se popisovat to, co dělám. Nikdy nevíte, jestli nás pacient vnímá. Smrt vnímám jako něco, co je součástí života, proto se snažím pro umírajícího pacienta udělat vše, jak se říká první poslední. Dovést ho ke konci jeho života s pocitem, že jsem to odcházení pacientovi zpříjemnila. V době pandemie, kdy se oblékáme do ochranných obleků, štítů a rukavic je to takové odosobněné.

S6: „Smrt vnímám jako něco, co je součástí života, proto se snažím pro umírajícího pacienta udělat vše, jak se říká první poslední. Dovést ho ke konci jeho života s pocitem, že jsem to odcházení pacientovi zpříjemnila...“

S7: ...ale asi nejtěžší je vyrovnat se se smrtí - nikdy jsem se s ní nesetkala tolikrát.“ ... „, Je náročné vidět člověka, jak po přijetí s vámi komunikuje a na další službě už je na kyslíku a po pár dnech tam už není ... „Jsem věřící, snažím se vidět smysl i v tom těžkém co prožívám, vím, že nemám moc vrátit někomu život nebo zdraví, ale můžu mu ho třeba jen maličkostí na chvílku vylepšit.“

Morální distres

Morální distres je fenomén, který A. Jameton označil jako utrpení, které zdravotníci zažívají, když nemohou jednat eticky správně, neboť jim v tom brání okolnosti či podmínky dané pracovním prostředím. Sestry zažívaly utrpení, když nemohly poskytnout umírajícímu péči, tak jak by si představovaly (vzít pacienta za ruku, bez rukavic, bez štítů a obleků). Umožnit rodině, aby se mohla se svým blízkým důstojně rozloučit (hygienická opatření, omezení návštěv).

S1:... po psychické stránce stresující a vyčerpávající, pokud vám umírá pacient a vy víte, že už mu nepomůžete. Jediný, co můžete udělat je zvýšit kyslík, dát morphin.“ ... „A pokud mi umíral pacient, kterého jsem osobně znala z dětství (maminka spolužačky) nebo ze svého okolí, bylo to pro mě bolestivé a neubránila jsem se slzám a určité bezmoci.“ ... „Rodina nesměla přivést oblečení do rakve, protože tělo zemřelého se ukládalo do černého pytle, prakticky nezaopatřené, tak jak jindy při úmrtí bývá zvykem...“ ...rozloučení se zesnulým v ochranných pomůckách...“ ...s tím se nemohla rodina popasovat, nechápala to...“

S4: ... a vyrovnat se s tím, že ten pacient odchází sám – my jsme v ochranných pomůckách – nevidí nám do obličeje, kontakt, pohlazení v rukavicích...“... a hlavně vyrovnávat se s umíráním pacientů – v dost velké míře...“

S6: „Můžu se utěšovat, že starší pacienti prožili kus života, ale pokud umírá někdo kolem 40 let, tak si položíte otázku, proč to tak je? To s člověkem zamává vždycky. Nebyli jsme zvyklí na tak velký počet úmrtí. Vyrovnat se s tím, že pacient, který neměl zemřít a zemřel, je velmi složité.“

S8: „Oddělení je stále plné, pacienti se střídají, nespí, dusí se vám před očima, odchází vám. V životě jsem neviděla nic horšího jak teď...“... „cítím ohromnou frustraci, bezmoc.“

Nároky

Pandemická situace kladla i zvýšené nároky na sestry. V této oblasti informantky zdůrazňovaly obrovskou psychickou zátěž, vysoké pracovní vytížení, které na ně působilo při plnění úkolů na oddělení.

S 1: ... nebyla jsem zvyklá na to, že nám pacienti umírají, že poslední co ve svém životě vidí, jsou „zakuklené sestry“ v ochranných oblecích s nemožností obyčejného lidského dotyku, pohlazení, vzetí za ruku bez ochranných rukavic.“

S3: „Přestala jsem vše dohromady psychicky i fyzicky zvládat. Musela jsem se některých věcí, svých zájmů, především svého studia vzdát. Veškerou zbylou energii, která mi zbyla po práci, jsem začala vkládat do rodiny, zejména dětí, pro které je situace velmi psychicky náročná.“

S5: „Zcela změněná otázka pracovních priorit...“...velká enormní pracovní zátěž.“

S6: „Pandemie ovlivnila pracovní život velmi a to ve všech ohledech. V pracovním životě se pandemie hlavně projevila velmi vysokou náročností na psychiku.“...„Část personálu onemocněla covidem nebo je v karanténě, chybí dostatek odborného personálu na oddělení, aby se ve službách prostrídal a měl i možnost si odpočinout. Jedeme, jak se říká nadoraz. Stává se, že sestry odslouží i šest dvanáctek za týden.“

S8: „Je to především vysoké pracovní vytížení a také nové situace, které se objevují s pandemií. Nikdy jsem na našem oddělení ODN takové situace nezažila. Oddělení je stále plné, pacienti se střídají...“

Stres, psychická zátěž

Odolnost vůči stresu je každého jedince jiná a mění se v průběhu života. Souvisí s věkem, aktuální fyzickou kondicí, s různými chronickými tělesnými nemocemi, s celkovou psychickou zátěží (problémy v rodině, v zaměstnání, finanční starosti atd.). Informantka S3 uvedla, že stresující a neočekávané situace zažívala v období pandemie v oblasti pracovní i v osobní rovině. Značné působení psychické zátěže na jejich osobu v období pandemie potvrdily všechny informantky.

S 1: ... po psychické stránce stresující a vyčerpávající, to je teď pro mě těžší. ...postupem doby vymizel prvopočáteční strach z covidu a nyní bych řekla, že u mne převládá respekt k onemocnění. “

S3: ... v zaměstnání i v osobním životě jsem byla několikrát postavena před složité neočekávané situace, které byly velmi stresující. “

S4:...asi největším problémem vnímám v psychické zátěži. Někdy mi dělá velký problém srovnat se pak, abych mohla pokračovat v práci. “

S5: ...velké psychické a emoční přetížení, velmi náročné. “

Řád

Pandemie Covidu-19 s sebou přinesla velké množství nařízení, příkazů a změn v organizaci práce, postupech v ochraně personálu i pacientů, léčbě atd. Podle informantek S3 a S5 byl na oddělení v začátcích chaos, zmizel zavedený řád chodu oddělení, což způsobovalo nemalé obtíže.

S3: „Pracovní život naprosto ztratil svůj dosavadní zaběhlý řád. Denně jsem se setkávala s nepředvídatelnými, psychicky a fyzicky náročnými situacemi.“

S5: ...občas chaos ...“

c) Zdroj obav, rizika

Pandemie covidu přinesla obavy a strach z nákazy i mezi zdravotnickým personálem. Obavy o to, aby nenakazila své blízké z rodiny, uvedla informantka S1. Další informantky si riziko

uvědomují, ale uvádějí, že ochranných pomůcek je nyní dostatek. Většina informantek je očkovaná proti covidu.

S1: *...obavy o rodinu, zda je nenakazím covidem, když mezi pozitivními pacienty pracuji... “...před několika týdny jsem podstoupila očkování proti covidu ...“*

S3: *„Ochranných pomůcek je nyní dostatek, ale díky častému nečekanému výskytu covidu na našem oddělení, nejsme covidová jednotka, jsme vystaveny kontaktu s pozitivními pacienty velice často. Problém je v tom, že nečekaně...“*

S6: *... riziko stále přetrvává. Nelze se plně ubránit, co je neviditelné, je o to víc, nebezpečnější.“*

S7: *„Je to pocit nejistoty a strachu. Nevím, kdy bude konec, jak se bude situace vyvíjet dál.“...pomůcek máme dostatek, jsem očkovaná.“*

4 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života a zdraví všeobecných sester v období pandemie Covidu-19. Zjištěné výsledky průzkumného šetření jsou porovnány s jinými výsledky výzkumů, které proběhly v této oblasti. K porovnání byla použita i dostupná odborná literatura.

V průzkumném šetření byly položeny tyto otázky:

1. Jak vnímají všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19?
2. Jak vnímají a hodnotí všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách, jak se změnila, pokud ano, tak jak hodně, v čem a v jakých oblastech života?

4.1 Výzkumná otázka č. 1: Jak vnímají všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19?

V polostrukturovaném rozhovoru byly stanoveny dvě následující otázky pro zodpovězení této výzkumné otázky:

- Jak byste hodnotila kvalitu svého běžného života před vypuknutím pandemie covid-19?
- Jak byste hodnotila kvalitu svého běžného života nyní v průběhu pandemie covid-19?

Kvalita života před pandemií Covidu-19

Více jak jeden rok se svět potýká s pandemií SARS-CoV-2, který způsobuje nemoc Covid-19. Boj proti šíření této infekce je spojen s restriktivními opatřeními, která trvají mnoho měsíců a spolu s vědomím vážnosti nákazy samé způsobují nemalou psychickou zátěž pro nás všechny. Restriktivní opatření s sebou nesou změny v běžném životě, v pracovním i osobním životě a tím tedy i změnu ve vnímání kvality života (Salari, 2020; Salazar de Pablo, 2020; Batra, 2020; Fu, 2020; Bohlken, 2020; Watanabe, 2020; Benfante, 2020).

Z analýzy tohoto výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry shodně popsaly svoji kvalitu života před vypuknutím pandemie Covidu-19 jako velmi dobrou, klidnou. Vedly spokojený,

plnohodnotný život bez omezení. Informantka S1 kvalitu svého života před vypuknutím pandemie zhodnotila, že se jí dařilo celkem dobře jak v zaměstnání, v osobním životě tak i při studiu vysoké školy. Informantka S3 popsala svoji kvalitu života před vypuknutím pandemie jako spokojenou, uměla si rozložit síly mezi práci a rodinu, zvládala se věnovat i sobě, své realizaci. Začala studovat a vše s menším sebezapřením zvládala. Informantka S7 zhodnotila svoji kvalitu života a zdraví před pandemií jako problematickou v oblasti svého zdraví, před vypuknutím pandemie a během první vlny byla v pracovní neschopnosti a řešila zdravotní problémy. Byla fyzicky i psychicky vyčerpaná. Po nemoci nastoupila souběžně s nástupem druhé vlny pandemie do práce s nadšením, že nemoc zvládla, ale jak řekla, netušila, co ji teprve čeká.

Kvalita života v době pandemie Covidu-19

Všechny informantky v rozhovoru potvrdily, že pandemie jejich kvalitu života změnila, snížila a to velmi podstatným způsobem. V běžném životě v důsledku nařízených omezení vládou, lockdownem informantka S1 uvedla to, co jí nejvíce vadilo, bylo omezení funkce úřadů, omezení úředních dnů i hodin. Jak uvedla, zdravotníci do práce museli v plném nasazení, a když měla volno, na úřadech nebylo možné věci, spojené s převodem nemovitosti vyřídit. Strach měla i o svoji matku, aby jí nenakazila, protože pracuje na covidové jednotce a v době lockdownu jí zajišťovala nákupy, odvoz k lékařům a ve větší míře i společnost, protože se její matka cítila izolovaná, osamělá.

Nemoc Covid-19 je hlavní stresový faktor sám o sobě. Velká část společnosti si uvědomuje závažnost onemocnění, zná ve svém okolí osoby, které jej prodělaly i které na něj zemřely. Lidé mají strach z nákazy, což je zcela přirozený mechanismus. Sociální izolace se týká nejen nakažených pacientů Covidem-19, ale i zdravých jedinců, kteří se preventivně chrání. Omezení setkávání lidí a osobního kontaktu mezi rodinnými příslušníky, přáteli, kolegy, známými, ale i zcela cizími lidmi na ulici, v obchodě vede k pocitům osamocení, která může být velmi intenzivním stresem (Kučerová et al., 2020).

Informantka S2 popsala svoji kvalitu života jako sníženou restrikcemi, nejistotou, obavou z budoucnosti, obavou o zdraví svých blízkých, obavou, zda zvládne vysoké pracovní nasazení, vzdělání svých dětí, obavou o omezení osobní svobody, poukázala na dezinformace, které na společnost působily. Pandemie Covidu-19 s sebou pro nás přinesla řadu rizikových faktorů, zejména nemoc samotnou, sociální izolaci, finanční problémy, nemožnost osobní

účasti na kulturních a vzdělávacích akcích, menší možnost sportovního vyžití. Narostly obavy o svobodu a demokracii.

„Víc lidí kladlo důraz na zajištění osobních svobod a lidských práv, nyní jich bylo 24 %, loni 15 %. Souvisí to s tím, že život byl omezený řadou restrikcí. Začali mít pocit, že se stav demokracie zhoršil. I to souvisí s opatřeními,“ shrnul analytik Ondřej Kopečný z agentury STEM v Senátu na konferenci Šťastné Česko. Průzkumu se zúčastnilo 1016 respondentů (Martínek, 2021).

Systematický přehled a metaanalýza Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic (Salari et al., 2020) se zabývá dopadem pandemie Covid-19 na veřejné duševní zdraví. Podle studie Covid-19 způsobuje nejen obavy o fyzické zdraví, ale také vede k řadě psychologických poruch. Důležité je chránit duševní zdraví jednotlivců a rozvíjet psychologické intervence. Podle analýzy je prevalence stresu v běžné populaci 29,6 %, úzkosti 31,9 % a deprese 33,7 %. Vznik Covidu-19 s jeho rychlým rozšířením vyvolal úzkost v populacích na celém světě, což vedlo k poruchám duševního zdraví u jednotlivců. Covid-19 je nový a neprozkoumaný a jeho úzkost může být způsobena jeho rychlým přenosem, vysokou úmrtností a obavami z budoucnosti. Úzkost, pokud je nad normální hodnotou, oslabuje imunitní systém těla a následně zvyšuje riziko nákazy virem. Výzkum ukazuje, že lidé, kteří nejvíce sledují zprávy o Covidu-19, pociťují větší úzkost. Dezinformace a vymyšlené zprávy o Covidu-19 mohou zhoršit depresivní příznaky v běžné populaci. Odborníci v oblasti duševního zdraví doporučují podporovat zdravé chování, vyhýbat se vystavením negativním zprávám a používat alternativní komunikační metody, jako jsou sociální sítě a platformy digitální komunikace, aby se zabránilo sociální komunikaci. Výsledky studií ukazují, že u žen je vyšší riziko deprese. Ženy jsou náchylnější ke stresu a posttraumatické stresové poruše než muži. Studie prokazují, že prevalence úzkosti, deprese a stresu během pandemie Covidu-19 je vyšší u žen než u mužů (Salari et al., 2020).

Informantka S3 popisuje a hodnotí svoji situaci jako ztrátu obvyklého řádu. V oblasti osobní i pracovní byla několikrát postavena před složité, neočekávané a velmi stresující situace. Svoji kvalitu života hodnotí jako velmi zhoršenou. Informantka S7 řekla k období pandemie toto: *„Je to pocit nejistoty a strachu. Nevím, kdy bude konec, jak se bude situace vyvíjet dál ...“*

Víc jak rok se potýkáme s pandemií nového typu koronaviru, který způsobuje onemocnění Covid-19. Boj proti šíření této infekce je spojen s restriktivními opatřeními, která trvají již

mnoho měsíců a spolu s vědomím vážnosti nákazy samé způsobují nemalou psychickou zátěž pro obyvatelstvo (Höschl, 2020; Kučerová et al., 2020; Virčík, 2020).

Pandemická situace nás zasáhla velmi těžce. V nemocnicích bylo hospitalizováno mnoho nemocných s Covidem-19, hodně pacientů zemřelo. Stále jsou v platnosti epidemiologická opatření. Na obyvatelstvo tato stresová situace doléhá čím dál více. Projevuje se příznaky duševní nepohody, duševních poruch, úzkostí, problémy se spánkem. Vadí především nejistota, co bude dál, kdy tato epidemie skončí a kdy skončí lockdown (Kučerová, 2021, s. 21).

Informantka S8 ke své situaci uvedla, že způsob, jak pandemie Covidu-19 omezila její život, si neuměla představit. Neuměla si představit, že škola bude dlouhou dobu uzavřená a její tři děti budou doma a výuka ve velké míře zůstane na ní. Kvalitu svého života vnímá jako zhoršenou a občas napjatou.

4.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají a hodnotí všeobecné sestry svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách, jak se změnila, pokud ano, tak jak hodně, v čem a v jakých oblastech života?

Pro zodpovězení výzkumné otázky č. 2, byly v polostrukturovaném rozhovoru stanoveny dvě následující otázky:

- V čem se změnila kvalita života nyní a v jakých oblastech?
- Jak moc ovlivnila pandemie váš pracovní život v porovnání s dobou před vypuknutím pandemie?

Oblasti kde se kvalita života změnila

Z rozhovorů s informantkami je patrné, že pandemie zasáhla do mnoha oblastí jejich rodinného, pracovního i osobního života. Informantka S1 popisuje, že jí chybí volnost, možnost společensky žít, cestovat, scházet se s rodinou, přáteli. Jako náročnou v době pandemie vidí situaci v péči a pomoci svojí matce, kdy bylo potřeba jí nakoupit, dovézt

k lékaři a dělat jí společnost, protože se opatřeními cítila izolovaná od společnosti, osamocená a špatně situaci psychicky snášela. Vyjádřila obavu o své zdraví i o zdraví svých blízkých o to, aby nenakazila členy své rodiny.

Výzkumná práce belgických autorů ve spolupráci s organizací Lékaři bez hranic (Kaelen et al. 2021) o dopadu koronavirové krize na obyvatele domovů seniorů v Belgii a pečující sestry uvádí, že nejvíce obyvatelům vadí ztráta svobody. Nejhůře snášeli nutnost zůstat sami ve svém pokoji, jíst o samotě, nemožnost se scházet s dalšími obyvateli a zákaz návštěv rodiny a přátel. Někteří senioři se vyjadřovali ve smyslu, že ve svém vysokém věku mohou nečekaně zemřít a tak nechtějí svůj poslední čas strávit jako ve vězení. Autoři ze svých zjištění uzavírají, že psychologické potřeby jsou stejně důležité jako potřeba fyzického zdraví (Kaelen et al. 2021).

Studie *Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic* (Benfante, 2020) popisuje rizikové faktory pro traumatické příznaky u zdravotnických pracovníků: jsou to zejména ženy, mladší ženy, pracovník v první linii, zdravotní sestra, méně pracovních zkušeností, vystavení nakaženým lidem, špatná sociální podpora, obtížný přístup k psychologickému materiálu, nespavost a fyzické příznaky. Je také nutné vzít v úvahu několik zdrojů nouze, kterým zdravotnický personál čelí, například obavy z šíření viru, jejich vlastní zdraví, zdraví jejich blízkých a změny v pracovním prostředí (Benfante, 2020).

Informantka S2 hodnotí svoji situaci, v jakých oblastech se změnila kvalita života jako o omezení možnosti cestování, společenského a sportovního vyžití. Zdůrazňuje své obavy o rodinu, náročnost péče o děti a o jejich výuku, kterou musela ve velké míře převzít. S příchodem pandemie se zvýšily nároky na domácnost, denní vaření, protože jsou všichni členové rodiny doma, ztížené nakupování. Další oblastí náročnou na její psychiku je studium na vysoké škole, nejistota kolem výuky i kolem praxí. Klade si otázku, zda je reálné to vše zvládnout. Informantka S3 musela přehodnotit svůj žebříček hodnot a také rozložení své vynaložené energie v různých oblastech svého života. Pro informantku S4 je nejvíce omezující nemožnost kontaktu s rodinou a přáteli. Negativně vnímá u svých dětí to, že mají omezený kontakt se svými vrstevníky. Omezující je pro ni a její rodinu nemožnost cestovat, chodit za kulturou. Podle jejích slov, daleko hůř se dočerpává energie. Připouští, že v období pandemie v době lockdownu, kdy byli všichni doma, mají na sebe více času, více komunikují mezi sebou, mají společné aktivity. Jak uvádí, prohloubil se její vztah s dětmi.

Review of possible psychological impacts of COVID-19 on frontline medical staff and reduction strategies (Fu, 2020) v přehledu uvádí, že nejznepokojivějším aspektem propuknutí nemoci, který vytváří psychologický tlak, je infekce zdravotnického personálu. Tyto infekce vyvolávají u jednotlivých zaměstnanců obavy o jejich zranitelnost. Zjištění průzkumu odhalila, že úroveň rizika osobního zdravotnického personálu v první linii byla nepopíratelným zdrojem stresu. Kromě obav o sebe vyjádřili někteří dotazovaní větší obavy o zdraví svých příbuzných. Úmyslně se vyhýbali blízkému sociálnímu kontaktu, aby snížili riziko přenosu na příbuzné. Následkem toho byly vážně poškozeny jejich rodinné životy a sociální vazby. Navíc opakovaný důraz na výskyt onemocnění a úmrtnost v tomto období v médiích mohl být dalším zdrojem traumatu pro mnoho zdravotnických pracovníků, ať už přímo nebo nepřímo (Fu, 2020).

Změny v pracovním životě

Na otázku jak ovlivnila pandemie pracovní život v porovnání před pandemií Covidu-19 informantky shodně odpovídaly, že velmi se změnil. Jde především o velkou zátěž jak v psychické tak i fyzické rovině. Informantka S3 situaci popsala takto: *„Pracovní život naprosto ztratil svůj dosavadní zaběhlý řád. Denně jsem se setkávala s nepředvídatelnými, psychicky a fyzicky náročnými situacemi, které byly velmi stresující.“* Situace se změnila v chodu jednotlivých oddělení, docházelo ke změnám v operativě, byly rušeny plánované operace. Velké změny byly v hygienických opatřeních na jednotlivých odděleních, v pracovních postupech, v přístupu k pacientům a k péči o ně.

Studie How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes – a qualitative study uvádí, že sestřám nejvíce vadilo nošení ochranných masek, chyběly jim osobní kontakty. Stěžovaly si na nesystematickou organizaci, náhlé změny v pracovním programu, pracovní přetíženost (Kaelen et al. 2021).

Informantky často zmiňují problematické používání ochranných prostředků, strojení se několikrát za den do ochranných obleků, čepic, brýlí, štítů a ochranných rukavic a návleků a také velmi obtížnou a náročnou práci v nich provádět potřebné úkony jako je náběr krve, napíchnutí kanyly, převazy ran a hygieny pacienta a také náročnou komunikaci v ochranných prostředcích. Práce v overalech je extrémně náročná. Nemožnost jít na toaletu, snížený pitný

režim a silné pocení při práci. Po vysvělečení z ochranných prostředků jít do sprchy, třeba i 4x za službu, jak uvádí informantka S1. Všechny poukazují na náročnou a psychicky vyčerpávající práci. Sestry říkají že, prací v ochranných pomůckách ztrácejí tak důležitý kontakt s pacientem. Ochranné prostředky zamezují přenosu Covidu-19, ale jsou určitým blokem mezi sestrami a pacienty.

Kučerová (2021) uvádí, že povolání všeobecné sestry je samo o sobě náročné na odbornost, etiku, fyzickou kondici a na psychickou odolnost vůči stresu. V období pandemie se tyto veličiny znásobují. Zdravotnický personál pracuje v ochranných pomůckách představující značné nepohodlí. Ochranné pomůcky, obleky, respirátory, ochranné štíty ztěžují kontakt s pacientem. I přes veškerá možná ochranná opatření mnoho zdravotníků onemocnělo covidem-19, nebo na něj i zemřelo. Všechny tyto skutečnosti pracovní stres značně zvyšují, a proto je tak důležité pečovat o psychickou pohodu a duševní zdraví zdravotnických pracovníků (Kučerová, 2021, s. 17).

Část informanek v počátku pandemie byla poslána na výpomoc na jiná oddělení, kde se sestry musely v rychlosti zapracovat, zvyknout si na nové prostředí na jiný pracovní tým. Sestry se musely naučit nové dovednosti, odborné postupy. Na covidovém oddělení bylo pro sestry nutné naučit se péči o jiné spektrum pacientů, než byly původně zvyklé a to s sebou neslo další náročné, stresové situace. Informantka S7 k situaci řekla ... *covid nás naučil starat se o skutečně vážně nemocné lidi.* “

Studie německých autorů COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers (Bohlken et al., 2020) z přehledu 14 studií o psychickém stresu zdravotnických pracovníků způsobeném pandemií COVID-19 vyhodnotila výsledky takto: bylo zjištěno rozsáhlé napětí v důsledku stresových zážitků, stejně jako symptomů deprese a úzkosti. Závažné stupně těchto příznaků byly zjištěny u 2,2 % až 14, 5 % všech účastníků studií. Velikost vzorku se pohybovala mezi 37 až 1257 účastníky převážně z ošetrovatelského a zdravotnického personálu. Závažnost mentálních příznaků byla ovlivněna věkem, pohlavím, povoláním, specializací, typem prováděných činností a blízkostí pacientů s COVID-19 onemocněním (Bohlken et al., 2020).

Další psychicky i fyzicky náročná situace vznikala, pokud onemocněl covidem někoho ze spolupracovníků z oddělení nebo musel nastoupit do karantény. Personál se nestihl ve službách prostrídat a to s sebou neslo nedostatek odpočinku a velkou fyzickou zátěž a únavu. Informantka S6 k tomu uvedla, že na sestřích vidí jejich únavu, jak jsou vyčerpané, že na

kvalitní odpočinek nemají čas. Jejimi slovy: *...jedeme na doraz. Stává se, že sestry odslouží i šest dvanáctek za týden.*“

Stres a únava z přepracování zvyšují rizika deprese a sebevražd u zdravotníků a dalších profesí, které jsou do boje s epidemií zapojeny. V době pandemie je pracovní vytížení lékařů a zdravotnických pracovníků mnohokrát vyšší. Podílí se na ní obrovský stres způsobený zejména vysokým pracovním nasazením, neustálou konfrontací s lidskými traumaty tělesnými i duševními a se smrtí, značnou administrativní zátěží jak se uvádí ve studii *Suicide among doctors: a narrative review* (Ventriglio et.al., 2020).

Studie *Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic* (Benfante, 2020) uvádí, že skupiny zdravotnických pracovníků jsou rovněž vystaveny riziku morální újmy, tj. psychické tísně vyplývající z činů (nebo nemožnosti provedení opatření), které porušují jejich osobní etické a morální kodexy. Všechny tyto aspekty přispívají k možnosti, že se u zdravotníků rozvinou psychopatologické poruchy, jako je PTSD, těžká deprese a zneužívání návykových látek (Benfante, 2020).

Všechny informantky popisují, jak obtížné pro ně bylo vyrovnat se s umíráním pacientů v tak vysoké míře, na kterou nebyly zvyklé. Obtížné bylo i to, že nemohly odcházejícího pacienta doprovodit tak, jak by to podle jejich vědomostí, znalostí, zkušeností a podle jejich svědomí mělo být (ochranné pomůcky, nařízení nezdržovat se dlouho u pacientů covid pozitivních na pokoji atd.). Omezená možnost vzít pacienta za ruku, a pokud ano, tak pouze ve dvojích rukavicích, v overalu a štítu na obličej. Důležité je umožnit, aby s odcházejícím pacientem byla rodina nebo alespoň sestra v případě, že rodina nestihne přijet. Informantka S7 k problematice doprovázení řekla: *...nejtěžší je osamocení na této cestě, protože často není možné zajistit přítomnost někoho blízkého. Problémem je nemožnost návštěv na oddělení v této pandemii, ne vždy se podařilo rodině přijet v případě odchodu pacienta, aby se stihli rozloučit.*“ K dovednostem a znalostem k doprovázení pacientů sestry ve většině sdělily, že si myslí, že je mají, ale je důležité se v této oblasti stále vzdělávat. Informantka S7 k vyrovnání se s náročnou situací umírání pacienta řekla: *Jsem věřící, snažím se vidět smysl i v tom těžkém co prožívám, vím, že nemám moc vrátit někomu život nebo zdraví, ale můžu ho třeba jen maličkostí na chvilku vylepšit.*“

Bužgová (2015) uvádí, že mezi základní potřeby umírajících patří potřeba nezůstat sám, komunikovat s druhými, při zhoršeném stavu být alespoň s druhými. Důležitou a nejčastěji uvedenou sociální potřebou je přítomnost blízkého člověka (Bužgová, 2015, s. 41).

Situací, kdy pacient odcházel ze života sám, se v této covidové době, vyskytovalo příliš mnoho. V nemocnicích na covidových jednotkách, v LDN, domovech důchodců, kde bez možnosti návštěv umíraly stovky lidí. Podle Huneše (2020, s. 4) „*Důležité na konci života je, aby lidé mohli zemřít bez bolesti na těle i na duši, ideálně s vděčností za život, který každý dostal a prožil. K tomu je nezbytné, aby je mohli navštěvovat nejbližší.*“ (Huneš, 2020, s. 4).

Důležité pro umírající pacienty i jejich blízké je „*aby pro ně sestra či lékař měli čas na vřídlné slovo. Aby vnímali, že jejich život má hodnotu i na (neodvratném) konci. Aby se mohli setkávat s nejbližšími, odpustit si dluhy vztahové i hmotné. Aby si s nimi před odchodem na věčnost dokázali říci několik nejdůležitějších slov v životě: Děkuji ti! Odpusť mi! Odpuštím ti! Mám tě rád! Můžeš jít!*“ (Huneš, 2020, s. 4).

Studie Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact (Benfante et al., 2020) zpracovává a postupuje přehled studií, které zkoumaly traumatický stres u zdravotnických pracovníků a se souvisejícími faktory. Studie proběhla mezi lednem a květnem 2020. Důraz byl kladen na prevalenci symptomů souvisejících s traumatem a stresory. Požadovaná kritéria splnilo 7 studií. Dostupná zjištění zdůrazňují přítomnost stresu souvisejícího s traumatem a prevalence se pohybuje od 7,4 do 35 %, zejména u žen, zdravotních sester, pracovníků v první linii. Pandemie Covid-19 je mimořádná událost, která bude mít dlouhodobé účinky na duševní zdraví podle předchozích studií o epidemiích a karanténě (Maunder et al., 2006; Brooks S. K. et al., 2020; Kisely et al., 2020). Pandemii Covid-19 lze klasifikovat jako traumatizující událost výjimečné velikosti, která přesahuje rozsah běžných lidských zkušeností s vystavením riziku smrti (Dutheil et al., 2020). Tyto aspekty mohou vyvolat psychopatologie, jako je akutní stresová porucha a posttraumatické stresové poruchy. Pracovníci ve zdravotnictví čelili bezprecedentním požadavkům, profesionálně i osobně, ve snaze zvládnout onemocnění s nejasnou etiologií a patologií, bez léčby, bez vakcíny a s vysokou úmrtností. Jsou povinni činit obtížná etická rozhodnutí profesionálně fungovat v podmínkách strachu o sebe a své blízké (Dutheil et al., 2020; Gavin et al., 2020; Kisely et al., 2020; Wong et al., 2020) uvádí se v přehledu studií (Benfante et al., 2020).

Pandemie prověřila soudržnost týmu zdravotníků. Šest informantek potvrdilo důležitost naslouchání, že si vzájemně kolegy v týmu v nejtěžších chvílích pomáhaly, podržely, podpořily se, vyslechly, poplakaly, ale pak byly schopné pokračovat dál ve své práci na oddělení. Covid-19 naučil sestry práci vnímat jinak. Nové zkušenosti v péči o pacienty jsou

velmi přínosné pro celý tým. Covidová jednotka překonala řadu změn. Poučily se z prvotních chyb, byl postupně zaveden nový systém práce. Sestry se naučily sledovat a vyhodnocovat parametry jiného charakteru než se sleduje na ortopedickém oddělení. Podle Informantky S1 sestry překonaly odpor k overalům a blok k ochranným pomůckám, k nepřetržité dezinfekci. Postupně vymizel strach z covidu a nyní převládá respekt k onemocnění.

Podle Honzáka (2015) „*Sestry, jak je znám nejen já, jsou děvčata pomáhající z celé duše, mají to v sobě. Pomáhat je hezké, a pomáhat není lehké. Někdy to může být zničující. Práce je bez konce, doslova ve dne v noci, a odměnu – teď mám na mysli tu psychologickou – berete především z vděčnosti uzdravených. Ale kolik jich projeví vděčnost? A kolik se jich uzdraví? Kolikrát je i ta nejintenzivnější práce bezvýsledná...*“ (Honzák, 2015, s. 9).

Část pracovní náplně sester tvoří úkony, které se lidem oškliví či vyvolávají odpor, ale to není podle Honzáka (2015), ta největší a nejvíce ohrožující zátěž. Jako větší zátěž spatřuje v byrokratických předpisech spojených s administrativou. Největší, nejhorší a málo řešený problém vidí v rovině psychosociální, tedy v jak obstát a nezničit se, jak uchopit roli sestry (Honzák, 2015, s. 9).

Důležitou roli měla i odborná pomoc psychologa, kterou v době pandemie využily dvě informantky. Pomoc psychologa pomohla sestrám vyrovnat se s náročnou situací v zaměstnání i v osobním životě. Informantky S4, S5 a S6 ocenily i důležitou podporu od vedení oddělení i od managementu nemocnice. Informantky S2 a S3 poukázaly podle jejich zkušeností, na chybějící podporu vedení.

Studie cAIR: Implementation of peer response support for frontline health care workers facing the COVID-19 pandemic (Rubin, et al., 2021) prokázala, že mnoha zdravotníkům v přední linii pandemie COVID-19 chybí odpovídající podpora. Studie představuje pilotní model vzájemné podpory prostřednictvím synchronních videoprezentací, individuální vzájemné podpory a zajišťování zdrojů a doporučení (Rubin, et al., 2021).

Randomizovaná studie A mindfulness-based stress management program and treatment with omega-3 fatty acids to maintain a healthy mental state in hospital nurses (Happy Nurse Project) se zabývala účinky omega-3 mastnými kyselinami a programem zvládnání stresu založeném na všímavosti. Zaměřila se na mladší sestry v nemocnicích. Podle studie účinný preventivní zásah může vést nejen k udržení zdravého duševního stavu sester, ale také ke zkvalitnění péče o hospitalizované. V průzkumu se uvádí, že 65 % sester uvedlo, že je jejich práce stresující, a prevalence únavy byla vyšší u žen (93 %) než u mužů (88 %).

Ošetrovatelství je spojeno s depresí. Prevalence depresivních příznaků u zdravotních sester zaměstnaných v nemocnicích v USA je 18 %. Je pravděpodobné, že sestry trpící depresí nebudou trpět jen osobně, ale jejich onemocnění může mít vliv i na kvalitu péče o pacienty. Systematický přehled psychologického utrpení mezi sestrami v USA uvádí, že emoční únava a syndrom vyhoření u sester jsou spojeny s nedostatkem podpory ze strany vrcholového vedení v podobě bezpečnostních programů a podpory ze strany supervizorů (Watanabe et al., 2020).

Informantka S3 uvedla, že stresující a neočekávané situace zažívala v období pandemie v oblasti pracovní i v osobní rovině. Informantka S4 sdělila toto: *...asi největším problémem vnímám v psychické zátěži. Někdy mi dělá velký problém srovnat se s tím, abych mohla pokračovat v práci.* Všechny sestry v rozhovoru shodně potvrdily, že prožívaly stres a obrovský tlak na psychiku.

Vysokým stresorem zdravotníků vedoucím i k sebevraždám je prožívání soucitu s nemocnými a umírajícími. Pro osoby pomáhající v první linii vydal kolektiv (Crepulja et al., 2020) pokyny v rámci první psychologické pomoci. Autoři dávají tato doporučení:

1. být informováni o aktuální situaci, o své úloze a odpovědnosti, nepřekračovat svoji pravomoc
2. myslet na svoje zdraví a na možné osobní a rodinné důsledky, které mohou být příčinou velkého stresu
3. vyhledat profesionální pomoc u psychologů či psychiatrů v případě vlastních duševních problémů nebo problémů se svou prací

5 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou kvality života a zdraví všeobecných sester v období pandemie Covidu-19. Průzkumná práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou (průzkumnou) část. V teoretické části jsou uvedeny poznatky dotýkající se vybrané problematiky spojené s kvalitou života. Průzkumná část probíhala pomocí kvalitativního průzkumu, zvolen byl polostrukturovaný rozhovor. V průzkumné části práce byly vytyčeny tyto dva cíle:

1. Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají svoji kvalitu života a zdraví v období pandemie Covidu-19 .
2. Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají a hodnotí svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách a zjistit, zda se jejich kvalita života změnila od propuknutí pandemie a pokud se změnila, tak jak hodně, v čem a v jakých oblastech života.

Pomocí fenomenologické analýzy dat byly stanovené cíle splněny.

Shrnutí výsledků průzkumného šetření:

- Dle výsledků práce lze potvrdit, že všem sestrám- informantkám se značně změnila kvalita života a zdraví v období pandemie Covidu-19 . Zejména se protipandemická opatření projevila na jejich psychickém a fyzickém stavu, úzkostí, v některých případech psychosomatickými onemocněními, obavami o rodinu, o děti a jejich vzdělání, sociální izolací, omezením cestování, nemožností osobní účasti na kulturních akcích, menší možností sportování, omezením svobody.
- Všeobecné sestry vnímají a hodnotí svoji kvalitu života a zdraví během práce na covidových jednotkách jako značně zhoršenou, práci v období pandemie Covidu-19 jako velmi psychicky i fyzicky náročnou a vyčerpávající.
- Kvalita života všeobecných sester se v období pandemie změnila především vysokou náročností na psychiku, velkou pracovní zátěží a množstvím služeb. Jako velmi náročnou popisují sestry práci ve ztížených podmínkách na odděleních, v ochranných oblecích a pomůckách. Sestry se musely naučit nové postupy, odborné věci, dodržovat hygienická opatření, aby nenakazily sebe i ostatní. Podle průzkumu bylo nejhorší a

nejvíce traumatizující pro sestry vyrovnat se s vysokým počtem umírajících pacientů, na který nebyly připravené a na svých původních standardních odděleních nebyly zvyklé. Vadila i nemožnost se o odcházejícího pacienta postarat tak, jak je obvyklé. Obtížná pro ně byla v této náročné pandemické době i komunikace s pozůstalými.

- Pozitivním zjištěním v období pandemie covidu byla skutečnost, že se sestry dokázaly vzájemně v týmu podporovat, pomáhat si. Potvrdily, že kolektiv se během pandemie více semknul a stmelil. Projevila se profesionalita a soudržnost týmu. Všeobecné sestry dokázaly během krátké doby zvládnout náročné změny na svých odděleních, ať se to týkalo hygienických opatření, nových pracovních postupů, zvládly naučit se nové dovednosti. Ve většině ocenily podporu managementu nemocnice, který jim byl podle jejich slov oporou.

Lze konstatovat, že cíle diplomové práce byly splněny.

Limity diplomové práce

Limit pro průzkum spatřuji v tom, že byl vybrán soubor informantek – všeobecných sester z jedné oblastní nemocnice. Vhodnější pro další výzkum by bylo zvolit více typů zařízení, jako jsou i nemocnice krajské a fakultní. Za další limit považuji otázky, které jsem v rozhovoru kladla. Nyní po analýze rozhovorů je patrné, že některé otázky mohly být kladeny i jinými směry a do jiných oblastí života informantek a více do hloubky. Toto zjištění může být podnětem pro další výzkumnou činnost.

Limitem diplomové práce je moje první zkušenost s vedením polostrukturovaného rozhovoru s všeobecnými sestrami a následně s analýzou rozhovorů, tvorbou kódů, kategorií a interpretace získaných dat.

5.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro zaměstnavatele, management

Připravit a proškolit zdravotnický personál pro případné další náročné situace pandemie na péči o umírající pacienty. Umírání se odehrává i na odděleních, kde dříve úmrtí tolik nebylo. Řada zdravotníků nemá potřebné zkušenosti nebo dostatečné odborné znalosti.

Zaměřit se na profesní podporu vedení, jak se vzniklou situací zacházet jako je např. péče o umírající, o pozůstalé, tak i o samotné zdravotníky, kteří se s náročnou situací musí nějak vyrovnat i ve vlastním světě.

Doporučení pro všeobecné sestry

Doporučení pro všeobecné sestry je nestydět se a nebát se využít nabídnutou psychologickou pomoc odborníků, která jim pomůže zvládnout a vyrovnat se s kritickými situacemi na které nebyly připraveny. Nezapomínat na péči o své tělesné a duševní zdraví, naučit se efektivně odpočívat.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Tištěná literatura

BARTŮŇKOVÁ, Staša. Stres a jeho mechanismy. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

ČADOVÁ, Naděžda a Miloš PALEČEK, ed. *Jak je v Česku vnímána práce*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. ISBN 80-7330-103-2.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. (1997a): Kvalita života: Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie (časopis psychiatrické společnosti), Roč. 93, č. 2, Praha, březen 1997, s. 102-108.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HERMAN, Erik a DOUBEK, Pavel. Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy. Praha: Maxdorf, ©2008. 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-142-1.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad,

2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

HÖSCHL C. Dopad Covid-19 na duševní zdraví v ČR. *Psychiatrie* 2020: 24(4): 194

KEBZA, Vladimír a Iva ŠTOLCOVÁ. *Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti*. In BLATNÝ, Marek. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-86633-35-7.

KRAUS, Jiří. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2005. ISBN isbn978-80-200-1351-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. Psychologie (Portál). ISBN 973-80-262-0978-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001 (280 s.). ISBN 80 -7178-551-2

KUČEROVÁ, Helena a Helena HAŠKOVCOVÁ. *Sebevraždy*. Praha: Galén, [2020]. ISBN 978-80-7492-485-9.

KUČEROVÁ H. *Psychiatrická prevence a léčba v době pandemie*. In Kučerová H., Haškovcová H. *Sebevraždy*. Praha: Galén 2020: 124-146.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2008. ISBN isbn80-86633-65-9.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (online), Praha: MZČR. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/>

MÍŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

PELCÁK, Stanislav. Stres a syndrom vyhoření. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 75 stran. ISBN 978-80-7435-576-9.

PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

POTUČEK, M. (2007): Kritéria společenského vývoje a jejich sociální, ekonomická, environmentální a bezpečnostní dimenze. Slovo úvodem. In: KORTUSOVÁ, M. ed. Česká republika v Evropské unii: proměny a inspirace. Sborník příspěvků z konference CESES FSV UK, Praha, 2.-3.11.2006, CESES, Praha, AVAS, s.r.o., 130 s, s. 3-4.

PTÁČEK, Radek a kol. Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby. vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

SVOBODOVÁ, Lenka. Jak je v česku vnímána práce. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. Co je kvalita pracovního života a jak ji lze zkoumat, s. 31-52. ISBN 80-7330-103-2.

ŠTĚPANÍK, J. Umění jednat s lidmi 3. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008 (168 s.). ISBN 978-80-247-1527-8.

TIMORACKÝ, M. (2002): Kvalita života. In: GÁL, F., MESEŽNIKOV, G., KOLLÁR, M. eds: *Vízia vývoja SR do roku 2020*. Veda, Bratislava, s. 196-199, s. 186.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. vyd. 1. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009. 123 s. ISBN 978-80-7368-757-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

VIRČÍK, M. Léčba depresí a dalších psychických nemocí nejen s ohledem na COVID-19. *Svět praktické medicíny* 2020; (3-4): 11-14

ZVÁRIKOVÁ, M. (2007): Kvalita života a kariérové (celoživotné) poradenství. In: *Svět práce a kvalita života v globalizované ekonomice*. Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference 13.-14.9.2007, VŠE, Praha, CD rom.

Elektronická literatura

Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 5;17(23):9096. doi: 10.3390/ijerph17239096. PMID: 33291511; PMCID: PMC7730003.

Benfante A, Di Tella M, Romeo A, Castelli L. Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact. *Front Psychol*. 2020 Oct 23;11:569935. doi: 10.3389/fpsyg.2020.569935. PMID: 33192854; PMCID: PMC7645025.

Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 26;17(9):2997. doi: 10.3390/ijerph17092997. PMID: 32357424; PMCID: PMC7246821.

Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals [COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review]. *Psychiatr Prax*. 2020 May;47(4):190-197. German. doi: 10.1055/a-1159-5551. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32340048; PMCID: PMC7295275.

BUIJS, Frederik N., Luis LEÓN-MERCADO, Mara GUZMÁN-RUIZ, Natali N. GUERRERO-VARGAS, Francisco ROMO-NAVA a Ruud M. BUIJS. The Circadian System:

A Regulatory Feedback Network of Periphery and Brain. *Physiology*. 2016, 31(3), 170-181. DOI: 10.1152/physiol.00037.2015. ISSN 1548-9213. Dostupné také z: <http://www.physiology.org/doi/10.1152/physiol.00037.2015>

Centre for Health Promotion, Www.utoronto.ca [online]. 03-Mar-2009 [cit. 2011-03-19]. Quality of life concepts. Dostupné z WWW: <http://utoronto.ca/qol/concepts.htm>

CREPULJA M. L., STEFANOVIČ A., FRANČIŠKOVIČ T. et al. Corona virus (SARS-CoV-2) pandemic and Psychological First Aid – recommendations for first-liners. Croatian Psychiatric Association Zagreb, 21 st of March, 2020.

HOROVÁ MARTINA. www.spolekvlcimaky.cz [online]. 02-04-2021 [cit. 2021-04-02]. Dostupné z [www: http://.spolekvlcimaky.cz/](http://www.spolekvlcimaky.cz/)

Fu XW, Wu LN, Shan L. Review of possible psychological impacts of COVID-19 on frontline medical staff and reduction strategies. *World J Clin Cases*. 2020 Aug 6;8(15):3188-3196. doi: 10.12998/wjcc.v8.i15.3188. PMID: 32874973; PMCID: PMC7441266.

KAELLEN S., VAN DEN BOOGAARD W., PELLECCIA U. et al. How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes – a qualitative study. *PLoS One* 2021; 16(3):e0249098. doi:10.1371/journal.pone.0249098.

Khan M, Adil SF, Alkhatlan HZ, Tahir MN, Saif S, Khan M, Khan ST. COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules*. 2020 Dec 23;26(1):39. doi: 10.3390/molecules26010039. PMID: 33374759; PMCID: PMC7795815.

KING, Cynthia R. a Pamela S. HINDS. Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice. 3rd edition. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012. ISBN 0763749435.

Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020 May 5;369:m1642. doi: 10.1136/bmj.m1642. PMID: 32371466; PMCID: PMC7199468.

Liu J, Liu S. The management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Med Virol*. 2020 Sep;92(9):1484-1490. doi: 10.1002/jmv.25965. Epub 2020 May 22. PMID: 32369222; PMCID: PMC7267323.

MacLellan J, Surey J, Abubakar I, Stagg HR. Peer Support Workers in Health: A Qualitative Metasynthesis of Their Experiences. *PLoS One*. 2015 Oct 30;10(10):e0141122. doi: 10.1371/journal.pone.0141122. PMID: 26516780; PMCID: PMC4627791.

MARTÍNEK JAN, Právo, 2021, [online], 29-06-2021 [cit.2021-06-29]. <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/i-pres-pandemii-byli-cesi-loni-stastni-ukazal-pruzkum-40364758>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, www.mzcr.cz, 2021, [online] 22-06-2021 [cit. 2021-06-22]. Dostupné z [www: http://mzcr.cz/](http://www.mzcr.cz/)

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, www.nudz.cz, [online]. 22-05-2021 [cit. 2021-05-22]. Dostupné z [www: http://nudz.cz/](http://www.nudz.cz/), <http://coh-fit.com/>

PÁLENÍKOVÁ ALENA. www.spolekvlcimaky.cz [online]. 02-04-2021 [cit. 2021-04-02]. Dostupné z [www: http://.spolekvlcimaky.cz/](http://www.spolekvlcimaky.cz/)

Rubin EW, Rassman A. cAIR: Implementation of peer response support for frontline health care workers facing the COVID-19 pandemic. *Soc Work Health Care*. 2021;60(2):177-186. doi: 10.1080/00981389.2021.1904321. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33761837.

Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Rasoulpoor S, Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020 Jul 6;16(1):57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w. PMID: 32631403; PMCID: PMC7338126.

Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, Shin JI, Sullivan S, Brondino N, Solmi M, Fusar-Poli P. Impact of coronavirus syndromes on physical

and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020 Oct 1;275:48-57. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.022. Epub 2020 Jun 25. PMID: 32658823; PMCID: PMC7314697.

Shokoohi M, Osooli M, Stranges S. COVID-19 Pandemic: What Can the West Learn From the East? *Int J Health Policy Manag.* 2020 Oct 1;9(10):436-438. doi: 10.34172/ijhpm.2020.85. PMID: 32610736; PMCID: PMC7719217.

SOMMERLAD A., MARSTON L., HUNTLEY J. et al. Social relationship and depression during COVID-19 lockdowns: longitudinal analysis of the COVID-19 social study. *Psychol Med* 2021: 1 – 10. doi: 10.1017/S0033291721000039.

SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY (SPIS), www.spis.cloud/peer. [online]. 07-05-2021 [cit. 2021-05-07]. Dostupné z www: <http://spis.cloud/peer>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. www.uzis.cz [online]. 02-06-2021 [cit. 2021-06-02]. Dostupné z [www: http://uzis.cz/](http://www.uzis.cz)

VAN KAMP, I., LEIDELMEIJER, K., MASMAN, G., DE HOLLANDER, A. (2003); Urban Environmental Quality and Human Well-being; Towards a Conceptual Framework and Demarcation of Concepts. In: *Landscape and Urban Planning*, Vol. 65, p.5-18.

VENTRIGLIO A., WATSON C., BHUGRA D. et al. Suicide among doctors: a narrative review. *Indian J Psychiatry* 2020: 62(2): 114 – 120.

Watanabe N, Furukawa TA, Horikoshi M, Katsuki F, Narisawa T, Kumachi M, Oe Y, Shinmei I, Noguchi H, Hamazaki K, Matsuoka Y. A mindfulness-based stress management program and treatment with omega-3 fatty acids to maintain a healthy mental state in hospital nurses (Happy Nurse Project): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015 Jan 31;16:36. doi: 10.1186/s13063-015-0554-z. PMID: 25636180; PMCID: PMC4326519.

Weiner L, Berna F, Nourry N, Severac F, Vidailhet P, Mengin AC. Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REDuction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial.

Trials. 2020 Oct 21;21(1):870. doi: 10.1186/s13063-020-04772-7. PMID: 33087178; PMCID: PMC7576984.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization, July 22, 1946. In <http://w3.who.sea.org/aboutsearo/const.ht>

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Identifikační dotazník</i>	83
Příloha B – <i>Informovaný souhlas</i>	84
Příloha C – <i>Odkazy</i>	85

Informovaný souhlas pro účastníky v průzkumu

Já, níže podepsaná souhlasím, abych se zúčastnila průzkumného šetření, které je součástí diplomové práce Jany Motlové.

Průzkumné šetření se zabývá problematikou kvality života a zdraví všeobecných sester v období Covidu-19.

Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Rozumím stanoveným cílům, povaze průzkumného šetření a v čem spočívá moje zapojení. Tyto informace mi byly srozumitelným způsobem předány. Měla jsem možnost položit otázky, na které mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď.

Tímto potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Od šetření mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. K odstoupení od šetření dostačuje moje ústní sdělení výzkumníkovi, že odstupuji.

Dne:

podpis

Kontaktní osoba:

Bc. Jana Motlová

Telefon: 723 602 940, email: jana.motlova70@email.cz

Příloha C – Odkazy

Spolu silnější v Chebu #dejmesilu

Linka #dělámcomůžu: 116 123 - podpora a supervize

Linka EDA: 800 405 060 (po-pá 9-15), zdarma

Linka kolegiální podpory – telefon 607 400 591, 720 219 618 (k dispozici nonstop)

Sociální klinika – psychologická pomoc pro pomáhající profese (lékaři, zdravotníci, sociální pracovníci, učitelé, hygienici, hasiči a policisté apod.) telefon 733 644 268, online:

<https://www.socialniklinika.cz>