



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Duševní zdraví všeobecných sester v průběhu pandemie Covid-19

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: [Specializace v ošetřovatelství](#)

Autor: Bc. Anna Špačková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

[České Budějovice 2024](#)

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Duševní zdraví všeobecných sester v průběhu pandemie Covid-19*“ 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 7. 8. 2024

.....

Bc. Anna Špačková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad, vstřícný přístup a trpělivost. Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Duševní zdraví všeobecných sester v průběhu pandemie Covid-19

Abstrakt

Pandemie covid-19 přinesla nebývalé výzvy pro zdravotní systém po celém světě, zejména pro zdravotnický personál, který se ocitl v první linii boje proti této globální hrozbě. Tato diplomová práce se zaměřuje a analýzu duševního zdraví všeobecných sester během pandemie covid-19 na vybraných odděleních. Předem byly stanoveny čtyři cíle a tři hypotézy, které byly statisticky zpracované. Výše uvedených cílů bylo dosaženo pomocí kvantitativního výzkumného šetření prostřednictvím anonymního nestandardizovaného dotazníku. Výzkumný vzorek obsahuje 160 respondentů, kterými byly všeobecné sestry. Výzkumným šetřením bylo prokázáno, že není možné tvrdit že by sestry s praxí delší než deset let byly vůči stresu odolnější než sestry s kratší praxí. Jako vedlejší výsledek bylo zjištěno, že všeobecné sestry na oddělení KARIM ($p = 0.028$) hodnotily práci v období pandemie jako více stresující, než všeobecné sestry na oddělení KPNT ($p = 0.166$) a OUPCH ($p = 0.640$). Dále bylo zjištěno, že z celkově 160 respondentů, pouze 15 (tj. 9,4 %) vyhledalo odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra. Nelze tedy tvrdit, že by počet respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra byl 50 % ($p < 0.001$). Na závěr jsme testovali, zda třetina všeobecných sester dalo během pandemie výpověď. Vzhledem k tomu, že byl dotazník poskytnut všeobecným sestřám stále pracujícím v nemocnici, tak tuto hypotézu nebylo možné vyhodnotit. Zvolili jste tedy alternativu, kdy jsme zjišťovali, kolik všeobecných sester, které v nemocnici zůstaly, byly toho názoru výpověď nepodávat. Závěrem jsme zjistili, že všeobecné sestry na oddělení KARIM ($p < 0.001$) o výpovědi téměř neuvažovaly (i přesto, že jejich práce byla vyhodnocena jako více stresující).

I když je pandemie covid-19 pryč, problematiku považujeme za stále aktuální. Předložená práce přináší náhled do reality atmosféry, která během pandemie na odděleních panovala. Práce by mohla sloužit pro další výzkumné účely i pro informování široké veřejnosti.

Klíčová slova

bariérová ošetrovatelská péče; covid-19; duševní zdraví; ošetrovatelská péče; pandemie; všeobecná sestra;

Mental health of general nurses in a pandemic Covid - 19

Abstract

The COVID-19 pandemic has brought unprecedented challenges to health systems worldwide, especially for health professionals on the frontline of the fight against this global threat. This thesis analysis general nurses' mental health during the COVID-19 pandemic in selected wards. Four objectives and three hypotheses were pre-determined and statistically processed. The above objectives were achieved through a quantitative research investigation using an anonymous non-standardized questionnaire. The research sample includes 160 respondents who were general nurses. Research has shown that it is not possible to claim that nurses with more than 10 years of experience are more resilient to stress than nurses with less experience. As a secondary outcome, it was found that general nurses in CARIM ward ($p = 0.028$) rated working during the pandemic as more stressful than general nurses in CPDT ($p = 0.166$) and DTPS ($p = 0.640$). It was also found that out of 160 respondents, only 15 (i.e. 9,4 %) sought professional help from a psychologist or psychiatrist. Thus, it cannot be said that the number of respondents who sought help from a psychologist or psychiatrist was 50 % ($p < 0.001$). Finally, we tested whether one-third of the general nurses gave notice during the pandemic. As the questionnaire was given to general nurses still working in the hospital, it was impossible to evaluate this hypothesis. We therefore chose the alternative of asking how many of the general nurses who remained in the hospital thought not to resign. In conclusion, we found that general nurses in the CARIM unit ($p < 0.001$) hardly considered resigning (even though their work was rated more stressful). Although the COVID-19 pandemic is over, we believe the issue is still relevant. The present paper provides an insight into the reality of the atmosphere that prevailed on the wards during the pandemic. The work could be used for further research purposes and to inform the general public.

Key words

barrier nursing care; COVID-19; general nurse; mental health; nursing care; pandemic

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Psychika všeobecných sester v pandemii covid-19.....	8
1.1.1 Faktory ovlivňující psychiku všeobecných sester.....	9
1.1.2 Poruchy psychického zdraví všeobecných sester	10
1.1.3 Dopad pandemie na psychiku všeobecných sester	11
1.1.4 Metody na podporu psychického zdraví člověka.....	15
1.2 Práce všeobecných sester v pandemii covid-19	18
1.2.1 Náplň práce všeobecných sester v pandemii covid-19	19
1.2.2 Potřeby sester v pandemii covid-19.....	23
1.2.3 Péče o covid pozitivního pacienta.....	24
2 Cíle práce a hypotézy.....	30
2.1 Operacionalizace pojmu	31
3 Metodika	32
3.1 Metodika sběru dat	32
3.2 Výzkumný vzorek	32
4 Výsledky.....	33
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření	33
4.2 Statistické testování hypotéz	40
5 Diskuse	49
6 Závěr	54
7 Použité zdroje.....	55
8 Přílohy.....	60
9 Seznam zkratk	61

Úvod

Pandemie covid-19, která započala na konci roku 2019 a rychle se rozšířila po celém světě, představovala bezprostřední výzvu pro zdravotnické systémy a zdravotnický personál. V tomto období jsme byli svědky nejen masivního zátěžového testu pro zdravotní infrastrukturu a kapacity nemocnic, ale i zásadních výzev, které zasáhly samotné zdravotníky. Mezi klíčové profese, které čelily extrémnímu tlaku a stresu, patří všeobecné sestry, jejichž role je v rámci zdravotnického systému nezastupitelná. Pandemie také zvýšila nároky na zdravotnický personál zcela jiným způsobem. Zdravotníci byli konfrontováni s nebývalým množstvím pacientů, kteří potřebovali intenzivní péči, čelili neustálému riziku nákazy a psychickému vyčerpání. To vedlo často k přetížení a syndromu vyhoření. Duševní zdraví všeobecných sester se tak stalo klíčovým tématem, jehož zkoumání může přinést cenné informace pro budoucí přípravu na podobné krizové situace. V první části předložené práce se zaměříme na současný stav problematiky, která zahrnuje psychiku všeobecných sester v pandemii covid-19. Tato část má další čtyři podkapitoly, které obsahují faktory ovlivňující psychiku všeobecných sester, poruchy psychického zdraví všeobecných sester, dále pak dopad pandemie na psychiku všeobecných sester či obecné metody na podporu psychického zdraví člověka. Další kapitolou teoretické části je práce všeobecných sester v pandemii covid-19, která má tři podkapitoly, a to náplň práce všeobecných sester v pandemii covid-19, potřeby sester během pandemie a samotnou péči o covid pozitivní pacienty. Cílem práce je především zjistit, jakým způsobem se všeobecné sestry vypořádaly s psychickou zátěží v pandemii covid-19, jakým způsobem pandemie covid-19 ovlivnila jejich psychické zdraví, jakým způsobem pečovaly o své psychické zdraví a v neposlední řadě jak během pandemie trávily volný čas. To zmatujeme pomocí empirických dat. Druhá část, tedy empirická (výzkumná), bude založena kvantitativním výzkumném šetření zaměřená na výše uvedený zdravotnický personál, konkrétně všeobecné sestry. Budou použity nestandardizované anonymní dotazníky. Výsledky tohoto výzkumu umožní identifikovat klíčové problémy a navrhnout doporučení pro zlepšení podpory duševního zdraví zdravotnického personálu v krizových situacích.

1 Současný stav

1.1 Psychika všeobecných sester v pandemii covid-19

Podle Urbana et. al. (2021), je covid-19 (Coronavirus Disease 2019) vysoce infekční onemocnění způsobené novým koronavirem SARS-CoV-2 a přenosné především kapénkami z člověka na člověka. Koronaviry jsou nesegmentované obalené RNA viry patřící do čeledi *Coronaviridae*. Do doby objevení nového viru SARS-CoV-2 bylo známo šest druhů koronavirů způsobujících onemocnění u člověka. Závažná respirační onemocnění pak způsobují další dva druhy zvířecího původu označované SARS-CoV a MERS-CoV, u kterých jsou častěji popisovány fatální průběhy. V České republice první případ covid-19 byl zaznamenán 1. března 2020.

Mašínová, Müllerová et al. (2020) věří, že na rok 2020 se nebude vzpomínat jen jako na období, které ovlivnil covid-19, ale i na rok úspěchů a radosti. Zaujal je proto projekt s názvem Nursing Now, jež je unikátním celosvětovým projektem, který chce zviditelnit význam sester a podpořit jejich vliv v systému zdravotní péče. Probíhá už od roku 2018 pod záštitou Mezinárodní asociace sester a Světové zdravotnické organizace. Vyvrcholení projektu bylo plánováno k příležitosti 200. výročí narození Florence Nightingalové, tedy na 12. května 2020.

V rozhovoru pro Medical Tribune Jurigová (2022) uvedla, že jednou z mála pozitivních věcí, které epidemie covid-19 přinesla, je trochu jiný pohled na význam sesterského povolání, na jeho prestiž. Narušila dlouhodobý náhled na sestry jako na asistentky lékaře, jako na pomocnice. Až nyní si spousta lidí uvědomila, že kvalitní sestru nevychováte za pár týdnů.

Dle Shivairové et al. (2023) se během pandemie covid-19 sestry velmi osvědčily. Prokázaly hrdinství, pokud jde o jejich pracovní nasazení a ochotu vystavovat se denně potenciálně smrtelné infekci; byly také ochotny odsunout své potřeby na druhou kolej a upřednostnit potřeby pacientů. Ošetřovatelství během pandemie covid-19 představuje pro sestry i nadále významný zdroj stresu. Sestry se potýkají s celou řadou obtíží a nejrůznějších vnějších i vnitřních stresorů, které ohrožují jejich duševní zdraví a následně podkopávají kvalitu poskytované péče a kvalitu vykonávané práce. Bylo poukázáno na řadu vnitřních stresorů, které v podobě negativních pocitů ovlivnily duševní zdraví sester v první vlně (nejistota, strach a úzkost) a ve třetí vlně (únava, smutek, bezmoc, hněv a otupělost). Tyto emoce odrážejí specifika první i třetí vlny, kdy se v první vlně sestry

potýkaly především s nedostatkem informací, nedostatkem ochranných pomůcek a nejednotným přístupem k pandemii ze strany regionálního úřadu veřejného zdraví, státu a zdravotnických zařízení. Ve třetí vlně se naopak sestry potýkaly především s nedostatkem zdravotnického personálu, přetížením zdravotnického systému, nadměrným papírováním a také s dlouhodobou prací v ochranných pomůčkách. Za zmínku stojí také záměr odlehčit pracovní zátěž sester povoláním studentů na výpomoc nebo zaměstnáním dobrovolníků.

1.1.1 Faktory ovlivňující psychiku všeobecných sester

Jak uvádí Magerčiaková a Kober (2023), pandemie covidu-19 měla přímý vliv na pracovní sílu v ošetrovatelství. Mezi faktory, které výrazně determinovaly sestry při výkonu povolání v pandemickém období, lze zařadit zvýšené riziko vzniku infekce, nákaza při výkonu práce, strach o rodinu – přenos infekce do domácího prostředí, nadměrná fyzická a psychická zátěž, časté služby a četné přesčasy. Výrazným faktorem byl také nedostatek personálu, komunikační problémy a komplikované interpersonální vztahy, nedostatečné finanční ohodnocení nebo výskyt syndromu vyhoření. Sestry se od začátku pandemie covidu-19 ocitly v situaci, jaká zde během předchozího století ještě nebyla. Sem spadá např. práce v OOPP, jejichž dostupnost byla v první vlně pandemie covidu-19 výrazně limitována, nepřipravenost nemocnic a špatný management v oblasti přípravy zdravotnických pracovníků, ale i při zřizování tzv. červených zón. Pracovní nasazení bylo pod enormním tlakem – fyzickým i psychickým. Tedy náročné pracovní podmínky, nové způsoby práce, častější změny pracoviště a jejich reprofilizace. Byla nereálná perspektiva zlepšení situace (neutuchající pandemie). Měnily se pokyny, jak pečovat o pacienty s covidem-19 a zdravotníci dostávali nejednoznačné pokyny.

Paprštejnová et al. (2019) uvádějí, že k typickým zátěžovým situacím, kterým je jedinec vystaven, lze zařadit frustrace, deprivace, konflikty, nemoc, bolest, utrpení, krize, přesycení a stres. Podstatným negativním vlivem bývá i psychická zátěž při dlouhotrvajícím vypětí, životní a profesní tempo, tok informací, neúměrné množství úkolů, nárazovost, změna pracovních návyků a interpersonální vztahy. Uvádí se, že více než 70 % nepřítomnosti v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti zapříčiňují onemocnění související se stresovou zátěží. Za druhou nejčastější příčinu onemocnění související s prací se pak považuje právě stres. Déletrvající stres nepříznivě ovlivňuje pracovní výkon a zdraví zaměstnance. Zároveň může prezentovat příčinu úrazů nebo

selhání lidského činitele. Uvedené psychické pracovní zatížení sester může nepříznivě ovlivnit jejich fyzické i psychické zdraví a způsobit rozvoj projevů deprese.

Podle Marešové a Třešlové (2017), současné ošetřovatelství představuje obor založený na samostatnosti sestry, týmové spolupráci s lékaři a dalšími členy zdravotnického týmu. Má také vlastní koncepci, uskutečňuje se prostřednictvím ošetřovatelského procesu, vychází z vědeckých poznatků a má nezastupitelnou roli v péči o zdraví člověka. Jde však současně o velmi náročnou práci, a to nejen fyzicky, ale i psychicky. Práci sestry negativně ovlivňuje několik faktorů. K hlavním zátěžovým aspektům patří kontakt a péče o umírající, péče o nevléčitelně nemocné a trpící pacienty, agresivní pacienty, zmatené pacienty, rodinu pacientů a také pracovní a osobní podmínky pro profesi sestry. Stres způsobují rovněž konflikty (střety) názorů, rozporů a nesrovnalostí v morální rovině při výkonu profese, který vyvolává reakci organismu jako přetížení. Zátěž sester způsobují podle všeho i neovlivnitelné události (například právě nástup pandemie koronaviru), požadavků, které jsou nad jejich možnosti a vnitřní konflikt člověka. Sestra se navíc do některých stresových situací může dostat bez ohledu na to, kde pracuje.

Z výzkumů Paprštejnové et al. (2019) vyplývá, že všeobecné sestry vnímají za psychicky nejnáročnější ve vztahu k pracovní zátěži především časovou tíseň, vysokou odpovědnost, dlouhodobou únosnost, únavu a přesycení. Vzhledem k tomu, že se autorky zaměřily na sestry pracující na onkologickém oddělení, a navíc pro děti, tyto sestry zmiňovaly současně náročnost péče o umírajícího pacienta a nedostatek volného času.

Opomenout nelze ani roli konkrétního oddělení, na kterém sestry pracují. Páll, et al. (2021) například zmiňují náročnost péče sester o pacienty na dětských odděleních, kde je pro sestry mnohdy náročnější než jindy, aby dokázaly adekvátně podpořit své dětské pacienty, připravit je dostatečně psychicky na chystaný zákrok. Ne všechny sestry jsou toho schopny a je to pak pro ně neúměrné psychické zatížení. Při péči o dětské pacienty se sestry mnohdy dostávají do situací, kdy nejsou schopny patřičně reagovat na psychické potřeby dítěte. Jejich práce je pro ně poté velmi psychicky náročná a ovlivňuje i jejich soukromý život. Emoční stav dětí sestry a jejich psychiku velmi ovlivňuje.

1.1.2 Poruchy psychického zdraví všeobecných sester

Madziová a Janíková (2013) uvádějí, že psychické vyčerpání pociťuje v povolání všeobecné sestry 79 % sester. Praško et al. (2012) nepochybují o tom, že zejména

dlouhodobě působící stres může vyvolat narušení psychického zdraví sester. Asi nejběžnějším důsledkem může být vznik deprese. Deprese je nemoc. Nejde o lenost, nedostatek vůle či slabošství. Jedná se o onemocnění, které vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje nejen toho, kdo jí onemocněl, tak celou jeho rodinu. Způsobuje pocity ztráty smyslu života. Deprese je ovšem u většiny lidí léčitelná, neléčí-li se ale, způsobuje ztrátu výkonnosti, izolaci, ztrátu radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav jedince, neboť snižuje obranyschopnost organismu. Od obvyklého smutku či rozladěnosti se liší hlavně v tom, že je intenzivnější a hlubší než smutek, trvá déle, narušuje každodenní fungování. Ženy navíc onemocní dvakrát častěji než muži. Deprese se projevuje poruchou nálady. Ovšem mimo nálady bývá zasaženo i myšlení, chování i tělesné fungování. Deprese je zkrátka onemocnění celého těla i duše. Při depresi je pocíťována mnohdy únava, tíha, malátnost, vyčerpání. Pocit ztráty energie mohou dojít do takové míry, že člověk dokáže pouze ležet. Intenzita problémů může kolísat během dne. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti způsobují, že se člověk začne druhým vyhýbat. Dochází ke snížení psychického tempa i zpomalení myšlení. V rámci deprese lze pak rozlišovat i její různé typy: Rekurentní depresivní porucha, dystymie, bipolární porucha, sezónní afektivní porucha, reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese), smíšená úzkostně depresivní porucha aj. Do určité míry si může člověk pomoci od deprese sám, ale později už je zapotřebí léčby za pomoci psychiatra a eventuálně i medikace, eventuálně psychoterapie, kognitivně behaviorální psychoterapie aj. (antidepresiva).

1.1.3 Dopad pandemie na psychiku všeobecných sester

Bártlová et al. (2023) provedli výzkum, ve kterém mapovali, jaké dopady měla pandemie covidu-19 na život a práci všeobecných sester. Cílem studie bylo popsat role sester, zmapovat jejich názory, znalosti a zkušenosti a objasnit faktory ovlivňující jejich práci a osobní život během pandemie covid-19 v České republice. Byl proveden reprezentativní sociologický průzkum pomocí nestandardizovaného dotazníku, jehož primárním cílem bylo zjistit názory, znalosti a zkušenosti sester získané v průběhu studia na střední škole a identifikovat zásadní problémy, které je třeba řešit před další pandemií. Dotazník obsahoval celkem 57 otázek. Výběrový soubor tvořilo 1197 všeobecných sester. Nejčastěji uváděným faktorem ovlivňujícím práci sester během pandemie covid-19 byl strach z přenosu infekce (63,6 %). Často byl uváděn také strach z neznámého (59 %) a zvýšená pracovní zátěž (54,7 %). Odpovědi sester byly statisticky významně ovlivněny typem zdravotnického zařízení, ve kterém pracovaly a lokalitou, kde pracovaly během

pandemie covid-19. Většina respondentů (89,6 %) uvedla, že covid-19 představoval zvýšenou fyzickou a psychickou zátěž. Téměř stejný podíl respondentů (88,4 %) měl pocit, že covid-19 ovlivnil jejich společenský život a 76,7 % uvedlo, že ovlivnil i jejich osobní život. Závěrem lze dodat, že vedení zdravotnického zařízení mělo před pandemií zajistit dostatečné množství osobních ochranných pracovních prostředků (OOPP) a věnovat velkou pozornost potřebám personálu, pokud jde o psychologické poradenství a krizovou intervenci během pandemií.

Z publikace Šeblové et al. (2020) vyplývá, že pandemie covid-19 způsobila významné zasažení nejen psychiky všeobecných sester. V mnoha zemích došlo ke zvýšenému výskytu deprese a úzkosti, zranitelné skupiny se podle různých regionů mohou lišit. Docházelo také ke zvýšení spotřeby legálních i nelegálních návykových látek a docházelo ke zvyšování počtů případů domácího násilí.

Bankovská et al. (2021) ve svém článku zmiňují hrozící riziko morálního zranění a s tím spjaté i symptomy, které se u tohoto stavu vyskytují. Morální zranění jde ruku v ruce se silnými morálními emocemi, především pocitem provinění a studu, které mohou vést k rozvoji chronického traumatického stresu a psychologickým obtížím. Riziko jeho rozvoje u zdravotníků je vyšší v určitých situacích, mezi něž patří péče o zranitelnou osobu, která zemře (např. dítě, žena, starší osoba), neochota vedoucího pracovníka převzít odpovědnost a nedostatečná podpora poskytovaná podřízeným, neznalost existence symptomů morálního zranění a nepřipravenost čelit jeho emočním a psychologickým důsledkům. Více ohroženi jsou zaměstnanci, kteří současně zažívají další traumatizující událost, jako je úmrtí příbuzného. Nakupení traumatizujících událostí, může u jedince vyvolat neodbytný pocit viny, který významně ovlivňuje psychický stav a zvýšenou sebekritiku spjatou s empatickými obavami o druhé. Poskytování péče v době pandemie covid-19 obsahuje stresory, které spouští maladaptivní intrusivní pocity viny, které vyvolávají emoční nepohodu. Dalším mechanismem, který zhoršuje psychickou pohodu zdravotníků, jsou pocity studu za to, že nenaplňují profesní standardy, a tím dochází k selhávání vůči svým ideálům dobré péče. V extrému stud vede k pocitu vlastní bezcennosti, v horším případě i k pocitu, že dotyčný je pro druhé lidi dokonce nebezpečný s rizikem sebepoškozování a suicidálními sklony. V současné době neexistují jasná doporučení, jak účinně morálnímu zranění předcházet a postupovat v případě jeho rozvoje. Byla provedena přehledová studie, která zahrnovala 16 studií, kde se vědci zabývali účinností intervencí na podporu zachování duševního zdraví u zdravotníků

zapojených v první linii péče po vypuknutí epidemií a pandemií (SARS, Ebola, MERS, covid-19). Bylo zjištěno, že základním předpokladem je poskytnout bezpečné a podpůrné prostředí pro pracovníky v první linii a účelně komunikovat. Závěrem lze říci, že covidová pandemie odhalila psychologickou nepřípravenost zdravotnického personálu. I když řada zdravotníků ví o syndromu vyhoření, o jiných psychologických syndromech, které zamezují vykonávat kvalitní práci (např. únava ze soucitu, morální zranění) nemá tušení. Vedoucí pracovníci by měli poskytovat emoční podporu, včas rozpoznat symptomy morálního zranění, nepodceňovat psychické obtíže podřízených a zajistit diskrétní pomoc v případě nutnosti.

Pandemie covidu-19 významně zasáhla pracovní nasazení všeobecných sester. Docházelo k postupnému zvyšování počtů kritických případů, nejistotě ve vztahu k samotnému onemocnění a četným úmrtím na toto onemocnění. V důsledku tohoto nejedna sestra bojovala s psychickým stresem. Navíc sestry bojovaly už před pandemií v souvislosti s výkonem svého povolání se stresovým zatížením, rizikem syndromu vyhoření a vysokou fluktuací, pandemie tak tyto problémy mohla akorát zesílit, a tím i nároky na vedení zdravotnických zařízení. Z realizovaných studií (např. Falatah, 2021) v průběhu pandemie jasně vyplynulo, že se psychická pohoda sester snížila a stresové zatížení zaznamenalo významný vzestup. Kromě stresového zatížení sestry musely zvládat i kritický nedostatek sester, včetně nedostupných lůžek a zdravotnického materiálu, současně s nedostatkem osobních ochranných pomůcek, s čím pochopitelně souvisel strach o vlastní zdraví (obavy z nakažení), což dále posiluje stresové zatížení, jak potvrdily některé výzkumy (Al Thobaity a Alshammari, 2020).

Jak uvádí Šeblová (2020), psychiku sester negativně nezasáhly jen souvislosti s přemírou práce a rizikem vlastního onemocnění. Zejména na začátku pandemie stres způsoboval i nedostatek odborných informací, pomůcek, standardních postupů léčby, organizační opatření byla mnohdy improvizací a zvyšoval se počet odsloužených hodin i nových úkolů. Jak upozorňuje Turale et al. (2020), sestry se musely vypořádat i s nedostatečně připravenými zdravotnickými systémy a selháním dodavatelských řetězců. Sestry běžně neměly dostatek potřebného vybavení a místo respirátorů byly nuceny používat látkové roušky nebo si dávaly na ústa dvě obyčejné roušky apod. Emocionální i morální stres zažívaly sestry také na podkladě protichůdných profesních hodnot. Výkon jejich profese znamenal v době pandemie i řešení nepříjemných a složitých etických

problémů, morální konflikty, velmi častými úmrtími, která přicházela mnohdy nečekaně a velmi rychle a dlouhou pracovní dobu.

Pospíšilová (2023) se ve své práci zabývala otázkou dopadu pandemie specificky právě na ženy, protože 85 % zdravotnického personálu v ČR tvoří ženy. Obecně na ženy v ČR intenzivněji dopadají činnosti spojené s neformální péčí, kterou poskytují – ať už svým dětem, či svým příbuzným (manželům, rodičům apod.) – neboť bývají častěji primárními pečovatelkami. Většina žen ve zdravotnictví uvedené téma řeší a v období koronavirové pandemie se téma ještě prohloubilo. Skoro většina žen ve zdravotnictví má navíc děti ve věku do 12 let. V 19 % jsou to dokonce matky samoživitelky. Pospíšilová (2023) také uvádí, že sestry navíc mívají celkem jasně a přesně stanovenou pracovní dobu (musí být na pracovišti v určitý čas, často jde o čas, který se neslučuje s časem fungování institucí zabezpečujících péči), mnohdy využívají i pomoci příbuzných. Obojí však bylo v době pandemie problematické – školky i školy se často zavíraly nebo byl jejich provoz omezen. Při hlídání příbuznými musely sestry zase řešit etická dilemata, jestli eventuálně ohrozit příbuzné z ohrožených skupin (prarodiče). Navíc v době pandemie musely mnohdy sestry dokonce trávit v práci čas navíc a přesčas pro ně znamenaly nejen ještě větší pracovní zatížení, ale i méně času na rodinu, tedy i potenciálně méně času na volný čas a možnou relaxaci.

Pospíšilová (2023) ještě doplňuje, že pro povolání všeobecných sester je také charakteristické zejména práce ve směnách. Kupříkladu všeobecné sestry pracující v nočních směnách a tuto formu využívají k naplnění ideálu ženy-matky. Noční směny jim umožňují svou ekonomickou aktivitu učinit neviditelnou a vyrovnat se v požadavcích na ideální ženu matkám, které ekonomicky aktivní nejsou. Všeobecné sestry často navíc pečují jak ve formální, tak neformální oblasti. Současně se od osob pečujících ve formální sféře očekává, že v domácí péči budou využívat svých odborných vědomostí a sociálního kapitálu, díky čemuž mohou svým blízkým zajistit lepší zdravotní péči. Právě propojení obou oblastí bylo posíleno v době pandemie díky narůstajícím požadavkům obou sfér. Vzájemné propojení formální a neformální péče s sebou přináší i konfliktní prvky, mimo jiné vycházející z rozdílných nároků obou sfér. Profesionální oblast bývá obecně spojena maskulinními charakteristikami, jako je „úspěch“, „plat“, „výkon“ apod. Ideální pracovník všechno podřizuje své profesi (např. pracuje přesčas), pracuje na plný úvazek a je bez rodinných závazků (ideálně jsou tyto neviditelné). Profesionalitu potvrzuje také internalizovaná morální zodpovědnost, kdy se vlastní zájmy v pracovní oblasti podřizují

zájmům pacientů nebo pacientek a společnosti jako celku. Nároky neformální péče – být dobrou ženou a matkou, tj. dát přednost péči o rodinu, děti a domácnost před profesí – jsou v konfliktu s představou správného profesionála či profesionálky. Šeblová (2020) dokonce upozorňuje, že během pandemie sestry zažívaly stigmatizaci v místě svého bydliště či k vyčleňování jejich dětí ze školních a jiných kolektivů z obavy z nákazy kvůli práci jejich rodičů.

Studie HEROES (2021) se zabývala dopady pandemie na psychické zdraví poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb s cílem popsat výzvy a zátěž, kterou zažívali zdravotníci v době pandemie covid-19 a určit dopady na psychiku a na sociální podmínky zdravotníků během pandemie a po ní prozkoumat, jakým způsobem pandemie změnila organizaci a praxi zdravotní péče. V roce 2020 proběhlo první kolo sběru dat, v ČR od 24. 6. 2020 do 31. 8. 2020, tedy v relativně klidném období, kdy odezněla první vlna pandemie. Prvního kola se zúčastnilo 1856 respondentů, do vyhodnocení bylo zařazeno 1416 respondentů, kteří úspěšně dokončili celý dotazník. Mezi respondenty převažovaly ženy (76,4 %). Zpracovišť vyplnili dotazník převážně zaměstnanci nemocnic (73,3 %), sociální péče včetně psychosociální rehabilitace a přednemocniční péče je zastoupena v 15,5 %. Mezi zastoupenými profesemi bylo nejvíce lékařů (26,9 %), dále všeobecných sester (23,1 %) a vedoucích zdravotnických pracovníků (12,2 %). Některé z dotazů mapovaly expozici, rizika a změny v pracovních postupech v souvislosti s pandemií: 40 % respondentů bylo zařazeno do jiného týmu nebo mělo během pandemie nové úkoly. 34,9 % respondentů hodnotí poskytnuté OOPP jako nedostatečné. Testována na covid-19 byla necelá pětina (19,4 %). Pouze 13,9 % respondentů mělo specifické instrukce, týkající se priorit pro indikaci UPV u covid-19 pozitivních pacientů. 81 (7,9 %) odpovědělo kladně na dotaz, zda se museli během pandemie rozhodovat o prioritách v ošetření pacientů s covid-19. Možnost neodpovídat na tuto otázku využilo 19 osob (3,6 %), 13,6 % si nevybrali z nabízených možností a 74,9 % nebylo před nutnost volby postaveno. Přestože dotazník byl distribuován v době poklesu pozitivních případů v relativně klidném období, bylo 221 (16,7 %) respondentů v blízkém kontaktu s pozitivními pacienty a 269 (20,3 %) si nebylo jisto.

1.1.4 Metody na podporu psychického zdraví člověka

Jak uvádějí Madzirová a Janíková (2013), jeden z hlavních úkolů všeobecné sestry je vyhledávat a uspokojovat potřeby pacientů, čemuž se učí už na škole a v průběhu své praxe. Péče o sebe sama je však ponechána soukromé iniciativě každé sestry a má mnoho

různých oblastí orientovaných např. na vzhled, na fyzickou kondici, stravování, ale i na péči o vlastní fyzický a duševní život. S psychickým napětím plynoucím z práce se zhruba třetina sester vyrovnává zejména aktivně. Mezi aktivní činnosti zařazují sestry sport, tanec, práce na zahrádce nebo jiné fyzicky aktivní fungování lidského těla pro dosažení ideální psychické rovnováhy. Za pasivní formy psychické relaxace řadí sestry z oblíbených činností zejména poslech hudby, masáž, spánek, četbu nebo posezení s přáteli, což uplatňuje zhruba 72 % sester.

K základním pravidlům psychohygieny patří zdravý životní styl a správná životospráva (zdravá a vyvážená strava, dostatek spánku a fyzické aktivity, vyhýbání se alkoholu, nikotinu, drogám, aktivní trávení volného času, relaxace, sport, dostatek sociálních opor v okolí – rodiny, přátelé, partner). Obecně se jedná o to, v maximální možné míře využívat tzv. salutory. Může jimi být například pozitivní motivace v zaměstnání, velmi efektivní může být i humor, a to i v práci, který nabízí odreagování. Je vhodné každý den udělat něco pro své zdraví. Loja (2019) doplňuje, že k psychohygieně patří například i sebepoznávání, techniky učící zvládání vlastních emocí a třeba i pozitivní myšlení. Důležitý je pochopitelně dostatečný spánek a naučení se time managementu.

Vávrová (2014) doporučuje pro správnou psychohygienu naučení se asertivní dovednosti, kterou je říkat NE. Tímto krátkým slovem se ve správný čas lze chránit před přetížením, nastavit si hranice vůči zneužívání a manipulaci. K příčinám neschopnosti říct NE je možné zařadit pasivní touhu působit ochotně a strach ze znelíbení se ostatním, podcenění narůstajícího tlaku, neuvědomění si, že říci NE, je rovněž možnost a právo. Asertivní jednání bývá interaktivní, vychází z respektu vůči lidské důstojnosti, z úcty k sobě samotnému i k druhému člověku. Asertivita nemusí představovat pouze komunikační dovednost, je lepší ji vnímat komplexněji až jako životní filozofii, která začíná u vztahu k sebe sama, jako cestu ke druhým lidem, které předchází cesta k sobě samotnému. V asertivitě se jedná o vyjadřování pocitů, práci se záporným myšlením, které způsobuje negativní emoce.

Švamberg Šauerová (2018) zmiňuje v rámci psychohygieny i metody jako např. koučink nebo sebekoučink, relaxační techniky, intervenčně edukační metody (např. balanční cvičení včetně vzorů jednotlivých cviků). Za důležité lze považovat i techniky směřující k rozvoji zdravé sebereflexe, již zmíněného sebepoznání, metody přispívající ke změnám v sociálních interakcích, do kterých sestry vstupují.

Madziová a Janíková (2013) ve své publikaci zmiňují, že k vyrovnávání se s psychickou zátěží přímo sester a podpoře zdraví přímo sester lze využít i některé způsoby, které nejsou úplně v rukou samotných sester, ale mohou být rovněž efektivní. Například uvádí snížení pracovního vytížení, ať už modernizací pracoviště, nebo třeba navýšením počtu zaměstnanců či úplnou změnu vykonávané práce. K dalším způsobům patří změna v trávení volného času – mít jej více pro sebe a využít jej sportováním, navštěvováním lázní nebo wellness pobytů, relaxací apod. K podpoře svého psychického zdraví si sestry uvědomují i význam výživy v podobě pestrého a pravidelného jídelníčku, *zanechání* kouření (ačkoliv to bývá mnohdy právě využíváno jako jedna z forem zvládnání stresu, ovšem dlouhodobě jeho efekt příliš nepřetrvává) a udržení zdravého partnerského vztahu.

Pakliže se sestry rozhodnou pro změnu v dosavadním životě ve smyslu zlepšení svého psychického zdraví, Pelcák a Tomeček (2011) upozorňují, že takové změny nelze dosáhnout bez důsledné „inventury“ pracovního i soukromého života spočívající v identifikaci zdrojů stresu, ale i všech zdrojů, které mají k dispozici pro efektivní zvládnání. Nezbytné je umět si stanovit reálné cíle ve vztahu ke změně chování, postojů a vytyčení priorit. Důležitou úlohu mohou hrát organizační a provozní podmínky na pracovišti, neustálé vzdělávání pracovníků, včetně poradenství a supervize. Prvním krokem ke změně bývá analýza současného stavu. Následovat by mělo vymezení pracovních a osobních priorit, nalezení harmonie mezi kariérou a osobním životem. K tomu se člověk může dopracovat sám osobně či využije služeb konzultanta (osobní kouč, psychoterapeut – podle oblasti intervence). Sestry mohou také absolvovat různé semináře, školení, které zabývají takovou problematikou (antistresové programy). Posledním krokem by mělo být určení konkrétního plánu aktivit a opatření pro změnu. Může se jednat o organizační opatření (lepší time management, rozdělení úkolů podle priorit, programové vytyčení volného času, program učení se cizího jazyka apod.)

1.2 Práce všeobecných sester v pandemii covid-19

Hellerová et al. (2023) zmiňují, že pandemie covid-19 byla výzvou pro zdravotnictví v České republice i ve světě. Pandemie však byla důležitým pojítkem a faktorem ovlivňujícím ošetrovatelskou péči a měla přímý dopad jak na všeobecné sestry, tak na poskytovanou péči. Ošetrovatelství je obor vyžadující specifické znalosti, dovednosti, zkušenost, odolnost vůči stresu, schopnost fungovat v rámci multidisciplinárních týmů a také určitou míru flexibility, která se u této profese předpokládá. Pandemie byla velmi komplexní výzvou pro poskytování péče, komunikaci, funkci zdravotnických zařízení a vyžadovala nové metody. Odhalila důležitost péče o sestry jako bio-psycho-sociální a duchovní bytosti. protože jen sestra, která má satureované základní, nižší i vyšší potřeby, cítí podporu v práci i v rodinném prostředí, má kvalitní informace a možnost rozšiřovat své znalosti a dovednosti, může dostát nárokům spojeným s pandemií.

Lai et al. (2019) umiňují, že sestry musely při jednání s pacienty vykonávat více edukační práce, např. vysvětlovat správnou hygienu rukou nebo platné hygienické předpisy na oddělení. Sestry také musely zprostředkovat pocit klidu, protože pacienti byli velmi úzkostní; to však bylo náročné, protože nevěděli, co se přesně děje v pandemii koronaviru, zda byli pacienti infikováni nebo ne, nebo jak moc je tato nemoc ovlivní. Další změna se týkala zacházení s návštěvníky. Sestry musely návštěvníky poučit, že v nemocnici nesmějí navštěvovat pacienty a že všichni lidé, kteří nepracují přímo na oddělení, musí okamžitě odejít.

Kimmerová et al. (2022) rozdělili výsledky výzkumu o problematice ošetrovatelské péče u všeobecných sester v první linii do pěti částí: ošetrovatelská péče u sester v první linii, ošetrovatelský management u sester v první linii, psychické problémy u sester v první linii, posttraumatická stresová porucha u sester v první linii a mechanismy zvládání stresu u sester v první linii. Z prozkoumaných studií vyplývá, že sestry pracující v první linii zažívaly během pandemie covid-19 velmi těžké období, které má obrovský dopad na jejich osobní i pracovní život. Potýkaly se s nedostatkem vhodných osobních ochranných pomůcek, s vysokým rizikem nákazy, žily odděleně od svých rodin. Místo duševní hygieny zažívaly stres, strach, úzkost, bezmoc, beznaděj, depresivní stavy, čelily denně problematice umírání i smrti tváří v tvář. Stavy totálního vyčerpání vedly z dlouhodobého hlediska k posttraumatickému syndromu. Na závěr dodává, že rozsáhlá pandemie vystavila všechny systémy zdravotní péče nebývalému tlaku a vytvořila

nebyvalou poptávku po poskytovatelích zdravotní péče, jejichž nedostatek vedl ke složitým a nepředvídatelným podmínkám zdravotnického systému napříč každou zemí světa.

1.2.1 Náplň práce všeobecných sester v pandemii covid-19

Dle Národní soustavy povolání (NSP, online) vykonává všeobecná sestra ve svém povolání obecně ošetrovatelskou péči se záměrem zachování, podpory a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných či vyvstalých ve spojitosti s narušením zdravotního stavu jedinců či skupin. Současně se pak ve spolupráci s lékařem či zubním lékařem účastní i preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní a neodkladné nebo dispenzární péči. Všeobecné sestry se uplatňují v mnoha specializovaných oborech nemocniční i primární péče, ale i v domácí a hospicové péči.

Detailněji vymezuje náplň práce sester vyhláška č. 55/11 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která uvádí, že (vyhláška č. 55/11 Sb., § 3) zdravotnický pracovník bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti (tedy všeobecná sestra) ať už během pandemie, tak i před ní především zajišťuje zdravotní péči podle právních předpisů a standardů, stará se o dodržování hygienicko-epidemiologického režimu podle právních předpisů řešících ochranu veřejného zdraví a píše zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů. Zachází s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb, pacientovi dává informace podle své odborné způsobilosti, eventuálně pokynů lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa či klinického logopeda. Také se účastní praktického vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání realizovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání realizovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů. Dále se účastní na přípravě standardů, motivuje a vzdělává pacienty, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe, účastní se zabezpečování zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků, a realizuje opatření při řešení následků mimořádné události či krizové situace.

Dlouhý, Štefan, Chrdle et al. (2022) uvádějí, že součástí profesní role zdravotníka je sebeidentifikace s touto rolí, tedy nastavení mysli, které umožňuje lépe pracovat s větším pocitem vnitřního naplnění. Jedná se o psychologický kapitál, který mají vedoucí zdravotnických zařízení k dispozici a často bezděčně na něm staví. Lze jej i vědomě rozvíjet. Pro využití psychologického kapitálu profese zdravotníka je třeba splnit čtyři podmínky, které vedou k vysokému stupni spokojenosti při výkonu zdravotnického povolání i za nepříznivých zevních okolností a posilují stavovskou hrdost a loajalitu uvnitř týmu. První podmínkou je to, že svou práci umím a mohu dělat dobře, dále že moje práce se mi daří dělat dobře, moje práce má smysl a cíl a čtvrtou podmínkou je to, že případné potíže zvládnou dobře vyřešit. Vnitřní motivace a spokojenost v roli zdravotníka zvyšuje profesní identifikaci a stavovskou hrdost, snižuje riziko rozvoje syndromu vyhoření. Samotná profesní identifikace však nestačí k zvládnutí krizových situací typu pandemie. Za nepřítomnosti profesní identifikace dochází za pandemie k vyšší míře únavy ze soucitu, naopak silná profesní identifikace vede k vyššímu stupni sekundární traumatizace.

Sharma et al. (2021) se domnívá, že jedinou osvědčenou formou managementu tak je zejména izolace a podpůrná péče. Sestry proto hrají v jejím řízení klíčovou roli. Ošetrovatelská péče sester začíná počátečním hodnocením a tříděním, odběrem vzorků, péčí o pacienty s mírnými až středně těžkými příznaky, péčí o kriticky nemocného pacienta, včetně péče o mrtvé tělo.

Dle Chrdleho et al. (2021) při péči o pacienta s covid-19 musí sestry dále dodržovat bezpečnou vzdálenost, a to alespoň jeden metr, nejlépe dva metry. Při každém kontaktu s pacientem s možným či diagnostikovaným onemocněním covid-19 musí sestry zhodnotit, nakolik je blízký kontakt nutný. I u hospitalizovaných pacientů je možné úspěšně aplikovat distanční opatření, například identifikaci anamnézy a komunikaci před vstupem na pokoj či do ordinace po telefonu. U hospitalizovaných pacientů pak je možné přizpůsobit čas podávání léků tak, aby k němu docházelo zároveň s měřením fyziologických funkcí. Sestry se v rámci péče o pacienty s covid-19 musí navíc naučit plánovat vstupy a výkony. Návštěvy u pacientů nebyly při pandemii dovoleny, případně jen v naprosto výjimečných situacích, a to za současného omezení množství osob i času stráveného u pacienta, a to za použití OOPP a pod přímým dohledem zkušeného zdravotníka.

Ve své publikaci se Plevová a Kachlová (2022) zaměřily na bariérovou ošetrovatelskou péči. Jedná se o využití systému pracovních, organizačních a provozních opatření, s cílem zabránit vzniku a šíření infekcí spojených se zdravotní péčí (HCAI). Jedná se o komplex preventivních postupů, které mají zdroje infekce eliminovat, či přerušit cestu od zdroje k vnímavému jedinci. Je nutné, aby jej prováděl celý zdravotnický tým. Soubor postupů bariérové ošetrovatelské péče zahrnuje dezinfekční řád jednotlivých oddělení, správnou volbu dezinfekčního prostředku, dodržování zásad dezinfekce a sterilizace, materiální a technické uspořádání zdravotnických zařízení a správné uložení sterilního materiálu. Důležité je používání jednorázových pomůcek (rouška, respirátor, rukavice, plášť, čepice apod.) a OOPP (osobní ochranné pracovní prostředky). Je nezbytné dodržovat zásady osobní hygieny včetně správné hygieny rukou, správné zásady manipulace s biologickým materiálem a je třeba dodržovat třídění odpadu a bezpečně manipulovat s použitým prádlem. Mezi základní druhy bariérového ošetřování řadíme ochrannou izolaci, která se týká péče o pacienty se sníženou imunitou a izolaci zdroje infekce, jež zabraňuje přenosu infekce z nakaženého člověka. Izolace zdroje infekce vyžaduje přísný aseptický režim, nicméně je nutné pamatovat také na to, že je třeba dodat velkou psychickou podporu pacientovi, kterého se izolace týká, jak ze strany personálu, tak ze strany příbuzných. Dodržování pravidel bariérové péče je ve zdravotnických zařízeních každodenní nezbytnou činností. Přímá péče zdravotníků má přímý vliv nejen na zdraví pacienta, ale i na ně samotné. Zodpovědný přístup v prevenci vzniku a šíření infekcí spojených se zdravotní péčí (HCAI = Healthcare-associated infections) chrání každého zdravotníka osobně. Je třeba připomenout, že zdravotníci patří mezi nejvíce ohroženou skupinu, která je vystavena dennodenně (přímý kontakt s pacientem, biologickým materiálem) riziku vzniku profesionálních nákaz, jako jsou např. nemoci z povolání.

Sagan a Máca (2020) uvádějí, že důležitou podmínkou péče o pacienty s covid-19 je pro sestry kromě jiného být schopna se přizpůsobit vyššímu přísunu pacientů se závažnou formou na lůžko intenzivní péče. Dle Chrdleho et al. (2021) je důležitou součástí účinné péče o pacienty s covid-19 rovněž zabezpečení efektivní triáže a izolace pacientů ve vyhrazených prostorech, dostupnost laboratorního vyšetření a potřebné množství zdravotníků ve službě v poměru k počtům pacientů. Je zapotřebí, aby se sestry také staraly o patřičné odvětrání prostor a dekontaminaci a dezinfekci povrchů a předmětů denního používání. Od sester, které přímo ošetřují pacienty s covid-19 je

vyžadováno používat výlučně nemocniční oděv, který si denně musí měnit za čistý. Rovněž obuv musí být nemocniční, v níž sestry nesmí opustit své oddělení. Před odchodem z nemocnice je doporučována sprcha, obecně pak ale i častější a pečlivější mytí rukou. Sestry musí více dbát i na to, aby povrchy mobilních telefonů, kliky, volant a řadicí páka u auta včetně předmětů denní potřeby častěji otíraly alkoholovým dezinfekčním prostředkem.

Mustriwari et al. (2021) uvádějí, že infekční povaha viru si v průběhu pandemie vyžádala intenzivní řízení ošetrovatelského personálu. Na odděleních, na nichž byli umístěni pacienti s covid-19 ošetřováni, bylo nezbytné zajištění adekvátního počtu lidských zdrojů. Zničehonic však nebylo možné zajistit příjem nových sester, tudíž byly na ty současné kladeny mnohem větší nároky, musely podávat nejen vyšší výkonnost, ale musely vykazovat rovněž intenzivní sebekontrolu, schopnost sebeřízení a sebevedení a současně pořád naplňovat cíle organizace jako celku. Vzhledem k tomu, že celá pandemie přinesla naprosto nové a nečekané situace, bylo nezbytné, aby sestry zapojily i vyšší míru kreativity a inovativnosti. To vše za udržení maximální ostražitosti a ochrany vlastního zdraví.

Suková a Knechtová (2022) uvádějí, že ačkoliv během pandemie nebyly z pochopitelných důvodů u pacientů s covid-19 povoleny návštěvy, součástí náplně práce sester byla i práce s jejich rodinami. Příbuzní pacientů mohli docházet na oddělení a zajímat se o stav svého rodinného příslušníka. I zde bylo zapotřebí dbát na kvalitu interpersonální komunikace. Ačkoliv informace o zdravotním stavu a prognóze pacienta smí říct jen lékař, jiné s tím související informace sděluje sestra. Jedná se o informace ohledně pravidel návštěv či telefonicky podávané informace, léčebný režim (tedy např. zabezpečení invazivních vstupů – „*na co je tamta hadička?*“), přístup k pacientovi, bazální stimulace (možnost doteků, mluvení, čtení, poslechu hudby...) atd. Rodinu by sestra měla být schopna ubezpečit, že má jejich příbuzný nejlepší možnou péči (tedy kdo a jak se o něj stará), že budou obeznámeni při nenadálé změně zdravotního stavu atd. Sestra se může dále snažit uspokojit příbuzné např. v jejich potřebě blízkosti (možnost vidět podle možností příbuzného, zapojit se do péče o pacienta apod. – na covidovém oddělení avšak nemožné), potřebu komfortu (příbuzný nemá bolesti, má, co potřebuje, jídlo, vybavení na pokoji atd.), potřebu podpory (pastorační péče nebo „pouze“ s někým promluvit o problémech, je-li to nutné atd.). Někdy může být vhodné, aby sestra pomohla

rodinám navázat kontakt s podpůrnými skupinami, kluby pacientů nebo rodinami v podobné situaci.

1.2.2 Potřeby sester v pandemii covid-19

Dlouhý, Štefan, Chrdle et al. (2022) tvrdí, že odolnost a pevnost zdravotního systému stojí na odolnosti jednotlivých zdravotníků a zdravotnických týmů podílejících se na péči o hospitalizované i ambulantní pacienty. Vedoucí pracovníci musí svým podřízeným zajistit takovou podporu a podmínky, aby mohli poskytovat kvalitní zdravotní péči nemocným, a přitom aby nedocházelo k sekundární pandemii – pandemii narušeného duševního zdraví. Jedná se o materiální zajištění provozu a organizaci práce (hardware) a vlastní péči o jednotlivce a kolektivy (heartware). Dlouhý, Štefan, Chrdle et al. (2022) v rámci péče o jednotlivce a kolektivy zaměřili na profesní kvalitu života, syndrom vyhoření, nedostatek volného času či na únavu ze soucitu. Profesní kvalita života nebo také kvalita života je nástroj, který hodnotí míru vyčerpání, únavy ze soucitu a stupeň spokojenosti v pomáhání. Je spojena s pozitivními i negativními emocemi. Pozitivní emoci je profesní uspokojení z výkonu pomáhající profese. Negativní emoci je únava ze soucitu, kterou tvoří syndrom vyhoření a sekundární traumatizace (stav, kdy zdravotníci vnímají traumata pacientů jako traumata vlastní). Syndrom vyhoření se rozvíjí jako následek nezpracovaných prožitků a projeví se zhoršením pracovní výkonnosti, sklonem ke konfliktnímu řešení problémů na pracovišti, prokrastinaci, větším počtem profesních pochybení, zhoršením vztahů na pracovišti i k pacientům, nadužíváním návykových látek (nikotin, alkohol a drogy), a narůstajícím rizikem sebevraždy. Předpokladem k úspěšným intervencím u zdravotníků je dát jim možnost vyjádřit své pocity. V neposlední řadě jde také o nedostatek volného času a zanedbávání péče o sebe, což je významný zdroj duševní zátěže. Dodržování 40hodinové týdenní pracovní doby a 30minutových přestávek na odpočinek je spojeno s menší emoční zátěží a nižším skóre únavy, posttraumatického stresu, vyhoření a nespavosti. Za zmínku stojí i tzv. únava ze soucitu, což je situace, kdy pomoc druhým začne být zdrojem únavy, vyčerpání a beznaděje. Pečující osoby jsou v rámci své profese vystaveny utrpení, bolesti a zármutku druhých, navíc ke stresům vlastního života. Na mechanismu únavy ze soucitu se společně podílí syndrom vyhoření a sekundární traumatizace. Oba mechanismy snižují kvalitu profesního života zdravotníků. Únava ze soucitu je spojena se zvýšeným počtem odchodů ze zdravotnictví, nízkou kvalitou práce a vyšší četností komunikačních i odborných pochybení. Neřešení problémů v rámci kolektivu či pracoviště vede k dalším

odchodům, které u zůstávajících tuto únavu ze soucitu ještě prohlubují. Na závěr dodávají, že v ohnisku události (v případě pandemie v každém zdravotnickém zařízení) je nutné zajistit psychologickou první pomoc, která může zahrnovat relaxační techniky, verbalizaci pocitů/emocí, hovory se sebou, motivaci s pozitivnímu postoji, péči o sebe, jako je tělesná aktivita, hydratace, vyvážená strava, rekreační aktivity a přestávky mezi pracovními směnami. Dále se může jednat také o postupy neutralizaci emočních traumat.

Šebestová a kol. (2021) doplňují, že sestry v období covid-19 mohly evidovat i vyšší potřebu psychologické a psychiatrické péče, která se v době karanténních opatření zvyšovala. Současně se změnil i přístup k nim a z tohoto důvodu nebyl možný v takové míře, jak bylo před pandemií. Stejně jako v jiných oborech přešli psychologové a psychiatři na distanční péči včetně možnosti preskribce (online, SMS apod.). V některých situacích i toto mohlo vést u sester k ještě většímu prohloubení pocitu sociální izolace a ztráty mezilidských kontaktů, tedy dalších z potřeb.

Halcomb et al. (2020) zkoumali potřeby sester během pandemie v Austrálii. Z provedeného šetření vyplynulo, že jednou z důležitých potřeb sester je poskytovat pacientům kvalitní péči, což z mnoha již uvedených důvodů bylo během pandemie komplikováno. Sestry identifikovaly sedm klíčových kategorií, které jsou nezbytné pro poskytování kvalitní péče, a to osobní ochranné prostředky, komunikace, financování, průmyslová problematika, sebezpečí, faktory na pracovišti a oceňování sester.

Dykes a Chu (2021) zase zmiňují potřebu sester v oblasti učení se zacházet s moderními technologiemi. Pandemie covid-19 obecně přinesla zvýšení potřeby využívat ke kontaktům různá zařízení pro online přenosy, online komunikaci apod. Sestry se, díky tomu, že pacienti nemohli být navštěvovány, snažily pacientům kontakt umožnit například prostřednictvím tabletů, iPadů apod., což sebou neslo alespoň pro některé potřebu vzdělat se v jejich používání.

1.2.3 Péče o covid pozitivního pacienta

Dle Dlouhého, Štefana, Chrdleho et al. (2022) jsou klíčem k efektivnímu poskytování zdravotní péče nemocným a fungování zdravotního systému kompetentní, odolní a dobře motivovaní zdravotníci. Jejich zabezpečení po stránce odborných kompetencí, ale také po stránce osobních ochranných pracovních prostředků (a obecně dodržování izolačních režimů), informovanosti, psychosociální podpory, vzdělávání a motivace je úkolem pro řízení zdravotnictví na národní a regionální úrovni i na úrovni

jednotlivých zdravotnických zařízení a pracovních kolektivů. Výzkum zaměřený na roli lékařů, sester i dalších zdravotníků během pandemie ukazuje, že jejich ochota podílet se na řešení pandemických situací se zvyšuje se znalostmi a nacvičenými dovednostmi a samostatností. Komunikace v rámci zdravotnických zařízení je také zdrojem nadměrného stresu, především v případě dlouhých a často se měnících doporučení a nedostatečného nácviku použití OOPP. I při běžném provozu mimo pandemii dochází k určitému počtu nedodržení doporučených postupů při použití OOPP, což se v době pandemie může zvyšovat.

Dle Plevové a Kachlové (2022), pandemie covid-19 vnesla do zdravotnických zařízení i lékařské a ošetrovatelské praxe mnoho nových povinností souvisejících se změnami v organizaci práce na pracovištích s velmi proměnlivými podmínkami. Onemocnění je způsobeno koronavirem SARS-CoV-2. Jedná se o vysoce infekční onemocnění, které se projevuje zejména horečkami, kašle, dušností, bolestí svalů a únavou. U starších a chronicky nemocných osob může nemoc mít vážnější průběh a může vést i k smrti. Vzhledem k pandemickému výskytu covid-19 však muselo mnohokrát dojít k transformaci oddělení standardních provozů a vytvoření izolací při zachování ostatního provozu oddělení. Péče o pacienty s onemocněním covid-19 s sebou přináší také specifické léčebné a ošetrovatelské činnosti, nejen v souvislosti s bariérovou péčí. Vzhledem k tomu, že se jedná o novou problematiku, která propukla v prosinci 2019 a neexistovaly předchozí znalosti o nákaze, mnoho z nich je stále aktualizováno dle nejnovějších poznatků a průběžně zaváděno do praxe. Standardní péče zahrnuje zhodnocení závažnosti onemocnění u pacientů, kam spadá posouzení rizik pro pacienta (hypertenze, KVS choroby, renální insuficience, HIV pozitivita, DM, aktivní malignita apod.) a zhodnocení klinického stavu, laboratorních a jiných výsledků. Dále sem můžeme zařadit tzv. terapeutické pilíře, do kterých patří alergie, lékové interakce, sledování bilance tekutin, monitorace FF a motivace pacientů k polohování na lůžku, a tím zamezit vzniku dekubitů.

Saibertová (2021) uvádí jako specifikum péče o covid pozitivního pacienta dodržování přísné ochrany sester, ale i lékařů, k čemuž slouží konkrétní osobní ochranné pracovní pomůcky (OOPP), které mají sloužit ke snížení rizika nákazy zakrytím exponovaných částí těla. Sestry při péči o covid pozitivního pacienta používají specifické celotělové kombinézy (včetně speciální ochranné obuvi, nebo návleků na obuv), obličejové ochranné štíty, obličejové masky a polomasky s filtrem různé ochrany a

respirátory různých kategorií, typů a míry ochrany. Za nejvýznamnější se považuje ochrana tří klíčových vstupních bodů – oči, nos a ústa. K ochraně dýchacích cest se zpravidla používají jednorázové filtrační polomasky FFP2 a FFP3, které se řadí do kategorie III OOP podle nařízení (EU) 16/425. Rovněž sestry musí používat brýle či obličejový štít, eventuálně kukly pro zdravotnické pracovníky s vousy. K obecným doporučením patří použití tří párů rukavic.

Sagan a Máca (2020) doplňují, že k dalším specifikům péče o pacienta s covid-19 patří a je požadováno, aby pacienti s podezřením či prokázaným covid-19 byli přijímáni na samostatný pokoj, nejlépe boxového typu. Výhodou, která zmenšovala riziko nákazy sester (i lékařů), tvořilo využití podtlaku na boxech. Poměrně zásadní je adekvátní používání osobních ochranných pracovních pomůcek (viz výše), a to při jakékoliv aktivitě ohledně péče o pacienty na JIP, a s tím související nutnost dostatečného zásobení OOPP, jejichž spotřeba evidentně roste se závažností klinického stavu pacientů. Za nejvíce rizikové se považují zejména zákroky a vyšetření realizované na odděleních JIP, a to hlavně intervence dýchacích cest. Ty jsou totiž velmi rizikové na možnost přenosu viru na zdravotnické pracovníky. Na personál jsou tím pádem kladeny až neúměrné požadavky, ať již fyzické nebo psychické, které pak pochopitelně vedly k obrovskému pracovnímu zatížení lékařů a sester nejen na oddělení intenzivní péče. K šíření viru z dýchacích cest pacienta do okolí dochází nejčastěji, když pacienti kašlou. Tvorbu aerosolu podstatně zvyšuje nutnost suplementace kyslíku pacientů metodami, při kterých dochází k šíření virových partikulí zároveň s proudem plynů, např. při oxygenoterapii nosními hroty, obličejovou maskou, vysokoprůtokovou nosní oxygenoterapií (high flow nasal oxygen, HFNO) či v průběhu použití neinvazivní ventilace (NIV).

Chrdle et al. (2021) potvrzují, že jednou z hlavních podmínek je také péče o pacienty za vymezených opatření pro snížení rizik a nakažení personálu a šíření nemoci na oddělení. Obecně k základním podmínkám péče o covid pozitivního pacienta patří obecná opatrnost a pečlivá hygiena rukou. Mytí rukou teplou vodou a mýdlem je vyžadováno minimálně po dobu vteřin způsobem, při které dochází k mechanickému otření všech ploch rukou u znečištěných rukou, u rukou bez viditelného znečištění bylo přípustné použití dezinfekčního gelu do zaschnutí.

Štěpánová a Linková (2021) se zabývaly tím, jaké zkušenosti mají nemocní s intenzivní péčí. Jako nejvhodnější metodu k dosažení vytyčených cílů zvolily kvalitativní fenomenologický výzkum. Do něj bylo zahrnuto osm participantů, čtyři

z nich se základní diagnózou covid-19, čtyři bez této diagnózy. Hlavním požadavkem na participanty byl jejich pobyt na oddělení intenzivní péče po dobu minimálně tří dnů. Dalšími požadavky byly věk nad 18 let, připojení na umělou plicní ventilaci nebo High-Flow Nasal Oxygen a především ochota podělit se o své zkušenosti. Studie ukázala, že přítomnost sestry je z pohledu pacientů v intenzivní péči nikým a ničím nenahraditelná. Sestry stojí při pacientech, postaví se za ně, podrží je a dodávají pacientům oporu: „*Když člověk sice nic nevidí, ale cítí, že mě třeba hladí na ruce nebo mě drží za ruku.*“ V jejich blízkosti mají nemocní pocity jistoty a bezpečí, protože na ně dohlíží, hlídají je a chrání je: „*Byla jsem ráda, že mě hlídají, že dávají pozor, jestli se nedusím.*“ Necitlivé sdělování informací o závažnosti zdravotního stavu má u pacientů za následek negativní psychické rozpoložení: „*Stálo nade mnou devět doktorů. A teď prostě všichni vždycky dali brejle nahoru, podívali se na tu nohu a říkali – uříznout, uříznout. Já říkám doktorce: To si děláte srandu, ne? A ona: Je lepší nemít prsty a žít, nebo co?*“

Na nemocné je v prostředí intenzivní péče vyvíjen ohromný psychický nátlak způsobený necitlivým sdělováním informací, uvědoměním si vlastního zdravotního stavu nebo vnímáním zdravotního stavu okolních pacientů. Hlavní roli v tomto prostředí sehrává psychická podpora. Přítomnost přístrojového vybavení pomáhá nemocným se v prostředí intenzivní péče cítit bezpečně, protože mají jistotu, že jsou pod neustálým dohledem. Pacienti prožívají nepopsatelný strach o svůj život. Každou vteřinu, každou minutu se bojí, že se udusí a že zemřou. Bojí se, nikdy nemají jistotu, že se dožijí dalších dní, že uvidí svoji rodinu, jelikož onemocnění covid-19 je pro svůj průběh zcela nevyzpytatelné a kdykoli může dojít ke zhoršení zdravotního stavu: „*Člověk neví, co se děje, dožije se zítřka, nebo nedožije?*“ „*Měl jsem strach z toho, jak to všechno dopadne, bál jsem se o svůj život, hrozně jsem se bál,*“ „*Když lapáte po vzduchu, tak co se ve vás může odehrávat? Máte strach, že se udusíte, máte strach, že umřete.*“

Závěrem je nutné umítnit, že výzkum probíhal v období pandemické situace, při níž byla zdravotnická pracoviště nucena omezit svůj provoz a improvizovat v zajištění kvalitní péče pro covid pozitivní pacienty. Zdravotníci byli často nuceni sloužit na jiných odděleních, v těžkých podmínkách. Požadavky, které na ně byly kladeny byly obrovské a stresová zátěž enormní.

Stejskal (2021) zdůrazňuje, že z hlediska péče o pacienty s covid-19 dosud nebyl nalezen a zapsán žádný specifický lék, jehož účinnost by prokazatelně dokázaly dostatečně velké kontrolované studie. Mnoho léků bylo pokládáno za velmi nadějně. Mnohdy se u nich ale vycházelo spíše z jejich antivirových účinků testovaných in vitro,

což nemusí korelovat s klinickou účinností. Prozatím představuje jediný registrovaný lék na covid-19 pouze remdesivir. Za jediný léčebný postup se pokládá využití látek s antikoagulačním a imunomodulačním efektem. Standardně bývá všem hospitalizovaným pacientům se středně těžkým i těžším průběhem podáván i nízkomolekulární heparin (enoxaparin, nodraparin) v profylaktické dávce při monitoraci anti-Xa. Z imunomodulačních látek se nejčastěji a nejnadějněji používají glukokortikoidy, zejména dexamethason (Stejskal, 2021).

Štefan, Chrdle, Husa et al. (2021) uvádějí, že jádro péče o covid pozitivní hospitalizované pacienty tvoří podpůrná a symptomatická léčba, zejména oxygenoterapie. Oxygenoterapii je možné podávat za pomoci klasického nízkoprůtokového systému eventuálně jako vysokoprůtokovou nazální oxygenoterapii (HFNO – High Flow Nasal Oxygen), neinvazivní ventilaci (NIV) nebo umělou plicní ventilaci (UPV), které musí být sestra schopna obsluhovat. Optimální cílová hodnota periferní saturace hemoglobinu kyslíkem dosahuje mezi 92 až 96 %. Díky zkušenostem z počátku pandemie je doporučována časná intubace ve vztahu k poměrně rychlé progresi hypoxie u závažných průběhů covid-19. Z později realizovaných výzkumů ovšem vyplynulo, že při odložení intubace se lze u mnohých pacientů zcela vyhnout nezbytnosti umělé plicní ventilace, což sehrává velmi důležitou úlohu v rozhodování o alokaci omezeného množství ventilátorů a lůžek intenzivní péče (Grebenyuk a Trojánek, 2020). U pacientů na mechanické ventilaci s refrakterní hypoxémií i přes zlepšení ventilace včetně užití pronační polohy se může uplatnit lépe použití venovenózní ECMO (extracorporeal membrane oxygenation). Štefan, Chrdle, Husa et al. (2021), ještě doplňují, že při dehydrataci a iontových dysbalancích u pacientů s covid-19 je indikována infuzní terapie, kterou podává sestra. Na druhou stranu hyperhydratace může komplikovat ventilaci. Za nutné se považuje nepřestávat i s léčbou akutních i chronických komorbidit (arteriální hypertenze, diabetes mellitus a další). Sestra musí rovněž dbát na adekvátní nutriční pacienta (v indikovaných případech včetně sippingu) a včasnou rehabilitaci.

Jak uvádí ještě na konec Dlouhý, Pazderková et al. (2020), součástí ošetrovatelské péče sestry o covid pozitivního pacienta by měla být současně jeho příprava na propuštění. Při propouštění pacienta z nemocnice by se sestra měla zaměřit na jeho edukaci ve smyslu nezbytnosti sledování jeho zdravotního stavu, dodržování hygienických zásad, nutnost kvalitního a častého mytí a dezinfekce rukou. V případech,

kdy pacient žije se svou rodinou, přítelem apod., jej sestra informuje o povinnosti používání obličejové roušky i v domácím prostředí, zákazu vycházení ven, aby ideálně zůstal v samostatném pokoji (pokud to dispozice bytu dovolí), aby se stravoval ideálně jindy či v jiný čas než zbytek osazenstva bytu či domu a aby pacient omezil významně kontakty se zbytkem rodiny. Díky důkazům o vylučování viru stolicí u pacientů v rekonvalescenci, zejména pak u dětí, sestra pacientovi doporučuje důsledné dodržování zvýšených hygienických pravidel (mytí rukou, dezinfekce rukou po stolici a před jídlem) i po uplynutí izolace.

2 Cíle práce a hypotézy

Cíle práce:

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem se všeobecné sestry vypořádávaly s psychickou zátěží v pandemii covid-19.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem pandemie covid-19 ovlivnila psychické zdraví všeobecných sester.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry pečovaly o své psychické zdraví v pandemii covid-19.

Cíl 4: Jak všeobecné sestry trávily volný čas v pandemii covid-19.

Hypotézy práce:

Hypotéza 1: Všeobecné sestry s praxí delší než 10 let jsou vůči stresu odolnější.

Hypotéza 2: Polovina všeobecných sester musela během pandemie vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra.

Hypotéza 3: Třetina všeobecných sester podala během pandemie výpověď a v důsledku toho bylo vedení nemocnice nuceno oddělení dočasně uzavřít

2.1 Operacionalizace pojmu

Operacionalizace charakterizuje definování pojmů, které popisují pro výzkum důležité vlastnosti sociálních jevů za účelem empirického měření (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008). Základními pojmy předkládaného výzkumu jsou covid-19, pandemie, bariérová ošetrovatelská péče a duševní zdraví.

- **Covid-19** – infekce způsobena koronavirem SARS-CoV-2, který se poprvé objevil koncem roku 2019 v Číně (NZIP, 2024). Onemocnění se projevuje zejména horečkami, respiračními potížemi (kašel, dušnost), bolesti svalů a únavou (Komenda, M., et al. 2024).
- **Pandemie** – je epidemie infekčního onemocnění, které se šíří obyvatelstvem napříč velmi rozsáhlými oblastmi. Dle definice WHO musí být splněné tři podmínky, aby epidemie mohla být prohlášena za pandemii: onemocnění je pro danou populaci nové, infekční agens způsobuje vážné onemocnění a infekce se velmi snadno šíří mezi lidmi.
- **Bariérová ošetrovatelská péče** – využití systému pracovních, organizačních a provozních opatření, s cílem zabránit vzniku a šíření infekcí spojených se zdravotní péčí (Plevová a Kachlová, 2022).
- **Duševní zdraví** – dle WHO (2023) znamená zdraví celkovou fyzickou, duševní a sociální pohodu. Na celkovém zdraví se tudíž podepisuje i to duševní a je proto důležité se o něj starat.

3 Metodika

Empirická část sledované problematiky byla uskutečněna pomocí kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkumné šetření proběhlo formou anonymního dotazníku. Zvolení této formy výzkumného šetření vycházel z předem stanovených, výše uvedených cílů práce.

3.1 Metodika sběru dat

Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo v období červen až červenec 2024. Uskutečnilo se ve dvou krajích a celkem dvou zdravotnických zařízeních. Každé zdravotnické zařízení umožnilo výzkum na dvou odděleních a klinikách. Těmi jsou infekční oddělení (IO), klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM), klinice plicních nemocí a tuberkulózy (KPNT) a oddělení úrazové a plastické chirurgie (OUPCH). Vedení těchto zdravotnických zařízení mi poskytlo písemný souhlas, nezbytný pro uskutečnění tohoto šetření. Poskytnuté souhlasy jsou v případě potřeby dostupné u autora práce.

Kvantitativní výzkumné šetření bylo zrealizováno metodou anonymního nestandardizovaného dotazníku. Poskytnutý nestandardizovaný dotazník se skládá z několika oblastí. A to z demografických údajů respondentů, informací, jaké pocity během pandemie covid-19 prožívali a jak trávili volný čas. Obsahuje celkem 28 otázek, kde doba jeho časové náročnosti činí maximálně 15 minut. Celkem bylo vyplněno 160 dotazníků.

Závěry statistických testů byly vyvozovány vždy na 5 % hladině významnosti. Vyhodnocení proběhlo v programu R verze 4.4.0 (R Core Team, 2024) s využitím integrovaného vývojového prostředí RStudio verze 2024.04.1 Build 748 (Posit Team, 2024).

3.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek kvantitativního výzkumného šetření tvoří všeobecné sestry ze standardních oddělení, jednotky intenzivní péče a kliniky anestezie a resuscitační intenzivní medicíny. Výzkumný soubor tvoří 160 respondentů

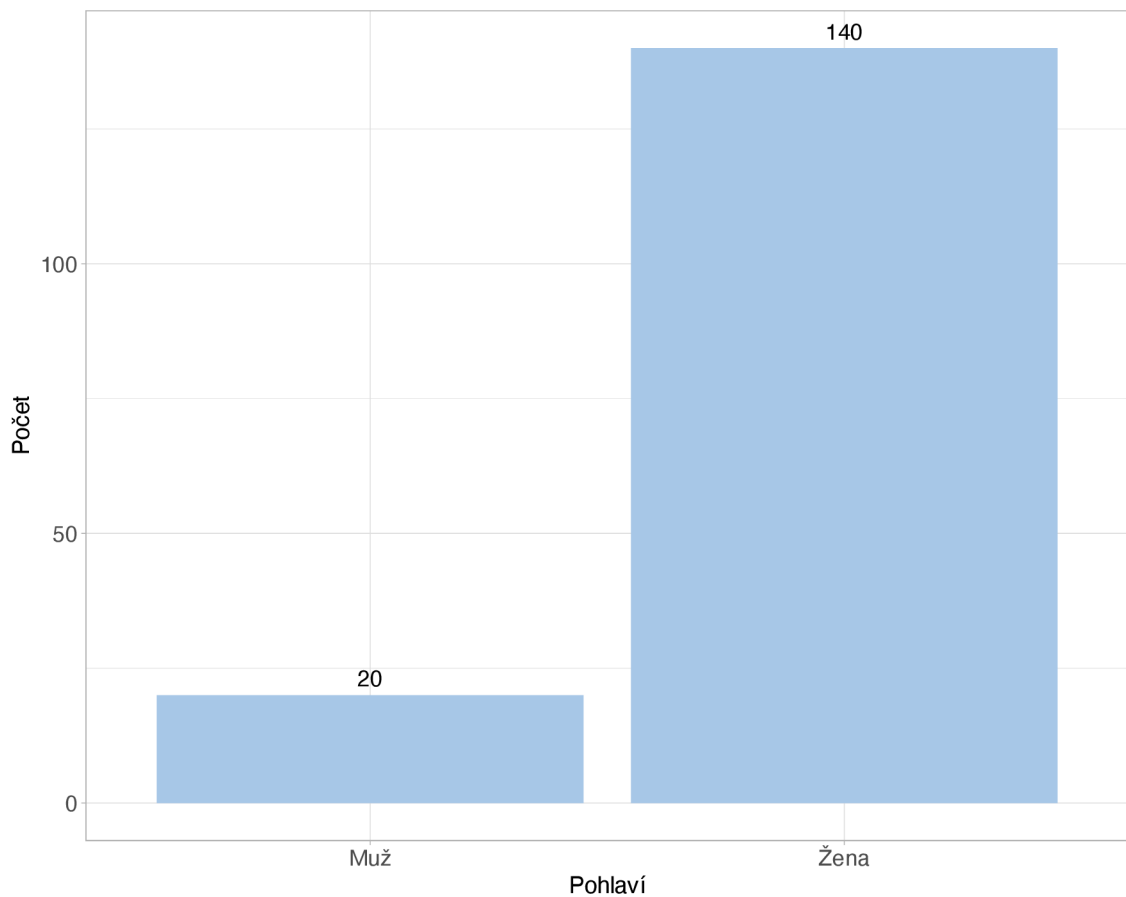
4 Výsledky

Výsledky výzkumného šetření jsou rozděleny do dvou částí. V první části jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření. Druhá část zahrnuje statistické testování hypotéz.

4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

A) Demografické údaje o respondentech

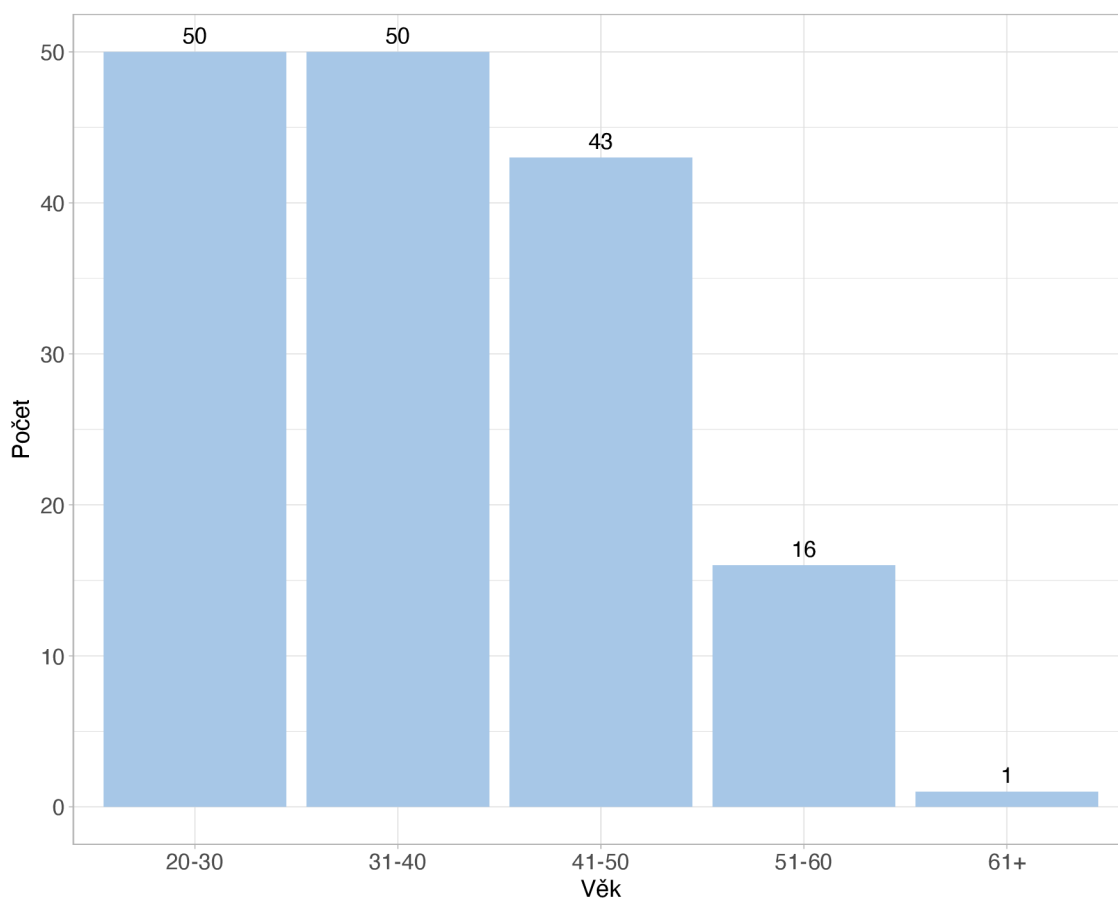
Graf 1 – Pohlaví respondentů (n = 160)



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření (2024)

Graf 1 mapuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 160 (100 %) respondentů, jej tvoří 140 žen (87,5 %) a 20 mužů (12,5 %).

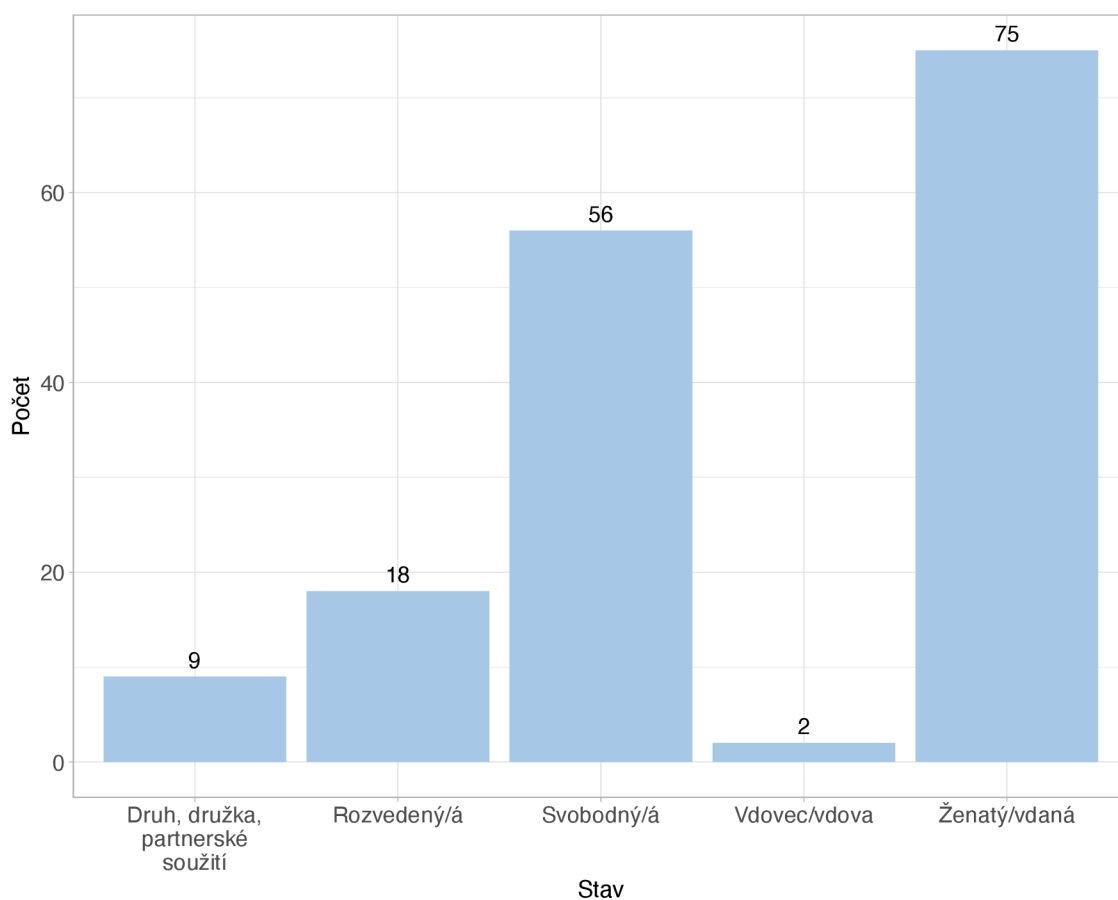
Graf 2 – Věk respondentů (n = 160)



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření (2024)

Graf 2 zobrazuje věk respondentů. Z celkového počtu 160 (100 %) respondentů je zastoupeno 50 osob (31,3 %) ve věku 20 – 30 let, 50 osob (31,3 %) ve věku 31–40 let, 43 osob (26,9 %) ve věku 41–50 let, 16 osob (10 %) ve věku 51–60 let a 1 osoba (0,6 %) ve věku více, než 61 let.

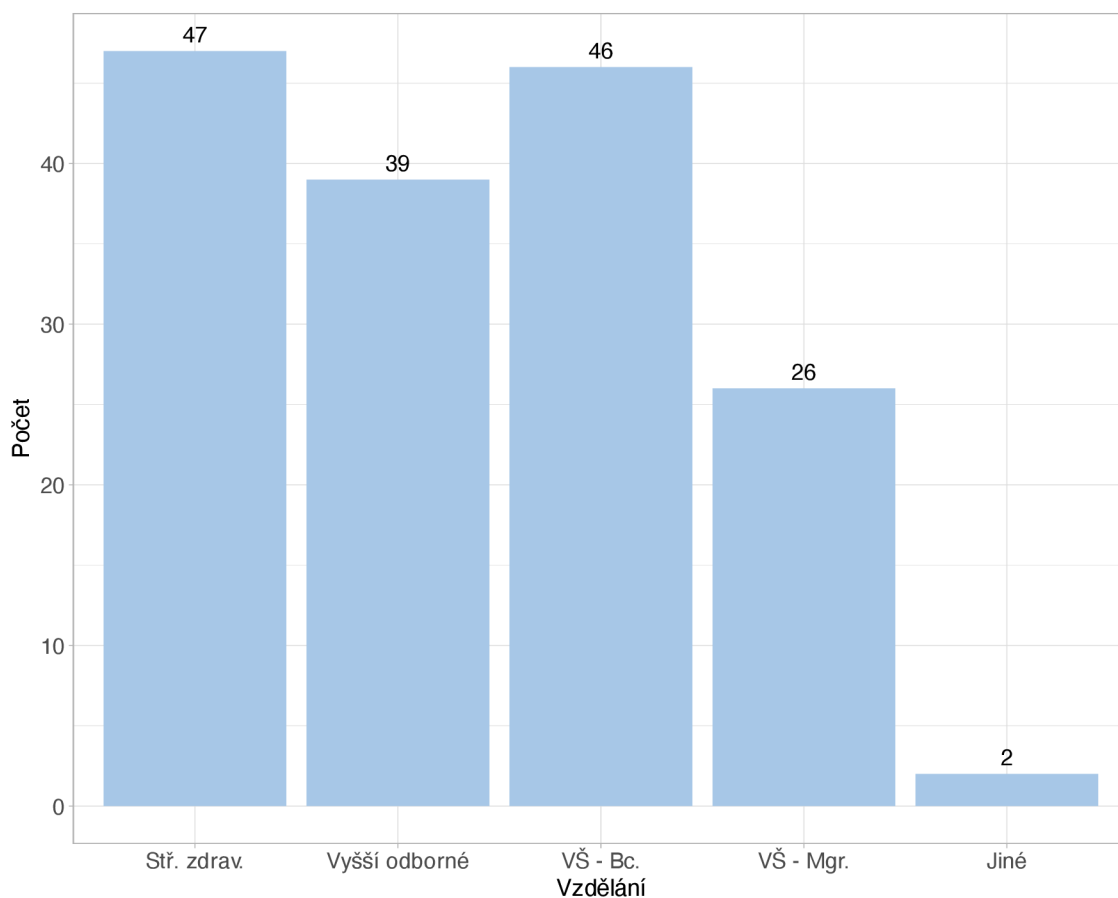
Graf 3 – Rodinný stav respondentů (n = 160)



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření (2024)

Graf 3 mapuje rodinný stav respondentů. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %), 75 respondentů (46,9 %) je ženatých/vdaných, 56 respondentů (35 %) je svobodných, 18 respondentů (11,3 %) je rozvedených, 9 respondentů (5,6 %) žije s druhem/družkou nebo v partnerském soužití (5,7 %) a zbylí 2 respondenti (1,3 %) jsou ovdovělí.

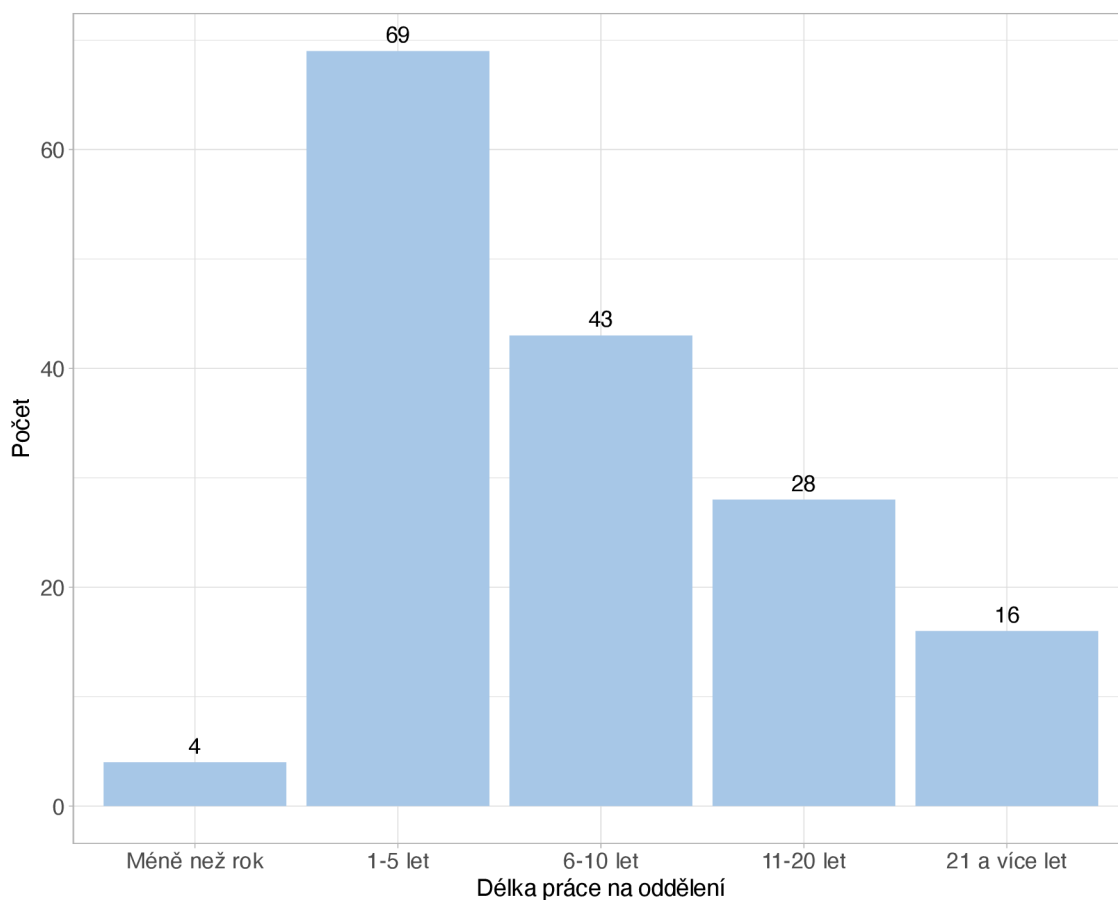
Graf 4 – Vzdělání respondentů (n = 160)



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření (2024)

Graf 4 nám ukazuje vzdělání respondentů. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %), má 47 respondentů (29,4 %) střední zdravotnické vzdělání, 46 respondentů (28,8 %) bakalářský stupeň vysokoškolského vzdělání, 39 respondentů (24,4 %) má vystudovanou vyšší odbornou školu, 26 respondentů (16,3 %) dosáhlo magisterského stupně vysokoškolského vzdělání a 2 respondenti (1,3 %) mají vzdělání jiné.

Graf 5 – Délka praxe respondentů (n = 160)

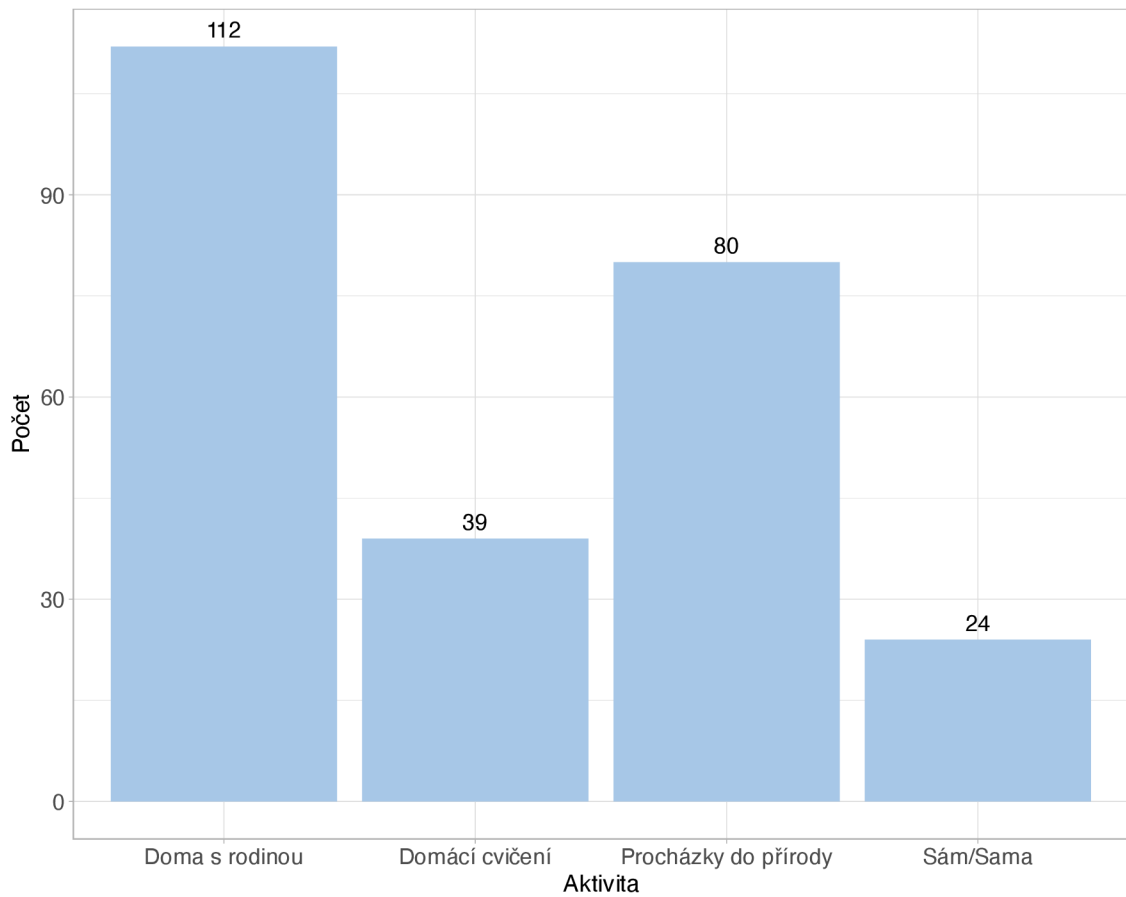


Zdroj: Vlastní výzkumné šetření (2024)

Graf 5 znázorňuje délku praxe respondentů. 69 respondentů (43, 1 %) pracuje na oddělení 1-5 let, 43 respondentů (26, 9 %) pracuje na oddělení 6-10 let, 28 respondentů (17, 5 %) pracuje na oddělení 11-20 let, 16 respondentů (10 %) má praxi delší, než 21 let a 4 respondenti (2, 5 %) pracují na oddělení méně než rok.

B) Volný čas

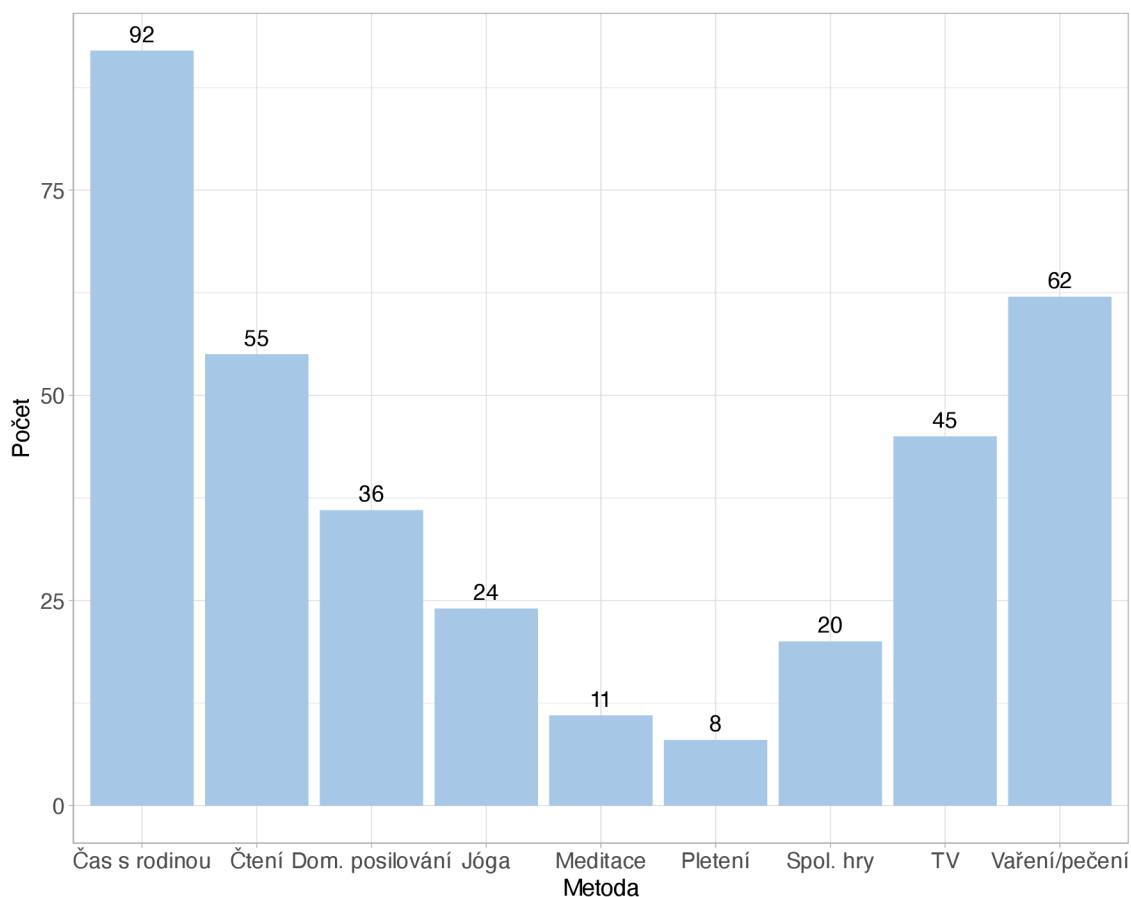
Na grafu 6 je uveden přehled o trávení volného času sester. Krom uvedených možností využili čtyři respondenti možnost dopsat vlastní způsob, jednalo se o: spánek, pití alkoholu, práce na zahradě nebo žádný volný čas.



Graf 1: Přehled trávení volného času sester.

C) Metody pro podporu psychického zdraví

Na grafu 7 je uveden přehled o metodách péče sester o své psychické zdraví. Krom uvedených možností využili respondenti i možnost dopsat vlastní způsob. Celkem šlo o 29 respondentů a nejčastější odpovědi byly: alkohol, procházky, pobyt v přírodě, spánek, učení, práce na zahradě a hraní PC her.



Obrázek 2: Přehled metod péče o psychické zdraví.

4.2 Statistické testování hypotéz

Hypotéza 1: Všeobecné sestry s praxí delší než 10 let jsou vůči stresu odolnější.

Testování bylo provedeno za všech 160 dotazníků dohromady, následně jsme otestovali, zda je možno mezi odděleními najít rozdíly.

K testování jsme využili dotazníkovou část 23, kde respondenti měli za úkol zvolit, jak stresující pro ně období pandemie bylo. Konkrétní znění tvrzení je:

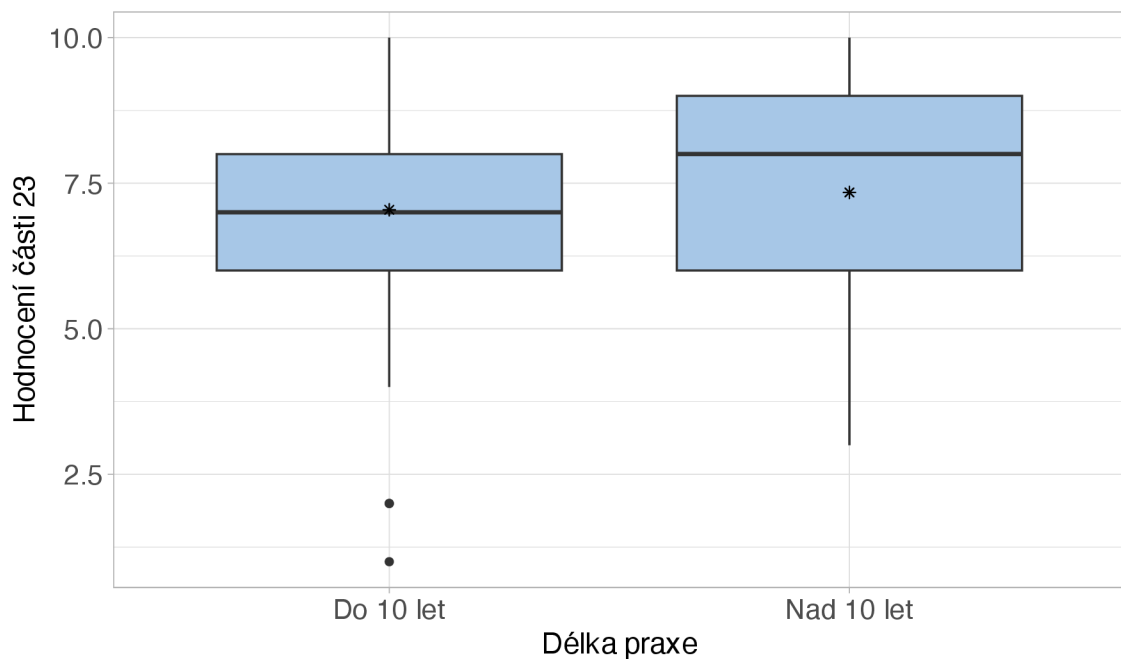
Na hodnotící škále od 1–10 označte, jak stresující pro Vás toto období bylo:

A) Test hypotézy 1 bez rozlišení

Srovnávali jsme hodnocení dle délky praxe. Základní charakteristiky obou skupin jsou uvedeny v tabulce 1 a na obrázku 1.

Tabulka 1: Základní výběrové charakteristiky hodnocení v části 23 dotazníku dle délky praxe.

Délka praxe	Počet	Průměr	Medián	Min	Max	SD
Do 10 let	116	7.04	7.0	1	10	1.61
Nad 10 let	44	7.34	8.0	3	10	1.90



Obrázek 3: Boxploty hodnocení části 23 dotazníku dle délky praxe.

Jelikož v obou skupinách došlo k zamítnutí normality dat (Do 10 let: $p < 0.001$ a Nad 10 let: $p = 0.013$), tak byl pro testování odlišnosti využit Mannův-Whitneyův U test. Hypotézu o shodě hodnocení v obou skupinách nelze zamítnout ($p = 0.266$).

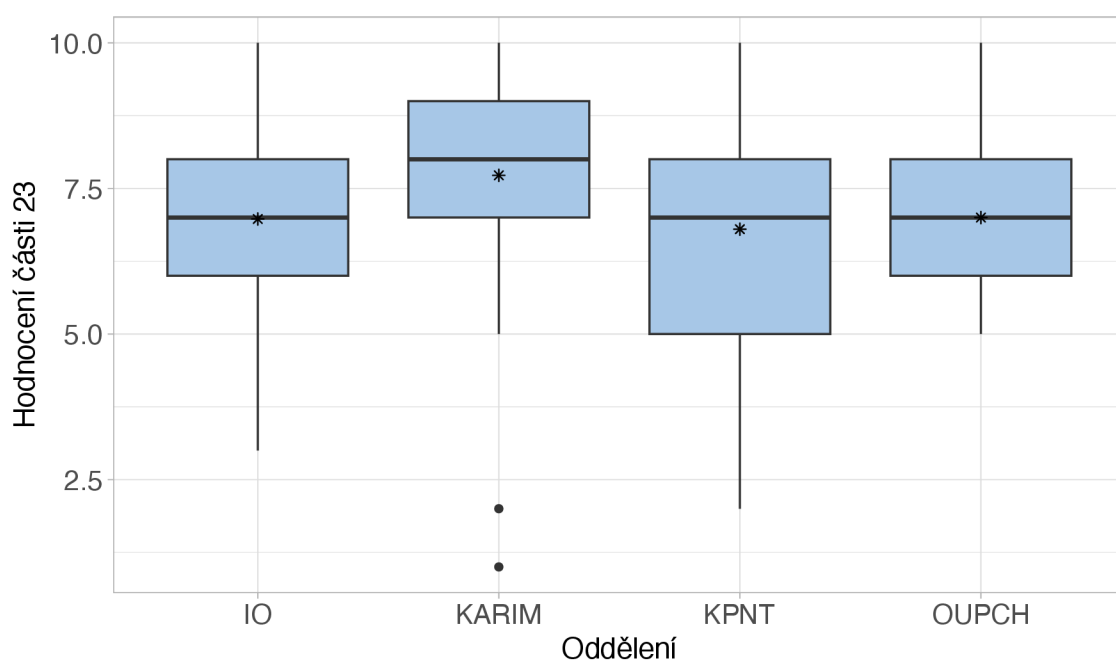
Hypotézu 1 se v celkovém souboru nepodařilo prokázat a hodnocení tedy není možno považovat za odlišné.

B) Test Hypotézy 1 dle oddělení

Srovnávali jsme hodnocení dle oddělení respondentů, tedy hledali jsme rozdílnost v hodnocení ne z pohledu délky praxe, ale pouze z pohledu oddělení. Základní charakteristiky všech čtyř oddělení jsou uvedeny v tabulce 2 a na obrázku 2.

Tabulka 2: Základní výběrové charakteristiky hodnocení v části 23 dotazníku dle oddělení.

Oddělení	Počet	Průměr	Medián	Min	Max	SD
IO	40	6.98	7.0	3	10	1.42
KARIM	40	7.73	8.0	1	10	2.05
KPNT	40	6.80	7.0	2	10	1.90
OUPCH	40	7.00	7.0	5	10	1.18



Obrázek 4: Boxploty hodnocení části 23 dotazníku dle oddělení.

Jelikož ve třech skupinách došlo k zamítnutí normality dat (IO: $p = 0.001$, KARIM: $p < 0.001$, KPNT: $p = 0.067$ a OUPCH: $p = 0.010$), tak byl pro testování

odlišnosti využít Kruskalův-Wallisův test. Na základě výsledku tohoto testu lze přijmout hypotézu, že se hodnocení dle oddělení liší ($p = 0.012$).

Abychom identifikovali, která oddělení lze považovat za odlišná, tak jsme provedli post-hoc testy a identifikovali jsme dvě odlišné dvojice:

- KARIM a KPNT ($p = 0.030$) a
- KARIM a OUPCH ($p = 0.028$).

V obou případech platí, že na oddělení KARIM bylo hodnocení vyšší, tj. respondenti z tohoto oddělení hodnotili práci v období pandemie jako více stresující, než respondenti na oddělení KPNT a OUPCH.

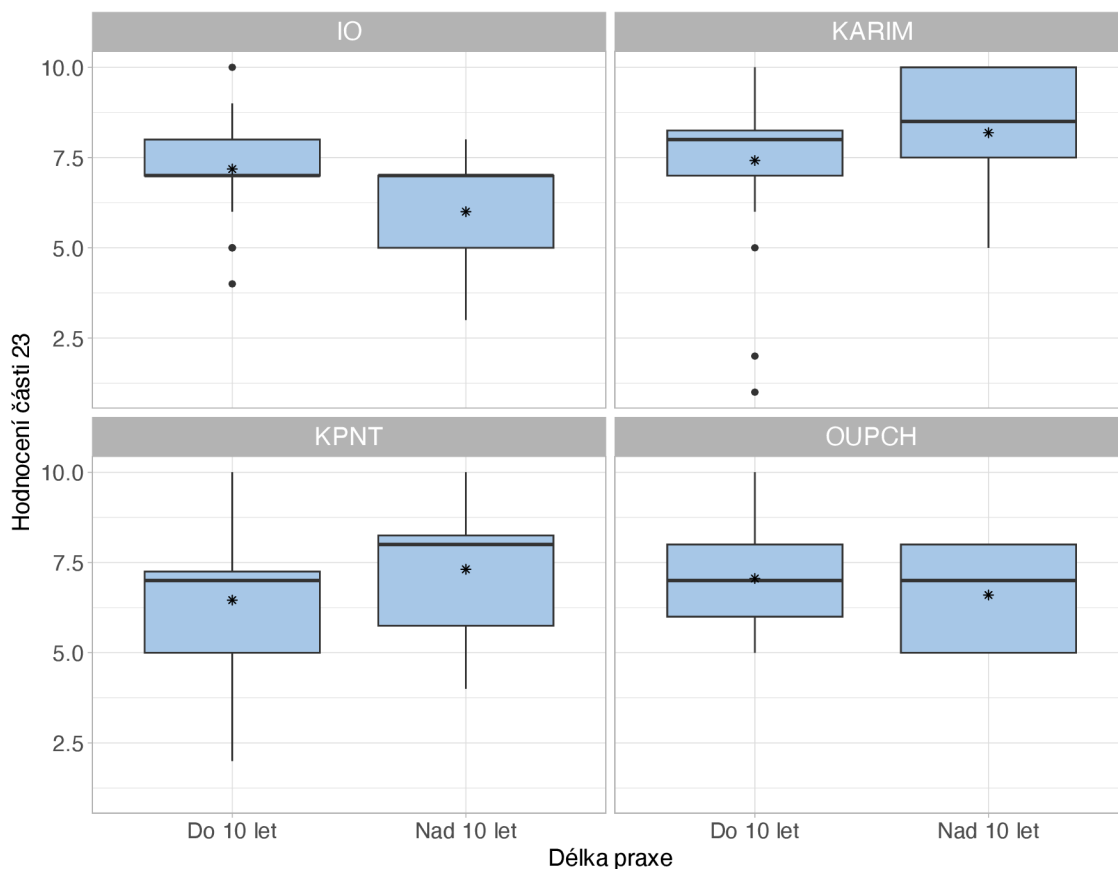
C) Test hypotézy 1 na jednotlivých odděleních

Jelikož jsme v předchozí části našli rozdíl mezi odděleními, provedeme testování na každém oddělení zvlášť.

Tabulka 3: Základní výběrové charakteristiky hodnocení v části 23 dotazníku dle délky praxe na jednotlivých odděleních.

Skupina	Počet	Průměr	Medián	Min	Max	SD	p-hodnota
IO							
Do 10 let	33	7.18	7.0	4	10	1.26	0.081
Nad 10 let	7	6.00	7.0	3	8	1.83	
KARIM							
Do 10 let	24	7.42	8.0	1	10	2.19	0.208
Nad 10 let	16	8.19	8.5	5	10	1.80	
KPNT							
Do 10 let	24	6.46	7.0	2	10	1.89	0.166
Nad 10 let	16	7.31	8.0	4	10	1.85	
OUPCH							
Do 10 let	35	7.06	7	5	10	1.14	0.640
Nad 10 let	5	6.60	7	5	8	1.52	

Pozn.: V případě oddělení KPNT byl proveden t-test, jelikož nedošlo k zamítnutí normality dat. V ostatních případech byl použit Mannův-Whitneyův U test.



Obrázek 5: Boxploty hodnocení části 23 dotazníku dle délky praxe na jednotlivých odděleních (hvězdičkou je zobrazen průměr).

Na každém oddělení došlo k testování hypotézy, zda se dle délky praxe výsledky hodnocení liší. Ani v jednom případě nedošlo k zamítnutí hypotézy o shodě. Příslušné p hodnoty jsou uvedeny přímo v tabulce 3.

V případě oddělení IO a OUPCH je nutné zmínit, že obsahují skupiny s velmi malým počtem záznamů a síla testu je tedy značně omezená.

Hypotézu 1 se na jednotlivých odděleních nepodařilo prokázat a hodnocení tedy není možno považovat za odlišné.

D) Závěr pro hypotézu 1

Hypotéza 1 se nepotvrdila ani v celkovém pohledu, ani při rozdělení dat na jednotlivá oddělení. Není tedy možné tvrdit, že by sestry s praxí delší než 10 let byly vůči stresu odolnější než sestry s kratší praxí. Jako vedlejší výsledek jsme ale zjistili, že hodnocení je odlišné v rámci oddělení. Na oddělení KARIM bylo hodnocení vyšší, tj.

respondenti z tohoto oddělení hodnotili práci v období pandemie jako více stresující než respondenti na oddělení KPNT a OUPCH.

Hypotéza 2: Polovina všeobecných sester musela během pandemie vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra.

K testování jsme využili dotazníkovou část 15, kde respondenti odpovídali (ano/ne) na otázku:

Vyhledala jste z důvodu náročnosti pandemie odbornou pomoc v podobě psychologa/psychiatra?

Z celkových 160 respondentů uvedlo pouze 15 (tj. 9.4 %), že muselo vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra. Je zřejmé, že se hypotéza nepotvrdila, ale i tak jsme provedli Exaktní binomický test, který zamítnul hypotézu o tom, že by procento respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra bylo 50 % ($p < 0.001$)Přijali jsme alternativu, že procento je jiné a s ohledem na data je zřejmé, že procento bylo nižší (9.4 %).

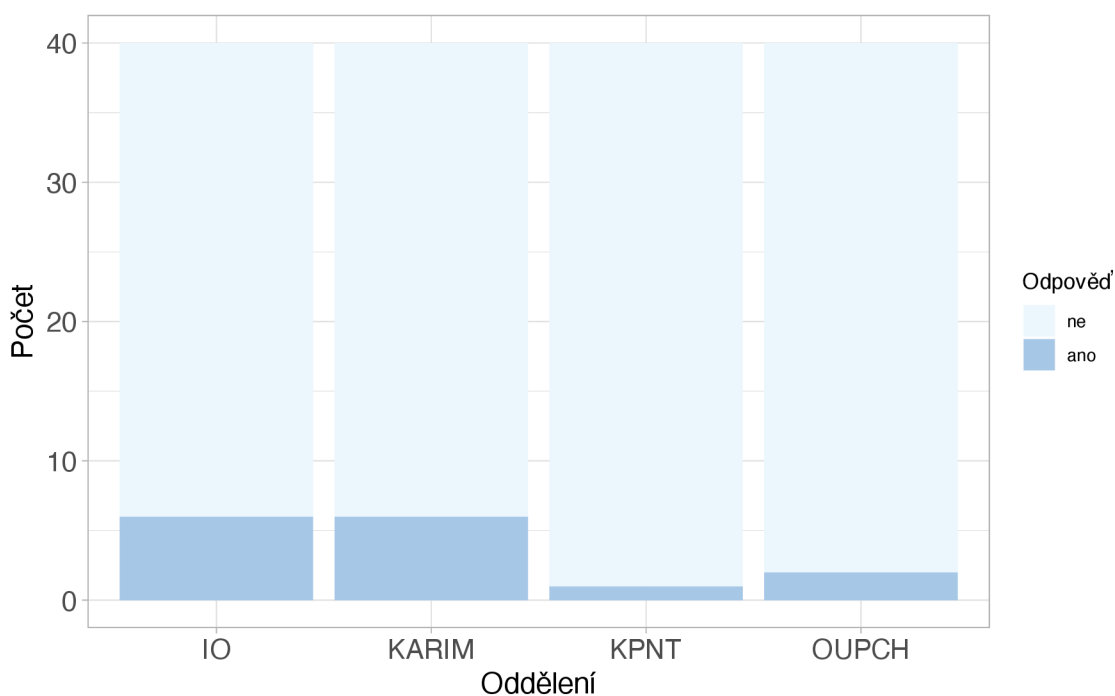
A) Test hypotézy 2 po jednotlivých odděleních

Podobně jako za celý soubor dat, jsme otestovali na každém oddělení zvlášť, zda je možno tvrdit, že polovina respondentů vyhledala pomoc psychologa nebo psychiatra.

Základní přehledy o počtech jsou uvedeny v tabulce 4 a na obrázku 4.

Tabulka 4: Přehled o počtech respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra a výsledky testování.

Oddělení	Počet	Vyhledalo pomoc	Procento	p-hodnota
IO	40	6	15.0 %	<0.001
KARIM	40	6	15.0 %	<0.001
KPNT	40	1	2.5 %	<0.001
OUPCH	40	2	5.0 %	<0.001



Obrázek 6: Přehled o počtu vyhledaných pomoci psychologa nebo psychiatra dle oddělení.

Ve všech skupinách došlo pomocí Exaktního binomického testu k zamítnutí hypotézy, že by podíl respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra, byl 50 % (vždy $p < 0.001$). Pro každé oddělení jsme přijali alternativu, že procento je jiné a s ohledem na data je zřejmé, že procento bylo nižší.

B) Test závislosti odpovědí na oddělení pro otázku 15

Data z tabulky 4 jsme mohli dále využít k otestování, zda bylo vyhledání pomoci psychologa nebo psychiatra závislé na oddělení. K tomu jsme použili Fisherův exaktní test, na jehož základě nezamítáme hypotézu o nezávislosti ($p = 0.108$), tj. nezamítáme, že na oddělení nezáleží.

C) Závěr pro hypotézu 2

Hypotéza 2 se nepotvrdila ani v celkovém pohledu, ani při rozdělení dat na jednotlivá oddělení. Není tedy možno tvrdit, že by počet respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra, byl 50 %.

V celém souboru činil podíl respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra pouze 9.4 %.

Navíc jsme otestovali, zda se podíl respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra, liší mezi odděleními. Na základě testování jsme statisticky významný rozdíl nenalezli.

Hypotéza 3: Třetina všeobecných sester podala během pandemie výpověď a v důsledku toho bylo vedení nemocnice nuceno oddělení dočasně uzavřít.

Vzhledem k tomu, že byl dotazník distribuován sestřám stále pracujícím v nemocnici, tak tuto hypotézu nebylo možné vyhodnotit. Otestovali jsme ale podobnou hypotézu, která byla založena na otázce 19, kde respondenti uváděli, zda byli rozhodnuti podat výpověď. Konkrétní formulace otázky byla:

Pandemie Covid-19 se Vás dotkla natolik, že jste byl/a rozhodnuta podat výpověď.

Respondenti měli na výběr následující možnosti:

- 1 – zcela souhlasím
- 2 – spíše souhlasím
- 3 – spíše nesouhlasím
- 4 – zcela nesouhlasím

Na základě odpovědí (využili jsme jejich číselné hodnoty) jsme otestovali hypotézu:

Mezi všeobecnými sestrami, které v nemocnicích zůstaly, převládal názor nepodávat výpověď.

Aby byla tato hypotéza přijata, musela být průměrná odpověď nad 2.5. Pro testování jsme definovali následující statistické hypotézy:

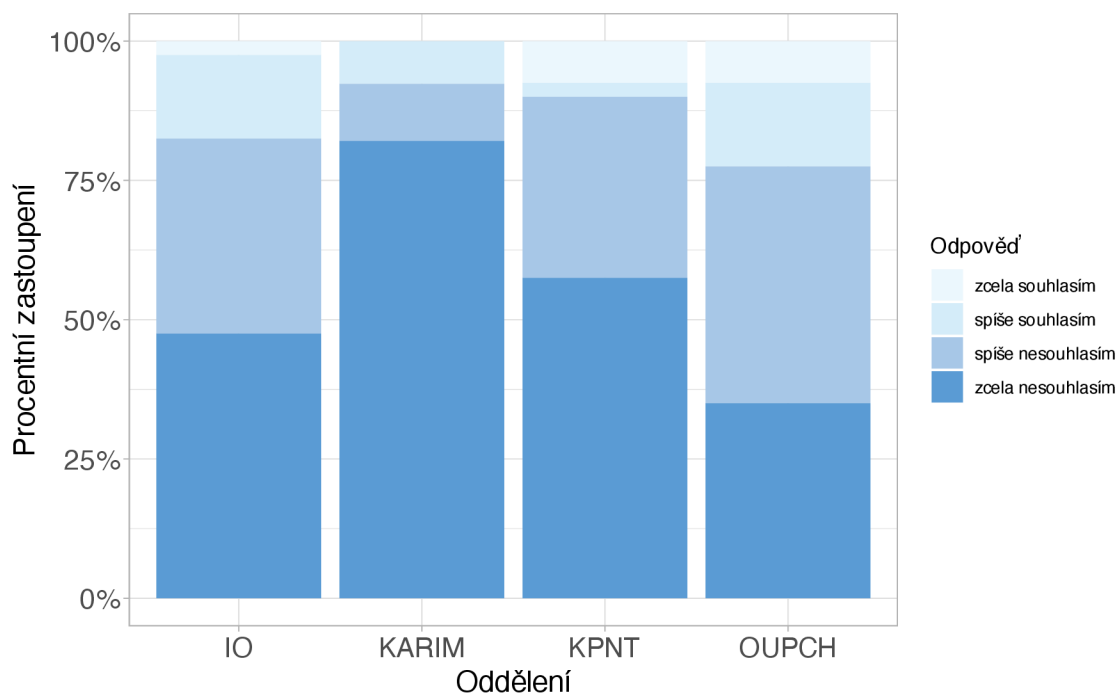
- H_0 : Průměrná odpověď je 2.5 (sestry se nepřikláněli ani na jednu stranu).
- H_1 : Průměrná odpověď není 2.5 (sestry se přikláněli na jednu stranu).

Jako alternativu jsme zvolili oboustrannou hypotézu, abychom případně odhalili i vychýlení na druhou stranu.

Celkem na otázku odpovědělo 159 ze 160 respondentů a základní charakteristiky a přehledy jsou uvedeny v tabulce 5 a na obrázku 5.

Tabulka 5: Základní výběrové charakteristiky části 19 dotazníku a výsledky testování.

Skupina	Počet	Průměr	Medián	Min	Max	SD	p-hodnota
Celkově	159	3.36	4	1	4	0.84	<0.001
IO	40	3.28	3	1	4	0.82	<0.001
KARIM	39	3.74	4	2	4	0.59	<0.001
KPNT	40	3.40	4	1	4	0.87	<0.001
OUPCH	40	3.05	3	1	4	0.90	<0.001



Obrázek 7: Přehled o procentním zastoupení odpovědí na tvrzení 19 o podání výpovědi dle oddělení.

Pro testování byl zvolen Wilcoxonův neparametrický test a u každé skupiny došlo k zamítnutí nulové hypotézy a přijetí alternativy, že průměrná odpověď není 2.5 a docházelo k příklánění na jednu stranu. Dle průměrných hodnot odpovědí v každé skupině vyšlo výpověď nepodávat.

A) Test závislosti odpovědí na oddělení pro dotazníkovou část 19

Na závěr jsme otestovali, zda existovala závislost mezi rozhodnutím podat výpověď a oddělením. K tomu jsme využili data z tabulky 6 a Fisherův exaktní test.

Tabulka 6: Přehled o počtech odpovědí na část 19 o podání výpovědi dle oddělení.

Oddělení	Zvolená možnost			
	ZS – 1	SS – 2	SN – 3	ZN – 4
IO	1	6	14	19
KARIM	0	3	4	32
KPNT	3	1	13	23
OUPCH	3	6	17	14

Pomocí Fisherova exaktního testu jsme zamítli hypotézu o nezávislosti a přijali hypotézu o tom, že rozhodnutí podat výpověď a oddělení byli závislé ($p = 0.001$). Pro interpretaci využijeme průměry z tabulky 5 a obrázek 5. Je zřejmé, že především na oddělení KARIM vysoce převládal nesouhlas s tvrzením, tj. zde sestry rozhodně nechtěly podávat výpověď. Na druhé straně je oddělení OUPCH, kde byl sice názor stále ve prospěch výpověď nepodávat, ale nebyl tak silný.

B) Závěr pro hypotézu 3

Definovali jsme novou hypotézu tak, aby bylo možno ji testovat. Zjistili jsme, že celkově i po odděleních převládal názor výpověď nepodávat, ale mezi odděleními lze najít rozdíly. Na oddělení KARIM o výpovědi téměř neuvažovali (přestože jsme v předchozích částech ukázali, že práci považovali za více stresující), na oddělení OUPCH byl názor stále ve prospěch výpověď nepodat, ale již ne tak silný jako na KARIM.

5 Diskuse

Pandemické období bylo charakterizováno vysokou mírou stresu úzkosti mezi zdravotníky, zejména kvůli náporu pacientů, nedostatku ochranných pomůcek a obavám o vlastní zdraví a zdraví svých rodin. Diplomová práce se zabývá duševním zdravím všeobecných sester během pandemie covid-19.

Shreffler et al. (2020) tvrdí, že zdravotničtí pracovníci, kteří se nacházeli v samotném srdci koronavirové krize, čelili mnoha výzvám při léčbě pacientů s covid-19. Během této zdravotnické krizi musely všeobecné sestry pečovat nejen o pacienty nakažené covid-19, ale také o udržování kontaktu s rodinou pacienta. Veškerá zdravotnická péče navíc probíhala ve značně stížených podmínkách, které zdravotníky fyzicky i psychicky vyčerpávali.

Talevi et al. (2020) dodávají, covid-19 neohrožuje jen fyzické zdraví. V důsledku šíření koronaviru se zhroutila také globální veřejná zdravotnictví a sociální systémy zemí. Vlnou náporu nakažených pacientů a nedostatku nemocničních lůžek docházelo v některých státech doslova k zahlcení jednotek intenzivní péče. Bylo jasné, že šíření nákazy a s nimi spojená karanténa, lockdown či sociální distancování budou mít vliv také na psychické zdraví lidí.

Fernandez et al. (2020) a Pappa et. al (2020) zdůrazňují, že povolání všeobecných sester bojujících v tzv. první linii s sebou neslo nejrůznější úskalí. Právě ony každodenně čelily nejrozmanitějším výzvám, v jejichž čele stojí výzva nejvyšší – záchrana lidského života. Přestože je i za běžného stavu práce všeobecné sestry rozmanitá a svojí povahou klade vysoké nároky na resilienci a osobnost pracovníka, výzkumy naznačovaly, že s posupující pandemií onemocnění covid-19 docházelo k výraznému nárůstu emočního zatížení zdravotnických pracovníků, zejména pak všeobecných sester.

První hypotéza, kterou jsme statisticky otestovali, zněla: „*Všeobecné sestry s praxí delší než 10 let jsou vůči stresu odolnější.*“ Tato hypotéza (Tabulka 1, Obrázek 1) byla statisticky zamítnuta. Lze tedy říct, že se nepotvrdila ani v celkovém pohledu, ani při rozdělení dat na jednotlivá oddělení. Není tedy možné tvrdit, že by sestry s praxí delší než 10 let byly vůči stresu odolnější než sestry s kratší praxí. Jako vedlejší výsledek jsme ale zjistili, že hodnocení je odlišné v rámci oddělení. Zmíníme – li publikaci Xu et al. (2021), tak stres nakumulovaný během práce v první linii v období pandemie měl negativní dopad na celkový stav sester. Duševní zdraví ovlivnilo především mnoho nepříjemných prožitků a svědectví, kterým byly sestry vystaveny. Tato skutečnost byla

jedna z hlavních příčin stresu.

Dle slov jedné ze sester, by nebylo od věci, kdyby celkově do profese všeobecné sestry a sester se specializací v intenzivní péči pracující v náročných podmínkách, byly zařazeny ozdravné pobyty, jakými jsou např. lázně a rekonvalescence, jakou mají vojáci. Druhá uvádí, že jí chyběla možnost trávit více času s rodinou. Jako negativní zkušenost, uvedla další ze sester následující: „*Myslím si, že sestry, které nebyly do této doby zvyklé na umírání pacientů, tak pro ty to bylo hodně náročné. Úmrtí za 12 hodin směny bylo 4-5 pacientů. Já osobně jsem si připadala jako ve válce, která není vidět.*“

Dle Galehdara et al. (2020) byl faktorem, který jednoznačně ovlivňoval emoční prožívání pečujících všeobecných sester, nemožnost pomoci umírajícímu pacientovi. Pocity spojené s touto skutečností popisují jako bolestivé a trýznivé. Komunikace s pacienty, jenž je pro všeobecné sestry tak důležitá, byla kvůli projevům nemoci a povinnosti nosit ochranné pomůcky dýchacích cest značně omezená a leckdy nebyla vůbec možná. Dále Galehdar et al. (2020) zmiňují, že jedním z možných důvodů psychických problémů byl strach všeobecných sester z nákazy rodiny. S ohledem na vysokou míru nakažlivosti zmíněného onemocnění, se všeobecné sestry byly nuceny izolovat od svých přátel a rodin ve strachu, že by mohly být potenciálními přenašeči.

Dle našeho názoru na tuhle situaci nemohl být nikdo připravený a s tím se pojí fakt, kdy respondenti uváděli, že se potýkali s propuknutím syndromu vyhoření. K tomu se pojí naše druhá hypotéza, která zněla: „***Polovina všeobecných sester musela během pandemie vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra.***“ Tato hypotéza (Tabulka 4, Obrázek 4), byla stejně jako hypotéza první zamítnuta. Nepotvrdila se ani v celkovém pohledu, ani při rozdělení dat na jednotlivá oddělení. V celém souboru činil podíl respondentů, kteří vyhledali pomoc psychologa nebo psychiatra pouze 9,4 %).

Plechová (2022) ve své práci, kde zkoumala psychickou zátěž zdravotníků v době pandemie koronavirem zjistila, že nebyla dostatečně nabídnuta psychologická pomoc a podpora. Toto považuje za jednu z nejzávažnějších chyb zaměstnavatele. V době největšího náporu pacientů ministerstvo vnitra ČR vydalo doporučení pro vedoucí pracovníky, jak v nastalé situaci postupovat a podporovat svoje zaměstnance tak, aby riziko vzniku psychických traumat bylo co nejmenší. Osobně jsem se setkala i s názory, kdy sestry uvedly, že jim psycholog nebo psychiatr nebyl nabídnut. To považuji za zcela šokující zjištění. Jedna ze sester se k situaci na pracovišti vyjádřila následovně: „*Vyčerpávající, náročné, frustrující. Bylo to strašné!*“

Velkým tématem byla i otázka na respondenty, zda podstoupili očkování proti nemoci covid-19 či nikoliv. Pouze ojediněle se vyskytovaly případy, že očkování odmítly z důvodů nedostatečné informovanosti o tom, co vakcína obsahuje, vedlejší účinky vakcíny, které připomínaly chřipku, někteří vakcínu odmítli, protože při první nákaze měli nekomplikovaný průběh, Setkala jsem i s jednou odpovědí, kdy sestra uvedla, že očkování odmítá z důvodu nežádoucích účinků u maminky, u které se po očkování projevila trombóza a autoimunitní revmatoidní onemocnění a v neposlední řadě jsem se setkala i s názorem, kdy sestra uvedla, že vakcínám nevěří, protože i očkování covidem-19 onemocněli a v blízkém kruhu jí i očkováný člověk zemřel. Nevidí tedy důvod do sebe aplikovat něco, co stejně nefunguje. Dále z pochopitelných důvodů sestry uvedly jako důvod těhotenství nebo kojení. V neposlední řadě šlo o nový typ vakcíny na bázi RNA viru a s tím možné nežádoucí účinky v budoucnosti. Názory byly opravdu různorodé a každý z respondentů to vnímal jinak. Mnohdy byly služby tak náročné, že sestry byly na pokraji všech sil a s tím se pojí naše třetí hypotéza (Tabulka 5, Obrázek 5, která zní následovně: **„Třetina všeobecných sester podala během pandemie výpověď a v důsledku toho bylo vedení nemocnice nuceno oddělení dočasně uzavřít.“** Jelikož byl ale dotazník distribuován sestřám stále pracujícím v nemocnici, tak tuto hypotézu nešlo vyhodnotit. Otestovali jsme ale podobnou hypotézu, která byla založena na otázce 19, kde respondenti uváděli, zda byli rozhodnutí podat výpověď. Konkrétně zněla takto: **„Mezi všeobecnými sestrami, které v nemocnicích zůstaly převládal názor nepodávat výpověď.“** Testováním jsme zjistili, že celkově převládl názor výpověď nepodávat, ale i tak jde mezi odděleními najít rozdíly. Na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny o výpovědi téměř neuvažovali. Osobně to přisuzuji tomu, že na tomto oddělení jsou všeobecné sestry oproti standardním oddělením zvyklé na více stresující a náročnější práci jak fyzicky, tak i psychicky. Vyskytují se zde komplikovanější a závažnější případy, kdy pacienti jsou napojeni na umělou plicní ventilaci (UPV) či na mimotělní oběh (ECMO) a jejich úmrtí je zde častější než na jiných odděleních. Zdravotníci jsou tedy na tento způsob práce i výše zmíněné kritické stavy pacientů zvyklí, zejména pokud se v daném oboru pohybují už delší dobu. Ošetrovatelská péče je zde intenzivnější, komplexnější a je zde nezbytná spolupráce sestry s rodinou pacienta. Všeobecné sestry musí být také důkladně proškoleny o zacházení a manipulaci s nejrůznějšími přístroji. Sem můžeme zařadit

například infuzní pumpy, injektomaty, přístroje na vyhodnocování na vyšetření ASTRUP nebo již zmíněné plicní ventilátory či mimotělní oběh.

Plechová (2022) ve své práci uvedla, že i přes všechno, co respondentky během služby na covidovém oddělení zažily, se v 67 % vyjádřily, že o změně povolání rozhodně neuvažovaly. O změně povolání uvažovalo 37 % respondentek, ale pouze, pokud by se jejich oddělení mělo opět stát oddělení pro pacienty s nemocí covid-19. Tyto již chtěli pracovat na běžném oddělení.

Nešlo také nezmínit otázku, co sestřám během pandemie covid-19 nejvíce chybělo. Objevovaly se zde odpovědi, jako např. osobní ochranné pracovní pomůcky, dostatek informací od vedení nemocnice. Nabídla jsem ale respondentům možnost uvést i možnosti jiné. Sem uvedli např. jednotné informace, které se měnily každý den, vstřícný přístup zdravotních pojišťoven, více ohleduplných lidí v okolí a svoboda. Troufám si říct, že svoboda bylo to, co chybělo naprosto všem. Hodně lidí si něco takového nedokázalo představit, dokud se tohle nestalo. Zavřené obchody, sdružování se s ostatními lidmi v omezeném počtu a na omezenou vzdálenost. Zavřené služby, zrušené kulturní akce a ztráta blízkých. Tohle je další velké a zároveň velmi citlivé téma, které je zde potřeba zmínit. Ve výzkumu jsme se zaměřili i na to, jakým způsobem pečovaly všeobecné sestry o své zdraví (Graf 6). Tato otázka se pojí i s předem stanoveným cílem 3: „*Jak všeobecné sestry trávily volný čas v pandemii covid-19.*“ Respondenti měli možnost označit více možností, Na prvním místě figuruje čas trávený doma s rodinou (112), druhé místo obsadily procházky do přírody (80), předposlední bylo domácí cvičení (39) a poslední respondenti označili trávení času sám/sama (24). Respondenti měli i možnost vyjádřit svůj vlastní způsob trávení času. Jednalo se např. o spánek, pití alkoholu, práce na zahradě nebo neměli žádný volný čas. Druhý zmíněný způsob trávení volného času bych zde ráda více analyzovala. S tímto názorem jsem se při zpracovávání výzkumu setkala docela často. Je možné tuhle skutečnost chápat jako špatně zvládnutý stres nebo „únik“ z reality a před problémy této nelehké doby. Spousta lidí je přesvědčena o tom, že sestra musí být psychicky vyrovnaná, emočně stabilní, trpělivá a připravena čelit všem nástrahám a nelehkým službám, se kterými souvisela i bariérová ošetrovatelská péče. Právě tu označily sestry jako druh seberozvoje, ve kterém se zdokonalily. Otláčené respirátory, štíty, zpocená těla po ochrannými obleky a ruce vysušené od mýdla a dezinfekce. To všechno byla součást poskytování bariérové ošetrovatelské péče. Dále sestry uvedly zlepšení se

ve vaření, ezoterice, zlepšení soběstačnosti a větší odolnost vůči tlaku (stresu) nebo více času na sebe a rodinu. Při otázce, zda u sester došlo během pandemie k zásadní životní události, se asi u 1/3 z celkového počtu 160 respondentů objevilo úmrtí blízkého člověka nebo fakt, že osoba blízká musela být v kritickém stavu hospitalizovaná na jednotce intenzivní péče. Nicméně objevovaly se zde i radostnější odpovědi, jako bylo např. narození dítěte, těhotenství. Figurovaly zde i zásnuby, svatba a i rozvod. Co se týče cíle 4 (Graf 6), ten zněl následovně: „**Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry pečovaly o své zdraví v pandemii Covid-19.**“ Opět mohly respondenti označit více možností. Jednoznačně to ale vyhrál čas trávený s rodinou (92), poté to bylo vaření/pečení (62), čtení (55), sledování televize, domácí posilování (36), jóga (24), společenské hry (20) a meditace (11) a v neposlední řadě šlo o pletení (8). I během nelehkého období, si tedy dokázali najít koníčky, u kterých na chvíli přišli na jiné myšlenky a myslím, že trávení času s rodinou pro ně bylo to nejlepší odreagování, které mohli mít. Dále zde doplnili už mnohokrát zmíněný alkohol (5), procházky (4), pobyty v přírodě (4), spánek (3), učení (3), práce na zahradě (3) anebo hraní PC her.

Pandemie covid-19 se dotkla nás všech, ať už zdravotníci jsme či nikoliv. Předtím jsme si nebyli nikdo schopný představit tu situaci, kdy nebudeme moct svobodně žít a dělat věci, které pro nás dřív byly samozřejmostí a nezbytnou součástí každodenního fungování. Jsem názoru, že nic nezasadilo tak krutou ránu, jako byla ztráta blízkého člověka, ať kamaráda či rodinného příslušníka. Ta bolest ze ztráty musela být neskutečná, zvláště, když si člověk uvědomí, že tu s námi mohla ještě daná osoba žít. Osobně jsem cítila velký smutek a lítost nad všemi těmi příběhy, které se do výzkumu promítly. Já, jako sestra, která na covidových odděleních pracovala, musím říct, že to bylo jedno z nejnáročnějších období, které jsem ve své sesterské kariéře zažila. Ta bezmoc, strach a nevědomost, co se bude dále dít, byla nepopsatelná. Služby v ochranných pomůckách a obleky, ve kterých se potíte už po 5 minutách nošení bylo rovněž nepříjemné. Setkala jsem se pacienty, kteří projevovali svou toleranci, měli pro nás pochopení a vyjadřovali nám podporu či nás často chválili. Na druhé straně tu byli i tací, kteří projevovali svou sobeckost, bezohlednost mysleli si, že tu jsme jen pro ně. Stojím si za tím, že žádné covidové odměny či jiné finanční ohodnocení, nezmírní tu bolest a smutek jak ze ztráty milovaného člověka, tak to, jak trýznivé tohle období nejen pro zdravotníky bylo. Věřím a doufám v to, že se podobná situace již nebude opakovat.

6 Závěr

Předložená práce se zabývá duševním zdravím všeobecných sester během pandemie covid-19. Za účelem dosažení čtyř předem stanovených cílů bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření prostřednictvím nestandardizovaného anonymního dotazníku. Definovány byly tři hypotézy, které byly statisticky analyzovány. Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry z předem vybraných čtyř oddělení. Pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že pro sestry byla pandemie covid-19 obdobím, na které nikdy nezapomenou. Většina sester popisuje zhoršení psychického zdraví z důvodu sociální izolace, kdy trávily čas samy nebo s rodinou. Naprostá většina trávila svůj volný čas doma s rodinou nebo procházkami do přírody. Jako relaxační metodu, která se sestrám nejvíce osvědčila drtivá většina taktéž označila čas trávený doma s rodinou nebo vaření a pečení. Bylo taktéž zjištěno, že se sestry na oddělení dost často potýkaly s nedostatkem ochranných pracovních pomůcek či nedostatkem informací od vedení zdravotnického zařízení. Na spoustě z nich se také podepsal strach a smutek ze ztráty blízké osoby. V důsledku veškerého psychického vypětí, úzkosti a deprese u některých došlo k propuknutí zvýšeného příjmu alkoholu. Je jasné, že pro všeobecné sestry je tohle období stále citlivé a bolestivé téma. Proto bylo milým zjištěním, jak upřímné a výřečné v dotazníku byly. Rovněž je důležité zmínit i to, jak důležitá je podpora rodinných příslušníků a kolegů. Našli se i tací, kterým zrovna podpora chyběla. Život se najednou proměnil ve stereotyp, kdy sestry neznaly nic jiného, než práci a domov. Mnohým ale pandemie covid-19 tzv. „otevřela oči“. Podpořila je v seberozvoji, jako byl např. zdokonalení se ve vaření, zaměření se na zlepšení životosprávy, cvičení nebo trávení více času s rodinou.

Čtyři předem stanovené cíle se nám prostřednictvím empirické části podařilo splnit. Nebyly zde vyzorovány žádné větší rozdíly. Předložená práce by mohla být přínosem v tom, že bylo zpracované téma, které přináší detailnější náhled na zkoumanou problematiku. Práce by mohla sloužit jako materiál a inspirace pro další výzkumné projekty, které se onou problematikou zabývají. Práci je možné v praxi využít pro zdůraznění péče o duševní zdraví všeobecných sester, a to nejen v případě pandemie, ale i pro zajištění lepší ošetrovatelské péče. Poslání celé předložené práce by se dalo celkově shrnout odpovědí jedné respondentky, která tvrdí, že pandemie covid-19 byla jako válka, u které nebylo jasné, kdy skončí.

7 Použité zdroje

1. AL THOBAITY, A., et al. *Nurses on the Frontline against the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review*. Dubai Med J., 2020, 3: 87–92. ISSN 2571-726X.
2. ANDRŠOVÁ, A. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada Publishing, a.s., 12. ISBN 978-80-2474-119-2.
3. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. et al. *Morální zranění u zdravotníků*. Psychiatrie. 2021, roč. 25, č. 3, s. 120-125. ISSN 1211-7579.
4. BÁRTLOVÁ, S. et al. *Impacts of the Covid-19 pandemic on the lives and work of nurses*. Online. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2023, roč. 14, č. 4, s. 1001-1009. ISSN 23363517.
5. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
6. Co ukazuje studie HEROES. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2021, 2021(2), 18-19. ISSN 2336-2987.
7. ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R., MACH D. *Oobecné zásady péče o pacienta s Covid-19 na pracovišti intenzivní péče*. Anest intenziv Med. 2020; 31(1–2): 49–50.
8. DLOUHÝ, P., ŠTEFAN, M. a CHRDLÉ, A. *Covid-19: diagnostika, léčba a prevence*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022]. ISBN 978-80-7345-735-8.
9. DYKES, S.; CHU, R., C. H. *Now more than ever, nurses need to be involved in technology design: lessons from the COVID-19 pandemic*. J Clin Nurs. 2021, 30(7-8): 25–28.
10. FALATAH, R. *The Impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic on Nurses' Turnover Intention: An Integrative Review*. Nurs. Rep. 2021, 11(4): 787-81. ISSN 39-4403.
11. FERNANDEZ, R., et al. *Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic*. Online. International Journal of Nursing Studies. 2020, roč. 111. ISSN 00207489.

12. GALEHDAR, N., et al. *Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study*. Online. *BMC Psychiatry*. 2020, roč. 20, č. 1. ISSN 1471-244X.
13. GREBENYUK, V.; TROJÁNEK, M. *Nový koronavirus Sars-Cov-2 a onemocnění Covid 19 pohledem infektologa*. *Urgentní medicína*. 2020; (4): 7-18.
14. HALCOMB, E., et al. *The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic*. *Journal of Nursing Management*. 2020, 28(7): 1553-1560.
15. HELLEROVÁ, V. et al. *COVID-19 pandemic through the eyes of general nurses in the South Bohemian Region: a qualitative study*. Online. *Family Medicine & Primary Care Review*. 23, roč. 25, č. 2, s. 165-171. ISSN 1734-3402.
16. CHRDLÉ, A. et al. *Osobní ochranné prostředky u zdravotníků v kontextu pandemie covid-19*. *Farmakoterapeutická revue*. 2021, (1): 79-85. ISSN: 2533-6878.
ISSN 1802-6281.
17. JURIGOVÁ, M., ONDŘICHOVÁ, L. *Epidemie covidu 19 nám dává příležitost ke změně postavení sester - rozhovor*. *Medical tribune : aktuální - nezávislá - mezinárodní*. 2022, 18(1), C2, C3-C2, C3. ISSN 1214-8911.
18. KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2022. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-271-1243-2.
19. KIMMEROVÁ, J. et al. *Problematika ošetrovatelské péče u sester v první linii během pandemie covid-19*. *Praktický lékař*. 2022, roč. 102, č. 4, s. 191-199. ISSN 0032-6739.
20. LOJA, R. *Emoce pod kontrolou. Pět kroků ke zvládnutí emocí*. Praha: Grada Publishing a.s. 2019. ISBN 978-80-271-2977-5.
21. MADZIOVÁ, S., et al. *Péče všeobecných sester o své zdraví. Ošetrovatelství a porodní asistence*. 13, 4(1): 546-552. ISSN 1804-2740
22. MAGERČIAKOVÁ, M., KOBER, L. *Motivace sester po pandemii covidu-19*. *Sestra (Grada)*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3730-5.
23. MAREŠOVÁ, L.; TŘEŠLOVÁ, M. *Zvládnutí zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích*. *Psychologie a její kontexty*. 17, 8 (1): 55–65. ISSN 1805-9023.
24. MAŠÍNOVÁ, A., MÜLLEROVÁ, N. et al. *Věříme, že na rok 2020 nebudeme vzpomínat jen jako na období, které ovlivnil COVID-19, ale i jako na rok úspěchů*

- a radosti*. Florence : časopis moderního ošetrovatelství. 2020, 16(5), 24-25. ISSN 1801-464X.
25. MUSTRIWATI, K. A., et al. *The impact of self-leadership and organizational commitment on the performance of Covid-19 nurses*. Kontakt. 2021, 23(1):40-44.
 26. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024. ISSN 2695-0340
 27. NSP. Všeobecná sestra. [online]. [cit. 02-12-2023] Dostupný z <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>
 28. PÁLL, N., et al. *Psychická zátěž dětských zdravotních sester při péči o děti v nemocnici*. Ošetrovatelství - původní práce. Kontakt. 2021, 23(4):217-224. ISSN 1212-4117
 29. PAPPA, S., et al. *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. Online. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020, roč. 88, s. 901-907. ISSN 08891591.
 30. PAPRŠTEINOVÁ, M., et al. *Hodnocení psychické zátěže u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie*. Hygiena, 19, 64(4): 141–146.
 31. PAZDERKOVÁ, J., et al. *Case report of relapsing COVID-19 infection in a patient with multiple sclerosis treated with ocrelizumab*. Online. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2021, roč. 84/117, č. 1, s. 92-94. ISSN 12107859.
 32. PELCÁK, S., et al. *Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta*. Prakt. lékáren. 11; 7(2): 87–90. ISSN 1803-5329
 33. PLECHATÁ, P., *Psychická zátěž zdravotníků v době pandemie koronavirem*. Kladno 2022, České vysoké učení technické v Praze.
 34. POHLOVÁ, L., *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory*. Ostrava: Lék. 11; 91(5): 274-277.
 35. POSPÍŠILOVÁ, M. *Zdravotní sestry a jejich prožívání dvojí péče v době pandemie covidu-19*. Gender a výzkum. 23. 24 (1): 36–61, ISSN 2570-6578.
 36. PRAŠKO, J., et al. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén. 12. ISBN 978-80-7262-656-4.

37. SAGAN J., MÁCA J., *Intenzivní péče o pacienty s covid-19*. Farmakoter Revue 2020;5 (Suppl 1):74–78.
38. SAIBERTOVÁ, S.; POKORNÁ, A. *Nejčastější chyby při používání osobních ochranných pomůcek*. Medicína pro praxi, 2021, 18(1): 75-78.
39. SHARMA, S. K.; NUTTALL, C., et al. *Hemlata. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19*. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, 2020, 70(5):118-123.
40. SHIVAIROVÁ, O., et al. *Nurse's mental health during Covid-19 pandemic*. Online. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 23, roč. 14, č. 1, s. 795-804. ISSN 2336-3517.
41. SHREFFLER, J., et al. *The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review*. Online. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2020, roč. 21, č. 5. ISSN 1936900X.
42. STEJSKAL, V., *Pathology of covid-19*. Online. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2021, roč. 20, č. 2, s. 69-72. ISSN 1213807X.
43. SUKOVÁ, O., KNECHTOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z intenzivní ošetrovatelské péče*. Brno: Masarykova univerzita, 2022. ISBN 978-80-280-0051-6.
44. ŠEBESTOVÁ S., et al. *Covidogram as a simple tool for predicting severe course of COVID-19: population-based study*. Online. *BMJ Open*. 2021, roč. 11, č. 2. ISSN 2044-6055.
45. ŠEBLOVÁ, J., et al. *Pandemie Sars-Cov-2 a její dopady na psychické zdraví*. *Urgentní medicína*, 2020, 23(4): 45-51. ISSN 0023-852X.
46. ŠTEFAN, M. et al. *Covid-19: diagnostika a léčba*. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. Praha: Trios s.r.o., 21, roč. 27, č. 2, s. 61-87. ISSN 1211-264X.
47. ŠTĚPÁNOVÁ, N., LINKOVÁ, Š. *Zkušenosti nemocných s intenzivní péčí*. *Florence : časopis moderního ošetrovatelství*. 2021, 17(6), 16-17. ISSN 1801-464X.
48. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada Publishing a.s. 18. ISBN 978-80-247-5265-5.
49. TALEVI, D., et al. *Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic*. *Rivista di psichiatria*, (2020) 55(3), 137–144
50. TURALE, S., et al. *Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic*. *International Nursing Review*. . 67(2): 164-167. ISSN 00-8132

51. URBAN, M. et al. *Covid-19 jako nemoc z povolání. průběžná zpráva z Národního registru nemocí z povolání; stav k 31. 3., 2021.* Vojenské zdravotnické listy. 2021, 90(4), 220-227. ISSN 0372-7025.
52. VÁVROVÁ, P. *Psychohygienu jako prevence pracovního stresu.* [online]. Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti (JOSRA). JOSRA, 14, 10 (4). ISSN 1803-3687.
53. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
54. WHO, Constitution, World health organisation, 2023, Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
55. XU, H., et al. *Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic - A qualitative systematic review.* Online. International Journal of Nursing Studies Advances. 2021, roč. 3. ISSN 2666142X.

8 Přílohy

Příloha 1a - Nestandardizovaný dotazník (úvodní strana)

Příloha 1b – Nestandardizovaný dotazník (dotazník

9 Seznam zkratk

Anti – Xa – desátý aktivovaný koagulační faktor

ASTRUP – laboratorní vyšetření acidobazické rovnováhy

CARIM – Clinic of Anaesthesia, Resuscitation and Intensive Care Medicine

Covid-19 – Coronavirus Disease 19

CPDT – Clinic of Pulmonary Diseases and Tuberculosis

ČR – Česká republika

DM – diabetes mellitus

DTPS – Department of Trauma and Plastic Surgery

ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation

EU – evropská unie

FF – fyziologické funkce

FFP2, 3 – filtering facepiece

HCAI – Healthcare Associated Infections

HFNO – High Flow Nasal Oxygen

HIV – Human immunodeficiency virus

IO – infekční oddělení

JIP – jednotka intenzivní péče

KARIM – klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

KPNT – klinika plicních nemocí a tuberkulózy

KVS choroby – kardiovaskulární choroby

MERS-COV-2 – Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

NIV – neinvazivní ventilace

OOPP – osobní ochranné pracovní pomůcky

OUPCH – oddělení úrazové a plastické chirurgie

SARS-COV- 2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Related Coronavirus

UPV – umělá plicní ventilace

Příloha 1a – Nestandardizovaný dotazník (úvodní strana)

Vážená sestro,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. Pandemie Covid-19 byla velmi náročná a dotkla se každého z nás. Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na duševní zdraví sester během tohoto nelehkého období. Dovoluji si Vás tedy požádat o laskavou účast ve výzkumném šetření a vyplnění předkládaného dotazníku.

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ JE ZCELA ANONYMNÍ

Vyplněním a odevzdáním dotazníku souhlasíte s provedením výzkumného šetření a se zpracováním uvedených dat. Se všemi získanými daty budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů.

Za spolupráci a Váš čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku děkuj i předem.

Bc., Špačková Anna,
studentka Specializace v ošetrovatelství

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v ČB

Příloha 1b – Nestandardizovaný dotazník (dotazník)

1) Jaké je Vaše pohlaví?

1. muž
2. žena

2) Kolik je Vám let?

1. 20 – 30 let
2. 31 – 40 let
3. 41 – 50 let
4. 51 – 60 let
5. jiné.....

- 3) Jaký je Váš současný rodinný stav?
1. svobodný/á
 2. ženatý/vdaná
 3. rozvedený/á
 4. vdovec/vdova
 5. druh, družka, partnerské soužití
- 4) Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?
1. střední zdravotnické
 2. vyšší odborné
 3. vysokoškolské - Bc.
 4. vysokoškolské - Mgr.
 5. jiné.....
- 5) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
1. Méně než 1 rok
 2. 1 – 5 let
 3. 6 – 10 let
 4. 11 – 20 let
 5. 21 a více
- 6) Prodělal/a jste onemocnění Covid-19?
1. ano
 2. ne ▶ **pokračujte otázkou č. 8**
- 7) Jaké bylo podle Vás nejpravděpodobnější místo nákazy?
1. v práci
 2. mimo práci
 3. jiné:
- 8) Pociťoval/a jste ze strany zaměstnavatele spíše tlak nebo podporu?
1. spíše tlak
 2. spíše podporu

3. obojí

9) Jaké pocity Vás nejčastěji doprovázeli při péči o Covid pozitivní pacienty?

(Lze označit více odpovědí)

1. strach
2. deprese
3. beznaděj
4. úzkost
5. lítost
6. tolerance
7. pochopení
8. podpora
9. pomoc
10. jiné:

10) Jste očkovan/a proti onemocnění Covid-19?

1. ano ► **pokračujte otázkou č. 12**
2. ne

11) V případě, že očkovan/a nejste, co Vás k tomuto rozhodnutí vedlo?

.....

12) Pandemie Covid-19 byla psychicky i fyzicky velice náročná. Ovlivnila tedy negativně Vaše vztahy s kolegy/kolegyněmi na pracovišti:

1. zcela souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. zcela nesouhlasím

13) Pandemie Covid-19 byla psychicky i fyzicky velice náročná. Ovlivnila tedy Vaše vztahy s rodinnými příslušníky:

1. zcela souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. zcela nesouhlasím

14) Co Vám během pandemie nejvíce chybělo?

(Lze označit více odpovědi)

1. osobní ochranné pracovní pomůcky
2. podpora od kolegů/kolegyň na pracovišti
3. podpora od rodinných příslušníků
4. dostatek informací od vedení nemocnice
5. pochopení ze strany pacientů
6. jiné:

15) Vyhledala jste z důvodu náročnosti pandemie odbornou pomoc v podobě psychologa/psychiatra?

1. ano
2. ne

16) Do jaké míry jste v průběhu pandemie pocíťoval/a **podporu** ze strany svého okolí?

1 (*nejmenší*) - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (*největší*)

17) Do jaké míry jste v průběhu pandemie pocíťoval/a **kritiku** ze strany svého okolí?

1 (*nejmenší*) - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (*největší*)

18) Jak se projevovalo chování Covid pozitivních pacientů?

(Lze označit více odpovědi)

1. arogance
2. bezohlednost
3. ohleduplnost
4. chápavost

5. tolerance
6. pochopení
7. podpora
8. vděčnost
9. jiné:

19) Pandemie Covid-19 se Vás dotkla natolik, že jste byl/a rozhodnuta podat výpověď.

1. zcela souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. zcela nesouhlasím

20) Jak jste nejčastěji trávil/a volný čas během pandemie Covid-19?

(Lze označit více odpovědí)

1. doma s rodinou
2. sám/sama
3. procházkami do přírody
4. domácí cvičení
5. jiné:

21) Jaké faktory nejvíce ovlivňovaly Vaši práci sestry během pandemie Covid-19?

(Lze označit více odpovědí.)

1. strach z nákazy
2. sociální izolace
3. postoj kolegů
4. postoj rodinných příslušníků
5. vyčerpanost
6. chování pacientů či jejich rodin
7. obavy z dopadů pandemie
8. nedostatek informací
9. omezení oblíbených aktivit
10. jiné:

22) Zažila jste během Vaší práce ve zdravotnictví podobnou pandemickou situaci?

1. ano
2. ne

23) Na hodnotící škále od 1-10 označte, jak **stresující** pro Vás toto období bylo:

1(*nejméně*) - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (*nejvíce*)

24) Máte pocit, že Vás pandemie Covid-19 podpořila v seberozvoji? Popř. v jakém?

1. ano:
2. ne

25) Došlo u Vás během pandemie k zásadním životním událostem? Popř. k jakým?

(např. úmrtí blízkého člověka)

1. ano:
2. ne

26) Jaká relaxační metoda se Vám během pandemie Covid -19 nejvíce osvědčila?

(Lze označit více odpovědí)

1. čtení
2. pletení
3. sledování televize
4. hraní společenských her
5. meditace
6. jóga
7. trávení času s rodinou
8. domácí posilování
9. vaření/pečení
10. jiné:

27) Byla práce během pandemie podle Vás dostatečně finančně ohodnocena?

1. ano
2. ne

28) Máte ještě nějaký jiný námět k problematice duševního zdraví sester během
pandemie Covid-19?

.....
.....
.....
.....
.....

ZA VAŠE ODPOVĚDI VÁM DĚKUJI