



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Doprovázení sestrou v době pandemie nového typu
koronaviru**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Petra Kudrfalcová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kimmerová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Doprovázení sestrou v době pandemie nového typu koronaviru“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2023

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Kimmerové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce. Poté děkuji všeobecným sestřám, které mi věnovaly svůj čas a zodpověděly otázky potřebné k výzkumné části práce. A mé poslední díky patří všem, kteří mě při psaní diplomové práce doprovázeli.

Doprovázení sestrou v době pandemie nového typu koronaviru

Abstrakt

Onemocnění covid-19 je akutní infekční onemocnění, které postihuje respirační ústrojí jedince a je vyvolané virem SARS-CoV2. Dne 11. března 2020 bylo WHO prohlášeno za pandemii. První skutečně prokázaný případ v České republice byl evidován 1. března 2020 a tím také začal boj s onemocněním pojmenovaném covid-19.

Cílem práce je seznámení se s problematikou covid-19 a zmapování doprovázení sestrou v době pandemie. Práce pojednává o ovlivnění sester pandemií. Poukazuje na to, co pro sestry znamená doprovázení pacientů a jak hodnotí doprovázení pacientů během každodenních ošetrovatelských činností a v konečné fázi života. Cíle bylo dosaženo a výzkumné otázky jsou zodpovězeny pomocí kvalitativní studie, která je uskutečněná pomocí polostrukturovaného hloubkového rozhovoru se všeobecnými sestrami.

První část práce popisuje problematiku onemocnění covid-19, ať už se to týká samotného onemocnění nebo života sester v tomto období. Praktická část analyzuje rozhovory, které se uskutečnily v roce 2023 se sestrami pečujícími o pacienty s onemocněním covid-19, kdy je k analýze získaných dat využita technika otevřeného kódování.

Z provedených rozhovorů vyplývá, že péče o pacienty s onemocněním covid-19 je určitě náročnější než o pacienty, kteří tímto onemocněním netrpí. Dále je patrná psychická zátěž, která se u sester projevovala různými příznaky, jako jsou deprese, úzkost a strach. Zmapovaly jsme i odlišnosti ošetrovatelské péče o tyto pacienty a chování rodinných příslušníků, kteří měli zakázané návštěvy a doprovázení v době umírání a smrti.

Závěrem tedy vyplývá, že doprovázení v době péče o pacienty s onemocněním covid-19 je zcela jistě náročnější a sestry by se neměly stydět a bát se včas požádat o odbornou pomoc, která by jim pomohla toto období překonat. Z výzkumu vyplývá potřeba změny přístupu managementu a vedení nemocnice, který by sestram měl zajistit proškolení v určitých oblastech daného onemocnění nebo v péči o tyto pacienty.

Klíčová slova

Pandemie covid-19; ošetrovatelství; doprovázení; specifická péče; finalita života; sestra; pacient

Accompanying nurse in the new coronavirus pandemic

Abstract

The covid-19 is an acute infectious disease, which affects respiratory system of an individual and is caused by a virus called SARS-CoV2. On March 11, 2020 WHO proclaimed this as pandemic. The first proven case of this virus in Czech republic was filed on the 1.st March 2020 and with it began a fight with the disease called covid-19.

The purpose of this thesis is to get acquainted with the issue of covid-19 and chart nurse accompaniment during pandemic. Thesis also talks about how did this pandemic affected nurses. It points out what accompanying patients means for nurses, how they evaluate accompanying patients during daily tending activities and in the final phase of life. The objective of this thesis has been achieved and the research questions were answered using the qualitative study, which is carried out using semi-structured in-depth interviews with nurses.

The first part of this thesis describes the issue of the illness covid-19, whether it concerns the disease itself or the lives of the nurses during this period of time. The practical part analyzes the interviews, which took part in the year of 2023 with nurses who were taking care for patients with covid-19. The method used to analyze the obtained data was through open coding.

The interviews show, that caring for patients with covid-19 is definitely more challenging and demanding than for patients who do not suffer from this disease. Furthermore there is an apparent psychological burden, which manifested in the nurses by various symptoms, such as depression, anxiety and fear. We also mapped the differences in nursing care for these patients, the behavior of the family members who were prohibited from visiting and accompanying their family members at the time of dying and death.

In conclusion, it is apparent that accompanying patients during the care of patients with covid-19 is completely more demanding and nurses should not be ashamed and be afraid to ask for professional help, that could help them to overcome this time period. The research shows the need for a change in the management and leadership,

which should help nurses with training in certain areas of the given disease or in the care of these patients.

Key words

Pandemic covid-19; nursing; accompanying; specific care; the finality of life; nurse; patient

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav	10
1.1 Úvod do problematiky onemocnění covid-19	10
1.1.1 Průběh onemocnění.....	11
1.1.2 Diagnostika onemocnění.....	12
1.1.3 Léčba onemocnění	13
1.1.4 Imunitní odpověď organismu na onemocnění	15
1.1.5 Následky onemocnění.....	16
1.1.6 Očkování.....	17
2.1 Doprovázení sestrou	18
2.1.1 Požadavky na sestry.....	19
2.1.2 Systém podpory	21
3.1 Doprovázení sestrou v době pandemie koronaviru	22
3.1.1 Psychické dopady na sestry	23
3.1.2 Důsledek nošení OOPP.....	24
3.1.3 Sociální stigma.....	25
3.1.4 Syndrom vyhoření	27
3.1.5 Doprovázení při umírání a smrti pacientů s onemocněním covid-19.....	28
3.1.6 Péče o pozůstalé.....	30
2 Cíle a výzkumné otázky	32
2.1 Cíle práce.....	32

2.2 Výzkumné otázky	32
2.3 Operacionalizace pojmů	32
3 Metodika	34
3.1 Design kvalitativní části výzkumného šetření	34
4 Výsledky	36
5 Diskuze	69
6 Závěr	79
7 Seznam použitých zdrojů	82
8 Seznam příloh	95
9 Seznam zkratk	99

Úvod

Onemocnění covid-19 je akutní infekční onemocnění, které postihuje respirační ústrojí jedince a je vyvolané virem SARS-CoV2. Ke konci roku 2019 se v Číně začala objevovat četná onemocnění zápallem plic nejasné etiologie. První oficiální případy byly hlášeny z Wu-chanu v Číně 31. 12. 2019, kdy se hojně vyskytovaly pneumonie neznámého původu. Dne 30. ledna 2020 Světová zdravotnická organizace vyhlásila globální stav zdravotní nouze. Šíření tzv. koronaviru gradovalo až 11. března 2020, kdy musela WHO prohlásit šíření koronaviru za pandemii. První skutečně prokázaný případ postiženého pacienta koronavirem v České republice byl evidován 1. března 2020 a tím také začal boj s onemocněním pojmenovaném covid-19.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá samotnou problematikou onemocnění covid-19, životem sester během pandemie i samotným doprovázením pacientů všeobecnými sestrami v období umírání a smrti. Praktická část diplomové práce pojednává o problematice doprovázení pacientů s onemocněním covid-19, které postihlo naši planetu od konce roku 2019 až do dnešní doby. Cílem diplomové práce je zmapování doprovázení sestrou v době pandemie nového typu koronaviru, který poukazuje na náročnost péče o pacienty s onemocněním covid-19 a následně změnu pohledu a postojů sester.

Téma diplomové práce jsem si zvolila proto, že jsem chtěla poukázat na těžkosti, které sestry prožívaly v období pandemie a seznámit tak širokou veřejnost s problematikou covid-19 a náročnou prací všeobecných sester ve smyslu péče o pacienty s tímto onemocněním. Snažila jsem se vysvětlit a poukázat na způsoby doprovázení a co pro sestry znamená. Dále jsem chtěla poukázat na způsoby řešení vedení nemocnice během pandemie a ukázat sestrám, že není ostuda včas požádat o pomoc v náročných situacích, které samy nezvládají.

1 Současný stav

1.1 Úvod do problematiky onemocnění covid-19

„Covid-19 je akutní infekční onemocnění s převažujícím postižením respiračního traktu vyvolané virem SARS-CoV2“ (Chrdle, A. et al., © 2021).

První zmínky o tomto onemocnění pocházejí z Číny z konce roku 2019, kdy se začala objevovat onemocnění zápallem plic nejasné etiologie. 31. 12. 2019 byl nahlášen oficiální první případ pacienta s onemocněním covid-19 z Wu-chanu v Číně, kde se hojně vyskytovaly pneumonie neznámého původu. Zjistilo se, že se nemoc objevovala u lidí, kteří pracovali nebo se vyskytli na tržnicích, kde se prodávali živé ryby, netopýři, ptáci, mořské plody a jiné živočišné produkty, které se tam zpracovávaly a konzumovaly. Pomocí trasování nakažených lidí se Wu-chan stal pravděpodobným počátečním ohniskem viru, který se nakonec rozšířil po celé Číně a následně do dalších zemí (Státní zdravotní ústav, 2021a).

Dne 30. ledna 2020 Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila globální stav zdravotní nouze. Šíření tzv. koronaviru gradovalo až 11. března 2020, kdy musela WHO prohlásit šíření koronaviru za pandemii. První skutečně prokázaný případ postiženého pacienta koronavirem v České republice byl evidován 1. března 2020 a tím také začal boj s onemocněním pojmenovaném Covid-19 (Státní zdravotní ústav, 2021a).

Původcem tohoto onemocnění jsou koronaviry, které byly objeveny již v 60. letech minulého století a způsobují tzv. zoonetické infekce. Většina těchto virů se pohybuje mezi zvířaty, převážně netopýry. Koronaviry se řadí do řádu Nidovirales a rodu, který je rozdělen na Alpha-, Beta-, Gamma- a Delta- coronavirus. Koronaviry, které infikují převážně savce jsou Alpha- a Beta- koronaviry, Gamma- a Delta- koronaviry infikují ptáky a savce. U člověka však zatím nebyl zaznamenán žádný případ nakažení těmito dvěma rody. V posledních 20 letech byly objeveny tři nové zootické koronaviry, které způsobují onemocnění u lidí. Jedná se o SARS-CoV objevený v roce 2002 (Betacoronavirus-Sarbecovirus), MERS-CoV v roce 2012 (Betacoronavirus-Merbecovirus) a v roce 2019 SARS-CoV-2 (Státní zdravotní ústav, 2021a).

1.1.1 Průběh onemocnění

Průběh tohoto onemocnění je velmi různorodý a u každého jedince se může lišit, což může zkomplikovat včasné rozpoznání nakažení tímto virem. Rozdíly se netýkají pouze samotného průběhu onemocnění ale i délky jeho trvání, která značně individuální. Problémem je i inkubační doba samotného viru, během které někteří jedinci nemusí mít žádné příznaky a mohou tak nakazit své okolí. Obvykle trvá 2-14 dní (Pánová, E., 2021).

Covid-19 se tedy může rozdělit dle průběhu asymptomaticky nebo symptomaticky (Chrdle, A. et al., © 2021). I délka průběhu onemocnění se u pacientů velmi liší, může trvat několik dnů až týdnů (Pánová, E., 2021).

Onemocnění covid-19 se primárně projevuje jako mírné respirační onemocnění, které se dále nekomplikuje. U menšiny lidí ovšem dochází k rozvoji komplikací, které zvyšují mortalitu nakažených. Mezi nejčastější komplikace řadíme závažné onemocnění pneumonií, anebo výskyt respiračního selhání (Thirkell, P. et al., 2022). U většiny pacientů, kteří mají těžký stupeň průběhu onemocnění s komplikacemi dochází také k výskytu febrilie, která může trvat 7-10 dní. Dlouhodobé teploty, únava a respirační potíže tak mohou vyústit ve stav, kdy je nutná nemocniční péče, která zahrnuje léčbu oxygenoterapií. Důvodem bývá progredující dušnost s hypoxémií. Dále se může objevovat tachykardie, hypotenze, tachypnoe, sepse, multiorgánové selhání či porucha vědomí (Chrdle, A. et al., © 2021).

To, jakým průběhem onemocnění covid-19 bude jedinec procházet se odvíjí také od rizikových faktorů. Jedním z významných rizikových faktorů je věk nemocného, ač není vždy rozhodující. Například do 39 let věku zemře zhruba 0,1 % pacientů, kdežto u věku 80 let a výše zemře 29,8 % pacientů bez dalších rizikových faktorů (Chrdle, A. et al., © 2021). Dalšími rizikovými faktory, které komplikují průběh onemocnění jsou např. Diabetes mellitus, obezita, stav po transplantaci ledviny (Wohlfahrtová, M., 2020), arteriální hypertenze, onkologická onemocnění, CHOPN a další (Chrdle, A. et al., © 2021).

Nejčastějšími příznaky jsou výskyty respiračních infekcí, které mohou postihnout jak horní, tak i dolní cesty dýchací. Tyto infekce se projevují suchým dávivým kašlem, dušností, bolestí v krku či rýmou. Dále se vyskytují celkové příznaky nákazy,

jako je např. horečka, únava, bolesti svalů a hlavy (Chrdle, A. et al., © 2021), průjem, nechutenství, ztráta čichu nebo chuti a další (Wohlfahrtová, M., 2020).

Onemocnění novým typem koronaviru tzv. SARS-CoV-2 je vysoce nakažlivé. Dochází k infikování respiračního epitelu koronaviry, které se rozšíří do dýchacího systému nového hostitele. Přenos zprostředkují kapénky nebo aerosol, který vzniká při kašli, kýchání, mluvení nebo i zpěvu. Přístupové cesty do organismu jedince jsou převážně dýchací cesty a také oči. V nemocnici dochází ke vzniku kapének a aerosolu při různých lékařských vyšetřeních, jako je např. bronchoskopie, endotracheální intubace, neinvazivní ventilace, při odsávání z horních dýchacích cest odsávačkou a další. Proto bylo nařízeno nošení ochranných pomůcek, jak v nemocnici, tak i mezi běžnou populací (Thirkell, P. et al., 2022).

1.1.2 Diagnostika onemocnění

Pandemie onemocnění novým koronavirem má neustále ničivé dopady nejen na populaci, ale i na ekonomiku a sociální struktury státu. Bylo zapotřebí co nejrychleji snížit nakažení populace, proto se začaly vyrábět spolehlivé diagnostické testy, které dokáží včas odhalit tento rozšířený vir a pomáhají tak při útlumu rozvoje pandemie (Sreepadmanabh, M. et al., 2020).

Jelikož má onemocnění Covid-19 obdobné příznaky, jako jiná běžná onemocnění respiračního systému, je od nich nerozpoznatelné. Proto je důležité u každého pacienta s příznaky jako jsou např. horečka, kašel, dušnost či poruchy čichu, myslet na možnost přítomnosti tohoto viru a provést potřebnou diagnostiku příslušnými testy (Thirkell, P. et al., 2022). K diagnostice tohoto onemocnění lze využít dvě metody. První metodou je prokázání přítomnosti viru ve sliznici nosohltanu a druhou metodou stanovení protilátek v těle (CDC, 2021)

První a zároveň nejpřesnější volba k prokázání přítomnosti covid-19 je metoda PCR. Jedná se o průkaz nukleové kyseliny viru v klinickém materiálu, který se získává výtěrem z nosohltanu (Bednářová, J., 2021). Může se stát, že PCR test vyjde negativní, i přes výskyt příznaků u jedince. Proto se test opakuje znovu za 2-5 dní, aby bylo vyloučení nákazou koronavirem jisté (Štefan, M. et al., 2021).

K laboratornímu testování se přidává i metoda antigenního testování. Jedná se o metodu, která má nižší senzitivitu zachycení viru než PCR. (Štefan, M. et al., 2021), avšak spolehlivě slouží k prokázání onemocnění u osob s vysokou virovou zátěží, u kterých je přenos nejpravděpodobnější. Tento typ byl hojně využíván mezi zdravotníky za účelem pravidelného testování a následné včasné identifikace onemocnění, což umožnilo izolaci a zamezení šíření viru (Thirkell, P. et al., 2022). Pokud antigen vyjde pozitivní, bylo potřeba provést ještě následné vyšetření pomocí PCR, které diagnózu potvrdilo (Štefan, M. et al., 2021).

Metodou odběru krve na zjištění protilátek v těle se neprokáže infikování jedince covid-19, pouze se u něj objeví vyšší výskyt protilátek, což potvrdí, že někdy v minulosti toto onemocnění prodělal. Neprovádí se k diagnostikování tohoto onemocnění v akutní fázi, kdy je zapotřebí zjistit pozitivitu či negativitu jedince (CDC, 2021). Protilátková odpověď organismu se objevuje až ve 2.-3. týdnu onemocnění covid-19. Indikace k odběru protilátek mohou být např. z důvodu sledování prevalence v populaci, při klinickém podezření na covid-19, přičemž PCR test vychází negativní, nebo si jej jedinci nechají sami udělat u zprostředkovatelů PCR testování, aby si potvrdili proděláním tohoto onemocnění (Štefan, M. et al., 2021).

1.1.3 Léčba onemocnění

Vědci po celém světě se snaží najít nejlepší způsob léčby onemocnění covid-19. Za tu dobu, co se zde toto onemocnění vyskytlo se vyzkoušela celá řada léků, některé se ovšem prokázaly jako bezvýznamné při léčbě pacientů s covid-19 (World Health Organization, 2021a).

Prvotní intervencí při prokázání onemocnění koronavirem je nařízení domácí karantény, pokud to umožňuje stav pacienta nebo karanténa na tzv. covidových odděleních v nemocnici při těžším průběhu. Doba domácí karantény se v průběhu trvání přítomnosti koronaviru měnila. Pacientům byl doporučen klidový režim a symptomatická léčba do vymizení příznaků (World Health Organization, 2021a).

U těžšího průběhu nebo u pacientů s komplikacemi byla nutná hospitalizace v nemocnici za použití oxygenoterapie, popřípadě neinvazivní či invazivní umělé plicní ventilace

(World Health Organization, 2021a). Z léků, které zabírají na toto onemocnění, se prokázal pozitivní účinek kortikoidů nazývaných Dexamethason, které účinně léčí záněty poškozující plice, a snižují tak progres respiračního selhání a následné smrti (Recovery collaborative group, 2021). Lék slouží i pro pacienty závislé na podpoře při umělé plicní ventilaci, protože zkracuje dobu potřeby této terapie (World Health Organization, 2021a). Studie prokázaly, že vitamin D, vitamin A, selen a zinek mají protizánětlivé, imunostimulační nebo antivirové účinky, které mohou zvýšit působení standardních terapeutik pro léčbu koronavirových infekcí, a byly tak aktivně zahrnuty do léčby o tyto pacienty (Martin, B. R., Richardson, J., 2021).

Dalšími způsoby léčby je např. podávání monoklonálních protilátek proti SARS-CoV-2. Jedná se o nový způsob léčby tohoto onemocnění, který je určen pro pacienty s mírným průběhem a určitými rizikovými faktory, které by mohly vést k možnosti zhoršení průběhu. Léčbu indikuje praktický lékař a pacienti musejí docházet do speciálních ambulancí, kde jsou jim protilátky podávány ve formě intravenózní infuze (Fakultní nemocnice Bulovka, 2022).

U pacientů s variantou viru SARS-CoV-2 – OMIKRON však nejsou monoklonální protilátky účinné, a tudíž lékaři doporučují pacientům podávat Legevirio (molnupiravir). Jedná se o antivirotika podávána pacientům se středně těžkým průběhem, kteří jsou ohroženi možností vzniku závažnějšího průběhu onemocnění (Fakultní nemocnice Brno, 2022).

Práce sester ohledně pacientů s tímto onemocněním zahrnovala jednoznačně důkladnou péči o dýchací cesty a na jednotkách intenzivní medicíny také práci o ventilované pacienty. Umělá plicní ventilace se zajišťovala pomocí intubace zhoršených pacientů, popřípadě provedení tracheostomie. Sestry musely často odsávat pacienty z důvodu značného zahlenění, prováděly monitoraci fyziologických funkcí, kontrolovaly stálost parametrů ventilátoru a mnoho dalšího. Spolu s lékaři se staraly o zajištění analgosedace, musely zajišťovat podávání léků, prevenci vzniku dekubitů a adekvátní výživu pacienta (Klinika anesteziologie a resuscitace, © 2019). Péče o tyto pacienty vyžadovala mnoho času, a kvůli rychlému nárůstu pacientů na JIP tak docházelo k přetížení personálu. Stávalo se, že jedna sestra měla na starost dva a více pacientů, což vedlo k intenzivnímu přetěžování a následnému psychickému nepohodlí sester. Pokud to bylo možné, využíval se personál pracující na standardních odděleních k doplnění chybějícího personálu

a k pomoci sestřám na JIP (Hoogendoorn, M.E. et al., 2021). I přes snahu a péči zdravotníků se však ne vždy podařilo nakaženého pacienta zachránit. Umírali tak za nepříznivých podmínek, což vedlo k dalšímu psychickému zatížení personálu.

Podíváme-li se na zaktualizovaná data k roku 2023, zjistíme, že léčba onemocnění covid-19 se změnila. Pokud se u pacienta objeví příznaky onemocnění covid-19 nebo se prokáže cestou antigenu či PCR, již není automaticky nařízena povinná karanténa, jako tomu bylo na začátku a v průběhu pandemie. Nařízená izolace je pouze v momentě, kdy to bude nezbytné k zajištění ochrany veřejného zdraví, jako je např. stav, kdy nakažený jedinec pracuje s imunitně oslabenými jedinci (Covid portál, 2023b). Pacientům s onemocněním covid-19 je doporučeno řešit příznaky onemocnění běžně prodejnými léky. Při zhoršení stavu se kontaktuje praktický lékař, který rozhodne o dalším postupu. Pokud jsou příznaky onemocnění neúnosné a ohrožují jedince na životě, je potřeba zavolat na linku 155 (Covid portál, 2023a).

1.1.4 Imunitní odpověď organismu na onemocnění

Na počátku propuknutí onemocnění covid-19 se ve snaze o kontrolu tohoto onemocnění spoléhalo převážně na preventivní opatření, jako bylo např. umývání rukou, nošení ochrany dýchacích cest (roušek, respirátorů), fyzický odstup a další. Nicméně nebylo jasné, zda si člověk vypěstuje dostatečnou imunitu, a proto se prováděly různé studie. První studie ukázala, že po prodělání infekce se u většiny osob objevily protilátky IgM a IgG, které byly detekovány několik dnů až týdnů od nástupu příznaků (Kirkcaldy, R., D., et al., 2020).

Dále u covid-19 bylo prokázáno, že SARS-CoV-2 aktivuje vrozené i adaptivní imunitní odpovědi organismu. Avšak pokud je imunita nakaženého člověka narušena nebo oslabena, může dojít k rozvoji nemoci do závažnější formy. Z toho lze vyvodit, že tělo si s tímto onemocněním umí poradit, ale stačí snížená imunita jedince a nemoc se může rozšířit do těžších forem (Fabre, A., et al., 2021).

Pozdější studie zjistily, že u většiny lidí, kteří se infikovali tímto virem, lze odhalit protilátky mezi 10. až 21. dnem po infekci. Kdežto u mírnějšího průběhu se detekce protilátek může protáhnout až na čtyři nebo více týdnů po prodělání infekce. Následně

se zjistilo, že u malého počtu osob, nebyly protilátky třídy IgM a IgG odhaleny vůbec (Státní zdravotní ústav, 2022a).

Po prodělání onemocnění covid-19 anebo i po očkování jedince je navozena adaptivní imunitní odpověď, která by měla poskytovat tomuto jedinci dlouhodobou ochranu před onemocněním. Hladina protilátek proti SARS-CoV-2 v těle dotyčného vydrží až 94 dní po prodělání infekce. Výzkumy však ukázaly, že velikost protilátkové odpovědi je značně závislá na závažnosti průběhu onemocnění covid-19, protože u jedinců, kteří měli bezpříznakový nebo mírný průběh onemocnění, nemusela být imunita dlouhodobá (Státní zdravotní ústav, 2022a).

1.1.5 Následky onemocnění

Zatímco většina lidí, u kterých se rozvinul covid-19, se plně uzdravila, u některých jedinců se rozvinuly různé střednědobé a dlouhodobé příznaky, jako je únava, dušnost a kognitivní dysfunkce, charakterizované jako např. zmatenost, zapomnětlivost nebo nedostatek mentálního soustředění a jasnost (World Health Organization, 2021b). Předpokládá se, že během této fáze, přetrvává v organismu dotyčného chronický zánětlivý a imunologický proces, který zapříčiňuje výskyt těchto příznaků (Rizvi, A. A. et al., 2022). Lidé, kteří si prošli tímto onemocněním, také pociťují psychické potíže jako součást stavu po prodělání (World Health Organization, 2021b). Národní zdravotnický informační portál udává jako potíže po prodělání onemocnění bolesti hlavy, zvýšenou teplotu, kašel a bolesti v krku. Postižen může být jakýkoliv orgán, nejčastěji se ale jedná právě o dýchací cesty (Státní zdravotní ústav, 2022b). Byl dokonce prokázán i vyšší výskyt prevalence hyperglykémie a nově diagnostikovaný diabetes mellitus s následnou nutností zahájení patřičné léčby (Rizvi, A. A. et al., 2022).

Tyto příznaky mohou přetrvávat od počátku propuknutí onemocnění, nebo se mohou rozvinout i po uzdravení pacienta, mohou přicházet a odcházet nebo se mohou i v průběhu času opakovat (World Health Organization, 2021b).

Každý jedinec se s onemocněním covid-19 vypořádává trochu jinak a rozdílná je i doba zotavení. U někoho jsou potíže přetrvávající několik týdnů, u jiného to mohou být měsíce. Pokud potíže přetrvávají po dobu delší než 4 týdny, hovoříme o tzv. long covidu. Takto

je označované období, kdy příznaky a potíže trvají u nemocného po dobu 12 a více týdnů od vypuknutí infekce SARS-CoV-2. Největším problémem je postcovidový syndrom. (Státní zdravotní ústav, 2022b).

Zatím neexistuje žádný diagnostický test, který by potvrdil postcovidový syndrom. Diagnózu stanovuje převážně praktický lékař na základě podrobného vyšetření dotyčného a léčba se zaměřuje na konkrétní oblasti problému. Pokud jsou rozvinuty dýchací obtíže, je jedinec sledován pneumologem, jedná-li se o psychické potíže, je sledován u psychologa/psychiatra (Státní zdravotní ústav, 2022b).

Stav po proděláním onemocnění covid-19 může ovlivnit schopnost člověka vykonávat každodenní činnosti, jako je práce nebo běžné činnosti v domácnosti (World Health Organization, 2021b). Byl prokázán výskyt dušnosti a únavy po dobu až 1 roku po prodělané symptomatické formě nemoci covid-19 spolu se sníženou kvalitou života. Pokud je podezření na tento stav, je nutné jej řešit zavčas (Rizvi, A. A. et al., 2022).

1.1.6 Očkování

Program hromadného očkování započal v prosinci v roce 2020 (World Health Organization, 2021). Bylo nabízeno pouze vysoce rizikovým skupinám a zdravotnickým pracovníkům. V říjnu roku 2021 byla vakcinace rozšířena na zbytek populace starší 12 let (Yi, S. et al., 2022). Co se týče proočkovanosti, každý den se čísla aktualizovala a naočkovaných lidí přibývalo. Bylo aplikováno nejméně 13 různých vakcín na 4 platformách, tato práce zaměřila jen na některé z nich (World Health Organization, 2021). Tyto vakcíny zabraňují vzniku onemocnění covid-19 tak, že vyvolávají imunitní odpověď organismu vůči tomuto viru (Covid portál, 2022). Pro minimalizování počtu úmrtí bylo zapotřebí proočkovat 80% starší populace (Ferreira, L. S. et al., 2022).

Jako první byla zařazena na seznam WHO pro nouzové použití vakcína Pfizer/BioNtech a to 31. prosince 2020 (World Health Organization, 2021). Jedná se o typy vakcín mRNA a v České republice je certifikát platný 14 dní od 2. dávky, stejně jako i u ostatních vakcín (Covid portál, 2022).

Vakcína Moderna od společnosti Spikevax byla zaregistrována v EU 6. ledna 2021, a je to stejně jako Pfizer/BioNtech vakcína typu mRNA vakcíny (Covid portál, 2022).

Dále jsou k dostání vakcíny AstraZeneca (registrována 29. ledna 2021) a Janssen Pharmaceutica (registrována 13. března 2021), které jsou vektorového typu (Covid portál, 2022).

Platnost certifikátu po ukončení základního schématu očkování, kdy u Janssen se jedná o 1 dávku a u ostatních vakcín Comirnaty, Spikevax, Vaxzevria, Nuvaxovid 2 dávky, je 270 dní. Pro funkčnost vakcín byla doporučena ještě třetí posilovací dávka, po které je certifikát již bez časového omezení (Covid portál, 2022).

V průběhu zahájení očkování vznikalo mnoho studií a výzkumu, které popisovaly i nežádoucí účinky vakcinace. Mezi časté nežádoucí reakce hned po aplikaci vakcíny byly horečka, tělesné bolesti, slabost, bolest hlavy a bolest v místě vpichu. Ovšem všechny nežádoucí reakce byly mírné a dali se zvládnout paracetamolem (Manda, A. et al., 2022). Po očkování vakcínou AstraZeneca byl hlášen např. výskyt paralýzy obličeje, tento nežádoucí účinek byl však uznán jako méně nebezpečnější než infekce covid-19, a proto se s vakcinací dále pokračovalo (Khurshid, M. et al., 2022).

Účinnost všech vakcín byla potvrzena i přes všechny nežádoucí, avšak zvládnutelné reakce. Potvrdilo se, že vakcinace je jedna z nejzákladnějších strategií v boji proti infekci a u naočkovaných jedinců dochází ke snížení výskytu závažných komplikací onemocnění covid-19 (Takeuchi, Y. et al., 2022).

2.1 Doprovázení sestrou

Doprovázení sestrou je v dnešní době stále větším trendem a žádanou potřebou péče o duševní zdraví. Doprovázení pacientů je nedílnou součástí práce zdravotnického personálu, do kterého se řadí i zajištění psychické pohody a komfortu pacienta a jeho rodiny. Je také zapotřebí nezapomínat na psychickou pohodu samotného zdravotnického personálu, o kterou je potřeba pečovat stejně jako o pohodu pacientů a nezapomínat na jejich potřeby (Špirudová, L., 2015a).

Doprovázení sestrou zahrnuje především zdravotní péči poskytovanou lidem, kteří jsou dlouhodobě nemocní a jejich stav se neustále zhoršuje a spadá sem i péče o lidi, u kterých se očekává úmrtí (Mutlová, O., Chmelová, M., 2019). Jedná se tedy o doprovázení pacienta napříč všemi cíli ošetřovatelství, které dle ministerstva

zdravotnictví jsou „*Podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení nemocného člověka, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt, poskytovat profesionální ošetrovatelskou péči pacientům, kteří o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, vést pacienty k sebebepěči, kvalitně edukovat i jejich blízké, poskytovat ošetrovatelskou péči na základě vědeckých poznatků podložených ošetrovatelským výzkumem, poskytovat týmovou, aktivní, individualizovanou, kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči*“ (Strnadová, A. et al., 2021, s. 9).

Pojem doprovázení nemusí znamenat pouze doprovázení umírajícího. Může se jednat i o doprovázení výchovně vzdělávací, kdy se předávají určité vědomosti a dovednosti, dále se doprovází sociální oblasti, a poté i zmíněnou zdravotnickou sférou (Mutlová, O., Chmelová, M., 2019).

Zdravotnické doprovázení se může týkat lidí všech věkových kategorií, od dětí až po seniory. Nejčastěji se provádí ve zdravotnických zařízeních nebo v domácím prostředí pacientů, kteří potřebují neodkladnou pomoc. Provádí ho zdravotnický nebo zaškolený personál, jako jsou např. doly, rodinní příslušníci nebo studenti. Je velmi důležité uplatňovat spíše partnerský model než paternalistický, což znamená například nutnost přizpůsobit komunikaci klientům, nepoužívat odborné termíny, neodsuzovat je nebo jim něco nenařizovat (Špirudová, L., 2015a).

2.1.1 Požadavky na sestry

Téměř ve všech zemích světa tvoří největší skupinu zdravotnického personálu právě sestry, které plní pacientům jejich potřeby. Sestry se starají a poskytují pacientům péči v oblastech od podpory zdraví, léčby, rehabilitace až po péči o pacienty na konci svého života. Sestry jsou důležitým mezníkem při poskytování zdravotnických služeb, dosažení primární zdravotní a souvislé ošetrovatelské péče a dosahování strategických cílů v oblasti zdraví, ať už se jedná o cíle národní či mezinárodní (Oulton, A. J., Caldwell, P., 2017).

První zmiňovanou sestrou, která znázorňovala jakýsi ideál správné sestry byla Florence Nightingale, která se zároveň stala i zakladatelkou ošetrovatelství. Stala se jí díky své vytrvalosti, odvaze a vzdělanosti, kterou se vyznamenala. Dokázala například změnit

předsudky o práci sester, vybuodovala první zdravotní školu a stala se inspirací a vzorem pro mnohé jedince (Heiderová, H., 2021).

V dnešní době jsou na sestry kladeny vysoké požadavky, ať už se to týká vzdělání či požadavků na jejich osobnost. Jakýsi ideál sestry nám pomáhá ukázat Etický kodex sester nebo například aktuální oborová kompetenční legislativa, která poukazuje na kompetence zdravotnického personálu (Špirudová, L., 2015a).

Kompetence zdravotníka jsou spravovány převážně vyhláškou č. 158/2022 Sb., která pojednává o činnostech zdravotnických pracovníků a popisuje činnosti, jenž může zdravotnický pracovník (všeobecná, praktická, dětská sestra atd.) s odbornou způsobilostí vykonávat (Zákony pro lidi, 2022). Vzdělání sester určuje zákon č. 201/2017 Sb., jelikož určuje podmínky k získávání povolání zdravotnického pracovníka a poukazuje na patřičné vzdělání profesí, které musí jedinec absolvovat, aby mohl vykonávat jednotlivé povolání. (Zákony pro lidi, 2017).

Při bližším zaměření na osobnost sestry se ukazuje, jaká by měla být. Měla by mít vlastnosti autenticity, akceptace a empatie (Plevová, I., 2018). Dále by měla zvládnout být kreativní, mít chuť řešit nové úkoly, být schopná se rychle rozhodnout, mít kritické myšlení a působit klidně (Kelnarová, M., 2009). Kritické myšlení je velmi stěžejní, co se týče profese všeobecné sestry. Umožňuje sestře na základě vlastního posouzení zhodnotit pacientovi potřeby a poté na ně vyhledat možná řešení. Dále umožňuje sestřám zamyslet se nad svými rozhodnutími a být za ně zodpovědné (Vörösová, G. et al., 2015). Neexistuje však žádný striktní ideál, který by přesně určoval nebo specifikoval osobnost zdravotníka. V péči o pacienta záleží na velkém množství faktorů, ze kterých se poté dá snadno definovat vhodné chování sestry. Zásadní roli hrají atmosféra a dynamika oddělení, skladba a struktura sester na směně. Je však jednoznačné, že by zdravotník měl mít vyzrálou osobnost, být vnitřně stabilní a odolný vůči stresu (Plevová, I., 2018). Každý v ideálu všeobecné sestry a toho povolání vidí něco jiného, například Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., pronesl následovně *„Ideální sestra je taková, která je empatická vůči pacientům. Má nejen hluboké odborné znalosti, ale také musí mít, řekl bych bohužel, administrativní schopnosti. Musí být manažerkou, organizovat práci s pacienty i chod ambulance, dobře komunikovat vůči pacientům. To je někdy velmi složité, protože pacienti jakožto lidé jsou nejen příjemní, ale také někdy nepříjemní.“* MUDr. Milan Kubek tvrdí, že *„Ideální sestra neexistuje, je stejnou iluzí jako ideální lékař. Dobrá*

zdravotní sestra je však kvalifikovaná, samostatná, spolehlivá a pracovitá, k pacientům vlídná, empatická a úslužná. Je prostě lékařova pravá ruka, bez níž je poskytování kvalitní zdravotní péče nemyslitelné. A dobrý lékař je ten, kdo si je důležitosti své zdravotní sestry či sestery vědom.“ (Medical tribune, © 2017).

Ovšem ošetrovatelská péče sester o pacienty s onemocněním covid-19 nebyla vždy jednoduchá a vyžadovala mnoho psychických i fyzických sil ze stran zdravotnického personálu. Sestry byly neustále vystavované akutnímu nátlaku způsobující stres, a hrozilo u nich již několikrát zmiňované narušení duševního zdraví, proto nebylo vždy jednoduché splňovat všechny body správné sestry (Tsouvelas, G. et al., 2022).

2.1.2 Systém podpory

Na celém světě se vyskytuje více než 20 milionů sester, které si prožily mnoho situací a příběhů. Vědí, co je to radost, naděje, ale i co je to zoufalství a smrt (Affara, F. et al., 2020). Ošetrovatelství je pomáhající profese, ve které sestry hrají neopominutelnou či jinak řečeno důležitou roli (Špirudová, L., 2015a). Jak uvedla bývalá prezidentka ICN Annette Kennedy *„Sestry pečují, uzdravují, vzdělávají, vedou ostatní a prosazují potřebné změny, a jsou tak klíčovým prvkem bezpečné, přístupné a finančně dostupné péče.*“ (Affara, F. et al., 2020, s. 4). Věnují tak svůj čas, dovednosti, zkušenosti nemocným lidem, a starají se o druhé všemi silami. Je ale potřeba, aby bylo postaráno i o ně samotné a nedocházelo u nich ke vzniku duševních obtíží, či pocitům nejistoty nebo strachu. Od sestry se očekává, že bude efektivně kooperovat s pacientem a díky tomu mu pomůže řešit jeho problémy a nedostatek potřeb, které se u něho vyskytují. Tyto funkce by měly zastávat právě podpůrné systémy, které se dají rozdělit na podpůrný systém určený sestřím a podpůrný systém určený nemocným (Špirudová, L., 2015a).

Podpůrné systémy sester se dají definovat jako soubor určitých metod či technik, které umožňují sestřím lépe přijmout jejich roli. Zamezují výskytu duševních onemocnění, syndromu vyhoření a pomáhají k odbornému růstu. Mezi tyto systémy se řadí např. mentorství, supervize praxe, koučování, preceptorství, školní nebo manažerská supervize (Špirudová, L., 2015a).

Hovoří-li se například o supervizi rolí a aktivit sestry v ošetrovatelství, ty jsou prováděny za pomoci rozhovorů supervizorů se sestrami nebo studenty. Společně rozebírají problémy spojené s praxí, kterou dotyční vykonávají. Pomocí těchto rozhovorů mohou supervizoři nalézat řešení na různé druhy problémů praxe, jako je například vedení sester, vztahy sestra – lékař nebo kazuistika obtížného případu (Venglářová, M., 2013).

Co se týče podpůrných systémů pacientů, jedná se opět o různé metody a techniky, které jsou používány ve prospěch pacienta. Tyto metody vykonávají sestry, které tak pomáhají pacientům lépe se adaptovat na změny, motivují je, podporují nebo jim navracejí sebeúctu. Řadíme mezi ně samotnou edukaci pacientů a jejich příbuzných, techniku práce s klientem nebo naplňování sesterských rolí, jako je např. role advokáta pacienta (Špirudová, L., 2015a).

Mezi základy edukace pacienta můžeme zařadit předávání nových informací Ty vedou ke zlepšení znalostí a dovedností pacienta, a následně i ke zlepšení jeho postoje ke svému zdravotnímu stavu (Juřeníková, P., 2010). Erudovanost pacientů ovlivňují různé faktory. Zdravotníci nejčastěji řeší komplikace, spojené s nedostatkem času lékařů a sester na samotnou edukaci pacienta. Do popředí se dostávají individuální potřeby pacienta, dle charakteristiky jedince, jeho důvěry v léčbu, obav z nežádoucích účinků či znalosti personálu o léčbě onemocnění. Hledají se správná režimová opatření a deficit potřeb pacienta (Gurková, E., 2017).

3.1 Doprovázení sestrou v době pandemie koronaviru

Pandemie obecně jsou mimořádné události v oblasti veřejného zdraví, které mohou mít za následek značná úmrtí, a i socioekonomické narušení funkčnosti společnosti. Právě sestry hrají klíčovou roli v reakcích veřejného zdraví na takovéto krize, jelikož poskytují přímou péči pacientům. Zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče v období pandemií a epidemií mohou mít neopominutelné krátkodobé i dlouhodobé důsledky nejen pro jednotlivé sestry, ale i společnost a ošetrovatelskou profesi (Fernandez, R. et al., 2020).

V současné době stoupá výskyt infekčních chorob, jako je např. akutní respirační syndrom (SARS), prasečí chřipka (A/H1N1) a nyní covid-19 (Fernandez, R. et al., 2020).

Veškerý zdravotnický personál, který pečuje o pacienty a bojuje s onemocněním covid-19, je vystaven neustálému nátlaku, který způsobuje zvyšující se riziko vzniku psychických problémů. Ty pak komplikují zdravotníkům nejen pracovní, ale i osobní život (Gue, J. et al., 2020). Sestry, které poskytují přímou péči pacientům s onemocněním covid-19, jsou v těsné blízkosti nakažených a jako takové jsou vystaveny přímému působení tohoto viru. To zvyšuje riziko vzniku onemocnění, což je dalším stresorem působícím na psychiku sester. Při vypuknutí pandemie na Tchaj-wanu byly 4 ze 70 úmrtí sestry (Fernandez, R. et al., 2020). Aby mohlo dojít v období pandemií a epidemií k udržení adekvátní kvality poskytované péče, je nutností zajistit adekvátní počet zdravotnického personálu, který by měl být vždy k dispozici, ačkoliv tomu tak ve skutečnosti není (Shanafelt, T. et al., 2020).

3.1.1 Psychické dopady na sestry

Všeobecné sestry včetně ostatního zdravotnického personálu jsou vystaveny v tomto období neustálému návalu kriticky nemocných pacientů. Zároveň čelí společenským změnám a emocionálním stresorům, se kterými se potýká každý zdravotník, a proto je u nich riziko vzniku psychických obtíží v porovnání s jinými profesemi ještě větší (Shanafelt, T. et al., 2020). Dále bojují například s pracovní zátěží, fyzickým vyčerpáním, rizikem infekce spojené se zdravotní péčí, nedostatkem ochranných pomůcek nebo nutností činit eticky obtížná rozhodnutí. Nejedná se však jen o rizikové faktory v prostorách nemocnice, ale spadají do toho i další okolnosti týkající se osobního života, jako je např. riziko nebo infekce přátel či rodiny, ztráta sociální podpory a další. Z těchto důvodů mohou být všeobecné sestry obzvláště zranitelné a náchylné k problémům s duševním zdravím, nespavostí, depresi či úzkostí (Pappa, S. et al., 2020).

Na téma psychické zátěže a následných obtíží bylo již provedeno mnoho studií. Například díky metaanalýze dle Pappa, S. et al. (2020) se zjistilo, že vystavení zdravotnického personálu rizikovým faktorům, mezi které spadala péče o nemocné covid-19, má významný dopad na fyzické i mentální zdraví personálu, a může se na nich podepsat v podobě stresu, nespavosti, deprese nebo poruch nálad (Pappa, S. et al., 2020).

Průřezová studie, která byla provedena v Číně došla k podobnému závěru jako studie výše uvedené. Výsledky ukázaly vyšší riziko psychických problémů u zdravotníků pracujících v první linii oproti těm, kteří se jí neúčastnili (Que, J. et al., 2020).

Také studie, která se zabývala dopadem pandemie koronaviru na zdravotníky ukázala, že výskyt dopadu na duševní, fyzickou i sociální pohodu je značný. Například lékaři a sestry udávali, že čelí ohromné pracovní zátěži v přetížených zdravotnických zařízeních (Sethi, B. A. et al., 2020).

Psychické problémy a následky péče jsou celosvětovým problémem mezi zdravotnickým personálem, obzvláště pak během pandemie a zdravotníků pracujících v prvních liniích (Que, J. et al., 2020). Péče o jedince nakažené covid-19, přináší sestřím pocity viny související s neefektivitou péče, nepohodlí spojené s nošením osobních ochranných pomůcek, negativní dopad reality na rodinu a další (Rathnayake, S. et al., 2021). Je potřeba, aby zdravotnický personál byl chráněn včasnými zásahy (Que, J. et al., 2020). Zároveň celý proces pandemie, i přes fyzické a psychické strádání personálu, je nová zkušenost, která vede k osobnímu i profesnímu rozvoji zdravotnického personálu, jak z postupu ošetřování, tak léčby pacientů (Rathnayake, S. et al., 2021).

3.1.2 Důsledek nošení OOPP

Jak už bylo zmíněno výše, zdravotníci hrají klíčovou roli v období pandemií po celém světě. Svoji důležitost má i zavedení omezení a zabránění šíření přenosu onemocnění covid-19 pomocí nošení osobních ochranných prostředků (OOP) (Jose, S. et al., 2021).

Osobní ochranné pomůcky jsou jedním z prostředků, zabraňující šíření onemocnění, na druhou stranu mohou způsobovat zdravotníkům značné problémy. Nejčastějšími jsou bolest hlavy, ať už z důvodu nošení respirátorů či štítů, které svírají hlavu, nebo jako následek celkových reakcí na ochranný oblek. Dále se může jednat o nadměrné pocení, potíže s dýcháním a zamlžování štítu nebo brýlí zdravotníků, což výrazně zhoršuje podmínky práce (Jose, S. et al., 2021). Jedním z největších problémů, vyskytující se kvůli nošení ochranných pomůcek, jsou ale kožní reakce, které se vyskytují jako alergická reakce na ochranný oblek a rukavice, nebo jako poranění či bolestivost

nosního hřbetu, zadní strany uší, tváří a čelistí, jako důsledek nošení povinných respirátorů (Ünver, S. et al., 2022).

Nošení ochranných pomůcek způsobuje zdravotníkům značné problémy, v souvislosti s tím byly zjištěny také další rizikové faktory, u kterých je zvýšené riziko vzniku nežádoucích reakcí na nošení osobních ochranných pomůcek. Mezi rizikové faktory patří např. obezita, diabetes mellitus, kouření, dlouhodobé nošení ochranných pomůcek nebo již existující bolest hlavy, která se v obleku stupňuje (Galanis, P. et al., 2021).

V dnešní době vzniká spousta výzkumů a studií na zlepšení ochranných pomůcek, aby se zabránilo tepelnému namáhání a zajistila se dlouhodobá tepelná pohoda. K tomu jsou zapotřebí nové strategie výroby, které poskytnou účinný tepelný komfort personálu. Cílem těchto materiálů a strategií je stimulovat kreativní myšlení a multidisciplinární spolupráci za účelem zlepšení komfortu ochranných pomůcek (Lou, L. et al., 2021).

Mezi materiály použitelné na výrobu ochranných pomůcek je např. materiál Janus, který odvádí zkondenzovanou vlhkost z vnitřní vrstvy ochranného pláště do vnější vrstvy, čímž snižují relativní vlhkost oděvu a zlepšuje prodyšnost systému OOP. Dále se jedná o materiál měnící fázi (PCM), který se jako pasivní zdroj chladu využívá v komerčních produktech k jejich chlazení (Lou, L. et al., 2021).

3.1.3 Sociální stigma

Stigma je označení pro sociální předsudky vůči druhým lidem, kterým jsou poté připisovány negativní vlastnosti. Jedná se o neúplné přijetí společnosti, ve které jedinci žijí (Turki, M. et al., 2022). Dle Knapové (2018, s. 27) se jedná o „...označení pro dobře viditelné, nesmazatelné, nezaměnitelné označení vlastnictví majetku, předmětu, zvířete nebo člověka. Stigmatizace, nálepkování, labeling má podobu veřejného odsouzení, zejména prostřednictvím veřejných sdělovacích prostředků.“ Často ti, co prožívají stigma, jsou také diskriminováni kolektivem (Knapová, J., 2018).

Během pandemie covid-19 si sociálním stigmatem prošel ne jeden zdravotník. Sestry prožívaly strach z neznáma a nejistoty, a proto byla pro ně podpora od okolí velmi důležitá. Ne vždy se jí ale dočkaly (Pasay-an, E. et al., 2022). Samotné stigma sestřám

moc nepřispělo a bylo dalším faktorem, přispívajícím k psychické nepohodě (Turki, M. et al., 2022).

Zdravotníci, kteří pečovali o pacienty nakažené covid-19, byli vystaveni vysokému riziku nákazy tímto onemocněním, proto si ze stran veřejnosti odnášeli nálepku nakažených anebo potencionálních přenašečů onemocnění. Zažívali distancování nejen ze společnosti jako takové, ale někteří i od blízkých členů rodiny či přátel, kteří se báli nákazy. V některých případech se odcizili sami zdravotníci, aby snížili riziko nákazy pro jejich blízké (Pasay-an, E. et al., 2022). Po celém světě bylo hlášeno nemálo situací, kdy zdravotníci byli odmítnuti například taxikáři, kteří je nechtěli vozit a stávalo se, že i restaurace odmítali dovážet jídlo do nemocnic (Turki, M. et al., 2022). Zdravotníci neprožívali jen fyzické nepohodlí, ale museli také zažívat enormní psychickou zátěž v důsledku souvisejícího sociálního stigmatu (Pasay-an, E. et al., 2022). To vše vedlo k negativnímu sebepojetí, životní nespokojenosti, zvýšení stresu a u některých až ke vzniku syndromu vyhoření (Turki, M. et al., 2022).

Během pandemie koronaviru došlo k vytvoření různých strategií na podporu duševního zdraví sester. Studie z různých zemí ukázaly, že se mnohdy zdravotnický personál bál využít těchto služeb z důvodu možnosti zpochybnění jejich psychické stability a ztráty jejich funkční schopnosti pečovat o pacienty, ať už z pohledu zaměstnavatele nebo spolupracovníků (Weston, J. M., Nordberg, A., 2022).

Stigma se projevovalo převážně snahou o vlastní izolaci od ostatních lidí, někdy i členů rodiny a výjimečně se projevovalo verbální či fyzickou agresí vůči nim (Turki, M. et al., 2022). Stigma během pandemie koronaviru bylo celosvětovým problémem. Je zapotřebí vždy včas rozpoznat tyto nastolené situace už na začátku propuknutí takovýchto nežádoucích komplikací a adekvátně na ně reagovat. Včasné intervence v těchto případech vedou ke snížení stresu a psychické nepohody u zdravotníků, a tím lze u nich předcházet vzniku dalších komplikací, jako je např. syndrom vyhoření (Pasay-an, E. et al., 2022).

3.1.4 Syndrom vyhoření

Onemocnění novým typem koronaviru se od začátku roku 2020 rozšířilo po celém světě a vygradovalo tak celkovou zátěž a úroveň fyzického i emocionálního stresu všeobecných sester i ostatního zdravotnického personálu na hranice jejich maxima. Tím pádem se i zvýšil výskyt syndromu vyhoření u těchto povolání (Oprisan, A. et al., 2022)

Dle Peška a Praška (2016, s. 15) je syndrom vyhoření „...stav celkového vyčerpání v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu“. Usuzuje, že syndrom vyhoření hrozí u každého člověka, který je pravidelně v kontaktu s jinými lidmi. Mezi nejvíce ohrožené profese patří právě lidé pracující ve zdravotnictví, protože jsou v neustálém kontaktu s nemocnými lidmi, kteří potřebují adekvátní a nepřetržitou ošetrovatelskou péči. Vyhoření není ale jen doménou zdravotnických profesí. Potýkají se s ním i špičkoví sportovci, novináři, policisté a další profese jednající s lidmi (Pešek, R., Praška, J., 2016).

Mnoho lidí si syndrom vyhoření plete se stresem, ale syndrom vyhoření není totéž, co stres. Stres je jeho příčinou a spouštěčem. Syndrom nastává při působení chronického stresu, proto stres a stresové faktory hrají velkou roli. Mezi stresory můžeme zařadit všechny druhy faktorů, které rozlišujeme na fyzické, psychické a sociální faktory (Stock, CH., 2010). Sestry pracující v prvních liniích během této pandemie jsou více náchylné na rozvoj syndromu vyhoření, z důvodu přítomnosti vesměs všech rizikových faktorů uvedených výše (Stelnicki, A. M. et al., 2020).

Tak jako jiné nemoci má i syndrom vyhoření své fáze. Jako první přichází idealistické nadšení, kdy má člověk pocit, že zvládne všechno a do všeho se pouští naplno. Toto období přechází do fáze stagnace, kdy toho na člověka začíná být dost. Zjistí, že jeho představy a realita se liší a on nemůže všechno zvládnout s úsměvem na tváři. Toto období přechází do fáze frustrace. Klienti zneužívají jeho dobroty a dotyčného všechno začíná štvát a unavovat. Předposlední fází je apatie, kdy si jedinec jen přeje, aby už šel domů. Jeho cílem je přežít den, jakýmkoliv způsobem. Poslední stádium je samotné vyhoření. Jedinec je emočně vyprahlý, často je toto období doprovázeno depresivními stavy. Většinou dochází ke změně zaměstnání (Pešek, R., Praška, J., 2016).

Neléčení syndromu vyhoření může vést až ke vzniku úzkostí či deprese a může dospět až k různým závislostem, jako kompenzace pocitu zoufalství, který člověk cítí. V krajních případech se dotyčný může pokusit i o sebevraždu. Při léčbě se používají

techniky psychologie, konkrétně o existenciální psychoterapii, kognitivně-behaviorální terapii, transformační systemickou terapii a další (Kubešová, B., © 1997 – 2022).

Nejlepší možností je samozřejmě se tomuto syndromu zcela vyhnout, proto existují preventivní strategie na zvládnání těžkých profesí. Mezi možnostmi prevence patří pozitivní techniky zvládnání stresu, jako například zdravý životní styl, duševní hygiena nebo jen snaha o oddělení pracovní a osobní stránky života člověka. Důležitým faktorem prevence je i navazování sociálních vztahů, což se netýká pouze rodiny, ale zahrnuje to širší oblast lidí, se kterými by rád trávil čas. Dalším z kroků k psychické pohodě a prevence syndromu vyhoření je adekvátní využití volného času. Jedná se o mimopracovní aktivity, u kterých je jedinec schopen relaxovat a odreagovat se od starostí profesního i všedního života či stresu (Štětina, J. et al., 2014).

3.1.5 Doprovázení při umírání a smrti pacientů s onemocněním covid-19

„Svobodný člověk nepřemýšlí o ničem méně než o smrti a jeho moudrost spočívá v úvahách o životě, ne o smrti.“ (Spinoza, B., 2022).

Jak uvádí většina literatury, smrt je jediná jistota člověka. Ať už jedinec prožije různě kvalitní a neurčitě dlouhý život, na jeho konci přichází umírání a smrt. Tomuto procesu nelze utéct. V období pandemie umíralo značné množství nakažených jedinců, kterému nešlo zabránit (Veverková, E. et a., 2019). Dle zákona č. 282/2002 sb. se smrtí rozumí *„...nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, nebo nevratná zástava krevního oběhu.“ (Zákony pro lidi, 2002, § 2).*

Při tématu o smrti je třeba rozeznávat smrt klinickou, která se projevuje zástavou dechu a srdeční činnosti a smrt mozkovou, kdy dochází k ireverzibilnímu poškození mozku a jeho funkcí. V případě mozkové smrti přetrvávají kardiovaskulární funkce, avšak pacient není schopen sám dýchat, vnímat nebo myslet (Veverková, E. et a., 2019). Období umírání i smrti je náročnou situací, kterou všeobecná sestra prožívá. Jejím úkolem je nemocnému zlepšit kvalitu života splněním jeho přání a potřeb, zachovat pocity sebeúcty, důstojnosti a zabránit vzniku depresí a strachu (Pražský, B., 2011).

Pacienti nakažení onemocněním covid-19 umírali v izolaci odstriženi od okolního světa a rodiny, pro které toto období též nebylo jednoduché. Ke konci srpna roku 2022 bylo

potvrzeno 6,4 milionu úmrtí na onemocnění covid-19 po celém světě. S postupnou mutací viru a nařízenými opatřeními se počet úmrtí na toto onemocnění snižuje (Nishimura, M. et al., 2022).

Poskytování ošetrovatelské péče a celkové doprovázení pacienta a jeho rodiny během období umírání a smrti může být pro všeobecné sestry emocionálně i psychicky náročné. Ne všechny sestry jsou schopné adekvátně reagovat a vyrovnat se se smrtí svého pacienta. Často sestry pracují na pracovištích, kde se se smrtí tolik neseškávají, a nejsou tak ani adekvátně připraveny na tuto situaci (Bloomer, M. J. et al., 2022). Poskytování odborné péče pacientům nakaženými onemocněním covid-19 a jejich rodinám bylo velmi náročné. Umírání v izolaci bez možnosti rozloučení přinášelo pozůstalým rodinám pocity opuštění, hněvu nebo i viny. Úmrtí v izolaci nebylo náročné jen pro rodiny pacientů, ale také pro zdravotnický personál, který těmto lidem poskytoval péči. (Nishimura, M. et al., 2022).

Při charakteristice složky tzv. dobré smrti, hovoříme o absenci fyzické bolesti a ostatních symptomů. Při pohledu na duchovní stránku termínu dobré smrti se jedná o dobré vztahy se svým okolím, respektování autonomie, či provádění náboženských rituálů (Nishimura, M. et al., 2022). Dále je zapotřebí v období péče o umírající pacienty přiměřená komunikace jak při kontaktu s pacientem, tak s jeho blízkou rodinou. Upřímnost a otevřenost ohledně stavu pacienta je zásadní (Sláma, O., Vafková, T., © 2020). Je potřeba, aby sestra naslouchala pacientovi a nebála se o smrti s ním hovořit, zachovala důstojnost pacienta i v období umírání a smrti a akceptovala jeho poslední přání. Sestra by měla v pacientovi vyvolat pocit pohody a podpory. Nabídnout uklidňující slova či dotyk a zmírnit tak strach z následné smrti. Hlavním úkolem sestry v tomto období je zajistit, aby pacient nebyl sám a udržovat v něm pocity sebedůvěry a sebeúcty. Vždy je ale potřeba nic nepřehánět a respektovat přání a rozhodnutí pacienta (Pražský, B. 2011). Avšak při shrnutí péče pacienta s onemocněním covid-19, který zažíval diskomfort z důvodů dechové nedostatečnosti, nepohodlné léčby, problémů v komunikaci, extrémní osamělosti a omezení jak kulturních, tak i náboženských rituálů, se o dobré smrti nedá hovořit (Nishimura, M. et al., 2022).

Péče o mrtvé lidské tělo přichází na řadu až po řádném ohledání těla a konstatování smrti lékařem. Každá nemocnice má své standardy, jak postupovat v takovýchto situacích. Vždy ale dochází k identifikaci zemřelého, poté sestry tělo srovnají do vodorovné polohy,

zalepí mu oči a podvážou bradu. Proveďte se i hygienická péče a odstraní se veškeré invazivní vstupy. Když je vše hotové, tělo se zabalí do prostěradla a ponechává se ještě dvě hodiny na oddělení (Veverková, E. et al., 2019). Při úmrtí na onemocnění covid-19 se tělo zemřelého muselo ještě zabalit do speciálního vaku, ve kterém byl zemřelý i následně pohřben (Loosová, J., 2020).

3.1.6 Péče o pozůstalé

Péče o pozůstalé zaujímá nedílnou roli v péči o nevléčitelně nemocné pacienty a měla by být zahrnuta všude tam, kde dochází u pacienta ke konci života. Proto je velmi důležité doprovázení blízkých osob již během umírání pacienta, na které má největší vliv zdravotnický personál. Vedení pozůstalých od prvního stanovení nepříznivé diagnózy či nástupu paliativní péče má předcházet patologickému truchlení, které může komplikovat životy pozůstalých na několik měsíců i let (Kabelka, L., 2020).

Závěr života pacienta a jeho následná smrt je vždy těžkým obdobím pro pozůstalé. Objevuje se u nich psychická krize, která se projevuje negativními pocity, jako je úzkost, tenze, zoufalství a další (Veverková, E. et al., 2019). Z těchto důvodů je velmi důležitá citlivá a empatická komunikace ze strany zdravotnického pracovníka. Důležitými aspekty v péči o pozůstalé je možnost důstojného rozloučení, emoční doprovod, pocit podpory či vhodná komunikace (Kabelka, L., 2020). Co se týče informace o smrti pacienta, je vhodné se s rodinou domluvit, zda chtějí informaci podat i v nočních hodinách nebo popřípadě až ráno (Veverková, E. et al., 2019).

Pandemie covid-19 a náležitá hygienická opatření nastolila jiné podmínky pro péči jak o umírající, tak o pozůstalé. Ze začátku výskytu pandemie byly zakázány veškeré návštěvy v nemocnici, a rozloučení tudíž nebylo pozůstalým umožněno. V průběhu pandemie to začalo být opět možné, ovšem nemocnice se často potýkaly s obavami ze stran pozůstalých, kteří se báli o své vlastní zdraví při návštěvě nemocnice. Proto vznikaly různé projekty, které umožňovaly komunikace online, ať už se jednalo o sdělování špatných zpráv, zhoršení stavu nebo například ukončení léčby (Centrum paliativní péče, 2020a). Pro pozůstalé v období pandemie nebylo náročné jen rozloučení v nemocnici, ale i samotný pohřeb zemřelého. Tělo bylo zabaleno ve speciálním vaku již v nemocnici, tudíž nemohlo být vzhledově upraveno do rakve, a možnost otevřené

rakve ani nebyla (Loosová, J., 2020). V některých zemích bylo dokonce zcela zakázáno účastnit se pohřebního obřadu, a tudíž pozůstalým nebylo umožněno se řádně rozloučit. Hřbitovy se uzavřely pro veřejnost a lidé se tak se ztrátou blízké osoby museli srovnat sami, což mohlo mít za následek rozvoj patologického smutku u pozůstalých (Diolaiuti, F. et al., 20221).

Onemocnění covid-19 zapříčinilo spoustu nečekaných a předčasných úmrtí, což ovlivnilo životy mnoha lidem, pro které toto období nebylo jednoduché. Museli se vyrovnat se ztrátou blízké osoby, často i mladého věku. Samotná ztráta blízkého člověka a následné truchlení je jedním z těžkých období v životě člověka, avšak úmrtí na covid-19 je obzvláště traumatizující. V Americe vznikla studie, která poukázala na vyšší výskyt depresivního syndromu a záchvatovitého pití alkoholu u lidí, kterým zemřela blízká osoba na toto onemocnění (Grace, K., M., 2021), z toho důvodu je potřeba se zaměřit na tuto skupinu lidí a zabránit tak rozvoji patologického smutku, který se projevuje např. posttraumatickým stresem a morálním zraněním. Existuje mnoho doporučení pro zdravotníky, jak se k těmto lidem zachovat. Mezi hlavní prostředky předcházení patologickému smutku je umožnit rodině osobní rozloučení s umírajícím člověkem nebo alespoň virtuální kontakt. Přichází na řadu emocionální a duchovní podpora s řádnou komunikací (Selman, L., E. et al., 2020).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat doprovázení sestrou v době pandemie nového typu koronaviru.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak ovlivnila pandemie covid-19 všeobecné sestry?
2. Co pro všeobecné sestry znamená doprovázení pacientů?
3. Jak sestry hodnotí doprovázení pacientů během každodenních ošetrovatelských činností v době pandemie nového typu koronaviru?
4. Jak sestry hodnotí doprovázení pacientů v konečné fázi života v době pandemie nového typu koronaviru?

2.3 Operacionalizace pojmů

Následně si vysvětlíme pojem doprovázení, abychom si ujasnili význam tohoto slova, se kterým nadále budeme pracovat v další části diplomové práce.

Dle Špirudové (2015a) se doprovázení týká vztahu sestra - pacient. Doprovázení se vztahuje na období od dětství po stáří a následnou smrt, ať už ve zdraví či nemoci klienta. Je to zkrátka proces, kterým sestra uspokojuje potřeby pacienta v celém rozsahu jeho života. Nejedná se tedy jen o doprovázení při umírání, jak si mnozí tento termín vysvětlují. Pro účely diplomové práce je doprovázením myšlen celý proces, kdy všeobecná sestra poskytuje péči pacientovi po dobu hospitalizace od základních činností, jako je např. každodenní celková ošetrovatelská péče o pacienty (hygiena, podávání léků, ošetrování ran, připravování terapií, zprostředkovávání kontaktu s rodinou pacientů) až po doprovázení v období umírání a smrti. Jedná se tedy o doprovázení pacienta napříč všemi cíli ošetrovatelství, které dle ministerstva zdravotnictví ČR jsou: „*Podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení nemocného člověka, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt, poskytovat profesionální*

ošetřovatelskou péčí pacientům, kteří o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, vést pacienty k sebepéči, kvalitně edukovat i jejich blízké, poskytovat ošetřovatelskou péči na základě vědeckých poznatků podložených ošetřovatelským výzkumem, poskytovat týmovou, aktivní, individualizovanou, kvalitní a bezpečnou ošetřovatelskou péči“
(Strnadová, A. et al., 2021, s. 9).

3 Metodika

3.1 Design kvalitativní části výzkumného šetření

Výzkumná část diplomové práce pojednává o problematice doprovázení pacientů s onemocněním covid-19, který postihl naši planetu od konce roku 2019 až do dnešní doby. Cílem diplomové práce je zmapování doprovázení sestrou v době pandemie nového typu koronaviru. Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum. Jak uvádí Knechtová et al. „*Kvalitativní studie pomáhají s formulováním hlubšího porozumění vybranému jevu.*“, kdy tento výzkum „*je orientován na popis, objevování a zjišťování jevů*“ a „*má vysvětlující a popisný charakter.*“ (Knechtová et al., © 2019). Kvalitativní výzkum probíhal za použití polostrukturovaného hloubkového rozhovoru s anonymizací informantů pro zajištění otevřené komunikace mezi oběma stranami. Okruhy do rozhovoru byly vytvořeny na základě dostupné odborné literatury, cíle a výzkumných otázek. Byly použity otevřené otázky, aby se na rozhovory nedalo odpovědět ano či ne. Přípravené okruhy otázek byly následně doplněny o potřebné otázky a ověřeny sestrou z praxe (viz Příloha 1). Tuto metodu lze považovat za dostačující vzhledem k tématu diplomové práce. Díky otevřeným otázkám mohli informanti sdílet své zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v období pandemie nového typu koronaviru. Informanti byli vybíráni na základě metody sněhové koule, tzv. snowball sampling. Jedná se o metodu, při které není určen počet ani konkrétní kritéria výběru informantů. Začíná se pracovat s malou skupinou a postupně se nabalují další informanti (Kraus, 2021). Zařazujícím kritériem výběru výzkumného vzorku byla skutečnost, že se jednalo pouze o všeobecné sestry, které pracovaly v období pandemie s pacienty s onemocněním covid-19 a byly ochotné spolupracovat.

K analyzování získaných informací jsme využily metodu otevřeného kódování, která nám umožnila analyzovat výzkumná data. Jak uvádí Trampota a Vojtěchovská (2010) otevřené kódování probíhá již při prvním setkáním s výzkumnými daty, se kterými následně pracujeme dále. Dochází k označování určitých jevů, které se následně rozdělují do kategorií a podkategorií, které si rozebereme níže. Kódování se realizovalo pomocí techniky tužka a papír. Veškeré provedené a přepsané rozhovory jsou k dispozici u autora diplomové práce.

Rozhovor se sestrami se skládal z 25 hlavních otázek a 4 otázek doplňujících údaje o informantovi. Hlavní otázky pojednávaly především o tom, jak sestry ovlivnila pandemie covid-19, co pro všeobecné sestry znamená doprovázení pacientů a následně jak sestry hodnotí doprovázení pacientů v době pandemie nového typu koronaviru. Rozhovory s informanty byly pořízeny na základě osobních schůzek nebo pomocí online rozhovorů vedených přes platformu Zoom. Každý rozhovor trval v průměru 30 až 45 minut. Informanti tak měli dostatek času se nad tématem pořádně zamyslet a mohli mluvit otevřeně. Veškerá účast na výzkumném šetření byla ze strany informantů dobrovolná. Všichni informanti byli informováni o anonymizaci výzkumu, o možnosti odstoupení z výzkumu i o tom, k čemu jejich výpovědi budou použity a následně i kde výzkum v případě zájmu mohou najít. Veškeré informace byly jak při osobním, tak i online kontaktu, po domluvě s respondenty, nahrávány a poté doslovně přepisovány. Rozhovory se uskutečnily během dubna 2023, kdy veškerá účast všeobecných sester byla dobrovolná. Celkový počet zúčastněných informantů bylo 12. Všichni informanti byli zaměstnáni jako všeobecné sestry a působili na odděleních lůžek intenzivní medicíny.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořilo 12 všeobecných sester, které se staraly o pacienta s onemocněním covid-19. Jednalo se o 11 žen a jednoho muže, kteří vykonávali péči o pacienty s tímto onemocněním v rozmezí od 4 měsíců až po samotný konec pandemie. Některé se ještě do teď s těmito pacienty setkávají. Jednalo se o sestry pracujících na oddělení INT JIP, ARO, hematonekologie a infekční oddělení. Věkové rozhraní dotazovaných sester se pohybovalo v rozmezí 22-28 let, kdy doba celkově odpracovaných let se pohybovala mezi 2-5 lety. Takto mladý věk informantů jsme získaly díky metodě sněhové koule, kdy jsme dostávali kontakty na další mladé sestry, které byly kamarádky a nějakým způsobem se znaly. Podíváme-li se na dosažené vzdělání sester, tak to bylo nejčastěji vysokoškolské se získáním bakalářského vzdělání, některé dotazované měly i magisterské vzdělání.

4 Výsledky

4.1 Analýza rozhovorů se sestrami pečujícími o pacienty s onemocněním covid-19

Rozhovory se sestrami, které se v době pandemie staraly o pacienty s onemocněním covid-19, jsou rozděleny do následujících kategorií a podkategorií:

1. Vliv pandemie na všeobecné sestry
 - a) Získávání informací
 - b) Změna oproti normálnímu stavu v oblasti poskytované péče
 - c) Změna oproti normálnímu stavu v oblasti smýšlení sester
 - d) Stresové podněty
 - e) Psychohygienu sester
2. Zobecnění děje doprovázení
3. Hodnocení doprovázení sestrami
 - a) Komunikace a práce v týmu
4. Finalita života
5. Doplnující informace
 - a) Postoje sester
 - b) Přípravenost sester

Analýza dat je rozdělena do uvedených kategorií a podkategorií, které se vztahují k charakteru výzkumu. Následně jsou doplněny komentáři a přímými citacemi odpovědí informantů. Rozhovory byly přepsány doslovně. Pro přehlednost v textu budou rozhovory sester označeny jako S1-S12.

Tabulka 1 Identifikační údaje informantů

Informátor	Pohlaví	Věk	Oddělení	Vzdělání	Roky praxe
S1	Žena	24	INT JIP	Bc.	2 roky
S2	Žena	26	Interní oddělení	Bc.	3 roky
S3	Žena	28	Infekční oddělení	Bc.	3 roky
S4	Žena	27	Infekční oddělení	Mgr.	4,5 let
S5	Žena	26	Infekční oddělení	Bc.	3 roky
S6	Žena	27	ARO	Mgr.	4 roky
S7	Muž	24	INT JIP	Bc.	4 roky
S8	Žena	25	INT JIP	Bc.	3 roky
S9	Žena	27	INT JIP	Bc.	5 let
S10	Žena	25	Hematoonkologie	Mgr.	2,5 roku
S11	Žena	27	Operační sály	Mgr.	5 let
S12	Žena	25	ARO	Mgr.	3 roky

Vysvětlivky:

INT JIP – Interní jednotka intenzivní péče

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Mgr. – magister, tj. magistr

Bc. – baccalaureus, tj. bakalář

S1 – S12 (Sestra 1 – Sestra 12)

Tabulka 1 byla vytvořena za účelem přehlednější identifikace výzkumného vzorku. Je zde poukázáno na pohlaví, věk, oddělení, vzdělání a roky celkové odpracované praxe informantů. Zkratky použité v tabulce jsou pod ní vysvětleny pro lepší orientaci. Vizuálně je tabulka rozdělena na sloupce a řádky. První sloupec vyjadřuje jednotlivé informanty, kdy u každého informanta v řádku jsou informace o něm. Následně podle horního řádku můžeme identifikovat stanovený údaj, který se vyskytuje u jednotlivých informantů v prvním sloupci. Všichni informanti zodpověděli všechny otázky.

Kategorie 1 – Vliv pandemie na všeobecné sestry

Podkategorie 1 – Získávání informací

Propuknutí pandemie covid-19 bylo náhlé a nikdo její příchod nečekal. Bylo to těžké období, které se nějakým způsobem podepsalo na veškerém zdravotnickém personálu, který se staral o pacienty s tímto onemocněním. Jedním stresujícím faktorem, který se vyskytoval u všeobecných sester, byl nedostatek informací na začátku pandemie. Sestry se snažily informace získávat z různých zdrojů, převážně ale sebevzděláním. Například informant S6 uvedl: *„Sama jsem hledala. Spoustu jsem se dozvěděla ze školy na magistru a pak na pracovní povinnosti, kde jsem byla dána k lůžku bez zaškolení.“* a informant S7: *„Díky sebevzdělávání, a pak dokumenty a nařízení vydané nemocnicí.“* Dotazované sestry také čteně udávaly získání informací od kolektivu nebo vedení, kdy sestra S1 uvedla: *„Získávala jsem je od kolektivu na našem oddělení, kde jsme si předávali informace vzájemně. Jinak nikde jinde.“* Stejný názor měla i sestra S10, která informace získávala od svých kolegyně. Sestra S3 zase uvedla: *„Zejména z managementu oddělení, tedy od vrchní sestry, ostatních kolegyně, lékařů. Díky médiím, internetu.“*, stejně tak i sestra S4 uvedla, že získala informace nejvíce od vrchní sestry a z médií. Dále sestra S9 uvedla: *„Od vedoucích pracovníků, jako je staniční sestra, epidemiologické sestry. Dále pomocí instruktážních videí (oblékání OOPP) nebo z různých nařízení ze stran vedení nemocnice.“* a sestra S11: *„Informace jsem získávala z medií ohledně Covidu, ale v nemocnici interní směrnice, email a stále bombardace informací ze všech stran, které se stále měnily a doplňovaly, ať už od vedení nebo epidemiologických sester. Po nedostatku personálu na jiných oddělení jsem byla ze sálu přesunuta na Infekční oddělení jako další mé kolegyně, z důvodu omezeného provozu na operačních sálech. Kde informace o péči o pacienta jsme dostávaly v rámci „školení“ od sester, které již na oddělení pracovaly. Takže to spíše bylo za chodu. Sestry byly teda opravdu ochotné s naším rychloškolením a ochotné neustále odpovídat na otázky, i když na nich únava byla znát.“* Sestra S12 pro změnu uvedla získání informací z praxe na ARO, která ji naučila, jak pečovat o pacienty na umělé plicní ventilaci *„Já jsem spíše čerpala z dlouhodobé praxe na ARO, jak se o takového pacienta, který je na ventilátoru starat. Jinak z nějakých rozhovoru s našima lékařema. Nebyly v tu dobu nějaké standardy na péči o pacienta s covidem.“*

Podkategorie 2 – Změna oproti normálnímu stavu v oblasti poskytované péče

S příchodem pandemie přišla i rychlá změna nastavení harmonogramů jednotlivých oddělení. Čisté zóny se přetvářely na červené, kdy se vše odehrávalo z hodiny na hodinu. Systém poskytované péče se tudíž musel změnit, a proto jsme sestřám položily otázku „Definujte, prosím Vás, v čem byla péče o pacienty v době pandemie covid-19 odlišná?“ Většina dotazovaných sester převážně a prvotně upozorňovala na nutnost nošení ochranných pomůcek, což vedlo k jejich nepohodlí. Informant S3 uvedl: „Péče o covid pacienty byla náročnější z izolačního hlediska odívání do nepohodlných obleků a setrávání v nich po velmi dlouhou dobu v rámci hospodárnosti, za současného upozadění svých potřeb a mnohdy z toho pramenící frustrace (zejména žízeň, horko, pot, svědění, malátnost, únava apod.). Na druhou stranu byly často i upozad'ovány potřeby pacientů, v případě, že nešlo o nich akutního, co není nutné řešit hned a nikdo nebyl v obleku, musel daný člověk s danou potřebou počkat.“, informant S9: „Hlavní specifickou změnou jsem vnímala nutnost používání OOPP a s tím související náročnost práce v těchto podmínkách. Dále větší strach o pacienty, protože byla vyšší úmrtnost na oddělení a s tím související psychický tlak a zátěž na mě a na mé kolegy z oddělení. Určitě byla i změna koordinace práce, jakože rozdělení po 3 hodinách práce a 3 hodinách odpočinku.“ a informant S10: „Nutnost permanentní ochrany dýchacích cest, rutinní kontrola přijímaných pacientů covid testem, vyšší obavy pacientů i příbuzných, sociální izolace dlouhodobě hospitalizovaných, media i lidé obecně se vrhla na vše, co se týkalo covidu.“ Dále zde byl i strach, který sestřám znepříjemňoval poskytování ošetrovatelské péče. Informant S4 uvedl: „Pandemie covidu přinesla spoustu změn. Na oddělení byly znát obavy z nákazy, bylo to vlastně něco nového, nevěděli jsme, co od tohoto onemocnění očekávat. Stále jsme se učili novým věcem a získávali informace. Péče o pacienty byla odlišná v přístupu (mám na mysli ochranné pomůcky – overaly, respirátory, vrstvy rukavic atd.). Bylo nutné si práci rozvrhnout tak, abychom udělali co nejvíce práce, pokud jsme byli oblečení (minimálně 3 hodiny a i více) a střídali se. Podávání O2 terapie pomocí bomb, byli jsme zvyklé ji podávat, ale ne tak často a v takovém množství. Lahve z toho důvodu, jelikož nemáme na všech pokojích možnost centrálního rozvodu O2. Bohužel docházelo velmi k častému umírání. Velmi nepříjemné byly stavy bezmoci, jak pacientům více pomoci, i přesto, že veškeré léčebné metody byly využity a poskytovala se a stále vlastně poskytuje co nejlepší ošetrovatelská péče. Odlišná péče byla v tom, že se musely používat ochranné pomůcky. Při běžné péči o naše “infekční“ pacienty jsme používali

také, ale ne např. štítý či overaly. Ale byla to jiné zastoupení pacientů, jako jsou dušnosti, kašle atd. Museli jsme si zvyknout, že běžné pacienty, které jsme měli jsme nyní neviděli (jako například erysipel, mononukleózy, gastroenteritidy atd.), v té době to byl pouze a jen covid.“ Velké množství přijímaných pacientů změnilo systém poskytované péče, který sestry též uváděly ve svých výpovědích. Informant S1: „Převážně v tom, že nás na směně bylo víc sester i z různých oddělení a střídali jsme se po 3 hodinách, kdy 3 hodiny jsme byli v zelené zóně a 3 hodiny v červené. Péče o pacienty byla jistě obecně náročnější, a také u nich bylo mnohem více intervencí než jindy. Navíc zaučování sester z jiných oddělení neprobíhalo tak, jak by mělo, takže tam spíše byli jako výpomoc než plnohodnotná sestra.“, informant S12: „Odlišné to bylo asi ve všech směrech. Hlavně v tom, že se změnily priority té práce na tom daném oddělení. V tom, že se neřešily harmonogramy, neřešilo se spoustu administrativních věcí si myslím a soustředilo se převážně na toho pacienta a aby byl nějakým způsobem udržen chod toho oddělení.“ nebo informant S3: „Dále požadavky na spolupráci kolegů, kteří kladou poměrně velké požadavky na kooperaci jednotlivých členů týmu, systému práce atd. Každý se dostává do situací, v kterých jde laicky řečeno do tuhého a ukazuje se pravá podstata každého jednotlivce, a to může být prozření. Stejně tak, pokud to funguje a tým šlape, sama jsem si uvědomovala, že jde o svým způsobem vzácné okamžiky a vzácné lidi kolem mě, kterých je potřeba si vážit. Pro nás jakožto členy týmu to může být pohodlné ve smyslu anonymity, že se schovám v obleku, který nosí všichni a nikdo mě nepozná. Pro pacienty to na druhé straně bylo matoucí, jelikož všichni vypadali stejně, nevyznali se kolikrát ani v tom, jestli se u lůžka nachází sanitář nebo lékař. Na druhou stranu, vzhledem k tomu, že ve více obdobích se naše oddělení ocitlo v situaci, kdy jsme se starali pouze o covid pozitivní pacienty, péče byla rutinní a postupy, medikace a vše se neustále opakovalo, což pro nás přinášelo jisté znesnadnění. Komunikace s rodinami byla náročným bodem, neboť rodiny často neměli možnost být se svými blízkými nemocnými v kontaktu a my jim to nemohli umožnit, což mnohdy odporovalo samotnému našemu přesvědčení.“ Nezměnila se pouze náročnost vykonávané práce, ale taky vztah mezi sestrou a pacientem, který byl omezený z důvodu nošení ochranných pomůcek a krácení doby pobytu s pozitivním pacientem. Informant S2: „Tak péče o pacienta v době pandemie byla odlišná hlavně kontaktem sestra-pacient, u pacienta se trávilo co nejméně času v ochranných oblecích, tak abychom se nenakazili covidem, tudíž vztah sestra-pacient byl mnohem méně osobnější než v době před pandemií. Také systém práce byl

odlišný v době pandemie. Vše se plánovalo tak, aby sestra co nejvíce omezila osobního kontaktu na pokoji s pacientem. Ze začátku pandemie se třeba moje rodina bála, abych covid nepřenesla na ně domů.“ Sestra S7 dokonce uvedla jako změnu i znatelnou depresi kolegyně. Sestra S6 a S8 přiznaly nutnosti porušování kompetencí i zákoníku práce. Informant S6: „Lékař nebyl jediný, který rozhodoval. Často se ptali na názory. Musela jsem se učit každý den novým věcem. Poprvé jsem dělala sama těžké zákroky s lékařem, které jsem nikdy neviděla. Bylo to těžké. Každý den někdo umíral nebo byl blízko smrti. Rodina to nechápala. Doktor informoval rodinu, která ani zemřelého neviděla ani se s ním nemohla rozloučit. Brali to těžce, mnohdy byli agresivní a rozzlobení. Péče byla rozdílná. Těžko se to vysvětluje. Nebyl čas ani pomůcky. Pracovali jsme s čím se dalo. Porušovali se kompetence, aby jsme ty lidi zachránili.“ a informant S8: „Určitě se změnil systém práce. Na halu jsme vždy chodili po dvou skupinkách, kdy jsme se střídali vždy po třech hodinách. Takže jedna skupina byla uvnitř a druhá venku. Ke konci covidu už nebylo dostatek personálu, abychom se mohli i nadále takto střídát a v overalu jsme někdy trávili celou směnu. Co se týče péče o pacienty, tak mi nepřijde, že by se to nějak změnilo. Měly jsme jako sestry na sobě asi více pacientů, než bylo zvykem, ale charakter práce se nezměnil.“

Podkategorie 3 – Změna oproti normálnímu stavu v oblasti smýšlení sester

Do této kategorie zahrneme i konkrétní ovlivnění sester. Ptaly jsme se jich, jak konkrétně je ovlivnila pandemie oproti období před ní, ať už pozitivně či negativně. Negativní ovlivnění převládalo. Informant S3 uvedl: „V práci se mi ale nejenom vlivem přepracovanosti a časté konfrontace se smrtí pacientů také objevovaly negativní pocity frustrace, únavy, bezmocnosti a nepochopení systému, Nevím, zda se to dá explicitně vztáhnout na problematiku pandemie, ale během této doby se mi rozpadl partnerský vztah. Také se začaly objevovat nějaké psychické problémy konkrétně silné úzkosti, které si myslím, že mohly také částečně pramenit z nahromaděného stresu z práce.“ Jedna ze sester uvedla pouze negativní vliv pandemie na její osobu, kdy musela navštívit dokonce i psychiatra. Informant S4: „Došlo k nárůstu na váze vlivem stresu, výrazná únava a občas i nespavost, psychické obtíže, kdy jsem musela vyhledat psychologa, později i psychiatra. Následně deprese a úzkostná porucha. Neměla jsem moc chuť chodit do společnosti mezi davy lidí z důvodu strachu z onemocnění, vyhýbala jsem se kulturním

akcím, kde byly davy lidí a postupem času se toto zlepšovalo, když docházelo k tomu, že již nebylo “tolik“ toho covidu. Osobní život se zhoršil, nebyl čas na přítele. Vztahy na pracovišti pozorují jako zhoršené, všichni jsme již byli přetažení a nervózní a vztahy se pohoršily, byli jsme na sebe nepřijemní. Covid i přinesl strach chodit do práce, co se bude dít, kolik bude za den příjmů, jaké budou stavy pacientů, aby nebylo úmrtí apod. Postupem času, ale dochází ke zlepšení.“

Pandemie covid-19 poznamenala nejednu sestru, některé pocítují dopady a negativní pocity i v době, kdy už se o pacienty s covid-19 nestarají a jejich povolání je už tolik nebaví. Informant S6 uvedl: *„Poznamenalo mě to hodně na duši. Byla a pořád jsem z toho unavená a vyčerpaná. Práce mě už nebaví tak, jak mě bavila. Hodně se změnilo. Dost by mě pomohlo, kdybych mohla být s rodinou, ale díky omezení vlády jsem nemohla. V práci jsme se skoro nikdo neznal a pracovali jsme s čím se dalo. Pomůcek nebylo, ani zaškolených lidí. Naučila jsem se hodně, ale za jakou cenu. Cítím se jak 50letá žena. Často jsem chtěla skončit v práci a přejít na něco jiného.“* nebo sestra S8 uvedla, že i ji pandemie ovlivnila. Hlavní změnu uvedla v otupělosti vlastních emocí, z důvodu častých úmrtí pacientů. Co se týče pozitivního ovlivnění, tak udala nové zkušenosti, vědomosti i dovednosti, které do teď využívá. Každý si tuto dobu přebíral po svém a snažil se s tím vypořádat, negativních vlivů bylo ale stále více než těch pozitivních. Pandemie neovlivnila pouze pracovní život sester, ale i ten osobní. Informant S11: *„Bohužel, negativních věcí bylo během toho hodně. Vztahy na pracovišti se zhoršily a všichni jeli sami za sebe, oddělení si chránilo svoje věci, všeho bylo málo. Kolegyně byly doma s dětmi skrz zavření škol a v práci pracovaly ty stejné kolegyně, které již byly unavené, frustrované až vyčerpané. Když si to vezmu k sobě. Z mé ranní služby jsem musela začít sloužit. Nejhorší pro mě byla noční služba, kdy člověk sám obcházet při nočním světle pokoje a doufat, že mu nikdo neumře. Obcházet pokoje a doufat, že všichni dýchají. Noční vyčerpanost mě kolikrát dostávala do hypoglykémie a cítila jsem, že sebou brzy doslova seknu, při převlečení do sebe hned dostat cukry a brzy to bylo dobré, dostat se domu a spát a po spánku opět do práce. Můj muž směnoval také, někdy se nám dokonce stávalo, že jsme se 4 dny neviděli a doma jsme si nechávali zahřátou postel a psa, o kterého jsme se starali, informace jsme si předávali pomocí zpráv. Ke svému zdraví bych zmínila, vysušenost pokožky ale extrémně, dále z toho krásného oblečku jsem dostala plíseň do vlasů, kterou jsem velmi dlouho léčila, poté se mi začali extrémně mastit vlasy. Dostala jsem se do fáze, kdy jsem si ostříhala vlasy. Z krásných*

dlouhých vlasů jsem měla vlasy pod bradu, stříhala mě kamarádka a vlasy jsem po otevření kadeřnictví darovala na paruky. Když se mě někdo ptal, jaká byla směna, říkala jsem: Byla dobrá, nikdo nám neumřel. Zjistila jsem že, i když to byl masakr, ale nikdo nám neumřel, byla jsem sice unavená, úzkostlivá, dokonce se mi zdály sny o umírání, prostě celé psycho. Díky psu a procházkám to člověk tak nějak zpracoval. Nejhorší pro mě snad bylo předání rodině věci po zemřelém a stále vidění obličejů lidí, co byly před smrtí nebo již mrtvý. Takže únava, apatie, ztráta energie, poruchy spánku, úzkost, obavy, pocit smutku a beznaděje, nejistota, obrovská zodpovědnost, deprese, nespavost a distres, náročnost práce v OOPP, zhoršení somatických obtíží, fyzické vyčerpání, emocionální vyčerpání, syndrom vyhoření a ano s tímto se člověk opravdu setkal během pandemie.“ nebo informant S12: *„Pandemie mě ovlivnila v různých časech jinak. Když byla první vlna, kdy tady vlastně žádný covid pozitivní nebyli, jen se všechno uzavřelo, tak my jsme dodržovali zákaz stýkání a vycházení a bylo to pro mě náročné. Chodila jsem akorát venčit psy do přírody, kde žádní lidi nejsou a být najednou pořád zavřená doma a nemít žádný fyzický kontakt, jsem zjistila, že je strašně těžké a nečekala jsem, že pro mě jako introverta to bude tolik náročné, ale bylo. A pak v tom největším návalu covid pozitivních pacientů, často s velmi špatnou prognózou... Těch pacientů bylo tolik v určitém období, o které jsem se museli starat, že si myslím, že jsme byli dost otupělí. Snažili jsme se pomáhat, ale ve výsledku té práce nám vlastně skoro všichni umřeli. Na tu psychiku to v tomto ohledu nebylo jednoduché a všechny jsme se snažili od toho oprostit a většinou to nešlo.“* Informanti neuváděli pouze negativní vliv, setkaly jsme se v rozhovorech i pozitivního ovlivnění, které se týkalo převážně pocitu důležitosti. Informanti uváděli následovně. Informant S11: *„Začnu pozitivem, to bude kratší. Ano dost mě to změnilo ve smyslu přemýšlení o životě. Získala jsem nové přátele na oddělení, zažila jsem jinou práci, než jsem byla zvyklá, a ačkoliv to někdy bylo dost náročné, měla jsem ze sebe dobrý pocit, jak se člověk rychle učí a přizpůsobuje se situacím, které se stále mění.“* a sestra S3 také uvedla, že si připadala celkem spokojená. Práci, kterou vykonávala jí připadala potřebná, a i společnost to uznala. Konkrétně uvedla: *„... a i společnost naši práci z počátku oceňovala, což bylo patrné skrze média i fyzicky. Například dárky, poděkování, zákusky od pacientů a jejich příbuzných, firem apod. Hned ze startu jsem se naučila pracovat v náročných podmínkách. Dostávala jsem se do hraničních situací a posunovala svoje fyzické i psychické limity. Naučilo mě to říkat*

si více o pomoc. Také jsem si často uvědomovala vděčnost za spolupráci v týmu, že jeden bez druhého jsme nic.“

Podkategorie 4 – Stresové podněty

Každý ze zdravotníků přijímal tuto situaci jinak a na každého působily jiné stresory, které ztěžovaly jeho pracovní i osobní život. Proto jsme se sester zeptaly na otázku, jaké stresory na ně během pandemie působily. Mezi nejčastější odpovědi mezi informanty byl strach, ať už se týkal strachu z neznáma nebo strachu z nakažení rodiny. Informant S1: *„Převážně jsem měla strach, že nakazím rodinu, což jsem opravdu nechtěla.“*, informant S2: *„Ze začátku určitě stres z přenosu infekce na mě a následně na mou rodinu, to byl asi největší stresor.“*, informant S4: *„Nejvíce, že jsme nevěděli, co covid může způsobit, jaká další onemocnění či obtíže, dále pak strach ze samotné nákazy. Během pracovního nasazení nebyl moc čas na osobní život, jelikož jsme chodili dosti vyčerpaní jak fyzicky, tak psychicky z práce. Pak také dopadaly myšlenky na to, aby se nerozvrátil vztah, protože jsem měla strach jako člověk pracující s covid pacienty chodit na návštěvu k rodině.“*, i informant S6 uvedl strach, kterého bylo hodně, z důvodu strachu z nakažení. Poté jako další stresory uvedl nedostatek jídla a pití ve službě nebo žádný sociální kontakt. Obavu z přenosu viru na rodinné příslušníky uvedl i informant S7, S8 a S9. Dále informant S11 uvedl: *„Stresory? Tak nejvíce asi strach z neznámého, obava z přenosu infekce, určitá sociální izolace, neadekvátní chování pacientů/rodiny/kolegů, dopad na pracovní, či rodinné vztahy nebo zvýšená pracovní zátěž. Stresorů bylo hodně. Sociální izolace byla opravdu velká skrz nemocné prarodiče a strach z přenosu byl obrovský po tom, co člověk opravdu viděl, co to dělá a jak to člověka rychle pohltí.“* a informant S12: *„Tak během první a druhé směny na mě působil strach z neznámého, když jsem šla do covidu poprvé a říkala jsem si, co mě čeká. Protože jsem byla vlastně v praxi chvíli. Abych to všechno zvládla, ale pak jsem zjistila, že kromě toho, že máme na sobě oblek a více pacientů, se více nezměnilo. Změnilo se toho více až jako v průběhu, ale během těch mých prvních směn v covidu, až tak dramatického nebylo. Pak to samozřejmě gradovalo, ale to gradovalo postupně. Nebylo to tak, že bych byla hozena do covidu, do té největší nálože, ale nějak jsme spolu procházeli. Co se týče nějaké sociální izolace, tak ta tam určitě byla, protože jsem naprosto většinu času trávil v práci. Samozřejmě na mě působila i zvýšená zátěž, která v covidu byla neuvěřitelná, ale mě to prostě bavilo.“*

Strach ale nebyl jediný stresor, který na sestry působil. Sestra S3 uvedla zvýšenou potřebu uznání a pochopení tohoto náročného povolání, které se zdravotníkům dostávalo na začátku vzniku pandemie. Sestra S3: *„Silná potřeba sdílení, pochopení a uznání náročných situací z práce nejenom mezi zasvěcenými kolegyněmi v práci, ale také doma, ztráta partnera, hledání sama sebe, únava, omezení volnočasových aktivit, protože bylo mnoho zavřených podniků nebo i zákaz scházení se atd.“* Dále se z uvedených stresorů jednalo o sestru S5: *„Určitě zvýšená pracovní zátěž, občas komunikace s rodinou byla náročná, z důvodu toho, že byly zakázané návštěvy, takže rodinní příslušníci byly poněkud protivný.“*

Už víme, jaké stresory na sestry působily, ale bály se sestry, že se nakazí onemocněním covid-19? Paradoxně se většina sester převážně bála o nakažení své vlastní rodiny než o nakažení vlastní osoby. Informant S1: *„Ne, sama jsem covid prodělala bez komplikací. O sebe jsem se tudíž nebála, spíše o tu rodinu.“*, informant S12: *„Paradoxně jsem se vůbec nebála o sebe. Nikdy jsem se o sebe nebála. Bála jsem se toho, abych já covid nedostala a abych nenakazila rodiče, svoje nejbližší doma. Tam ten strach byl ze začátku až paralyzující, ale postupně to ustávalo, i když mě toto děsilo pořád.“*, nebo informant S8: *„Úplně mi nepřijde, že bych se bála o svoje vlastní zdraví. Spíše jsem se obávala o zdraví mých příbuzných.“* Jak už jsme zmiňovaly, každý covid-19 prožíval po svém a našly se i sestry, které daly jasně najevo, že se covid-19 nebály. Informant S3 uvedl: *„Příliš jsem se neobávala, před nástupem na oddělení jsem covid prodělala, dostatečně jsem se chránila a možná trochu "hrdinsky a nepokorně" jsem neočekávala horší průběh v případě, že bych onemocněla.“* a informant S5: *„Ne, myslím. Dostatečně jsme se chránily a za celou dobu pandemie jsem covid nechytla.“* V provedeném výzkumu jsme se také ale shledaly s obavou o své vlastní zdraví. Informant S4: *„Ano obávala jsem se, bála jsem se jak o sebe, tak o vlastní rodinu. Jelikož jsem viděla, jaký covid způsobuje průběhy a vlastně i následky, obávala jsem se, aby tomuto nedošlo i u nás.“*, a informant S6: *„Pořád, protože jsem jednoduše jen člověk. Mohu se nakazit. Jak říkám pomůcek nebylo a šetřilo se kde se dalo. Měla jsem strach i z agresivních pacientů. To že člověk měl covid neznamenal, že byl hospitalizovaný jen pro to. Měla jsem strach i z psychického hlediska, což bylo oprávněné. Nejsem robot, takže vše, co se odehrávalo postupně přicházelo a já si to začínala uvědomovat až později, za delší časový odstup.“* Informant S7 také uvedl strach z nakažení sebe samého a informant S9 měl strach z nakažení pouze na začátku vzniku pandemie Dále informant S11 uvedl:

„Ano, bála jsem se. Věděla jsem, co to dělá, a jak to člověka po covidu postihne. Navíc člověk, než by se projevil příznaky, mohl nakazit další lidi a mohl způsobit dotyčnému smrt. Člověk musel být velmi zodpovědný. Někdy to rodina nechápala, proč je člověk uzavřený, ale občas jsem bojovala sama se sebou, abych někoho nenakazila a on neumřel a mohla bych za to. Rodina nechápala, proč se s nimi nebavím o práci nebo o covidu, měla jsem toho dost z práce a doma byl člověk aspoň chvíli bez pandemie a umírání. Nechtěla jsem to řešit 24 hodin denně.“

Podkategorie 5 – Psychohygienu sester

Stresorů bylo mnoho, které ovlivňovaly život zdravotníkům. Proto byla potřeba provádět osobní psychohygienu, která mohla napomoci ke zvládnutí této situace. Sestry udávaly různé způsoby psychohygieny, které využívaly ke zvládnutí stresu v období pandemie. Tři z tázaných sester odpověděly jako svoji psychohygienu převážně dospání spánkového deficitu. Sestry uváděly následovně. Informant S2: *„Mnohem více jsem spala, díky 24hodinovým službám jsem měla hodně přeházený spánek a od stresu jsem se odrahovala cvičením.“*, informant S3: *„Primárně jsem se vždy snažila alespoň dospat únavu, kterou jsem si z práce odnášela. Snažila jsem se v malých chvílích volna věnovat svým koníčkům, pokud mi ještě zbývala energie. Konkrétně jsem si četla, plavala jsem, cvičila jógu, byla s přáteli apod. Spíše z důvodu osobních problémů jsem vyhledala odbornou psychologickou pomoc, kde jsem primárně řešila jiné záležitosti, ale často se stávalo, že jsem si jako téma přinášela také záležitosti z práce.“*, informant S4: *„Pokud to bylo možné tak jsem se pokoušela navštěvovat s blízkými a hlavně spát, odpočívat a nabírat síly na další dny. Sledovat televizi či poslouchat hudbu. Bohužel mě pandemie donutila navštívit i psychologa.“* a i informant S5 uvedl únavu a nutnost více spát. Též také začal v době pandemie kreslit obrazy. Často uváděný způsob odpočinku byl pohyb, ať už se jednalo o cvičení nebo procházku v přírodě. Informant S1: *„Určitě změnily, třeba jsem se naučila radovat i z maličností, a to jsem dříve neuměla. Co se týče nějakého odrahování, tak jsem se snažila chodit hodně do přírody, kdy jsem venčila své psy, pryč mimo lidi. Protřídila jsem si myšlenky a bylo mi vždy lépe.“*, informant S6: *„Našla jsem si v zapadlém parku místo, kam jsem pravidelně chodila jen tak posedět. Studená sprcha po práci. Po službě jsem vždy doplňovala jídlo a pití, co se nestíhalo. Hodně jsem brečela a často jsem studovala výkony, které jsem neznala abych mohla*

být v klidu, když se něco objeví. Přestala jsem se dokonce setkávat s lidmi a hodně se uzavřela. Neměla jsem prostě na sebe čas.“; i informant S8 4x do týdne cvičil a zařadil do svých denních aktivit dlouhé procházky. Dále informant S10 uvedl: *„Odreagovávala jsem se díky videohovoru s přítelem, pohybu venku nebo zvýšením množství pohybu, kdy se mi dokonce podařilo i zhubnout.“* a informant S11: *„Díky pobytu v přírodě, procházky, pes, spánek a filmy, i když jsem u nich spala. Zprávy minimálně, i když na ně manžel koukal. Ještě jsem studovala dálkově tak to bylo při únavě na soustředění dost náročné vše zvládat.“* Jedna ze sester toto období brala natolik jako součást života, že i z rozhovoru bylo patrné, že odpověď na tuto otázku nebyla jednoduchá. Informant S12: *„Toto je opravdu otázka k zamyšlení. Já jsem opravdu žila v té době jen tou prací a vlastně jsem se stýkala s lidmi, kteří v tom covidu byli se mnou. Takže i to téma bylo spíše směřované zase na tu práci, protože se vesměs nic jiného nedělo. A provádění nějaké psychohygieny, upřímně nevím nepamatuji si. Nemyslím si, že by se nějak změnilo moje návyky. Já jsem to postupem času, hlavně ke konci brala jako součást našeho života, ten covid. Že si na to budeme muset zvyknout a že to tady bude pořád. Takže si nemyslím, že by mě to nějak psychicky semlelo. Pro mě to byla ohromná příležitost, a tak nějak jsem se s tím i poprala.“*

Kategorie 2 – Zobecnění děje doprovázení

Během pandemie nového typu koronaviru každá ze sester doprovázela své pacienty. Jak ale rozumějí informanti pojmem doprovázení v ošetrovatelství a doprovázení pacienta, jaký je mezi tím rozdíl? Z rozhovoru je patrné, že pojem doprovázení v ošetrovatelství dělal sestřím problémy a často ho zaměňovaly s pojmem doprovázení pacienta, kdy se o něho stará po dobu hospitalizace nebo v období umírání. Informant S4: *„Jako podílení se na péči u pacienta a spolupracovat s ním na jednotlivých úkonech.“*, informant S9: *„Definici doprovázení v ošetrovatelství si vybavím jako doprovázení pacienta v terminálním stádiu umírání, jako podpora pacienta, kdy nejvíce je psychická podpora a také potom podpora bio-psycho-spirituální a kulturních potřeb.“*, informant S10 zase uvedl systém podpory pacienta ve všech jeho činnostech a informant S11: *„Upřímně vůbec nevím, co si pod tím mám představit. Asi doprovázení pacienta.“* Že se jedná o doprovázení sester sestrami, kdy se využívají různé metody, jako je například mentoring či supervize, odpověděly následující informanti. Informant

S1: „Doprovázení v ošetrovatelství? Upřímně zcela nevím, ale předpokládám, že se jedná o nějaký mentoring, ať už se jedná o mentoring plnohodnotných sester nebo studentů. Někakým způsobem se zkrátka snažíme pomáhat ostatním sestřám v zaučení a adaptaci na dané prostředí a propojit znalosti s dovednostmi.“, informant S3: „Jedná se o podporu sestry v její náročné profesi. Zejména v psychické a osobnostní rovině formou supervizi všeho druhu, kde se lze zabývat jakýmkoliv tématem týkajícím se naší práce, které je vneseno. Sama jsem ještě na škole zažila skupinovou supervizi, kde jsme se zabývali zejména naším profesním růstem, ale z vlastní zkušenosti mám za to, že nemůže být moc efektivní, pokud se v této skupině vyskytuje nějaký člen, který nepatří mezi mé "krevní skupiny". V takovém případě se výrazně nabourá moje důvěra.“ a informant S8: „Doprovázení v ošetrovatelství chápu jako doprovázení sester sestrami, ať už se jedná o provádění supervize, mentoringu a dalších metod aktivizující sestry.“ Další sestra uvedla příklad, kterým definovala doprovázení v ošetrovatelství. Informant S5: „Například jako situaci, kdy nám vrchní sestra předávala zkušenosti a dovednosti, které se dozvěděla na odborných školeních.“ Pouze sestra S12 zcela nevěděla, jak tuto otázku pojmut a co si pod tím představit, proto odpověděla po svém. Informant S12: „Úplně nevím, jak na tuto otázku odpovědět. Naprosto mi nevyhovoval ten systém toho mentoringu, protože ty lidi, který nám tam chodili vypomáhat, do toho byli vyloženě hození. Kolikrát jsem viděla, že nebyli ani zaučení, co se týče toho aspoň kde, co je a museli se strašně rychle adaptovat. Samozřejmě někteří byli super a adaptovali se hned a někteří bohužel ne. Řekla bych, že to chvilčkama bylo i o hubu, když tam byli lidi, kteří nevěděli. Protože i když máte kompetence a školu, tak určitě nemůže pracovat samostatně, když neumíte dát ani správnou infuzi.“

Co se týče pojmu doprovázení pacientů, tak tento termín byl lépe pro sestry pochopitelný. Převážně sestry udávaly, že se jedná o doprovázení pacienta během hospitalizace. Informant S1: „Jako podporu nemocného sestrou během jeho hospitalizace. Staráme se, aby vše proběhlo v klidu a pacient se cítil dobře.“, informant S4 zase uvedl, že se jedná o spolupráci sestra-pacient v jednotlivých úkonech pacienta a informant S5, jako doprovázení pacienta k výkonům či převoz na jiné oddělení. Dále informant S8 uvedl: „Definovala bych ho jako podporu pacientů, kdy se sestra stane jeho průvodkyní po dobu hospitalizace a doprovází ho na všechny vyšetření, zlepšuje mu psychickou pohodu, aktivizuje ho a tak dále.“ a informant S12: „Jako doprovázení pacientů si představuji, že sestra je po boku pacienta po celou dobu léčby, ať už je kurativní nebo paliativní a jde

s ním ruku v ruce celým tímto procesem, ať už při objednávání nějakých termínů na ambulanci nebo při hospitalizaci. Sestra by pacienta měla edukovat, měla by mu poskytovat ošetrovatelskou péči i podporu co se týče psychiky. Sestra je vlastně takový komplexní balíček toho, co pacient potřebuje.“ Dalším udávaným názorem sester bylo doprovázení v období umírání a smrti. Informant S3: *„Je to podpora pacientů, zejména na duševní rovině, v jejich nelehké situaci nemoci, kterou mohou zprostředkovávat všichni členové týmu svým přístupem k pacientům. Odborně u specifické umírající skupiny pacientů může jít o odbornou paliativní péči.*“, informant S6: *„Jako podpora v naději. Jak už myšleno v uzdravení, tak popřípadě v přežití.*“, informant S7: *„Jako pomáhání pacientům se závažnou diagnózou, která může být i fatální.*“ a informant S9: *„Jako doprovázení pacienta při umírání nebo doprovázení pacienta na vyšetření mimo ošetrovatelskou jednotku.*“ Z výpovědí informantů je tedy patrné, co pro ně znamená doprovázení pacientů. Ve výpovědích, jsme se také setkaly se situací, kdy sestra S2 nevěděla, jak na tuto otázku odpovědět. Přepokládáme, že je to z toho důvodu, protože na předešlou otázku *„Jak byste definoval/a doprovázení v ošetrovatelství?“* odpověděla *„Jedná se o vztah sestra-pacient, kdy sestra ho doprovází během hospitalizace.*“ a tím zodpověděla nynější otázku na pojem doprovázení pacientů.

Kategorie 3 – Hodnocení doprovázení sestrami

Definice doprovázení bychom měly určené, ale kde všude a při jakých činnostech sestry doprovázely své pacienty? Sestry často odpovídaly při všech činnostech spojených s péčí o pacienta. Informant S2 uvedl, že doprovázel pacienty na vyšetření, překladech a celkově po celou dobu hospitalizace. Podobně odpovídala i sestra S8, která doplnila i doprovázení v konečné fázi života pacienta. Informant S3 zase uvedl: *„Ač si toho člověk nebyl plně vědom, tak asi u všech činnostech, které u pacientů prováděl, od seznámení se s pacientem, představení se mu, přes veškeré úkony, jako je vysvětlování, co se bude dít, snahu o laskavost a hovory s pacienty, kteří si potřebovali povídat i přes vlastní fyzické nepohodlí.*“, informant S6: *„V jejich léčbě, při zhoršení i zlepšení stavu, umírání, při jejich rozhodnutí odmítnout léčbu, edukace, kontakt s rodinou telefonicky, když se dalo. Dá se říci, že jsme je doprovázeli ve všem. Dodávali jsme jim sílu udělat těžká rozhodnutí. Zavádění vstupů, při výkonech a tak dále.*“, informant S10: *„V běžných denních činnostech s nutností dopomoci, jako je osobní hygiena, příjem potravy, vyšetření*

atd.“ a informant S12: „Doprovázela jsem je při všech možných výkonech, při příjmu, při zajišťování vstupu. Přitom když se intubovali a uváděli se do umělého spánku, při jejich odchodu na druhý břeh, různých vyšetření a nevím, co více bych k tomu měla doplnit.“ Sestra S1 se zaměřila konkrétně na problémy vyskytující se u pacienta s onemocněním covid-19. Proto uváděla situace, ve kterých doprovázela své pacienty, jako péče o ventilátor, dlouhá hygiena, dechová rehabilitace a další. Informant S1: „Převážně během hygieny, které byly náročné a dlouhé z důvodu napojení pacientů na ventilátor, otáčení z pronačních poloh a jejich větší hmotnosti. Dále pak při rehabilitacích, ať už se jednalo o podporu dechového centra nebo samotná aktivizace nemocného.“ Jediný muž ve výzkumu informant S7 uvedl převážně doprovázení v období: „Doprovázel jsem je pouze na svém pracovišti, hlavně teda při psychickém neklidu spojeným s onemocněním či před smrtí.“ Stejně tak to uvedla i sestra S9, která ještě doplnila jednotlivá vyšetření. Informant S9: „Na jednotlivá vyšetření k tomu příslušných oddělení, ať už na CT, RTG, SONO, MR. Poté v období umírání nebo při péči o pacienta.“

Další otázkou, kterou jsme položily sestřám a spadá do této kategorie je, jak si myslí, že zvládly doprovázet své pacienty. Sestry si povětšinou myslí, že v rámci možností dobře, avšak vyskytly se situace, které se sestřám vryly do paměti. Jedná se převážně o období umírání a následné smrti pacienta. Informant S2: „Myslím si, že dobře. Nejtěžší dle mě byly pohledy cizích lidí na pacienta s covidem, když jste jela například na vyšetření a byla v overalu lidé se nám vyhýbali. Připadala jsem si, jako bych byla prašivá, a co potom ten pacient.“, informant S6: „Bylo to náročné a z paměti nevymazatelné. Snažila jsem se. Do poslední chvíle jsem je podporovala a dělala jsem práci, jak nejlépe jsem dokázala. Neměnilo se to, že přicházeli jako mluvící lidé a odcházeli často v pytlí.“ Informant S8 si též myslí, že doprovázení pacientů zvládla. V konečné fázi jejich života se snažila stát po jejich boku a držet je za ruku. Dále informant S9 uvedl: „Nejtěžší byla psychika. Vědomí, že pacient zemře a už mu není jak více pomoci, zároveň muselo být těžké pro pacienty dívat se a umírat vedle lidí, kteří mají na sobě bílé obleky a nevidět jim tak ani do obličeje. Ale zvládla jsem to, moc na výběr jsem neměla, musela jsem.“ Sestra S7 zase uvedla, jako těžké přihlížet na unavené kolegyně. Informant S7: „Osobně jsem problémy neměl, nejtěžší bylo pozorovat kolegyně s depresí po několika desítkách úmrtí pacientů, u kterých jsme se pokoušeli ze všech sil zachránit život.“ Nových věcí bylo v období pandemie spousty, zvláště pro sestry po škole. Informant S1: „Jelikož

jsem ještě nepracovala na plný úvazek a byla jsem čerstvě po škole, tak jsem si v některých věcech nebyla jistá a musela jsem se často ptát kolegyně na určité věci, takže zvládla jsem to, ale mělo to své mezery a bylo co zlepšovat, ale věřím, že se to časem a získáním nových zkušenostílepší.“ Sestra S10 si o sobě dokonce myslí, že byla rušivým elementem mezi sestrami, jelikož byla externí sestra. Sestra S10: *„Byla jsem externí na povolávací rozkaz, proto jsem byla podporou a mírně rušivým prvkem. Aktivně jsem pomáhala pacientům a vedla s nimi rozhovory. Těžké bylo například být oporou pacientce, která byla hospitalizovaná déle než měsíc a nemohla vidět své blízké.“* V rozhovorech jsme se také setkaly se situacemi, kdy to bylo pro sestry náročné a měly co dělat samy ze sebou. Informant S3: *„Měla jsem snahu vnášet do péče lidskost a laskavost i přes své fyzické nepohodlí, ale myslím, že mnohdy jsem tuto stránku opomíjela v důsledku vlastní frustrace. Jako na náročné situace si vzpomínám, když jsem stála u lůžka a projevovala zájem o pacienta, který potřeboval lidský kontakt a sdílení, jednoduše si popovídat. V situacích, kdy člověk trochu jako "stroj" v rychlosti pracoval, aby se mohl co nejdříve svléknout z ochranného oděvu a tolik nevnímal vlastní nepohodlí se toto silně projevovalo, když jsem se najednou zastavila u lůžka a snažila se naslouchat nemocnému člověku.“* a informant S11: *„Sama jsem s tím bojovala, ale snažila jsem se dávat naději a pozitivum, aby lidé o svůj život bojovali a nevzdali to. A co bylo nejtěžší? Vidět, jak umírají a nemůžete říct: to bude dobrý, vrátíte se za rodinou domů. Nebo vidět manželský pár, každý v jiném pokoji, kdy muž zemřel a ženě (manželce), při zákazu rodiny, neříct, že její manžel zemřel po 50 letech manželství. Chodit na pokoj k ženě a mít obavy, aby se nezeptala, jak je na tom manžel.“* V období pandemie se sestry setkávaly také se zastoupením romské menšiny lidí, kteří vyžadovali odlišnou péči než ostatní pacienti. Sestra S12 uvedla situaci, kdy v doprovázení o člena romské skupiny dle jejich slov naprosto selhala. Např. uvedl: *„...protože jsem v ten moment nebyla schopna přizpůsobit se v té multikulturní odlišnosti. Protože v tom naprostém vyčerpání a zátěži jsem prostě nebyla schopná se přizpůsobit jeho kultuře, chování a jeho potřebám. Dala jsem mu takový základní balíček a až zpětně jsem pochopila, že se s námi cítil špatně, a proto se choval, jak se choval, protože potřeboval jen jiný přístup.“*

A jak tedy hodnotí sestry náročnost péče o tyto pacienty oproti době před pandemií? Rozhodně se shodly na jednom. Péče o pacienty s onemocněním covid-19 náročná zcela jistě byla, ať už se budeme bavit o fyzické či psychické zátěži. Informant S1: *„Tak určité to bylo náročnější po psychické stránce, vidět pacienty a jejich rodiny v takové situaci*

bylo nepříjemné a bylo mi jich upřímně líto. Co mě zasáhlo v té době byl právě ten pohled na ty lidi, kdy jste věděli, že je to zlé a že už nepůjde nic dělat více.“, informant S3: „Náročné byly hlavně podmínky, ve kterých jsme pracovali, opatrnost a dodržování všech pravidel, dále smrtnost viru a nemožnost předvídat průběh onemocnění u konkrétního i třeba poměrně mladého člověka. Dále omezené kapacity JIP a ARO a bezmocnost v těchto situacích, kdy jsem věděla, že víc pro tohoto člověka udělat nemůžu, ačkoliv v jiné situaci by mohl dostat specializovanou péči. Potom omezený prostor pro načerpání sil, odpočinek. Byla tam i značná dynamika změn dle informací, které nás ze všech stran dennodenně masírovaly. Při péči jsem se cítila často ve stresu, protože průběh onemocnění měl často zvrátové situace, také kontakt s pacientem byl velmi anonymní, občas mě velmi překvapilo, když mi například pacient řekl, že mě pozná podle očí, hlasu apod. Jako výrazný stresor jsem také vnímala dušnost pacientů, která byla hlavním příznakem covidové pneumonie.“ i informant S10 uvedl, že péče byla náročnější. Problémem, který sestřám neusnadňoval péči, byla převážně nutnost nošení ochranných pomůcek, které ztěžovaly provádění určitých výkonů a zvyšovaly fyzické nepohodlí sester. Informant S2: „Péče o pacienty s covidem byla mnohem náročnější. Velmi náročné bylo vykonávat práci v ochranných oblecích, protože v nich bylo horko, špatně se v nich dýchalo a manipulovalo s věcmi. Osobní kontakt s pacientem byl velmi omezený oproti péči před pandemií. Pociťovali jsme asi beznaděj a padaly otázky ve stylu kdy už to skončí?“ a sestra S6 uvedla problém s nošením OOPP, které ji způsobovaly akné a nevolnosti z přehřátí. Dále informant S9 uvedl: „Náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s covid-19 byla neskutečná, jednak náročnost práce v OOPP, dále náročnost v provádění jednotlivých ošetrovatelských postupech, asistence lékařům při výkonech, které se za běžných podmínek před covid-19 neprováděly, nebo ne tak často. A co mě zasáhlo nejvíce? Asi informace o relativně vysoké úmrtnosti i u mladších lidí.“ Informanti také často vypovídali o umírání pacientů, které ne vždy probíhalo tak, jak by mělo. Informant S4: „Náročnost tohoto povolání je a bude, ale pandemie covidu byla velmi náročná, kdo si tím neprošel, nedokáže podle mě soudit. Umírali pacienti, byly hlavně těžké stavy pacientů, překlady na ARO či JIP, manipulace s O2 tlakovými lahvemi, pravidelné kontrolování fyziologických funkcí, převážně teplota a saturace, ptát se na potřeby a další. Oblékání do ochranných pomůcek a pak v nich být kolik hodin. Často jsme se museli převlékat do suchého oblečení, po svlečení overalů jsme byli tak propocení, že by se i oblečení v ruce vyždímalo. Byla tam velká snaha pacientům

pomoci, ale nešlo to i přes veškeré možnosti. Snažili jsme se dopřávat analgeticko-dechový komfort. S pacienty komunikovat a občas i vytvořit úsměv na tváři. Při péči panoval strach a občas i beznaděj. Všichni jsme se cítili unavení a vyčerpaní. Nejvíce nás si myslím zasáhlo, pokud pacient zemřel a dále, že nemoc nebyla na ústupu.“, informant S8: „Jak už jsem zmiňovala. Péče byla náročná převážně z důvodu častých úmrtí nebo i z důvodu, že na sobě sestra měla více pacientů, o které se starala. Pocity jsem prožívala převážně negativní, ale strach a stres převládaly asi nejvíce. A nejvíce mě zasáhlo úmrtí novorozence, který se narodil matce s onemocněním covid-19.“ a informant S12: „Jak už jsem zmiňovala. V době naprosto největší pandemické špičky, kdy jsme opravdu byli plní a na urgentu nám čekali pacienti na příjem až v momentě až my někoho odvezeme do márnice, protože nebylo místo, tak to bylo náročné. Děsila mě představa, že budeme opravdu tvrdě selektovat pacienty, protože se k tomu schylovalo. Náročná ta ošetrovatelská péče určitě byla, ale to se budu zase opakovat. Bylo to náročné určitě mnohem více než před pandemií, na druhou stranu si myslím že se ta ošetrovatelská péče omezila, protože na to nebyl čas, kapacita ani personál. A ano co si budeme, odebrat krev nebo ASTRUP ve 3 rukavicích bylo náročné, protože necítíte nic.“

Jak jsme se dozvěděly z odpovědí výše, práce o tyto pacienty byla jednoznačně náročnější. Ale byla stejně tak efektivní, jako péče o pacienty bez onemocnění covid-19, když ošetrovatelská péče byla vykonávána s přísným ohledem na bariérové ošetrovatelské techniky? Ne vždy to bylo jednoduché, ale sestry se snažily, aby práce efektivní byla. Informant S1 uvedl: „Myslím si, že se všichni snažili, aby ošetrovatelská péče byla co nejvíce kvalitní. Samozřejmě, že ochranné pomůcky nám dělaly zle a zhoršovaly co se dalo. Bylo vám teplo, nemohli jste dýchat, neustále se zamlžující štít a tak dále, ale dělali jsme, co jsme mohli a pacienti byli zajištěni.“ Informanti S3 a S4 též uvedli, že pokud je dostatek OOPP, tak lze zajistit adekvátní péči se zachováním její efektivity. Dále informant S5 uvedl: „Efektivita byla dobrá, péče trvala o trochu déle než u normálních pacientů, ale nebylo to zlé.“, informant S6: „Pokud vezmeme, že když jsme se chránili, tak se nikdo nenakazil, a když tak to přišlo z venku od jejich rodin. Tak myslím, že to byl úspěch.“ a informant S11: „Bylo to náročné, oblečení omezovalo některé úkony, jako odběr krve z důvodu více rukavic. Štít, který tlačil, omezoval výhled, zamlžoval se, respirátor, který dělal otlaky až dekubity a občas dusil. Přesto si člověk zvykl na tyto opatření a respektoval je kvůli vlastní bezpečnosti a bezpečnosti personálu a pacientů.“ Setkaly jsme se také se situacemi, kdy sestry

nesplnily efektivitu práce, a to převážně z důvodu nošení ochranných pomůcek a potřeby to rychle ze sebe sundat. Informant S2: „*Péče byla určitě náročnější, více uspěchanější, aby se vše stíhalo, a hlavně jste chtěla být co nejdříve pryč z toho overalu, ač hodiny popohnat nešly. Takže si nemyslím, že ta práce byla tolik efektivní, jako před covidem.*“, informant S8: „*Myslím si, že to zase tolik samotnou péči nezměnilo. Spíše asi to změnilo komfort sester při poskytování té péče. Samozřejmě byl problém se naučit odebírat krev a píchat kanyly se 3 rukavicemi nasazenými na rukou. Nebo například nekomfort z důvodu overalu, ve kterých bylo šílené horko, štítý tlačily a bolela z nich hlava a z nošení respirátorů byly brzy rozdělané uši. Ale péči jsme poskytovali, jak to šlo a snažili se zachovat efektivitu, i přes své vlastní nepohodlí.*“ a informant S10: „*Efektivita práce v závislosti na čase se určitě snižuje, a to ať už se jedná o období pandemie či nikoliv. Efektivní ta péče snad ani být nemohla, ač jsme se samozřejmě snažili, a to z toho důvodu, protože bohužel není upravena kapacita lůžek na počet personálu.*“ Sestra S12 uvedla, že péče efektivní byla, ohledně bariérové ošetrovatelské péče uvedla, že se převlékaly a oblékaly pouze při výměně směny, nikoliv při vstupu na pokoj.

K ošetřování pacientů s covid-19 bylo zapotřebí mít určité znalosti a dovednosti. A proto jsme se sester zeptaly, zda jim chyběly k ošetřování covid pozitivních pacientů nějaké znalosti a dovednosti. Každá ze sester uváděla jiný nedostatek ve znalostech a dovednostech, dle získané zkušenosti před pandemií. Sestrám S1 a S8 chyběla převážně práce s ventilátorem a mnoho dalších, z důvodu nástupu na oddělení po škole. Např. informant S1 řekl: „*Určitě práce s ventilátorem. Setkala jsem se s ním za svou praxi poprvé a znalostí i dovedností bylo opravdu málo. Naštěstí mi kolegové ochotně pomáhali a nějak jsme to spolu zvládli.*“ Sestra S2 zase uváděla nevědomost v provádění výtěrů z nosu. Pravidla ohledně tohoto výkonu se dle jejich slov neustále měnila. Konkrétně uvedla: „*Ze začátku jsme nevěděli, jak dělat výtěry z nosu, skoro obden chodilo vedení, že to máme dělat jinak, bylo to vše chaotické a nikdo nevěděl, jak přesně se to přenáší apod. Mezi námi byl strach z neznámého, a to bylo o to více stresující a my všechny jsme byly více roztěkané než předtím.*“ Na začátku pandemie chyběly převážně informace o samotném onemocnění nebo o užívání ochranných pomůcek, což zaznělo i ve výpovědích informantů. Informant S4: „*Na úplném začátku, byly nejasné informace a bylo jich málo. Například jak se oblékat, jaký respirátor, zda štít musí být nebo pouze brýle atd. Postupem času se dostávaly nové a nové informace a bylo jich více, a i více zkušeností. Takže, i když vědomostí nebo zkušeností bylo na začátku málo, člověk se po*

čas péče naučil, co a jak.“, informant S9: „Tak určitě znalosti o celém tomto onemocnění, protože se objevilo z ničeho nic a museli jsme se o pacienta starat. Dále výkony, které se tak běžně za normálních podmínek u nás neprováděly. Jako například intubace pacientů, vyšívání tracheostomie nebo zavedení arteriální kanyly.“ a informant S10: „Postupně jsem zjišťovala, že chybí všechno, ať už dovednosti nebo vědomosti. Učilo se to za pochodu, kdy každá sestra pracovala dle svého vlastního zvyku. Celkově se učení o chodu pracoviště jako takovém, a ještě k tomu tyto omezující výjimečnosti, byly náročné.“ Nedostatek informací neměly sestry pouze v samotném onemocnění covid-19, ale také v dechové rehabilitaci. Informant S3: „Při zpětném pohledu možná více informací o dechové rehabilitaci, vzhledem k tomu, že rehabilitace jako taková byla z důvodu izolace pacientům zapovězena, jinak nic.“ Pouze dvě sestry z dotazovaných uvedly, že měly dostatečné množství vědomostí i dovedností. Informant S5: „Myslím, že ne a když už ano vždy jsme měli možnost zeptat se lékaře, co dál nebo ostatních kolegyně.“ a informant S12: „Mě osobně asi tolik ani ne. Já jsem znala zaintubované pacienty a znala jsem svým způsobem, jak se o ně mám starat, jak se odsává a podobně. Ale když to vezmu na lidi, kolegyně, které se s tím setkali poprvé, tak si myslím, že byli naprosto nedostatečně připraveni, protože neproběhla žádná edukace. Bylo to vlastně spíše, že ti to jednou možná ukážu, pokud ty si na to netroufneš, a to je asi tak všechno. Možná jsme měli nějaké teoretické znalosti ze školy, ale spousta lidí to neuměla použít do praxe a něco tam proběhnout mělo. Jak se o tyto pacienty starat, aby byly dodrženy nějaké zásady.“ Vědomosti i dovednosti sestrám chyběly. Nedostatek informací se týkal také zajištění dýchacích cest, umělé plicní ventilaci a s tím spojené péče o pacienta. Informant S6 uvedl: „Jasně. Všechno bylo nové. Neuměla jsem s AIRVO, UPV, zavádět vstupy, mimotělní oběhy, jako je iHD, kontinuální dialýza, ECMO. Dále dávkování léku, znalosti o nich, kontraindikace a indikace k léčbě. Vlastní psychohygiena a zvládání stresu. A nejhůřší byly papíry a celkově dokumentace. Takže jsem se měla co učit.“ a informant S7: „Ano chyběly, péče o endotracheální kanylu, práce s UPV, neznalost vybraných resuscitačních léčiv a další. Ta péče zkrátka byla jiná, než na co jsem byl zvyklý.“

Podkategorie 1 – Komunikace a práce v týmu

Komunikace byla základem péče o pacienty s onemocněním covid-19. Nejedná se pouze o komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem, ale také mezi zdravotníky. První otázkou, zahrnutou do této kategorie bylo, jak probíhala komunikace s pacientem a jeho rodinou. Dále ještě v týmu a s veřejností. Jelikož většina pacientů na jednotkách intenzivní péče byla na ventilátorech, nebyla umožněna adekvátní komunikace. Informant S1: *„V covidu převážná většina pacientů byla na ventilátorech, ať už invazivních nebo neinvazivních, a to značně komplikovalo komunikaci s pacientem, ale snažili jsme se s nimi vždy jednat s trpělivostí, podporovat je a být k nim otevření.“*, informant S7: *„Komunikace s pacientem byla omezená s ohledem na časté bezvědomí pacienta, jinak bez výrazných změn.“* a informant S12: *„Samozřejmě v tom největším období, ta komunikace s pacientem byla docela omezená. Ale snažili jsme se jim všechno říct a vysvětlit a podobně.“* Povětšinou se sestry snažily k pacientům přistupovat vstřícně a vše jim vysvětlit tak, aby to pro ně bylo pochopitelné. Informant S3 uvedl: *„S pacientem jsem se snažila komunikovat věcně, srozumitelně, s ohledem na individualitu každého jednotlivce, se špetkou místního humoru, s laskavostí a nadhledem.“*, informant S6: *„Vysvětlilo se mu, co a jak, pak se podporoval, v čem se dalo to stejné rodina po telefonu nebo při převzetí věci.“* a informant S9: *„Komunikace s pacientem probíhala v rámci možností dobře, pokud byl pacient schopen komunikovat, vždy jsme se dohodli a předali si informace.“* Dvě sestry uvedly stejnou komunikaci, jako před pandemií. Informant S5: *„Komunikace s pacientama byla stejná, jako s normálníma pacientama.“* a informant S8: *„Komunikace s pacienty probíhala běžným způsobem, nemyslím si, že by se nějak změnil styl. Ti, co byli zaintubováni, ale při vědomí, stejně tak i lidé s tracheostomií, se dorozumívali díky komunikace vedené přes papír. Jinak komunikace jako taková probíhala dobře.“* Dalším faktorem, který ztěžoval komunikaci s pacientem byly i ochranné pomůcky, kvůli kterým pacienti nevěděli, s kým mluví. Informant S4: *Komunikace s pacientem probíhala, buď pokud to bylo možné tak přes signalizační zařízení anebo osobní, blízký kontakt v ochranných pomůckách. Pacienti nepoznali, kdo je sestra, kdo sanitář, či lékař, byli zmatení, neviděli na ústa do obličeje. Někdy se i báli, než si zvykli, jak se k nim budeme oblékat.“* a informant S10: *„Komunikace byla v těchto oblastech všelijaká. Při používání OOPP v kombinaci se zhoršeným sluchem pacienta velmi ztížená až nemožná.“* Komunikace s pacientem nebyla omezená jen z důvodu nošení ochranných pomůcek, ale i ze strachu personálu, který s pozitivním

pacientem nechtěl trávit více času, než musel. Informant S2: „...a s pacientem byla komunikace velmi omezená oproti stavu před pandemií. Prostě nikdo se s pozitivním pacientem nechtěl příliš dlouho zdržovat, aby to také nechytíl.“

Komunikace s rodinou také nebyla vždy jednoduchá, nepřispěl k tomu ani fakt že z důvodu zákazů návštěv probíhala povětšinou pouze telefonicky. Informant S2: „S rodinou byla možná komunikace pouze telefonicky, návštěvy u nás byly zakázané.“, informant S3: „...s rodinami pak s pochopením k jejich nelehké roli, kdy jim není zprostředkován přímý kontakt s jejich blízkým a jsou drženi ve velké nejistotě a strachu, snažila jsem se o povzbuzení.“, informant S8: „S rodinou to bylo už horší, ale ztížené podmínky tomu moc nepřidali. Komunikace probíhala převážně po telefonu. Rodina se dostavila většinou až při rozloučení s pacientem.“, i informant S10 a S12 uvedli komunikaci s rodinou, jako omezenou. Komunikaci stěžovaly zakázané návštěvy, a ne vždy to rodina byla schopná pochopit. Informant S1 uvedl: „S rodinou to bylo trochu těžší, mnohokrát nechtěla věřit tomu, co se s jejich blízkým děje, byli hodně ovlivněni médií i svým okolím, ale také jsme se snažili být k nim otevření a upřímní, ač ne vždy to šlo.“, informant S4: „Komunikace s rodinou je a bude občas složitá, někdo spolupracuje a rozumí situaci a někteří nepochopí jaká je situace a že nemohou na návštěvu atd.“ a informant S7: „S rodinou největší problém v komunikaci byla otázka života a smrti rodinného příslušníka, pro rodinu to byla vždy těžko přijatelná zpráva.“ S rodinou nejčastěji mluvil lékař, který jim udával informace o zdravotním stavu příbuzného. Informant S9: „Co se týče komunikace s rodinou, tak s ní komunikoval převážně lékař, pro sdělení informací o zdravotním stavu pacienta, my jsme se snažili o co nejšetrnější podmínky při dovolené návštěvě.“

Podíváme-li se nyní na komunikaci v týmu, zjistíme že odpověď je u každého informanta trochu rozdílná. Někteří udávají vzájemnou podporu nebo žádnou změnu v komunikaci během pandemie. Informant S3: „V týmu jsme se snažily podporovat, pomáhat si a myslet na potřeby druhých, vystřídat se u pacientů, dělat práci systematicky, aby si každý mohl odpočinout.“, informant S5: „V týmu jsme měli komunikaci také stejnou, jak před covidem. Nevidím úplně změny.“, informant S7: „...a tým? Tam to fungovalo skvěle.“ a informant S9: „A komunikace v týmu probíhala dobře, každé 3 hodiny jsme se střídali s druhým týmem, takže proběhlo klasické předání služby. Pravda, někdy to bylo za běhu a spoustu informací si druhý tým přečetl, ale jinak se to nedalo uzpůsobit.“ Jiní zmiňují těžkosti

v začátcích pandemie a neporozumění s některými kolegy či kolegyněmi. Informant S4: „Komunikace v týmu byla na začátku pandemie složitá, pro všechny to byla nová věc a museli jsme se do toho dostat.“, informant S6: „Komunikace v týmu vážla. Krátilo se, co se dalo, aby bylo více času na pacienty. Lékaři často spoléhali na sestry a o to obtížnější to bylo.“ a informant S12: „A komunikace v týmu, záleželo jak s kým. S někým to bylo harmonické a s někým nebylo a vznikali nějaké konflikty.“

Komunikace s veřejností nebo masmédií byl problém, který sestry značně omezoval, ať už z toho důvodu, že se jim lidé vyhýbali, nebo proto, že samotná média sestry negativně ovlivňovala. Informant S3: „Masmédia na mě působila velmi fobickým dojmem, dokázala efektivně vyvolat strach, pozornost a udržet ji po poměrně dlouhou dobu.“, informant S4: „Co se týče komunikace veřejnosti, tak na nás jako zaměstnance infekčního oddělení se pohlíženo jako ty “rizikový“. Minimalizovali s námi kontakt, nechtěli, abychom například chodili na mzdové oddělení, chtěli abychom když tak papír nechali ve schránce, nechtěli s námi moc přijít do kontaktu. Osobně vím, že na mě se poohlíželo jako na riziko nákazy, jelikož se starám o infekční pacienty.“ Informant S5 zase uvedl, že se nemohl dívat na televizi z důvodu negativních zpráv. Dále informant S9 uvedl: „Začnu u komunikace na veřejnosti. Neustále plná média, co se týče onemocnění. Nemám ráda poslouchat neustále samé informace v takovém množství, jako fungovalo na internetu. Takže to na mě působilo velice negativně, jako by zmizela jiná onemocnění a byl zde jen covid-19.“ informant S10: „Ve veřejném prostoru bylo moře informací a domněnek. Nechtěla jsem se tím zbytečně přetěžovat.“ a informant S12: „A veřejný prostor. Tak tam komunikace byla naprosto otřesná. Tolik dezinformací nevzniklo snad nikdy více než během pandemie covidu a zdravotnický personál byl zkrátka linčovaný.“

Komunikace s pacientem a jeho rodinou je velmi důležitá, ale i komunikace v týmu hraje velkou roli, a proto jsme sestrám položily následující otázku. „Popište, jak probíhala týmová spolupráce u Vás na oddělení?“ V mnoha případech informanti uváděli dobrou komunikaci v týmu, která jim vyhovovala. Informant S1: uvedla „Myslím si, že nás jako kolektiv to hodně spojilo, každý jsme si to zažil poprvé, takže jsme byli de facto všichni na stejné úrovni, co se týče této situace a hodně jsme si pomáhali. A komunikace v týmu, tak probíhala bych řekla normálně. Domluvili jsme se na všem, na čem jsme potřebovali a v rámci možností to klapalo.“ Informant S2 také uvedl dobrou komunikaci

týmu, ale zdůraznil nedostatek personálu, který v pandemii byl. Dále informant S3 uvedl: „Myslím, že naše týmová spolupráce až na výjimky byla velmi nadstandardní. Mnoho z nás se kolikrát až nechalo přemlouvat k tomu, že ho někdo vystřídá. V týmu jsme chápali priority, že i když se člověk "svlékne" z ochranného oděvu, neznámá to, že si půjde sednout, ale může pracovat alespoň chvíli za pouze rouškou omezeného dechu, a ne v upoceném plastovém hábitu. Proto i tento aspekt práce byl organizovaný a závisel na domluvě. Musím říct, že jsem se až kolikrát dojíkala nad tím, jak si dokážeme pomoci, když jde do tuhého. I když samozřejmě taková spolupráce není s každým, ale tak to v životě je, a to nás právě učí kompetenci umět si říct o pomoc.“ a informant S9: „Týmová spolupráce je skvělá, můžete se obrátit na kolegy, pokud něco nevíte, každý vám se vším poradí a pomůže. U nás to probíhalo tak, že 2 týmy se střídali po 3 hodinách a v jednotlivých týmech byl určitý počet sester a každá si vzala na starosti nějakého pacienta, o kterého se starala.“ Sestra S7 také uvedla dostatečnou komunikaci v týmu, ale postupem času byla znát únava personálu. I zdravotníci jsou jenom lidé a občas se stane, že ne každý jedinec do daného kolektivu zapadne. Toto se dělo i v týmech sester. Sestra S10: „Vzhledem k různosti obsazení směny to bylo den ode dne jiná. Celkově jsem, ale byla spokojená.“ a sestra S12: „Tak týmová spolupráce, jako vyloženě mezi námi, si myslím, že byla skvělá. Všichni se snažili ze sebe vydat maximum. Samozřejmě, že někteří lidé jsou povahově náročnější, a tudíž s nimi řešit náročnější krizové situace byla víc o nervi než celá pandemie, ale jinak si myslím, že jsme to zvládli. Když jsme nevěděli, tak jsme si navzájem radili, takže za mě dobrý. Spíše mi chybělo nějaké pořádné vedení zpětně.“ Roli hrál i nedostatek personálu, kvůli kterému komunikace a zaučování neprobíhalo, jak by mělo. Informant S4: „Bylo málo personálu, abychom si mohli více pomáhat během služby, tak byl navýšen počet personálu na denní službu, tudíž více směn. Určitě pomohla výpomoc studentů, vojáků atd. Myslím, že spolupráce byla relativně dobrá, snažili jsme se střídát a vypomáhat si, aby netrval jeden člověk x hodin v obleku, aby se stihl napít a občerstvit se. Ale je to vše o lidech, někdo z personálu se vždy najde a není s ním spolupráce úplně perfektní.“ a informant S8: „Jak jsem nastupovala na JIPku v průběhu covidu, tak jsem neměla možnost zaučení. Byla jsem do toho hozena a plav. Takže to mi tam trochu chybělo, aby se mi někdo na začátku věnoval, ale zvládla jsem to i tak a rozumím tomu, že práce bylo mnoho a personálu málo. Jinak poté dále byla spolupráce si myslím dobrá a nic mi v ní nechybělo.“

Kategorie 4 – Finalita života

V pandemii nového typu koronaviru docházelo k většímu úmrtí pacientů, než na jaké sestry byly zvyklé. Jak často se setkávaly s doprovázením pacientů v oblasti finality života? Všechny sestry se shodly na jednom. Bylo to opravdu často, téměř každou směnu. Informant S1: *„Každou směnu, bylo toho opravdu hodně. Bylo to něco, na co se člověk nemohl připravit dopředu, na tu smrt samotnou a množství lidí, které to potkalo.“*, informant S2: *„Pracuji na interním oddělení, takže velmi často a v covidu, o to více.“*, informant S3: *„Nepřiliš tak, abych si plně uvědomovala, že jde o doprovázení v posledních chvílích života pacienta. Těch příběhů bylo spoustu a nejvíc se mě dotýkaly ty, které nebyly předpokládáné a zvrát a zhoršení nastal během jednoho dne. To bylo kruté. Pamatuji si službu, kdy jsem zažila tři úmrtí na našem oddělení a musím říct, že mě z toho dodnes mrazí.“* Informanti S4, S5, S6 i S8 uváděli, že téměř každou směnu. Dále informant S9 uvedl: *„Nemohu říct, že by nebyla služba, kdy bychom neřešili odchod pacienta. Hodně často jsem se setkávala s úmrtím pacientů na onemocnění covid-19, mohu říci, že téměř neustále.“*, informant S11: *„Často, ale někdy člověk přišel po střídání v covid prostředí nebo odešel ze směny a smrt přišla potom.“* nebo informant S12: *„Řekla bych, že asi tak každou směnu. Opravdu hodně často.“*

Každá z dotazovaných sester se setkala s doprovázením v období pandemie, ale jakým způsobem probíhalo samotné doprovázení v období umírání či smrti? Aby se tlumily dýchací obtíže pacientů, zvyšovala se jim analgosedace, která měla zařídit komfort pacienta při umírání. Informant S4: *„Častou přítomnost sestry, lékaře či dalšího ošetřujícího personálu u pacienta. Pokud to bylo možné tak samozřejmě jsme umožnili návštěvu rodiny u pacienta. Snažili jsem se být pacientovi k dispozici a nápomocný. Hlavně bylo cílem udržet analgeticko-dechový komfort.“*, informant S6: *„Držením za ruku. Navýšením sedace. Dělal se prostě maximum, aby lidé umírali v klidu. Vypínali jsme alarmy a docházelo i k vypnutí podpory dechu, aby mohli v klidu odejít.“*, informant S7: *„Převážně v psychické podpoře, podáním analgezie a dalších potřebných medikací k zajištění klidného umírání a smrti pacienta.“* a informant S9: *„V období umírání se u pacientů tišila bolest a dechové problémy, samozřejmě vše pod režii lékařů. My jsme se starali o to, aby byl pacient v suchu, teple, čistotě, více se bohužel nedalo dělat, prostě aby měl uspokojené bio-psycho-socio-spirituální potřeby.“* Sestry se i přes své

fyzické i psychické vyčerpání snažily být umírajícímu pacientovi oporou v tomto nelehkém období. Informant S1 uvedl: „Většinou to probíhalo tak, že pacient měl symptomatickou léčbu a pak po ordinaci lékaře se odpojil od ventilátoru a nastala smrt. Po období umírání jsem se snažila být s tím pacientem a po smrti poté začala úprava těla, kdy se umylo, identifikovalo, jakože se popsalo stehno identifikačními údaji a zabalilo do pytle.“, informant S2: „Snažili jsme se vyhovět co nejvíce pacientovým přáním, aby to vše probíhalo v klidu a nějakým způsobem nahradit i tu rodinu, která za ním nesměla přijít.“, informant S8: „Jelikož se většina pacientů odpojila od ventilátoru, tak jsme věděli kdy to přijde. Lékař zavolal rodině a bylo jim umožněno přijít k nám na oddělení a rozloučit se, poté se pacient většinou odpojil a já konkrétně jsem vždy stála vedle pacienta a držela ho za ruku. Po smrti se pacient zabalil do pytle a nechal dvě hodiny na oddělení, občas se stávalo, že to mrtvé tělo bylo mezi ostatními pacienty, kteří bojovali o život, což nebylo motivující.“, a informant S12: „Tak co se týče té finality. Tak v té době před tím umíráním, ti lidé nebyli většinou při vědomí, ve většině případů. Spíš jsme se snažili pohlédit po ruce. Často jsem říkala, že mě to mrzí, že bych dělala více, ale to moc nešlo a někdy následně i přišel pláč. Někaká výrazná empatie tím náparem si myslím neprobíhala. Samozřejmě jsem se snažili, aby ten člověk odešel důstojně, bez bolesti, ale to se řešilo lékama.“ Jedna sestra z dotazovaných uvedla, že se doprovázení v období umírání nezměnilo, jediný rozdíl od doby před pandemií byl, že se pacienti museli zabalit do pytle. Sestra S3 zase uvedla, že pacient neměl doprovázení, které by si zasloužil: „Bohužel musím přiznat, že na doprovázení, které by si pacienti zasloužili nebyl prostor ani síla. Byla jsem ráda, když se alespoň stihlo podávat morfium na zmírnění dušnosti, aby pacienti umírali v co možná největším komfortu. Bohužel, někdy se ani to nestihlo. Když to šlo, snažila jsem se je alespoň chytnout/držet za ruku, pohlédit po tváři, aby nebyli sami. To je myslím to, co si nikdo z nás nepřeje, umírat sám. Netřeba slov. V období smrti jsme postupovali podle standardních postupů, včetně symbolického otevření okna. Bohužel postupy ke covid pozitivním zesnulým byly řekněme z mého pohledu až nehumánní, tím myslím ani neomyvat tělo, dát pacientovi roušku na pusu a zabalit ho do černého pytle.“

Další otázka, kterou jsme sestram položily a spadá do této kategorie je, zda sestram něco chybělo při doprovázení pacientů v období umírání či smrti. Povětšinou jsme slyšely jednu stejnou věc, a to čas, který sestram chyběl, dále poté nemožnost návštěvy pacienta rodinou. Informant S1: „Čas, protože vše bylo zrychlené. Člověk neměl čas se rozkoukat

a byla tady další vlna nových nemocných. Další a další nemocní lidé čekali na volná lůžka a hospitalizaci, a ne vždy těch lůžek bylo dostatek.“, informant S2: *„Určitě čas a nemožnost kontaktu pacienta s jeho rodinou.*“, informant S3: *„Ano, mezi počtem úkonů k zajištění potřeb a léčby všech pacientů a návaly případů pacientů chyběl zejména čas, síla, z mojí pozice možná také zkušenosti, jelikož jsem nastoupila na své první místo a se smrtí se setkávala téměř denně, což se za standardních podmínek na oddělení našeho typu opravdu neděje. Po nejhroších vlnách covidu jsem naopak dalo by se říct ke vši smůle, měla pocit, že péče o umírajícího a mrtvé tělo je jedna z věcí, které ovládám téměř rutinně.*“ Čas chyběl i sestře S6, která ještě dodala chybění možnosti rozloučení rodiny s pacientem. Informantovi S4 též chyběla možnost návštěvy pacienta rodinou, i když byly situace, kdy lékař návštěvu dovolil. Většinou tomu bylo z důvodu rozloučení rodiny s umírajícím pacientem. Dále informant S10 uvedl: *„Chyběl mi čas, prostor a soukromí. Byla jsem spíše bázlivá. Kolegové provázeli pacienty hezky. Jen já jsem moc nevěděla, jak se k tomu postavit.*“, informant S11: *„Čas, kvůli plnému oddělení, následně kvůli tomu jsme nemohli adekvátně pomáhat pacientům v úlevě.*“ a informant S12: *„Určitě mi chybělo to, že u většiny pacientů se nepřišla rozloučit rodina. Tím, jaká byla situace a často i oni měli covid. Co se týče profesionality, tak ta mi chyběla určitě, protože na to bohužel nebyl čas. Věnovat každému pacientovi tolik, kolik by si určitě zasloužil.*“ Jediný zástupce mužského pohlaví ve výzkumu uvedl, že jemu konkrétně chyběla empatie. Dále sestřám chyběla důstojnost smrti informant S8 uvedl: *„Asi nějaká důstojnost té smrti a umírání. Zabalení těl do plastových pytlů mi přišlo značně nehumánní, ač rozumím, proč tomu tak bylo.*“ a informant S9: *„Jediné, co mě nejvíce vadilo bylo to, že jsme museli mít OOPP a pacient neměl možnost vidět normálního člověka bez ochranných pomůcek.*“

Posledním aspektem zahrnutým do této kategorie bude, jakým způsobem probíhalo rozloučení rodiny s umírajícím či zemřelým pacientem. V této době to nebylo jednoduché, jak už vyplynulo z odpovědí výše. Častokrát se stávalo, že z důvodu zákazu návštěv se rodina nemohla rozloučit a pacient umíral sám po boku sester. Informant S2: *„Jelikož byl zákaz návštěv, tak se rodina nemohla rozloučit se zemřelým nebo umírajícím pacientem, o to více to všechno bylo náročnější, přihlížet tomu. Takže pacient umíral sám.*“, informant S3: *„Často bohužel nijak. Pokud se jednalo o případ pacienta, u kterého se smrt v uvozovkách "dala předpokládat", dostala rodina výjimku a mohla se přijít se svým blízkých rozloučit, kdy přišly na návštěvu k lůžku pacienta, samozřejmě*

po předchozím oblečení do OOPP. Mnoho takto zesnulých ale takovou šanci z důvodu náhlého zhoršení stavu a dalších důvodů nedostalo.“, informant S6: „Nijak, nešlo to.“ a informant S12: „No právě že většinou neprobíhalo. Já si vybavuji snad jenom asi dvě rodiny, že tam byly.“ Některá oddělení měla návštěvy povolené a rodina se tak mohla jít rozloučit po domluvě s lékařem. Informant S1 uvedl: „Vždy při stanovení, že další léčba nemá smysl a pacient bude odpojen, se zavolalo rodině, aby jim bylo umožněno se rozloučit. Rodina mohla být u nemocného jen krátký čas a musela být opatřena právě ochrannými pomůckami, které ne všem dělaly dobře. Kolikrát se stalo, že se rodina nemohla s pacientem rozloučit, protože sami byli nemocní a o to více to bylo celé smutné.“, informant S4: „Lékaři rodině sdělili, že člen rodiny zemřel a pokud oni sami sdělili, že se ihned dostaví se rozloučit, bylo jim umožněna návštěva. Jinak jak jsem již říkala, návštěvy byly zakázané a ve vážném stavu pacienta, byla návštěva lékařem povolena.“ I informant S5 uvedl možnost rozloučení rodiny s pacientem po domluvě s lékařem. Dále informant S7 uvedl: „Bylo to velice individuální, dle psychického stavu a názoru rodiny, zda může přijít či nikoliv. Někteří příslušníci rodiny se nechtěli jít rozloučit, protože nechtěli jít do covidové zóny, aby to nechytily taky.“, informant S8: „Lékař vždy zavolal rodině a bylo jim umožněno přijít se s pacientem rozloučit. Spousta lidí nám v těch overalech kolabovalo, ať už z důvodu těch overalů samotných nebo toho, že viděli svého příbuzného v takovém stavu. Většina byla zaintubovaná a připojená na ventilátor, takže to nebyl milý pohled.“ a informant S9: „Po domluvě s lékařem rodina přišla na oddělení, kde si vzala OOPP a byla jim umožněna návštěva pacienta, respektive rozloučení se.“ Sestra S11 dokonce uvedla, že to nebude rozebírat, protože je to pro ni až příliš citlivé téma.

Kategorie 5 – Doplnující informace

Podkategorie 1 – Postoje sester

Každá sestra se s obdobím pandemie snažila vypořádat po svém, ale jak se po osobní zkušenosti s prací v první linii změnil pohled sester na jejich profesi? Sestry zjistily, že tato péče je opravdu velmi náročná a jejich ohodnocení není adekvátní. Informant S1 uvedl: „I když si někteří myslí, že jsou sestry něco méně než doktoři, já si myslím po této zkušenosti, že jsme si rovni a za tím si stojím. Práci, kterou jsme

vykovoávali byla opravdu náročná a zvládli jsme ji.“, informant S2: „Uvědomila jsem si, že naše profese je velmi podhodnocená, protože sestry by měli určitě dostávat mnohem vyšší plat nebo alespoň jiné benefity, které by kompenzovaly náročnost toho povolání.“, informant S3: „Nevím, zda se můj pohled změnil. Byla to moje první zkušenost, vhodily mě do vody a musela jsem plavat. Záchranný kruh jsem ale dostávala od svých úžasných kolegyň, které mi i přes náročnou situaci byly trpělivými a neúnavnými učitelkami. A za to jsem jim nesmírně vděčná. V době pandemie si lidé zase na chvíli uvědomily, že naše práce je náročná a společnost se spojila v tom, že nám za to poděkují. Ta podpora byla tak výrazná, že i to nás mnohdy drželo nad vodou. Ale já osobně to vnímám tak, že tohle je moje práce, s tím jsem do toho šla a neodradilo mě to, ba naopak. Jsem člověk, který potřebuje dělat něco, co má smysl a tato situace moji potřebu uspokojila nad míru. V současnosti už se onemocnění změnilo a vnímám, že by se na tuto problematiku dalo nahlížet jiným pohledem. Ale to je jiné téma.“ Informant S4 zase uvedl, že je to velmi psychicky a fyzicky náročná práce, kterou nezvládne každý. Dále informant S10 uvedl: „Byla jsem hrdá, že je to užitečná profese a že si to konečně mnoho lidí začalo uvědomovat.“ Sestra S6 uvedla, že sestry pomáhají i na úkor vlastního zdraví. Informant S6: „Lidé, když potřebují pomoc jsou schopní udělat cokoli. Když nepotřebují tak jim na tom nezáleží. Jsme jen dělníci. Pomáháme lidem i na úkor vlastního zdraví.“, U jedné z dotazovaných sester se pohled nezměnil. Informant S7: „Pohled na moji profesi se nijak nezměnil, šel jsem do této profese se vším, čeho se to týká.“ Dále si sestry více vážít hodnoty života a jeho křehkosti. informant S8: „Uvědomila jsem si, že toto povolání je opravdu náročné a nevím, zda ho chci dělat po celý život. Určitě jsem si upevnila určité dovednosti i vědomosti, za které jsem samozřejmě ráda, ale jak jsem řekla, je to náročné a za mizerné peníze.“, informant S9: „Začala jsem si více vážít maličkostí, protože jsem si uvědomila, jak tenké se pohybujeme na hranici života a smrti. Snažím si více užívat a nemyslet tolik na starosti a tím pádem se snažím i rozveselovat den svým pacientům“ Toto období bylo náročné, jak jsme již už několikrát zmínili, a proto i negativně ovlivnilo pohled sester. Informant S11: „Jsem ráda opět na svém oddělení, kde se člověk se smrtí neseťkává tak často, jako na oddělení, kde jsem vypomáhala, kde smrt byla na denním pořádku. Svoji práci mám ráda a na klasické oddělení, kdy by byla podobná situace bych nechtěla, i když interna je tomu dost podobná. Nejhorší pro mě bylo, když na té posteli umřel člověk, po úklidu přišel příjem a už ležel zase na té posteli. A vy musíte být profesionální, i když víte, že před tím tam ležel člověk, který zemřel a stále vidíte

jeho obličej.“ Období pandemie přineslo i pozitiva, kdy došlo u jedné sestry k uvědomění, že v těžkých časech je schopná fungovat, jak je potřeba. Informant S12: „Ten pohled je nyní takový, že když jde do tuhého tak se všichni spojí a dokážeme ze sebe vydat opravdu neuvěřitelné výkony, a i v těch nejhorších časech se nad tím povznést a zasmát se, ale znám bohužel i sestry, které to odrovnalo. Ten covid, ta zkušenost s tím. Já osobně jsem ale nezpozorovala nějakou změnu.“

A jak se změnily jejich postoje? Dvě sestry zmínily zvýšení sebevědomí ohledně vykonávané práce. Informant S3 uvedl: *„Napadá mě poznamenat, že jsem si nikdy nepředstavovala, že budu do práce chodit skoro se stejným nadšením, jako do skautu. Doted' tu skupinu lidí tím, co máme spolu prožité, vnímám jako druhou rodinu. Myslím si, že touto zkušeností mi určitě vzrostlo sebevědomí, začala jsem si více vážit sama sebe a více o sebe pečovat. Uvědomila jsem si, co všechno dokážu a jsem na to pyšná. Taky mi to dalo uvědomění, že nikdy nevíme, co nás čeká a je potřeba žít naplno tady a teď.“* a informant S12: *„Byla jsem na sebe pyšná, jak jsem se s tím poprala, jak jsem to zvládla. A určitě se mi v ten moment zvýšilo to pracovní sebevědomí. Že i když jde do tuhého a občas to nevypadá, že si umím poradit a zvládnou to. Samozřejmě, že při pozorování umírání tolika lidí, jsem si uvědomila tu křehkost života, jak během minuty se vlastně může všechno změnit.“* Nejčastější změnou v postojích bylo uvědomění si hodnoty života. Sestry si začaly více užívat a vážit si maličností. Informant S1: *„Určitě si více vážím své rodiny a času který nám byl dán. A poté i kolegů, protože jsme zvládli kolikrát nemožné, byli jsme v psychickém i fyzickém nátlaku, a i přesto jsme se snažili mít úsměv na tváři.“*, informant S8: *„Vím, že je potřeba žít taky osobní život. V období pandemie jsem byla skoro pořád v práci nebo ve škole, takže prostor pro osobní život byl opravdu malý. Byla jsem ráda, že jsem byla schopná si občas zacvičit a tím se odreagovat, ale toho času bylo opravdu málo. Díky tomu teď vím, že peníze mi nestojí za to, abych strávila život v práci. Také si více vážím života a snažím se toho využít.“*, informant S9: *„Více si užívám života, vážím si ještě více lidí, kteří mě obklopují, ať už rodiny, kamarádů, kolegů a dalších.“* a informant S11: *„Změnil se mi, člověk si má vážit vlastního zdraví, vážit si že má ruce a nohy a i prsty. Vážit si že rodina stále žije a funguje v osobním životě. Ale toho by si člověk měl vážit i když neprošel hrůzou, kterou člověk vidí ve zdravotnictví. Takže pro příklad, někomu se vybil telefon a je to pro něj konec světa, tak si říkám. Jo konec světa? To nic nevíš o životě.“* Zvýšil se i respekt ke kolegům. Informant S7: *„Rozhodně jsem získal nový respekt pro své kolegy a kolegyně, jinak se mé*

postoje nezměnily.“ a informant S2: „*Naštěstí pro mě, jsem v covidu dlouho nepracovala. Po pár měsících jsem odcházela na neschopenku z důvodu těhotenství, takže nevím přesně. Kolegů si vážím, že to zvládli a zvládají do teď péči o své pacienty.*“ Změna postojů nebyla pouze pozitivní. Psychicky to bylo náročné a zanechalo to určité rány na duši. Informant S4: „*Onemocnění covid se stále bojím a snažím se přistupovat zodpovědně. Nyní více dbám na hygienu rukou jako například po návštěvě obchodního centra, při jízdě v dopravním prostředku, před jídlem atd. Nyní více používám, a mám i u sebe, dezinfekci na ruce. Při nachlazení či do nemocnice nosím občas respirátor či roušku, i když zařízení to nenařizují. Jinak postoje k sobě sama či rodině se asi nijak nezměnili. Stále mám strach o sebe či blízké, aby neonemocněli.*“ a informant S6: „*Psychicky i fyzicky jsem na tom hůře, ale pořád se snažím být ten stejný člověk akorát se zkušenostmi z covidu, z urgentní medicíny. Snažím se být lidská, pomáhat, ale při tom myslet na své zdraví. Neslibovat, ale dávat naději.*“ Informanti S5 a S10 poté uvedli, že se jejich postoje nezměnily.

Podkategorie 2 – Přípravenost sester

Už známe postoje sester a jejich pohled na profesi všeobecné sestry, ale jsou nějaké faktory, které by sestry zpětně uvítaly při péči o pacienty s onemocněním covid-19 ze strany nemocnice? Odpovědi sester byly rozdílně a každá uváděla svoje individuální potřeby, které jim v pandemii chyběly. Informant S1: „*Jednoznačně říkám více ochranných pomůcek.*“, informant S2: „*Více personálu na oddělení jak sester, tak sanitářů i doktorů a potom více osobního volna.*“, informant S3: „*Více pochopení pro naši situaci, více možností/příležitostí k psychohygieně a vzdělávání.*“, informant S4: „*Návštěvu vedení na příslušném oddělení a vyjádřit podporu, nejen emailem či “vzkázáním” po jiném. Pak více personálu, během této situace a více osobního volna.*“, informant S6: „*Čas, zaškolení, dostatek pomůcek, omezení dokumentace, rodiny pacientů, čas na sebe a další.*“, informant S7: „*Dle mého zajištění dostatku ochranných pomůcek.*“, informant S8: „*Určitě lepší organizovanost práce.*“ nebo informant S9: „*Vyšší plat a větší uznání za náročnost této profese.*“ Sestra S11 uvedla, že ji nic nechybělo. Snažily se pomáhat, jak mohly a jak to bylo nejlepší pro pacienty s tím co měly. Sestra S5 zase uvedla, že vše, co ji napadá by se v době pandemie nedalo uskutečnit. Informant S10: „*Vše, co mě napadne, mi přijde kvůli zákazu shromáždění*

nereálné, tak asi ne. Je to dost obtížné.“ Obdobní názor měla i sestra S12, která uvedla následující: *„Myslím si, že po bitvě každý generál. Uvítala bych zpětně určitě spoustu věcí při péči o covid pozitivní pacienty. Ale nesmíme zapomínat, že když ta pandemie byla na té nejhorší úrovni, tak o tom covidu stále nikdo skoro nic nevěděl a řešilo se všechno za pochodu. Zkoušeli se různé věci a říct, že by to mělo být takto a vy jste nám měli dát něco navíc, je hrozně těžké.*“ Pouze sestra S5 uvedla, že ji při péči o pacienty s onemocněním covid-19 nic nechybělo a všeho měli dostatek.

Pandemie bylo těžké období nejen pro zdravotnický personál, ale i pro běžnou populaci. A jak vnímají zdravotníci možnost znovunavrácení pandemie? Budou nyní už připravení? Většina sester uvedla, že budou. Informant S1 uvedl: *„Ano, budeme vědět, co nás čeká, a tím pádem budeme moci poskytnout adekvátní péči, která přijde včas. Třeba i zabráním, aby lidé tolik neumírali nebo alespoň za lepších podmínek.*“, informant S2: *„Teď by to bylo jiné v tom, že je více informovanosti o tom onemocnění, takže člověk už ví, co čekat, dělat, nedělat atd. Nebylo by to tudíž tak stresující a ze začátku zmatené.*“ Připravená na další vlnu je i sestra S4, která využije zkušenosti, které získala v období pandemie na poskytování lepší péče pacientům. Dále informant S5 uvedl: *„Určitě budu připravena, určitě za dobu pandemie jsme načerpali spoustu zkušenosti a dovedností, takže určitě kvalita péče bude lepší.*“, informant S6: *„Už vím, do čeho půjdu. Budu mít už těžce nabitě zkušenosti. Je mi jedno, zda přijde další. Budeme stejně dělat maximum, ať je covid nebo ne.*“, informant S7: *„S ohledem na získané zkušenosti a vědomosti bych další vlnu vnímal jako možnost své znalosti prohloubit. Byl bych lépe připravený než poprvé. Jiné to bude v tom, že již v této specifické péči mám určité zkušenosti.*“ a informant S9: *„Pokud by se měla vlna pandemie vrátit, určitě jsme na to dostatečně připraveni. Už víme, co a jak dělat na našem oddělení, a umíme si představit, jak vše může probíhat. Takže ano, budeme připraveni.*“ Dále sestry uváděly, že ano, ale že nepřepokládají znovunavrácení pandemie covid-19 v takové míře, jako byla na začátku. Informant S3: *„Nepředpokládám návrat pandemie v takovém měřítku a vážnosti, jaké jsme už zažili. Spíš si myslím, že nás do budoucna čekají nová infekční onemocnění, což je přirozený proces, který se děje a možná vzhledem k tomu, že jsme si teď něčím takovým prošli, budeme více připraveni. Myslím si, že na péči o covid pozitivní pacienty budu připravena určitě minimálně více, než jsem byla před nástupem na oddělení. Pokud se jedná o vysokou smrtnost pacientů, na to se myslím připravit nedá. Člověka to po určitém čase spíš trochu otupí, protože je toho na něj prostě moc.*

A uvědomí si to až zpětně, čím si vlastně prošel.“ a informant S10: „Spíše může asi přijít něco jiného. Což by byl asi znovu dost šok. U další vlny covidu by asi bylo méně strachu, než když to bylo vyloženě nové a neznámé. Jsem asi více schopná si hledat informace o správných postupech. Nebudu zahlcena ještě školou, což bude fajn.“

Toto období bylo náročné a sestry by jistě po stránce vědomostí a dovedností připravené byly, otázkou je ale, zda by byly připravené i po psychické stránce. Informant S8 uvedl: *„Myslím si, že připravená po stránce dovedností i znalostí budu, ale je otázka, zda po psychické stránce. Toto období bylo výborné na seberozvoj, ale pokud bych nemusela, už bych se toho zúčastnit nechtěla. Samozřejmě, že pokud by taková situace nastala a mě by nic jiného nezbylo, tak zatnu zuby a jdu.“*, informant S11: *„Doufám, že již další vlna v takové míře nebude. A když je to očkování. Každopádně, člověk by byl připravený, protože by věděl, do čeho jde a jak se to projevuje a už ze zkušeností ví, jak procovat s pacientem a se sebou samotným.“* a informant S12: *„Asi neutrálně. Neříkám, že bych byla nadšená z toho, že bych měla být opět 12 hodin v overalu, v respirátoru a v brýlích, štítu. Ale když to přijde, tak to přijde a mi to úplně neovlivníme. S píše jsme zase zpohodlněli, protože jsme si zvykli opět na ten běžný provoz.“*

Jako poslední otázka rozhovoru zaznělo, zda sestry ještě chtějí něco dodat či doplnit co v rozhovoru nezaznělo. Všechny sestry uvedly, že nikoliv, až na sestry S6, S7, S8 a S11. Sestra S6 dodala následovně: *„Sestry jsou jen lidé. Nedělají zázraky na počkání. Zázrak je jen jiné slovo pro skutečné úsilí. Snaha pomoci a naděje. To je to, co všichni potřebujeme.“*, informant S7: *„Chtěl bych pouze dodat, že můj respekt patří každému, který péči v toto období zvládnul a byl schopen zachovat svoji profesionalitu a kolegiální.“*, informant S8: *„Období covidu nebylo jednoduché a já upřímně obdivuji každého, který si tímto prošel. Je mi 25 let a za svůj život jsem viděla více umírajících a mrtvých lidí než většina populace. Člověk si nedokáže představit, s čím se zdravotníci musí poprat.“* a informant S11: *„Asi nic? Bylo to náročné období a kdo nevěřil na covid, byl blázen. Nevím, co to bylo, ale spousta lidí umřela, která tu mohla ještě x let žít. Ano, někdo umřel na nemoc, co měl s covidem, ale spousta lidí zemřela “jen“ na covid. Přiznám se, že se k tomu, co člověk zažil nechce vracet.“*

5. Diskuze

V České republice se onemocnění covid-19 poprvé vyskytlo 1.3.2020. K datu 14.4.2023 bylo v České republice potvrzeno 4 637 610 případů onemocnění, včetně reinfekce. Bylo provedeno 18 623 219 očkování a 799 567 očkování posilovací dávkou (MZ ČR, 2023). Doba této pandemie nebyla lehká pro nikoho, a už vůbec ne pro zdravotnický personál. Proto první část výzkumu byla zaměřena na to, jak všeobecné sestry ovlivnila pandemie covid-19.

První část výzkumu byla zaměřena na to, jak pandemie covid-19 ovlivnila všeobecné sestry. Pacientů, kteří vyžadovali ošetrovatelskou i léčebnou pomoc bylo mnoho, a jak již víme z výpovědí sester, péče o pacienty s onemocněním covid-19 byla náročnější než o pacienty před pandemií. Převážně sestry udávaly jako obtíž a ztížení podmínek poskytování ošetrovatelské péče a nošení ochranných pomůcek, které způsobovaly malátnost a únavu. Jak informanti tvrdí, bylo v nich horko, člověk se potil a poté ho všechno svědilo. Zmiňovali neustálé zamlžování štítů a dekubity od respirátorů za ušima a stejně tak nezjednodušoval sestrám jejich práci vyhraněný čas na intervence. Sestry musely často upozadovat svoje potřeby před potřebami pacienta, s čímž souvisela i jejich následná frustrace. Stejných výsledků došla i studie Mochánové (2021). Studie potvrdila, že péče o pacienty s onemocněním covid-19 určitě náročnější byla, a to ve všech dobách pandemie. Odpovědi sester se shodovaly v oblasti nošení ochranných pomůcek, na které personál nebyl zvyklý. Též i výzkum Vávrové (2022) poukazuje na náročnost péče a odlišnosti v charakteru práce nebo v nutnosti nošení OOPP. Navíc udávaly změnu v nutnosti přetvoření oddělení na infekční jednotky. Podobné výsledky ukázal i prováděný výzkum Maška (2020). Hlavní problém byly ochranné pomůcky nebo přetvoření režimu práce. Sestry dokonce uváděly i odlišnost v provádění pronační polohy, se kterou se do té doby nesetkaly. Náročnost péče v nutnosti používání OOPP a polohování pacienta do pronační polohy byl problém vyskytující se i ve výzkumu Markové (2022). Sestry se shodly i na tom, že poskytovaná péče nemohla být příjemná ani pro pacienty, kteří netušili, zda v obleku je sestra, doktor nebo třeba uklízečka. Zvýšená míra úmrtnosti zase způsobovala vyšší nátlak na psychickou stabilitu sester. Jedna sestra zmínila i změnu péče v počtu sester na směně, kdy jich tam bylo více a změnila se i doba pobytu v overalu. Další sestra viděla hlavní změnu v prioritách práce sestry. Přestaly se řešit harmonogramy práce oddělení a udržitelnost jeho chodu byla

postavena nad administrativní úkony. Ve dvou případech jsme se setkaly i s odpovědí, že sestry musely porušovat své kompetence a zákoník práce. Často se stávalo, že nerozhodoval pouze lékař, ale i sestra. Nebyly pomůcky ani čas, a tak se pracovalo s čím se dalo. Sestry musely pracovat s větším množstvím pacientů, než jim umožňoval zákoník práce.

Péče v pandemii nebyla jednoduchá, ovlivnila mnoho životů. Každá sestra je individuum, které má své vlastní smýšlení a uvažování, a proto pandemie covid-19 působila na každou sestru trochu jinak. Odpovědi byly různé. Sestry udávaly frustraci, úzkost, deprese, apatii, ztrátu energie, fyzickou i psychickou vyčerpanost, poruchy spánku, extrémní vysušení pokožky, kdy jedna sestra dostala dokonce i plíseň do vlasů. I z výsledků studie Maška (2021) je zřetelná psychická i fyzická zátěž, jak z důvodu nošení ochranných pomůcek, tak z důvodu vykonávání péče o pacienty s onemocněním covid-19. Dále sestry pociťovaly napětí a nervozitu, která se v našem výzkumu nevyskytovala. Stejně výsledky prokázalo i dotazníkové šetření Kociánové (2022), kdy dotazované sestry nejčastěji uváděly vyčerpání/únava. Dalšími zmíněnými faktory byly stres, úzkost a strach. Naše tvrzení dále potvrzuje i studie Motyčkové (2021), kdy sestry nejvíce pociťovaly stres, vyčerpanost a únavu. Dále sestry měly pocity bezmocnosti, nepochopení systému a otupělosti, co se vlastních emocí týče. Sestra S4 dokonce uvedla nutnost navštívení psychiatra z důvodu psychických obtíží. Sestra S6 zmínila: „*Cítím se jako padesátiletá žena. Často jsem chtěla skončit v práci a přejít na něco jiného.*“ I studie Štípské (2022) potvrdila skutečnost, že pandemie ovlivnila všeobecné sestry i v osobním životě. Sestry zmiňovaly například starost o to, zda na něco nezapomněly. Doma si často vzpomenu, co druhé sestře nepředaly o konkrétním pacientovi. I když péče o pacienty byla náročná a mnoho sester by to nejrady v té době nedělalo, našla se i sestra, kterou to bavilo. Dále sestry jako pozitivum práce v pandemii uváděly převážně získání nových zkušeností, dovedností a vědomostí.

Pandemie nového typu koronaviru ovlivnila nejednu všeobecnou sestru a stresorem, který na ně působil převážně, byl strach. Zdravotníci pracovníci neměli tolik informací, kolik by potřebovali a získávali je za pochodu společně s celou populací, která se s koronavirem teprve seznamovala. Z toho důvodu, se mezi zdravotníky vyskytoval strach z neznámého. Následně se objevil strach z nakažení. Nejednalo se ale tolik o strach z nakažení vlastní osoby, jako spíše o strach z nakažení své rodiny,

popřípadě nakažení někoho z lidí a následné zapříčinění jeho smrti. S obdobným názorem jsme se shledaly i u studie Maška (2021). Shodně tak i v této studii vyšlo najevo, že strach z nákazy nebyl vztažen na svou vlastní osobu, nýbrž se sestry bály, že nakazí své příbuzné. Strach měly povětšinou ze začátku vzniku pandemie, kdy o tomto tématu bylo málo informací. Postupem času se ten strach ale změnil a sestry se bály převážně o své příbuzné. Strach z nákazy svých příbuzných potvrzují i studie Mochánové (2022), Štípské (2022) a Motyčkové (2021). Kdežto podíváme-li se na výzkum Vávrové (2022), zjistíme, že sestry nejvíce jako stresor uváděly beznaděj. Další často udávané stresory byly sociální izolace, kdy se zdravotníci nesnažili izolovat pouze od nakažených jedinců, nýbrž i od vlastní rodiny a příbuzných, kteří byli zdraví. Dále se jednalo i o zvýšenou pracovní zátěž, hledání sebe sama, omezení volnočasových aktivit a nevědomost.

Jak už jsme zmiňovaly, pro sestry toto období bylo mimořádně náročné. Musely se potýkat s častým úmrtím pacientů a mnoha pocity, které se v nich odehrávaly. Sestry se s touto zátěží vypořádávaly po svém. Každá měla své vlastní návyky, které jí pomáhaly chvíle v pandemii zdárně překonat. Z odpovědí bylo patrné, že nejčastější způsob, jak se vyrovnat s vnitřními pocity a doplnit ztracenou energii byl spánek a poté dlouhé procházky v přírodě, ať už se psy nebo bez nich, šlo především o klid a samotu. Jako následující způsob, jak vypnout hlavu od myšlenek na pandemii bylo dle informantů cvičení. Výzkumu Štípské (2022) tyto výsledky potvrzuje. Nejčastěji udávaným způsobem odreagování v tomto výzkumu jsou procházky, sport a relaxace. Avšak poukážeme-li na studii Plechaté (2022), zjistíme, že na prvním místě se umístila možnost sdílení problematiky s kolegy. Na druhém místě byly dlouhé procházky přírodou. Pro sestry bylo také efektivní si pustit film či poslouchat hudbu, při které nemusejí na nic myslet. Důležitou součástí samozřejmě byla i rodina a přátelé, kteří jim pomáhali tuto dobu přečkat ve zdraví a byli pro ně oporou. Stejných výsledků dosáhla i studii Kociánové (2022), kdy sestrám nejvíce pomáhala ve zvládnutí zátěže převážně rodina a přátelé, kteří pomáhali sestrám vydržet psychickou i fyzickou zátěž. Na druhém místě se pak jednalo o relaxaci, meditaci a sport. Se stejnými výsledky jako u Kociánové jsme se setkaly i ve výzkumu Vávrové (2022), kde sestry jako nejčastější způsob odreagování uváděly rodinu a poté fakt, že na to nebyl čas.

Pokud si shrneme výše uvedené, můžeme si odpovědět na první výzkumnou otázku. Sestry udávají převážně psychické problémy, se kterými se musely potýkat během

pandemie. Z důvodu vysokého rizika přenosu nákazy některé sestry omezily fyzický kontakt se svojí rodinou, která pro ně v době pandemie byla ale velkou oporou, jak vyplynulo i z dalších uvedených výzkumů. Dále změna v péči o pacienty před a během pandemie, přičemž hlavním udávaným důvodem bylo používání ochranných pomůcek, které byly pro sestry nekomfortní a způsobovaly jim značné potíže. I přes mnoho změn a diskomfort se sestry snažily poskytovat adekvátní péči.

Dále jsme se v rozhovorech zaměřily na pojem doprovázení, ať už se týkalo přímo pacienta nebo v ošetrovatelství. V rozhovorech bylo patrné, že některé sestry mají mezery v těchto termínech a často je od sebe neumějí oddělit. Doprovázení v ošetrovatelství sestry zaměňovaly s doprovázením pacientů, kdy nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo doprovázení pacientů ve všech úkonech, jejich podpoře atd. Z tohoto lze vyvodit, že sestry neumějí definovat rozdíl mezi doprovázením v ošetrovatelství a doprovázením pacienta.

Termín doprovázení pacientů na tom už byl lépe. Všechny dotazované sestry až na jednu, uváděly podporu nemocného během hospitalizace, spolupráci na jednotlivých úkonech pacienta se sestrou, doprovázení k nějakým výkonům nebo doprovázení v období umírání a smrti. A tudíž můžeme říct, že pod pojmem doprovázení pacienta si sestry nepředstavují pouze doprovázení v umírání, ale vnímají ho jako doprovázení v oblastech holistického pojetí člověka. Tím pádem nejsme schopni potvrdit tvrzení Lenky Špirudové (2015b), že si dotazovaní pod tímto pojmem představí spíše doprovázení v umírání než obecnou péči o pacienta. Podíváme-li se na výzkum Fingerové (2021) zaměřený na postoj sester k umírání, zjistíme, že péče o umírající pacienty je náročnější, a proto je důležitá osobní rovnováha. Dotazované sestry uvedly, že práce o umírající pacienty má hluboký smysl. Z výzkumu je tedy patrné, že sestra je nedílnou součástí pobytu pacienta v nemocnici, kdy mu zajišťuje veškerou péči. V pandemii ale na to tolik času nebylo a občas se stávalo, že pacienti byli v některých chvílích sami.

Odpovědí tedy na výzkumnou otázku „Co pro všeobecné sestry znamená doprovázení pacientů?“ je jednoznačně jejich podpora v těžkých chvílích nemoci, kdy sestry jsou berličkou, o kterou se mohou opřít, přečkat a zvládnou tak dobu hospitalizace. Sestry jim poskytují doprovázení k určitým výkonům a poté i v nelehkém období umírání a smrti, kdy jim zajistí klid a důstojnost.

Dalším zaměřením diplomové práce bylo, jak sestry hodnotí doprovázení pacientů během každodenních ošetrovatelských činností v době pandemie nového typu koronaviru. Sestry během pandemie doprovázely své pacienty po celou dobu jejich hospitalizace, kdy je doprovázely na vyšetření, staraly se o dýchací cesty, zajišťovaly jim hygienu nebo je doprovázely v období umírání a následné smrti. Sestry tuto etapu života a doprovázení v období pandemie zvládaly různě. Bylo to těžké období, kdy samy byly psychicky vyčerpané, unavené a moc sil na adekvátní povzbuzení pacienta neměly. Podíváme-li se na kvantitativní výzkum Risplerové (2021), zjistíme, že 187 z 583 respondentů uvedlo, že pacientům s onemocněním covid-19 není možné poskytnout péči na stejné úrovni, jako o pacienty bez tohoto onemocnění. Přesto, že nemůžeme srovnávat výsledky kvantitativní studie, zdá se, že v našem výzkumu se jeví stejný trend. Obdobných výsledků došel i výzkum Plechaté (2022), která položila respondentům otázku „Jak byste popsala své zkušenosti s péčí o pacienty během pandemie covid-19?“ Nejvíce vybranou možností bylo, že pro sestry to bylo zcela nové, další že do práce byly hozené a musely se zadaptovat s daným prostředím, bez většího zaučení či pomoci ostatních a jedna ze sester uvedla, že si sáhla na své dno. Sestry se ale snažily ze všech sil, které jim ještě zbývaly, aby bylo o pacienty postaráno. Každá ze sester se během doprovázení pacientů setkala s něčím, co pro ni bylo velmi těžké. Sestra S2 například uvedla: „*Nejtěžší dle mě byly pohledy cizích lidí na pacienta s covidem, když jste jela například na vyšetření a byla v overalu, lidé se nám vyhýbali. Připadala jsem si, jako bych byla prašivá a co potom ten pacient.*“ Nejtěžší pro dotazované sestry byl pohled na umírající pacienty, kterým už nebylo pomoci. Porovnáme-li výsledky naší studie se studií Vávrové (2022), zjistíme, že pro sestry setkání se s každodenní smrtí bylo zkušeností, ale během péče o pacienty se toho musely hodně naučit, aby péči zvládly. Ve výzkumu Markové (2022) je zase prokazatelné, že pacientům chyběl sociální kontakt a jejich fyzické i psychické potřeby nebyly uspokojeny. Dokonce jedna sestra přiznala situaci, kdy v doprovázení dle jejího pocitu selhala.

Péče o pacienty s onemocněním covid-19 byla zkrátka náročnější, ale efektivita péče zůstala i přesto zachována. Komplikací, která sestrám znesnadňovala každodenní úkony byla převážně nutnost nošení ochranných pomůcek, kvůli kterým byla péče náročnější a trvala déle. Například dvě sestry uvedly, že zavádět intravenózní vstupy se třemi rukavicemi bylo těžké, ale musely se s tím naučit. Z výsledků lze tedy vyvodit, že efektivnost péče lze splnit, ale musí být zajištěn adekvátní počet personálu na počet

pacientů na oddělení a dostatečné množství ochranných pomůcek. Stejných výsledků dosáhla i studie Motlové (2021), kdy sestřím nejvíce vadila práce právě v ochranných pomůčkách, které ztěžovaly provádění běžných úkonů, od hygieny přes zavazování intravenózních vstupů až po převazy či komunikaci s pacientem. Sestry si nemohly odskočit na toaletu nebo dodržovat pitný režim, a to opět vedlo ke stresovým reakcím u sester. Těžkosti práce v overalu byly prokázány i ve studii Vavrkové (2021), ovšem postupem času si zdravotnický personál na nošení OOPP zvykl a naučil se v něm efektivně pracovat. Ve výzkumu Vávrové (2022) bylo zase prokázáno, že péče o pacienty s onemocněním covid-19 byla nová a sestry se tak musely učit nejen pracovat s OOPP, ale i samotnou péči o takového pacienta.

Aby sestry mohly poskytovat co nejkvalitnější péči, je zapotřebí mít dostatek vědomostí a dovedností, které ale sestřím občas chyběly. Převážně to byla péče o endotracheální kanylu, mimotělní oběh nebo práce s umělou plicní ventilací a dalšími přístroji, které se využívaly k podpoře dýchání a zajišťovaly oxygenoterapii pacienta. Sestry také udávaly nedostatek informací ohledně daného onemocnění, používání ochranných pomůcek nebo provádění výtěrů z nosu. Na začátku pandemie byla spousta nových informací a poznatků, ať už pro zkušené sestry nebo pro sestry nastupující. Stejně tak tomu je i ve výzkumu Plechaté (2022), kde je patrné, že se sestry v době pandemie setkávaly s novými věcmi, ohledně kterých neměly dostatek vědomostí. Nedostatek zkušeností a neznalost onemocnění se prokázala i ve výzkumu Štipské (2022). Sestry si v mnoha situacích musely poradit samy nebo společně se svými kolegy. Postupem času se ale tyto vědomosti i dovednosti prohloubily a upevnily a sestry tak, získaly jistotu v péči o pacienta s onemocněním covid-19. Touto otázkou se zabývala i kvalitativní studie Motyčkové (2021), která se svých respondentů ptala na sebejistotu v péči o pacienty s onemocněním covid-19. Sestry měly na výběr mezi 4 odpověďmi. Nejčastěji uváděná odpověď byla, že jsou sestry částečně sebejisté v péči o tohoto pacienta. Stejně tak dopadla i studie Vávrové (2022), kdy sestry byly často chirurgické a musely se přeorientovat na interní obor.

K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nestačí mít znalosti a dovednosti ohledně jednotlivých výkonů, ale je třeba také umět komunikovat. V pandemii ale byla komunikace značně ztížena. Komunikaci s pacientem komplikovaly OOPP, které personál musel nosit, a pacienti tak často nevěděli s kým mluví, zda se jedná

o sestru, lékaře či uklízečku, a v některých to vzbuzovalo strach. Dalším faktorem bylo, že většina pacientů byla napojena na ventilační podporu dýchání, a tudíž s nimi komunikace nebyla možná. I tak se sestry snažily být otevřené, trpělivé a s pacienty mluvit laskavě, srozumitelně a mile. Stejným výsledkům, jako u našeho výzkumu, došla i studie Vávrové (2022). Kde sestry udávaly ztížení komunikace s pacientem z důvodu nošení OOPP. Komunikace s rodinou byla ale větší problém, hlavně z důvodu nemožnosti návštěv, které uvedla většina sester. Komunikace probíhala pouze telefonicky nebo jen v případech, kdy rodina přinesla nemocnému nějaké věci. Příbuzní často nemohli pochopit proč nemůžou na návštěvu nebo nechtěli uvěřit zdravotnímu stavu rodinného příslušníka. I tak se personál snažil s rodinou mluvit adekvátně k situaci a vše jim vysvětlit. S agresivitou se naši informanti neseťkali, avšak podíváme-li se na výzkum Mochánové (2022), zjistíme, že se sestry setkaly s agresivitou, jak ze strany pacientů, tak i ze strany rodiny. Převážně to bylo z toho důvodu, že rodiny zákaz návštěv neakceptovaly. Častý rozpor s rodinou ve zdravotnicích vyvolávalo stres a zlost, což může vést k výskytu syndromu vyhoření. Jelikož jsme se v našem výzkumu neseťkaly s agresivitou u pacientů, nemůžeme tento výzkum potvrdit. Dále dle výpovědi Koudelkové (©2023) vyžadovala komunikace s pacientem trpělivost a více času, z důvodu nošení ochranných pomůcek a používání různých dorozumívacích prostředků. S rodinou zase komunikovali primárně prostřednictvím různých aplikací, a to z důvodu zákaz návštěv. Komunikace s pacienty i rodinou byla velmi důležitá, ale co komunikace s veřejností? Z výsledků výzkumu je očividné, že média a veřejnost toto období neprezentovala zrovna vhodným způsobem. Například S4 uvedla: „*Masmédia na mě působila velmi fobickým dojmem, dokázala efektivně vyvolat strach, pozornost a udržet ji poměrně dlouhou dobu.*“ Sestry se nechtěly dívat na televizi, protože to na ně působilo negativním dojmem, který v sobě nechtěly vyvolávat. Důležitým faktorem v poskytování ošetrovatelské péče je také komunikace v týmu a způsob, jakým jsou sestry schopné spolu vycházet a spolupracovat. V období pandemie spolu sestry vycházely převážně dobře. Z výzkumu bylo patrné, že si všichni snažili pomáhat a komunikace probíhala v pořádku. Podíváme-li se na kvantitativní studii Motyčkové (2021), zjistíme, že dosáhla obdobných výsledků jako naše. Spolupráce a komunikace v týmu v období pandemie je na dobré úrovni. Kdežto komunikace a spolupráce s vedením je pouze na dostatečné úrovni a je v ní nadále co zlepšovat.

Každé sestře povětšinou něco v péči o tyto pacienty chybělo. Pohled sester na toto povolání se po období pandemie příliš nezměnil, ale více si uvědomily náročnost tohoto povolání, ať už fyzickou či psychickou. Jedna sestra uvedla, že je hrdá na svoje povolání a je ráda, že si konečně i společnost uvědomuje její důležitost. Ke stejným výsledkům přišla i studie Mochánové (2022), ve které vyšlo najevo, že sestry jsou hrdé na své povolání a spíše si jen potvrdily, co pro ně tato profese znamená. Stejně tak hovoří i studie Štípské (2022), která uvádí, že sestry neztratily vášeň a zapálení pro toto povolání. I ve studii Weissové (2021) 71 % dotazovaných uvedlo, že by si opět zvolilo své povolání. V osobní rovině došlo u sester k uvědomění křehkosti tohoto života a jak je důležité si vážit maličkostí a lidí kolem sebe. Žít a užívat si života a času, který nám zde byl dán. Sestrám se i zvedlo pracovní sebevědomí po zkušenostech, které načerpaly v období pandemie. Pouze jedna sestra uvedla, že je na tom psychicky hůře.

Po zkušenostech v období pandemie sestry načerpaly mnoho nových vědomostí a dovedností a jsou připravené, kdyby pandemie znovu propukla. Spíše ale dojde ke vzniku nových virových onemocnění, než že by se pandemie koronaviru vrátila v takovém měřítku, ve kterém přišla. Stejně připravené na další takovou situaci jsou i sestry z Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, které si prošly také těžkým obdobím a mnohokrát musely zatnout zuby, aby vše ustály. Nyní stojí ale hrdě načerpaly určité zkušenosti a dovednosti a vědí, že když to zvládly jednou, tak to zvládnou i podruhé (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2023). Například doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc., přednosta Kliniky infekčního lékařství řekl již po první vlně, že pokud přijde další, budou všichni připraveni a použije se to co se už osvědčilo. MUDr. Jiří Sagan a MUDr. Petr Širůček zase pronesli, že je to příprava do budoucna na další onemocnění, které do budoucna přijdou a nemusí to být jen onemocnění covid-19 (Nemocniční listy, 2020). Doba pandemie obohatila zdravotníky o zkušenosti i dovednosti, které mohou využívat v další době výkonu povolání.

Když si shrneme výše uvedené otázky, můžeme si odpovědět na výzkumnou otázku č. 3. Sestry hodnotí doprovázení pacientů během pandemie jako náročné období, ve kterém jim stěžovala práci převážně nutnost nosit ochranné pomůcky. Dále informanti neměli dostatek vědomostí a zkušeností a mnoho věcí se museli učit za pochodu. Komunikace obecně byla obtížnější, ať už mluvíme o pacientech či rodině. Co se týče

médií, ztěžovaly sestřím jejich práci a vyvolávaly v nich negativní pocity. Všeobecné sestry doprovázely své pacienty ve všech činnostech spojených s hospitalizací pacienta. Ať už hovoříme o provádění hygieny, dechové rehabilitace či doprovázení v období umírání. Většina našich sester cítí, že svou roli sestry v doprovázení splnila a své pacienty doprovázela během hospitalizace tak, aby zajistila adekvátní ošetrovatelskou péči. Každou sestru toto období v něčem změnilo. Něco jim to dalo a něco vzalo, ale spíše si z toho odnášejí ty pozitivní věci, jako jsou zkušenosti, vědomosti a semknutí kolektivu. Začaly si více vážit života a více se utvrdily v tom, jak je jejich povolání potřebné a úslužné.

V období pandemie umírala mnoho pacientů, kteří nepokořili toto onemocnění. Z toho důvodu jsme se zaměřili také na finalitu života. K datu 19.4.2023 činí číslo úmrtí na toto onemocnění celkem 42 742 osob (MZ ČR, 2023). Sestry se v období pandemie setkávaly se smrtí téměř každou směnu a doprovázení svých pacientů po čas umírání probíhalo povětšinou případů navýšením analgosedace a tišením dechových obtíží. Pokud byla na oddělení možnost rozloučení rodiny s pacientem, tak se před odpojením od ventilátoru rodina přišla rozloučila. Bohužel ne vždy tomu tak bylo. Se zákazem návštěv jsme se setkaly i ve výzkumu Markové (2022), kdy návštěvy byly povoleny pouze umírajícím pacientům, jako tomu bylo i několika případech v našem výzkumu a rodina tak měla možnost se rozloučit. Jedna ze sester uvedla, že doprovázet pacienty v období umírání se ne vždy stíhalo. V období pandemie byl velký nápor umírajících pacientů a sestry se snažily co mohly. Ve výzkumu z roku 2020, který mapuje první vlnu pandemie je prokázáno, že péče o pacienty v období umírání byla omezena u 10 % dotazovaných, kdy výzkumný vzorek tvořilo 139 zdravotníků (Centrum paliativní péče, 2020b). Dle výzkumu Maška (2021) je patrné, že péče o pacienty s onemocněním covid-19 byla jak psychicky, tak fyzicky náročná, ale sestry se i přesto snažily dávat blaho pacienta na první místo. Snažily se o empatický přístup, pohladit jej po ruce, nahradit pacientovi rodinu, která tam s ním nemohla být. Avšak podíváme-li se na výzkum Vávrové (2022), zjistíme, že většina sester odpověděla, že ošetrovatelská péče, a tedy i doprovázení v období umírání a smrti, se po čas pandemie nezměnila. Což náš výzkum potvrdit nemůže. Co se týče samotné smrti a péči o mrtvé tělo, probíhalo to většinou dle standardů až na ten rozdíl, že se těla musela zabalit do pytle, se kterým spousta sester měla osobní problém. Ne vždy to ale probíhalo tak, jak by si umírající zasloužili.

Toto období bylo těžké jak pro sestry, tak i pro rodinu. Co sestrám chybělo během doprovázení pacientů v období smrti a umírání byl jednoznačně čas. Dále udávaly nemožnost rozloučení rodiny či nedostatek personálu, který by aspoň trochu zlepšil doprovázení a bylo více času na pacienta. Ve výzkumu Mochánové (2022) zase nejčastější udávanou věcí, která sestrám v období pandemie chyběla nebyl čas, ale ochranné pomůcky, kterých sestry měly nedostatek, což v nich vyvolávalo pocity úzkosti a strachu. Kdežto ve výzkumu Motyčkové (2021) zase nejvíce sestrám chybělo personální zajištění, kterého bylo nedostatek. Problém byla taky nedůstojnost smrti a samotné umírání. Byl nedostatek sil, prostoru a soukromí. Pacienti nedostávali tolik, kolik by si zasloužili. Podíváme-li se více na možnost či nemožnost rozloučení rodiny s pacientem, zjistíme, že návštěvy u umírajících pacientů byly povolené, avšak ne vždy se to stihlo nebo rodina mohla dorazit. Často se stávalo, že členové rodiny sami měli covid-19 nebo se báli na oddělení s tímto onemocněním dorazit, aby se nenakazili. V mnoha případech to ale nešlo vůbec a pacienti tak umírali sami a rodinu jim nahrazovali všeobecné sestry.

Odpovědí na čtvrtou, a tedy poslední výzkumnou otázku je, že sestry nehodnotí doprovázení v období umírání a smrti kladně, a to z důvodu nemožnosti návštěvy rodiny. Byly i případy, kdy návštěva rodině umožněna byla, ale již se nestihla uskutečnit. Dalším velkým problémem byly černé pytle, do kterých se těla zemřelých s onemocněním covid-19 musela balit, což bylo dle sester značně nehumánní. Chyběl čas, personál i síla, aby docházelo k adekvátnímu doprovázení v období smrti a pacienti často umírali sami na pokoji.

6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat doprovázení sestrou v době pandemie nového typu koronaviru. Práce byla rozdělena na dvě části. Teoretickou část, která pojednává o problematice onemocnění covid-19, vzniku, diagnostice, příznacích, průběhu, následcích i léčbě onemocnění. Dále také poukazuje na očkování proti tomuto onemocnění a imunitu, kterou jedinec získá po prodělaném onemocnění. V teoretické části je popsána i ošetrovatelská péče sester v době pandemie. Jejich psychické obtíže, sociální stigma i syndrom vyhoření. Neopominutelná součást diplomové práce je i popsání doprovázení v ošetrovatelství, která pojednává o období umírání a smrti a následnou péči o pozůstalé. V praktické části jsou zpracovány rozhovory se sestrami, které se v době pandemie staraly o pacienty s onemocněním covid-19. Cíl byl splněn a výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Po stanovení cíle jsme zvolily kvalitativní šetření, které se uskutečnilo pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovorů se zúčastnilo 12 všeobecných sester, které se staraly o pacienta s onemocněním covid-19. V diplomové práci jsme si stanovily 4 výzkumné otázky, které jsme následně zodpověděly a cíl splnily. První výzkumná otázka *„Jak ovlivnila pandemie covid-19 všeobecné sestry?“* nám ukázala změnu v životech všeobecných sester, která vznikla během pandemie nového typu koronaviru, ať už se to týká osobní či pracovní roviny. Druhá výzkumná otázka zněla *„Co pro všeobecné sestry znamená doprovázení pacientů?“* Z rozhovorů je patrné, že to pro sestry znamená doprovázení svých pacientů ve všech úkonech života po dobu hospitalizace, od doprovázení na různá vyšetření až po doprovázení v období umírání a smrti. Jako třetí výzkumnou otázku jsme zvolily *„Jak sestry hodnotí doprovázení pacientů během každodenních ošetrovatelských činností v době pandemie nového typu koronaviru?“* Tato otázka nám umožnila nahlédnout do péče o pacienty s onemocněním covid-19 a zjistit následné hodnocení sestrami. Z něj je patrné, že ne vždy pacient dostal takovou péči, jakou si zasloužil, i přes veškerou snahu personálu. Čtvrtá, a tedy poslední výzkumná otázka, zněla následovně *„Jak sestry hodnotí doprovázení pacientů v konečné fázi života v době pandemie nového typu koronaviru?“* Díky provedeným rozhovorům jsme zjistily, jak probíhala péče o umírající a pozůstalé. Setkaly jsme se se situacemi, kdy pacienti umírali sami na pokoji nebo za přítomnosti sester, pokud měly čas u pacienta být.

Tato diplomová práce má pomoci pochopit vykonávanou práci všeobecných sester veřejností. Poukazuje na nedostatky, které se v období pandemie vyskytovaly a je potřeba je do budoucna odstranit. Umožňuje managementu se zamyslet nad vedením, popřípadě provést změny, které by toto období sestřím ulehčilo. Období pandemie nebylo pro všeobecné sestry ani pacienty jednoduché. Sestry to po různých stránkách změnilo a ovlivnilo v jejich osobních životech, ale zároveň jim i dodalo mnoho nových zkušeností.

Diplomová práce přináší poznatky o onemocnění covid-19, které mohou sloužit jako zdroj informací o daném onemocnění pro zdravotnický personál nebo jako poučení a následné zlepšení postupů během pandemie pro management. Výzkum také poukazuje na důležitost psychohygieny u všeobecných sester. Z toho důvodu považujeme výzkum této diplomové práce za přínosný.

Doporučením pro management nemocnice je potřeba řádného proškolení zaměstnanců o daném onemocnění, ohledně užívání ochranných pomůcek a provádění některých úkonů, které pro sestry byly v pandemii nové, jako je výtěr z nosohltanu nebo péče o umírajícího pacienta. Dále lépe řídit chod oddělení a střídání směn a mít dostatek personálu, který by zajistil adekvátní péči a zaškolení nových příchozích sester.

Doporučení pro všeobecné sestry je uvědomění si, že sestry jsou také jenom lidé, a i ony mají své potřeby a hranice, které je potřeba dodržovat. Zdravotníci by se neměli bát požádat o odbornou pomoc, která zajistí jejich psychickou pohodu. V těžkých krizových situacích je potřeba pečovat o sebe samé a o svou psychickou pohodu, což následně zajistí i lepší přístup k pacientovi. Protože pokud je spokojený personál, je spokojený i pacient. Proto by sestry neměly opomíjet samy sebe, měly by využívat svého osobního volna k relaxaci a dělat věci, které je baví a odreagovávají od stresu. Tato práce také poukazuje na nedostatky v poskytované péči pacientům sestrami, kteří v období pandemie ne vždy dostávali adekvátní ošetrovatelskou péči. Z výpovědí sester je ale patrné, že to bylo často nedostatek personálu, který je v režii vedení nemocnice a následnou vyčerpaností sester. Z důvodu nošení OOPP a stavu pacientů nebylo vždy možné provádět adekvátní komunikaci. Bylo málo času a stávalo se, že pacienti umírali sami. Proto je potřeba do budoucna zajistit adekvátní počet sester na počet pacientů a umožňovat sestřím si také odpočinout.

Lékař se svým pacientem žije jeho budoucností. Sestra ho krok za krokem provází současností, a proto je doprovázení tak důležité. Umožňuje pacientům naději v lepší zítřky.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AFFARA, F. et al., 2020. *Sestry jako vedoucí hlas: Ošetřovatelství pro zdravější svět* [online]. Švýcarsko: ICN [cit. 2023-05-04]. ISBN 978-92-95099-74-6. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7714/41184/2020_ICN_CZ.pdf
2. BEDNÁŘOVÁ, J., 2021. *Přítomnost koronaviru prokazujeme metodou PCR* [online]. Brno: Fakultní nemocnice Brno. [cit. 2021-12-27]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/pritomnost-koronaviru-prokazujeme-metodou-pcr-rika-mudr-jana-bednarova-ph-d/t6797>
3. BLOOMER, M. J. et al., 2022. “Time and life is fragile”: An integrative review of nurses’ experiences after patient death in adult critical care. *Australian Critical Care*, 10, <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.008>
4. CDC, 2021. *COVID-19 Testing: What You Need to Know* [online]. National Center for Immunization and Respiratory Diseases. [cit. 2021-12-27]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/testing.html#print>
5. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2020a. *Zajištění komunikace umírajících pacientů v karanténě s jejich blízkými*. [online]. Praha: Centrum paliativní péče, z. ú., [cit. 2023-01-14]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/zajisteni-komunikace-umirajicich-pacientu-v-karantene-s-jejich-blizkymi>
6. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2020b. *Reflexe péče o umírající v době pandemie - mezinárodní projekt iLIVE* [online]. Praha: Centrum paliativní péče, z. ú. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/reflexe-pece-o-umirajici-v-dobe-pandemie-mezinarodni-projekt-ilive>
7. COVID PORTÁL, 2022. *Informace o dostupných vakcínách* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/informace-o-vaccine/informace-o-dostupnych-vakcinach>

8. COVID PORTÁL, 2023a. *Informace o nemoci covid-19: Léčba onemocnění covid-19* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/onemocneni-covid-19/informace-o-nemoci-covid-19>
9. COVID PORTÁL, 2023b. *Izolace a karanténa* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/onemocneni-covid-19/izolace-karantena>
10. DIOLAIUTI, F. et al., 2022. Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, 300, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>
11. FABRE, A. et al., 2021. *COVID-19: ERS Monograph*. European Respiratory Society. 274 p. ISBN 9781849841498.
12. FINGEROVÁ, M., 2021. *Postoje sester k umírání v chronické intenzivní medicíně* [online]. Brno [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/dpt93/Fingerova_DP_2021.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Marie Dvořáková.
13. FERREIRA, L. S. et al., 2022. Modelling optimal vaccination strategies against COVID-19 in a context of Gamma variant predominance in Brazil. *Vaccine*, 40(46), p. 6616-6624, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.09.082>
14. FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, 2022. *Léčba covidu-19 antivirotiky (Legevrio) a monoklonálními protilátkami (REGN-COV2)* [online]. Brno: Fakultní nemocnice Brno. [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/lecba-covidu-19-antivirotiky-legevrio-a-monoklonalnymi-protilatkami-regn-cov2-informace/t7130>
15. FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, 2022. *Monoklonální protilátky proti SARS-CoV-2* [online]. Praha: Fakultní nemocnice Bulovka. [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://bulovka.cz/monoklonalni-protilatky-proti-sars-cov-2>
16. FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ, 2023. *Šly bychom do toho znovu, shodují se sestry z FNUSA*. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně [online].

Brno [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/sly-bychom-do-toho-znovu-shoduji-se-sestry-z-fnusa/>

17. FERNANDEZ, R. et al., 2020. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Journal of Nursing Studies*, 111, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>
18. GALANIS, P. et al., 2021. Impact of personal protective equipment use on health care workers' physical health during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 49(10), p. 1305-1315, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.04.084>
19. GRACE, K., M., 2021. COVID-19 bereavement, depressive symptoms, and binge drinking. *SSM - Mental Health*, <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100041>
20. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-802-7104-611.
21. HEIDEROVÁ, H., 2021. *Teorie ošetrovatelství* [online]. Opava: Slezská univerzita [cit. 2022-12-08]. Dostupné z: https://is.slu.cz/el/fvp/zima2021/UNZSOK008/um/Heiderova_Teorie_oseetrovatelstvi.pdf
22. HOOGENDOORN, M.E. et al., 2021. The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: A prospective descriptive multicenter study. *International Journal of Nursing Studies*, 121, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104005>
23. CHRDLÉ, A. et al., © 2021. *Covid-19: diagnostika a léčba mimo nemocnice* [online]. Praha: Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., Infekční oddělení, Masarykova nemocnice v Ústí n. L., Klinická mikrobiologie a antibiotické středisko, Nemocnice Na Homolce. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/09/Covid-19-diagnostika-a-l%C3%A9%C4%8Dba-mimo-nemocnice_29092021.pdf

24. JOSE, S. et al., 2021. Health Problems and Skin Damages Caused by Personal Protective Equipment: Experience of Frontline Nurses Caring for Critical COVID 19 Patients in Intensive Care Units. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 25(2), 134-139. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23713>
25. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
26. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, s. 240, ISBN 9788027116881.
27. KELNAROVÁ, J., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, s. 236, ISBN 9788024728308.
28. KHURSHID, M. et al., 2022. Development of facial palsy following COVID-19 vaccination: A systematic review. *Annals of Medicine and Surgery*, 82, <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104758>
29. KIRKCALDY, R., D. et al., 2020. COVID-19 and Postinfection Immunity. *JAMA*, 323(22), doi:10.1001/jama.2020.7869
30. KLINIKA ANESTEZIOLOGIE A RESUSCITACE, © 2019. *Umělá plicní ventilace* [online]. Praha: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: <https://www.kar3lf.cz/prubeh/>
31. KNAPOVÁ, J., 2018. Sociologie: Stigma, labeling [online]. Creative Commons BY-SA 4.0. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/129/page26.html>
32. KNECHTOVÁ, Z. et al., © 2019. *Kvalitativní výzkum*. MUNI: Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory [online]. Masarykova univerzita [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/06-kvalitativni.html
33. KOCIÁNOVÁ, S., 2022. *Práce sester v době pandemie Covid-19* [online]. Zlín [cit. 2023-04-17]. Dostupné z:

file:///C:/Users/int/Desktop/DP/kocianov%C3%A1_2022_dp.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce Anna Krátká.

34. KOUDELKOVÁ, I., ©2023. Jsem hrdá na svůj tým sester a sanitářů. *ÚVN* [online]. Praha [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/kariera-rozhovory-a-clanky/6015-jsem-hrda-na-svuj-tym-sester-a-sanitaru>
35. KRAUS, M., 2021. *Zpracování kvalitativního výzkumu* [online]. Technická univerzita v Liberci [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://elearning.tul.cz/mod/resource/view.php?id=249194>
36. KUBEŠOVÁ, B., © 1997 – 2022. Syndrom vyhoření trápí stále více mladých lidí. Jak se mu účinně bránit?. *Zdraví.euro.cz* [online]. Praha: Internet Info [cit. 2022-10-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/syndrom-vyhoreni-priznaky-prevence/>
37. LOOSOVÁ, J., 2020. *Nakládání se zemřelými v rámci sars-cov-2/covid-19* [online], Krajská hygienická stanice Libereckého kraje [cit. 2023-01-14]. Dostupné z: https://www.khslbc.cz/wp-content/uploads/Nakladani_zemreli-9-4-2020.pdf
38. LOU, L. et al., 2021. Advanced materials for personal thermal and moisture management of health care workers wearing PPE. *Materials Science and Engineering: R: Reports*, 146, <https://doi.org/10.1016/j.mser.2021.100639>
39. MANDA, A. et al., 2022. Assessment of safety and adverse drug reactions of COVID vaccination in the South Indian population: An observational prospective cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 84, <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104948>
40. MARKOVÁ, M., 2022. *Problematika ošetrovatelské péče o covid pozitivního pacienta* [online]. České Budějovice [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: https://theses.cz/id/3172px/Markova_BP.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Tereza Svidenská.
41. MARTIN, B. R., RICHARDSON, J., 2021. An Exploratory Review of Potential Adjunct Therapies for the Treatment of Coronavirus Infections. *Journal of*

Chiropractic Medicine, 20(4), p. 199-217,
<https://doi.org/10.1016/j.jcm.2021.12.005>

42. MAŠEK, Š., 2021. *Prožívání a zkušenosti zdravotních sester během péče o pacienty nakažené COVID-19* [online]. Olomouc [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: file:///C:/Users/int/Desktop/DP/diplom_prace.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Martin Dolejš.
43. MEDICAL TRIBUNE, 2017. *Existují ideální lékař, ideální sestra?*, Medical tribune [online]. Praha: Medical Tribune [cit. 2022-12-08]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/existuji-idealni-lekar-idealni-sestra/>
44. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023. COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR. *Očkování aktuálně* [online]. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>
45. MOCHÁNOVÁ, S., 2022. *Normalita a jinakost z perspektivy zdravotnického personálu v době pandemie Covid-19* [online]. Plzeň [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <file:///C:/Users/int/Desktop/DP/BAKALARSKA%20PRACE%20Sabina%20Mochanova.pdf>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni Fakulta filozofická. Vedoucí práce Alena Glajchová.
46. MOTLOVÁ, J., 2021. *Kvalita života a zdraví všeobecných sester v období pandemie Covidu-19* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: file:///C:/Users/petak/OneDrive/Plocha/MotlovaJ_KvalitaZivota_EH_2021.pdf. Diplomová práce. UNIVERZITA PARDUBICE. Vedoucí práce Michal Kopecký.
47. MUTLOVÁ, O., CHMELOVÁ, M., 2019. Co je doprovázení. *ALFABET* [online]. Praha: Alfa Human Service. [cit. 2022-10-16]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/nezarazene/co-je-doprova>
48. MOTYČKOVÁ, S., 2021. *Role sestry v péči o pacienty během pandemie Covid 19* [online]. Zlín [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: file:///C:/Users/petak/OneDrive/Plocha/moty%C4%8Dkov%C3%A11_2021_dp.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce Plisková Barbora.

49. NEMOCNIČNÍ LISTY, 2020. *Mozaika střípků a postřehů z doby covidové ve FN Ostrava* [online], Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/documents/nemocnicni-listy/Covid-Special.pdf>
50. NISHIMURA, M. et al., 2022. Providing End-of-Life Care for Patients Dying of COVID-19 and Their Families in Isolated Death During the Pandemic in Japan: The Providing End-of-life Care for COVID-19 Project. *CHEST*, 162(5), <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.10.009>
51. OPRISAN, A. et al., 2022. Prevalence of burnout syndrome during the COVID-19 pandemic and associated factors Prevalencia y factores de desgaste profesional en radiólogos durante la pandemia COVID-19. *Radiología (English Edition)*, 64(2), p. 119-127, <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2021.09.009>
52. OULTON, A. J., CALDWELL, P., 2017. Nurses. *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)*, p. 264-270, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00305-2>
53. PAPPA, S. et al., 2020. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
54. PÁNOVÁ, E., 2021. *COVID-19 – průběh onemocnění*. [online]. Praha: EUC Group. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/covid-19-prubeh-onemocneni/>
55. PASAY-AN, E. et al., 2022. A qualitative study on nurses' experiences with social stigma in the context of COVID-19. *Enfermería Clínica*, 32(2), p. 75-82, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.05.004>
56. PEŠEK, R., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření - Jak se prací a pomáháním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta, 180 s. ISBN 9788088163008.
57. PLECHATÁ, P., 2022. *Psychická zátěž zdravotníků v době pandemie koronavirem* [online]. Kladno, 2022 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z:

- <https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/105361/FBMI-DP-2022-Plechata-Petra-prace.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze. Vedoucí práce Ludmila Čírtková.
58. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-802-7108-886.
59. PRAŽSKÝ, B., 2011. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. *Zdraví.euro.cz* [online]. Praha: Internet Info [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/uloha-sestry-v-peci-o-smrtelne-nemocneho/>
60. QUE, J. et al., 2020. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3), <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
61. RATHNAYAKE, S. et al., 2021. Nurses' perspectives of taking care of patients with Coronavirus disease 2019: A phenomenological study. *PLOS ONE*, 16(9), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257064>
62. RECOVERY COLLABORATIVE GROUP, 2021. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med*, 384(8), doi: 10.1056/NEJMoa2021436
63. RISPLEROVÁ, N., 2021. *Ošetrovatelská péče o pacienty s covid-19 z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků* [online]. Plzeň [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/44054/1/Risplerova_%20Nikola_VSK_BP.pdf. Bakalářská práce. ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Vedoucí práce Kateřina Kravcová.
64. RIZVI, A. A. et al., 2022. Post-COVID syndrome, inflammation, and diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 36(11), <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2022.108336>
65. SELMAN, L. E. et al., 2020. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60 (2), <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>

66. SETHI, B. A. et al., 2020. Impact of Coronavirus disease (COVID19) pandemic on health professionals. *Pakistan journal of medical sciences*, 36, 6–11. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2779>
67. SHANAFELT, T. et al., 2020. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323(21), <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
68. SLÁMA, O., VAFKOVÁ., T., © 2020. *Péče o umírajícího pacienta a jeho blízké*. MUNI [online]. Brno: Masarykova univerzita, [cit. 2022-12-04]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/10_03_komuniace.html
69. SPINOZA, B., 2022. *Citáty známých osobností* [online]. [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/17345-baruch-spinoza-svobodny-clovek-nepremysli-o-nicem-mene-nez-o-smrt/>
70. SREEPADMANABH, M. et al., 2020. COVID-19: Advances in diagnostic tools, treatment strategies, and vaccine development. *Journal of Biosciences*, 45 (148), <https://doi.org/10.1007/s12038-020-00114-6>
71. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2021. *Základní informace o onemocnění novým koronavirem – covid-19* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 2021-10-6]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/Coronavirus/Zakladni_info/zakladni_informace_covid_19_7_aktualizace_09_03_2021_2.pdf
72. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2022a. COVID-19: období nakažlivosti, vnímavost, imunita, smrtnost. *Nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1063-covid-19-obdobi-nakazlivosti-vnimavost-imunita-smrtnost>
73. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2022b. Postcovidový syndrom. *Nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2022-10-25]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1400-postcovidovy-syndrom>

74. STELNICKI, A. M. et al., 2020. Nurses' Mental Health and WellBeing: COVID-19 Impacts. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(3), p. 237-239, <https://doi.org/10.1177/0844562120931623>
75. STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 9788024735535.
76. STRNADOVÁ, A. et al., 2021. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2023-05-01]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
77. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015a. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 9788024757100.
78. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015b. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4757-117.
79. ŠTEFAN, M. et al., 2021. *Covid-19: diagnostika a léčba* [online]. Společnost infekčního lékařství [cit. 2021-12-27]. Dostupné z: https://www.infekce.cz/Covid2019/DPcovid-19_SIL_0421.pdf
80. ŠTĚTINA, J. et al., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný zachranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 9788024745787.
81. ŠTIPSKÁ, M., 2022. *Prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester na oddělení intenzivní péče během pandemie COVID-19* [online]. Brno [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: file:///C:/Users/petak/OneDrive/Plocha/Stipska_Monika_30.4.2022.pdf.
Diplomová práce. Masarikova univerzita. Vedoucí práce Natália Beharková.
82. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

83. TAKEUCHI, Y. et al., 2022. A post-marketing safety assessment of COVID-19 mRNA vaccination for serious adverse outcomes using administrative claims data linked with vaccination registry in a city of Japan. *Vaccine*, 40(52), p. 7622-7630, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.088>
84. THIRKELL, P. et al., 2022. Management of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pneumonia. *Encyclopedia of Respiratory Medicine (Second Edition)*, p.342-349, <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102723-3.00187-6>
85. TRAMPOTA, T., VOJTĚCHOVSKÁ, M., 2010. *Metody výzkumu médií*. Praha: Portál, 296 s. ISBN 9788073676834.
86. TSOUVELAS, G. et al., 2022. Secondary traumatic stress and dissociative coping strategies in nurses during the COVID-19 pandemic: The protective role of resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, p. 264-270, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.08.010>
87. TURKI, M. et al., 2022. Perceived stigma among Tunisian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *L'Encéphale*, 48(6), <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.08.014>
88. ÜNVER, S. et al., 2022. Personal protective equipment related skin changes among nurses working in pandemic intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Tissue Viability*, 31(2), p. 221-230. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.01.007>
89. VAVERKOVÁ, H., 2021. *Konfrontace profesního a osobního života sester na JIP s první pandemií v novodobé historii českého zdravotnictví* [online]. Brno [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: file:///C:/Users/petak/OneDrive/Plocha/436061_Vaverkova_Diplomova_prace_wq624.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Natália Beharková.
90. VÁVROVÁ, E., 2022. *Vliv duševní pohody sester na vybraných odděleních v období pandemie SARS-CoV-2 a dopad na kvalitu péče* [online]. České Budějovice [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: https://theses.cz/id/2u4go8/Bakalarska_prace_-_Vavrova_Eliska.pdf. Bakalářská

práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Iva Šafaříková.

91. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 104 s. ISBN 978-802-4740-829.
92. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-802-7120-994.
93. WESTON, J. M., NORDBERG, A., 2022. Stigma: A Barrier in Supporting Nurse Well-Being During the Pandemic. *Nurse Leader*, 20(2), p. 174-178, <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.10.008>
94. WEISSOVÁ, A., 2021. *Spokojenost všeobecných sester se svým povoláním* [online]. Opava [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: https://is.slu.cz/th/zgyyn/FVP_BP_22_Spokojenost_sester_se_svym_povolanim_Weissova_Adela_5_.doc. Bakalářská práce. Slezská univerzita. Vedoucí práce Hana Hozová.
95. WOHLFAHRTOVÁ, M., 2020. Jsou pacienti po transplantaci ledviny ohroženi vyšším rizikem onemocnění COVID-19?. *Postgraduální nefrologie* 18(4), ISSN: 1214-178X
96. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a. *Coronavirus disease (COVID-19)* [online]. Switzerland: WHO. [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
97. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b. *Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition* [online]. Switzerland: WHO. [cit. 2022-10-25]. Dostupné z: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)
98. YI, S. et al., 2022. Impact of national Covid-19 vaccination Campaign, South Korea. *Vaccine*, 40(26), p. 3670-3675, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.05.002>

99. ZÁKONY PRO LIDI, 2017. *Vyhláška č. 258/2002 Sb.*, Zákony pro lidi [online].
Zlín: AION CS [cit. 2022-12-08]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285>
100. ZÁKONY PRO LIDI, 2017. *Vyhláška č. 201/2017 Sb.*, Zákony pro
lidi [online]. Zlín: AION CS [cit. 2022-12-08]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>
101. ZÁKONY PRO LIDI, 2022. *Zákon č. 158/2022 Sb.*, 2004. Zákony pro
lidi [online]. Zlín: AION CS [cit. 2022-12-08]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-158>

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Rozhovor se sestrami pečujícími o pacienty s onemocněním Covid-19

Příloha 1

Rozhovor se sestrami pečujícími o pacienty s onemocněním Covid-19

1. Jaké bylo Vaše postavení v týmu pandemie covid-19?
2. Jakým způsobem jste získával/a informace o péči o pacienta v době pandemie covid-19?
3. Definujte, prosím Vás, v čem byla péče o pacienty v době pandemie covid-19 odlišná?
4. Jak konkrétně Vás ovlivnila pandemie covid-19 oproti období před ní? V jakých oblastech? Jak konkrétně?
5. Jaké stresory na Vás během pandemie covid-19 působily?
6. Obával/a jste se někdy při práci s pacienty s onemocněním covid-19 o své vlastní zdraví? Pokud ano, proč konkrétně?
7. Jak probíhala Vaše psychohygienu? Jak jste se odreagoval/a od stresu během svého volna? Změnily se nějak Vaše návyky během pandemie?
8. Jak byste definoval/a doprovázení v ošetrovatelství?
9. Jak byste definoval/a pojem doprovázení pacientů?
10. Kde všude a při jakých činnostech jste doprovázel/a Vaše pacienty v době pandemie covid-19?
11. Jak jste zvládal/a doprovázet Vaše pacienty?
12. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s covid-19 oproti době před pandemií? Jaké jste prožíval/a pocity při péči o pacienty s onemocněním covid-19? Jak jste se cítila? Co Vás zasáhlo v období pandemie nejvíce? Problematika OOPP?
13. Jak byste popsal/a efektivitu ošetrovatelské péče vykonávanou s přísným ohledem na bariérové ošetrovatelské techniky?

14. Chyběly Vám k ošetřování covid pozitivních pacientů nějaké znalosti a dovednosti? Jaké konkrétně?
15. Popište, jak probíhala komunikace s pacientem? S jeho rodinou? Jak probíhala komunikace v týmu? Jak na Vás působila komunikace ve veřejném prostoru?
16. Popište, jak probíhala týmová spolupráce u Vás na oddělení? Chybělo Vám v ní něco? Byl/a jste s ní spokojená?
17. Jak často jste se setkal/a s doprovázením P/K v oblasti finality života?
18. Jakým způsobem probíhalo doprovázení P/K v období umírání? V období smrti?
19. Je něco, co Vám chybělo při doprovázení pacientů v období umírání? V období smrti? (prostor pro profesionalitu, OOPP, čas ...)
20. Jakým způsobem probíhalo rozloučení rodiny s umírajícím či zemřelým pacientem?
21. Jak se po osobní zkušenosti s prací v první linii změnil Váš pohled na Vaši profesi?
22. Jak se po osobní zkušenosti s prací v první linii změnila Vaše postoje? (k sobě sama, k životu, k rodině, k pacientům, ke kolegům, k politice...)
23. Dokázal/a byste vyjmenovat faktory, které byste zpětně uvítal/a při péči o covid pozitivní pacienty ze strany vedení nemocnice?
24. Jak vnímáte možnost znovu navrácení dalších vln pandemie covid-19? Budete na péči o takto infekční pacienty připraven/a? V čem to bude jiné?
25. Chcete ještě něco dodat, co v rozhovoru nezaznělo?

Identifikační údaje:

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Kolik je Vám let? Kolik let praxe máte? Jaké je Vaše pohlaví?

3. Na jakém pracujete oddělení a kolik let již pracujete ve ZZ?
4. Jak dlouho jste pracovala na oddělení s pacienty s onemocněním covid-19?

9 Seznam zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
Covid-19	Corona Virus Disease 2019
č.	číslo
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICN	International Council of Nurses
JIP	jednotka intenzivní péče
MERS	Middle East respiratory syndrome
např.	například
OOPP	osobní ochranné pracovní pomůcky
p.	page
PCR	polymerázová řetězová reakce
s.	strana
Sb.	Sbírký
SARS	Acute respiratory syndrome
WHO	World Health Organization