

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

**Vliv pandemie Covid 19 na stabilitu rodinných
a sociálních vztahů u vybraných zdravotníků
v nemocnicích Pardubického kraje**

Bakalářská práce

Autor: Hana Pokorná Turčániová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Josef Kasal, Ph.D., MBA



Zadání bakalářské práce

Autor: Hana Pokorná Turčániová

Studium: P19K0080

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Vliv pandemie Covid 19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů u vybraných zdravotníků v nemocnicích Pardubického kraje**

Název bakalářské práce AJ: Influence of the pandemic Covid 19 on the stability of family and social relations in selected health professionals in hospitals of the Pardubice Region

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tématem bakalářské práce je vliv pandemie Covid 19 na osobnost a vztahy ve vybraných oblastech života zdravotníků, kteří se přímo podíleli na péči o pacienty s nemocí Covid 19. Teoretická část práce se bude zabývat definicí pandemie jako mimořádné události a vývojem největších pandemií v historickém kontextu. Další teoretické části budou specifikovat náročné životní situace a jejich vliv na osobnost, reakce organismu na zátěž a resilienci zdravotníků. Empirická část bude prezentací kvalitativně orientovaného výzkumného šetření. Cílem práce je zmapovat jak pandemie Covid 19 ovlivnila stabilitu osobnosti a vztahů u vybraných zdravotníků v nemocnicích Pardubického kraje.

ARI\ES, Philippe. *Dějiny smrti*. Překlad Danuše Navrátilová. Vydání první. Praha: Argo, 2020. 759 stran. Každodenní život; svazek 68. ISBN 978-80-257-3251-9.

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

BERGDOLT, Klaus. *Černá smrt v Evropě: velký mor a konec středověku*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2002. 236 s. Kulturní historie. ISBN 80-7021-541-0.

BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 301 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3434-7.

HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

Garantující pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Vliv pandemie Covid 19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů u vybraných zdravotníků v nemocnicích Pardubického kraje vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 15. 4. 2022

Poděkování

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce PhDr. Jiřímu Kučírkovi, Ph.D., za vstřícné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Anotace

POKORNÁ TURČÁNIOVÁ, Hana. *Vliv pandemie Covid 19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů u vybraných zdravotníků v nemocnicích Pardubického kraje*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 84 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá novým tématem vlivu pandemie Covid-19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů vybraných zdravotníků, kteří se přímo podíleli na ošetrovatelské péči o pacienty s tímto onemocněním. Teoretická část je dělena do tří kapitol. Jednotlivé kapitoly se věnují konceptu pandemie jako mimořádné události, zátěžovým faktorům a důsledkům jejich působení na osobnost zdravotníků, definují pojem stres, frustrace, deprivace a specifikují mechanismy adaptace na zátěžové situace. V samostatné kapitole je představen koncept copingových strategií a sociální opory. Kapitola představuje rodinu jako hlavní pilíř sociální opory. V praktické části je za pomoci kvalitativního výzkumného šetření proveden průzkum do sociálních a rodinných vztahů vybraných zdravotních sester. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký vliv měla pandemie Covid-19 na vztahovou rovinu těch, kteří proti první pandemii moderního zdravotnictví, stáli v „první linii“.

Klíčová slova: zdravotníci, pandemie, zátěžové faktory, opora, strategie

Annotation

POKORNÁ TURČÁNIOVÁ, Hana. *Influence of the pandemic Covid 19 on the stability of family and social relations in selected health professionals in hospitals of the Pardubice Region*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 84 pp. Bachelor Thesis.

The Bachelor's thesis deals with the new topic of the influence of the Covid-19 pandemic on the stability of family and social relationships of selected health professionals who were directly involved in nursing care for patients with this condition. The theoretical part is divided into three chapters. Individual chapters deal with the concept of pandemic as an emergency, stress factors and consequences of their effect on the personality of health workers, define the concept of stress, frustration, deprivation and specify mechanisms of adaptation to stress situations. A separate chapter introduces the concept of coping strategies and social underpinnings. The chapter presents the family as the main pillar of the social underpinning. In the practical part, a survey into the social and family relationships of selected nurses is carried out with the help of a qualitative research inquiry. The bachelor's thesis aims to determine what effect the Covid-19 pandemic had on the relational plane of those who were on the "front line" against the first pandemic of modern health care.

Keywords: medics, pandemics, stress factors, support, strategy

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 24. 4. 2022

Podpis:

Obsah

Úvod	9
1 Pandemie v kontextu mimořádné události.....	11
1.1 Mimořádná událost, katastrofa a krize v životě jedince.....	11
1.2 Největší pandemie v historii.....	18
1.3 Covid 19 jako první pandemie v novodobém zdravotnictví	23
2 Zátěžové faktory ve zdravotnictví.....	26
2.1 Faktory psychosociální zátěže v pracovním prostředí	27
2.2 Emoce, afekt a nálada	29
2.3 Stres, frustrace, deprivace	33
2.4 Mechanismy psychické adaptace v zátěžových situacích	38
2.5 Posttraumatická stresová porucha a syndrom vyhoření	42
3 Sociální zdroje a strategie zvládnání zátěžových situací.....	47
3.1 Sociální opora a rodina.....	47
3.2 Copingové strategie.....	49
4 Výzkumné šetření	54
4.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky	54
4.2 Charakteristika výzkumného šetření	56
4.3 Metoda sběru dat	57
4.4 Interpretace zjištěných dat.....	59
4.5 Výsledky výzkumného šetření a jeho shrnutí	69
4.6 Diskuze.....	75
Závěr	77
Seznam použité literatury	79
Příloha A.....	1

Úvod

Ústředním tématem bakalářské práce je vliv pandemie Covid-19 na rodinné a sociální vztahy u vybraných zdravotníků v nemocnicích Pardubického kraje. Pandemie hluboce zasáhla do všech vrstev společnosti a v různé míře ovlivnila život každého jedince, a to napříč světem.

Ti, k jejichž profesi patří péče o nemocné, záchrana života a pomoc druhým, vstoupili ze dne na den do boje proti neviditelnému nepříteli. Do boje, ve kterém v první fázi stáli proti nepříteli, prakticky beze zbraně. Média, která věnovala postupující katastrofě enormní pozornost, označila pomáhající profese jako „první linii“ a tento název se stal pro společnost vžitým označením pro profese, jejichž posláním je primárně péče o druhé. Téma práce bylo zvoleno na základě vlastních zkušeností z patnáctileté praxe v oboru urgentní medicíny a nové zkušenosti z „první linie“ v boji proti pandemii. Práce koresponduje se snahou, poskytnout obraz působení pandemie Covid-19 na zdravotníky jako komplexní osobnosti.

Cílem bakalářské práce je snaha o zmapování nového tématu, jakým je vliv pandemie Covid-19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů vybraných zdravotníků. Cílem práce je také zjistit, jakým způsobem se zdravotníci vypořádali s enormní zátěží, jaké copingové strategie primárně volí a jakým způsobem jejich profese zasáhla pod vlivem pandemie do jejich rodin a sociálních vztahů.

Bakalářská práce je dělena do čtyř kapitol. První tři kapitoly se věnují vymezení teoretických poznatků. Kapitola čtvrtá je zaměřena na výzkumné šetření a jeho interpretaci. První kapitola představuje teoretický rámec pandemie jako mimořádné události. Definuje rozdělení mimořádných událostí, katastrof a specifikuje tyto události jako krize, které jsou nedílnou součástí lidského života. Kapitola také nabízí, ve své první části, pohled na krizi v životě člověka jako důsledek prodělaných ztrát. V další samostatné podkapitole jsou představeny největší pandemie v historii lidstva. Uvedeny jsou jejich původci, průběh a rozsah katastrofických ztrát na životech, které po sobě každá pandemie zanechala. Třetí podkapitola definuje onemocnění Covid-19 v příznacích a nabízí časovou osu vzniku této první pandemie pro moderní zdravotnictví. Druhá kapitola se v pěti podkapitolách věnuje působení zátěžových faktorů a situací na osobnost zdravotníků a jejich vztahy. V první podkapitole vymezuje psychosociální faktory

a jejich působení v pracovním prostředí. Druhá a třetí podkapitola se věnují rozboru konkrétních psychosociálních stavů a jejich vlivu na lidskou osobnost. Čtvrtá a pátá podkapitola specifikují konkrétní mechanismy a důsledky, které se projektují do osobnosti zdravotníků a následně jsou jimi ovlivněny i rodinné a sociální vztahy. Kapitola třetí se zabývá různými zdroji a strategiemi, které člověk v zátěžových situacích volí a kterých využívá pro zachování duševní integrity. Teoretická část nabízí obsahový rámec poznatků a definic stavů, jevů a volených zdrojů, které jsou osou pro výzkumné šetření interpretované ve čtvrté části bakalářské práce.

1 Pandemie v kontextu mimořádné události

Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila dne 11. 3. 2020 globální pandemii onemocnění Covid 19. WHO tento stav definuje „pandemie je epidemie velkého rozsahu zasahující celé kontinenty. Jedná se tedy o výskyt onemocnění s vysokou incidencí na velkém území (kontinent) za určité časové období.“¹ Šejda a kolektiv vysvětlují, že dochází-li tedy k epidemickému (masivnímu) výskytu onemocnění na území více států a kontinentů, nazýváme tento stav pandemií.²

Lidstvo se s pandemií nesetkalo poprvé a z historického hlediska zřejmě ani naposledy. Masivní zátěž dopadající na celý systém společnosti při pandemii si žádá důsledné rozčlenění, vymezení a organizaci všech jejich jednotlivých struktur.

1.1 Mimořádná událost, katastrofa a krize v životě jedince

V lidském životě tvoří krize a traumatizující události polaritu ke stabilní struktuře a bezpečnému řádu světa, tak jak jsme si zvykli jej vnímat.

Mimořádná nebo katastrofická událost během malého časového úseku zboří naše jistoty, řád se ztrácí a struktura našeho bezpečí se rozpadá. „Stojíme uprostřed materiálního, sociálního a psychického chaosu, v blízkosti smrti, zmaru a destrukce, v kruté blízkosti lidského utrpení a zranění.“³ Během krátké chvíle jsme vystaveni situaci, která se zdá neskutečná, nesrozumitelná, děsivá. Osvědčené zvyky a staré příběhy přestávají platit. Prožitek katastrofy nebo krize hluboce naruší a bezprecedentně překročí hranice možného a změní naše vnímání bezpečí na nemožné.

Členění těchto událostí má význam primárně pro vhodnou zákonnou úpravu a následnou strategii jednotlivých záchranných postupů.

¹ VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Pandemický plán České republiky*. [online].

² ŠEJDA, Jan, ŠMERHOVSKÝ, Zdeněk, GÖPFERTOVIČ, Dana. *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. 2005.

³ KOHOUTEK, Tomáš, ČERMÁK, Ivo. *Psychologie katastrofické události* 2009, s. 18.

Mimořádná událost

Zákon upravuje definici mimořádných událostí, přičemž se rozumí „mimořádnou událostí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“⁴ Štětina dále definuje mimořádnou událost jako „stav při němž náhle dojde k akumulaci, úbytku nebo uvolnění určitých hmot, energie nebo sil, které působí škodlivě a ničivě na obyvatelstvo, životní prostředí, ekonomiku, materiální a kulturní hodnoty.“⁵ Jedná se tedy o události, které jsou charakteristické vysokou psychickou a fyzickou zátěží působící na všechny zúčastněné, výrazně narušují ustálené procesy a počtem obětí převyšují standardní nehody.

Dělit katastrofické události je možné z několika pohledů. Štětina a Bulíková k němu například přistupují z pohledu kvantity a dělí takové události podle počtu zasažených osob:

- **nehoda** (počet zraněných osob 2–5)
- **hromadné neštěstí omezené** (počet zasažených osob <10 a z toho jedna osoba v kritickém stavu)
- **hromadné neštěstí rozsáhlé** (počet zasažených osob nepřesahuje 50)
- **katastrofa** (počet zasažených osob přesahuje 50).⁶

Katastrofa

Původ slova katastrofa vychází z řeckého *katastrophé* a je výrazem pro převrat, konec, pád, záhubu.⁷ Katastrofu můžeme specifikovat jako „událost, která nastává v důsledku lidské nebo přírodní činnosti a ničivě postihuje přírodu nebo společnost. Jde o nečekanou událost velkého rozsahu, která negativním způsobem pozměňuje předchozí stav prostředí.

⁴ ZÁKON Č. 239/2000 SB., *Zákon o integrovaném a záchranném systému a o změně některých zákonů*. [online].

⁵ ŠTĚTINA, Jiří, a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*, 2014, s. 122.

⁶ BULÍKOVÁ, Táňa. *Medicína katastrof*, 2011, ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*, 2014.

⁷ REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*, 2014, s. 297.

Podle definice Interpolu ji charakterizuje buď velký počet lidských obětí, nebo rozsah škod, který není možné zvládnout běžnými a místními prostředky.“⁸

K dělení katastrofických událostí přistupuje například Hausmann podle toho, jestli působí na individuálního jedince nebo větší počet lidí.

Individuální povahy:

- těžké onemocnění
- dopravní nehoda
- ztráta blízkého člověka
- ohrožení kriminálním činem.

Hromadné povahy:

- přírodní katastrofy (laviny, sesuvy, záplavy, zemětřesení, uragány atd.)
- katastrofy technické nebo způsobené lidským selháním (požáry, exploze, dopravní nehody, panika v davu atd.)
- záměrně způsobené katastrofy (teroristické útoky, sabotáže, válečné události atd.)
- sociální, případně zdravotní katastrofy (těžké epidemie, hromadné otravy apod.)⁹

Štětina klasifikuje katastrofy podle působících elementů:

- **naturogenní (přírodní)**
 - **abiotické (neživá příroda):** dlouhotrvající sucho, zemětřesení, sopečná činnost, tsunami, záplavy a povodně, narušení ekologické rovnováhy
 - **biotické (živá příroda):** epidemie, epizootie, epityfie, přemnožení škůdců a parazitů
- **antropogenní (lidská činnost)**
 - **technogenní (průmyslová havárie):** požáry, výbuchy, havárie jaderné elektrárny, blackout, velké dopravní nehody, narušení kritické infrastruktury

⁸ ŠTĚTINA, Jiří, a kol. (*tamtéž*), 2014, s. 133

⁹ HAUSMANN, Clemens. *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung*, 2003, s. 357

- **sociogenní interní (vnitrostátní společenské krize):** terorismus, občanské nepokoje, zvýšená migrace, náboženské konflikty
- **sociogenní externí (mezinárodní ozbrojený konflikt):** chemické, nukleární zbraně, hospodářský útlak
- **agrogenní (monokulturní výroba):** degradace půd, znečištění vodních toků.¹⁰

Psychologie katastrof

Společnou proměnou mimořádných a katastrofických událostí je traumatizující a často devastační zásah do života všech zasažených, ale i pomáhajících. Zasaženým lidem z hlediska ztrát, které utrpěli a pomáhajícím z hlediska míry utrpení, bezmoci a konfrontaci se smrtí, kterou si jejich profese vyžaduje. Psychickým jevům, které tyto události provázejí, se věnuje samostatná psychologická disciplína. „Psychologie katastrof je vědou, která se zabývá chováním a prožíváním lidí v mezních či mimořádných situacích, katastrofách, a to profesionálů i civilistů. Psychologie katastrof je problematika, která ač byla dříve (z různých důvodů) opomíjená, se nyní dostává do popředí zájmů a je shledávána jako přínosná v mnoha různých ohledech.“¹¹

Objektivně mohu z pohledu zasahujícího a pomáhajícího účastníka při několika mimořádných událostech a katastrofách (povodně v letech 2002, 2014, 2020 a katastrofě po tornádu na Moravě v roce 2021) hodnotit, že i když je resilience a schopnost adaptovat se na nově vzniklé skutečnosti vysoce individuální, společným jmenovatelem všech zasažených, je prožívání akutní krize vycházejících z velkého množství ztrát.

Krize

Slovo krize pochází z řeckého slova *crisis*, která znamená rozhodnutí, spor, zápas.¹² Vidíme zde, že v minulých dobách nebyl význam slova krize čistě negativní, ale evokoval spíše situaci, ve které dochází k vnitřnímu zápasu jedince a vyústěním konfliktu je

¹⁰ ŠTĚTINA, Jiří, a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*, 2014, s. 138

¹¹ BREČKA, Tibor. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*, 2009, s. 9

¹² REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*, 2014, s. 346.

rozhodnutí. Moderní doba je typická ve své negaci, a tak dnes zpravidla výraz krize vnímáme kriticky a negativně. Krize má v sobě ale i pozitivní náboj, který může být využit k rozvoji příležitostí a jako další šance.

Jako nevyhnutelný jev lidské civilizace označuje krizi například J. Pechar.¹³ Ve svém překladu uvádí definici Carla-Friedricha von Weizsäckere, který analyzuje pojmy krize a rovina (rovina – to co trvá, funguje, setrvává v klidu). „Krize se řeší ustanovením nového paradigmatu, otevírá se nová rovina pokroku a základ nového paradigmatu je brzy zapomenut, stejně jako tomu bylo u paradigmatu starého. Roviny a krize existují všude, už i v anorganické přírodě.“¹⁴

René Thom¹⁵ s tímto názorem polemizuje: „Krize sebou nese vždy určitý subjektivní prvek. Může se objevit jen u bytosti vybavené vědomím. U mechanických či fyzikálních systémů existují kritické body, nikoli však krize.“ Thom navrhuje tuto definici: „V krizi je každý subjekt, jehož stav, který se projevuje zdánlivě bezdůvodným oslabením jeho regulativních mechanismů, je tímto subjektem samotným vnímán jako ohrožení vlastní existence.“¹⁶

Krize je tedy přirozená součást biologického života. Abychom splnili definici krize, je důležité definovat její **tři základní složky**:

- v životě nastane určitá spouštěcí událost,
- jedinec ji vnímá jako ohrožující, nebezpečnou,
- obvyklé způsoby jejího zvládnutí selhávají; pokud se situace nepovede zvládnout, nastane krize.¹⁷

¹³ PECHAR, Jiří. *Pojem krize v dnešním myšlení*, 1992.

¹⁴ WEIZSÄCKERE, von Carl-Friedrich. *O krizi*. In: *Pojem krize v dnešním myšlení*. 1992.

¹⁵ René Thom je autorem tzv.: *Thomovy teorie katastrof*. Matematická teorie, která je dnes využívána v různorodých oblastech psychologie, kde se často propojuje s poznatky teorie chaosu.

¹⁶ THOM, René. *Krize a katastrofa*. In: *Pojem krize v dnešním myšlení*. 1992, s. 25.

¹⁷ ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*, 2017

Typologie krizí

V souvislosti mimořádných událostí a katastrof existuje několik pohledů jakými je možné dělit krize. Špatenková se například věnuje pohledu na krizi v souvislosti s prodělanou ztrátou. „Ztrátu můžeme vymezit jako náročnou životní situaci, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním (nezvratným) odloučením od signifikantního (významného) objektu nebo funkce. Rozhodující význam pro prožívání události jako životní ztráty má emocionální vazba jedince ke ztracenému objektu-člověku, předmětu nebo činnosti.“¹⁸ Podle Špatenkové tak rozlišujeme:

- **Ztráty materiální:** představují ztrátu materiálního objektu nebo známého prostředí, ke kterému má jedinec významný vztah.
 - **Ztráta minulosti:** typickým příkladem jsou rodinná alba fotografií, rodinné kroniky, ale také třeba vánoční ozdoby, které jsou zničeny při mimořádných událostech a katastrofách. Asociační předměty jsou zvláštní kategorií. Jsou to symbolické předměty, které po ztrátě milované osoby pozůstalý uchovává, aby si jejich prostřednictvím uchoval vzpomínky.
 - **Ztráta bezpečí:** vzniká například při ztrátě domova v důsledku odstěhování po rozvodu nebo po civilizačních a katastrofických událostech. Ztrátu bezpečí může způsobit i loupežné přepadení nebo krádež.
- **Ztráta funkcionální:** pohybová, neurologická nebo jiná systémová ztráta funkcí těla, ať už způsobená úrazem, onemocněním nebo stárnutím.
- **Ztráta vztahová:** ukončení příležitosti být v kontaktu, komunikovat, mít společné zážitky, milovat se či být jinak v emocionální a fyzické přítomnosti s určitou osobou.
 - **Smrt blízkého člověka:** náleží k nejtěžším krizím v důsledku ztráty v životě člověka.
- **Ztráta intrapsychická:** vnitřní (skrytá) ztráta.

¹⁸ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*, 2017, s. 56.

- **Ztráta očekávání:** vzniká, pokud se ukáže, že životní situace je jiná, než jsme doufali. Může vzniknout v rovině očekávání od sebe, od druhých lidí a očekávání druhých lidí od nás.
- **Narození dítěte s postižením:** souvisí se ztrátou očekávání.
- **Ztráta rolová:** představuje ztrátu určité sociální role či specifického místa jedince v sociální síti.
 - **Ztráta zaměstnání:** nedobrovolná ztráta zaměstnání může být v životě člověka velmi tragickým vykojením.
 - **Odchod do důchodu:** souvisí se stejným pocitem smutku jako ztráta zaměstnání. Člověk prožívá smutek nad ztrátou: identity, sebeúcty, prestiže, sociální role.
 - **Ztráta rodinných rolí:** vzniká v důsledku ztráty spojených s rozvodem, rozvratem nebo dysfunkčním prostředím rodiny.
 - **Ztráta systémová:** lidé jsou součástí sociálních systémů, a i bez silnějších emocionálních vazeb k ostatním členům systému akceptují funkce, které tento systém vykonává. Jestliže tyto funkce nejsou plněny, celý systém i jeho členové prožívají systémovou ztrátu. Nejintenzivnější systémové ztráty: odchod dospělých dětí z primární rodiny, příchod nového člena do rodiny, odchod (ztráta) některého člena rodiny.¹⁹

Kezba krize typologizuje podle rozsahu spoluúčasti jednotlivců, institucí, skupin a jejich působení na proces krize:

- celosvětové (globální),
- společenské (hospodářské, vojenské, politické),
- skupinové (komunitní),
- individuální (osobní).²⁰

Při pandemii Covid 19 stáli zdravotníci před zcela novou situací. Nemoc velmi rychle naplňovala kritéria mimořádné události a vzhledem k virulenci, prognózám a sdílení zkušeností, například z Itálie, předvídala blížící se katastrofu. Moderní dějiny

¹⁹ ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*, 2017.

²⁰ KEBZA, Vladimír, *Chování člověka v krizových situacích*, 2011, s. 5.

zdravotnictví, zkušenost s globální pandemií neměly a relevantním se tak nabízelo porovnání s pandemiemi, které poznamenaly lidstvo v historii.

1.2 Největší pandemie v historii

Onemocnění Covid 19 nebyla zdaleka první pandemie, která postihla lidstvo. Naopak během této kapitoly dojdeme ke zjištění, že pandemie provázejí lidstvo v celé jeho historii. Větší nebo menší silou vždy zasáhnou do celospolečenského řádu, systému a všech jeho struktur. I při zasažení menšího demografického celku ovšem pandemie v historii zanechávala vždy tragické následky; oběti na životech, ekonomickou nestabilitu, vyčerpaný systém a další. V druhé vlně se stejnou krutostí docházelo k pogromům. Židovská virtuální knihovna na svých stránkách uvádí; Pogrom je původně ruské slovo, které vyjadřuje útok vedený jednou částí obyvatel proti části druhé a doprovází ho drancování majetku, znásilňování žen, vraždy a ničení.²¹

Mor

Historie moru se řadí mezi nej fascinujícím, ale také k nehrůznějším lékařským záhadám. Mor přepisoval dějiny. Typický ochranný oblek morových lékařů s ptačí maskou (viz. Obrázek 1) jsou charakteristickou připomínkou jedné z nejhorších katastrof lidstva. Datovat historicky první morovou epidemii je velmi obtížné. „Historické prameny sice hovoří o „moru“, ale poskytují podklady téměř výhradně k dějinám slova „mor“ či sociokulturní konstrukci pojmu „mor“, nikoli biomedicínsky chápaným dějinám choroby.“²² Černý dále vysvětluje, že v odborných pramenech dochází k pochybám autorů, zdali jejich definice „moru“ odráží jedno konkrétní onemocnění nebo se jedná spíše o generické označení pro všechny infekční onemocnění s vysokou mortalitou.²³ To dokládá například první známá pandemie v Římské říši. Galénův mor nebo Antoninský mor sužoval římský lid v letech 165 až 180 n. l. a vyžádal si od pěti do patnácti milionů

²¹ JEWISH VIRTUAL LIBRARY. *Modern Jewish History:Pogroms*. [online].

²² ČERNÝ, Karel. *MOR 1480-1730 Epidemie v lékařských traktátech raného novověku*, 2014, s. 11.

²³ TAMTÉŽ.

životů a tím započal epochu pádu Říma. Podle moderních výzkumů šlo o pandemii pravých neštovic nebo spalniček.²⁴

Latinský výraz pro mor, *plaga* je odvozen z řeckého *plege*, znamenající „úder“ nebo „ránu“. Původcem je gramnegativní bakterie *Yersinia pestis*. Přírodními hostiteli, tedy zdrojem nákazy, rezervoáry, jsou primárně divocí hlodavci (krysy). Hlodavci jsou zároveň infekčním zdrojem pro blechy, které infikují člověka. Lidé jsou tak popisováni jako náhodní hostitelé. Přenos z člověka na člověka probíhá kapénkovou infekcí nebo přímým kontaktem s infekční tkání. Vstupní brána infekce do těla tak definuje formu moru a jeho tři formy:

- **Bubonická forma** se projevuje horečkou a náhlým zánětlivým zduřením mízních uzlin blízkých vstupu infekce, nejčastěji v tříslech, podpaží nebo na krku, uzliny jsou oteklé, zanícené, mohou hnisat, dochází v nich ke krvácení, proto mohou mít charakteristickou černou barvu (také označení černý nebo dýmějový mor), postižené uzliny obsahují velké množství bakterií *Yersinia pestis*; infekce se může šířit do jater, sleziny a plic, vzniká po poštipání člověka infikovanou blechou.
- **Primární plicní forma** je typická horečkou, kašlem, dušností, bolestí na hrudníku a vykašláváním krve. Vzniká při přímém kontaktu s nakaženým člověkem či zvířetem, z člověka na člověka je přenášena kapénkami vzdušnou cestou.
- **Septikemická forma** se projevuje horečkou a poruchou srážení krve a krvácivostí, nastává v případě rozsevu bakterií v krevním řečišti, postižený umírá na selhání vnitřních orgánů.²⁵

Přehled největších pandemií moru v historii lidstva

- **Justiniánův mor** 541–544 n. l. → 30-50 milionů obětí
- **„Černá smrt“ v Evropě** v letech 1347–1352 → 25 milionů obětí (jedna třetina obyvatel Evropy)
- **Třetí morová epidemie** roku 1894 → 15 milionů obětí.²⁶

²⁴ ANTICKÝ SVĚT. *Antoninovský mor 165-180 n. l.* [online].

²⁵ STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTA. *Mor „černá smrt“ - základní informace o onemocnění.* [online].

²⁶ JOURNAL OF MILITARY AND VETERANS' HEALTH. *The history of Plague.* [online]. [online].

Pravé neštovice

Vznik a původ pravých neštovic není znám. Podle doložených důkazů (typických znetvořujících jizev, viz. Obrázek 2) na mumiích můžeme předpokládat, že pravé neštovice existují nejméně 3 tisíce let.²⁷

Pandemie dominovala v 18. století a podle Světové zdravotnické organizace (WHO) způsobila miliony úmrtí (celosvětově se uvádí až 500 milionů lidí). Devastující spojení vzniklo v rámci osidlování Ameriky. „Pravé neštovice jsou zřejmě do značné míry zodpovědné za masové vymírání amerických indiánů, kteří se nakazili po kontaktu s evropskými kolonisty.“²⁸

Typickými časnými příznaky neštovic byly: vysoká horečka, únava a silné bolesti zad, méně často bolesti břicha a zvracení. O dva až tři dny později virus vytvořil charakteristickou vyrážku s hrboleky plnými čiré tekutiny, které se později naplní hnisem (infekční sekret). Vyrážka začíná na obličeji a rukou, poté se šíří do zbytku těla.²⁹ Přibližně týden od nástupu vyrážky docházelo k navrácení horečky, která nezářídka končila smrtí v důsledku selhání oběhu. Již tak těžký průběh neštovic zhoršovaly i další komplikace jako záněty trávicího nebo dýchacího traktu, případně záněty rohovky končící mnohdy i trvalou ztrátou zraku. Pravé neštovice byly významným mezníkem v medicíně hlavně z pohledu prevence a veřejného zdraví.

Variolace versus vakcinace

K rozvoji tzv. variolace, při níž pacienti vdechovali nebo jim byl do řezných ran vtírán prach ze zaschlých krust z vředů pravých neštovic, vedla snaha o zvrácení vysoké mortality (smrtnosti).

Koncem 18. století si lékař Edward Jenner všiml úzkého spojení mezi neštovicemi kravskými (způsobovaly obdobné mokvavé puchýřky na kravských vemenech) a pravými neštovicemi. Dojičky, které přišly do kontaktu s kravskou verzí neštovic se

²⁷ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *History of Smallpox*. [online].

²⁸ MEDICÍNA, NEMOCI, STUDIUM NA 1. LF UK. *Pravé neštovice*. [online].

²⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATIONS. *Smallpox*. [online].

obvykle potýkaly s malým výsevem váčků na svých rukách a pociťovaly po několik dní únavu, většími problémy ovšem netrpěly. Když v roce 1796 navštívila dojička Sarah Nelmesová doktora Jennera ohledně vyrážky na rukách, diagnostikoval ji spíše kravské neštovice. Sarah skutečně potvrdila, že její kráva Blossom nedávno nákazu prodělala. Edward Jenner si uvědomil, že nastala příležitost vyzkoušet novou metodu variolace.

Pro svůj pokus si vybral osmiletého syna svého zahradníka chlapce Jamese Phippse. Dne 14. května Jamesovi skarifikoval (úmyslně poškrábal) kůži na jeho paži skalpelem namočeným do hnisu z puchýřů kravských neštovic (viz. Obrázek 3). U Jamese záhy nemoc propukla, ale po velmi krátké době se uzdravil. Doktor Jenner pak sekundárně vystavil chlapce nákaze pravými neštovicemi a jak předpověděl, u chlapce nedošlo k propuknutí nemoci a zůstal zdravý. Své poznatky z tohoto a dalších pokusů shrnul ve své studii a nazval svůj postup „vaksinace“, odvozený od latinského vacca (kráva). Jennerův objev mnohdy bývá považován za největší objev medicíny té doby.

I v 18. století sebou objev vakcinace nesl negativismus a postoj odpůrců očkování. Ti, proti očkování, argumentovali převážně z náboženských důvodů, neboť kráva byla vnímána jako „nižší“ Boží stvoření. Variolace tak byla v roce 1840 zakázána a vakcinace proti kravským neštovicím roku 1853 uznána povinnou. To vedlo k protestům a odporu těch, kteří požadovali svobodu volby.³⁰

Španělská chřipka

Chřipkový virus a jeho typy

Chřipkový virus je nejčastějším infekčním onemocněním. „Jako epidemická nebo pandemická nákaza je chřipka pod různými jmény popisována již po staletí. Již na konci středověku byly chřipkovité nemoci, provázené prostrací (celkovou tělesnou vyčerpaností), bolestmi hlavy, kašlem a horečkou, popisovány v Paříži s jistou dávkou ironie jako TAC (tedy něco jako „rána do hlavy“), což patrně souviselo s prudce nastupující bolestí hlavy.“³¹

³⁰ UNIVERSITY OF OXFORD. *About Edward Jenner*. [online].

³¹ SALFELLNER, Harald. *Španělská chřipka; příběh pandemie z roku 1918*, 2018, s. 10.

Rozlišujeme nejčastěji tři typy virů chřipky. Virus typu A, jeho rezervoárem jsou vodní ptáci a přirozeným hostitelem domácí a divoce žijící ptáci, prasata, koně a člověk. Virus typu A je nejvíce nebezpečný, protože vyvolává onemocnění se závažným průběhem i u mladých osob a způsobuje pandemie. Virus chřipky B nemá zvířecí rezervoár a hostitelem je pouze člověk. Typ B je nebezpečný pro starší a oslabené osoby. Virus typu C je epidemiologicky nejméně významný (způsobuje velmi lehká respirační onemocnění) a nezpůsobuje pandemie a epidemie.³²

Etymologie výrazu „španělská chřipka“

Španělská chřipka paradoxně nevznikla ve Španělsku. Přívlastek „španělská“ zapříčinil fakt, že země decimované válkou se vzájemně podezíraly z úmyslného šíření viru. Neutrální Španělsko ve svých médiích, která nepodléhala cenzuře, otevřeně informovala o tragické situaci. Společnost tak získala pocit, že pandemie smrtelného onemocnění se týká výhradně Španělska.³³

Historie vzniku pandemie

Ani po sto letech neznáme konkrétní ohnisko vzniku nákazy. V tom se zásadně liší například od moru nebo jiných pandemií. Existuje několik teorií o vzniku místa šíření, některé ukazují na ohnisko v Číně, kde je v roce 1917 zaznamenáno prudce se šířící onemocnění dýchacích cest. Postižení jedinci po náhlém propuknutí a velmi krátké nemoci umírají na těžkou pneumonii. Některé teorie podezřívají Rusko odkud se v minulosti šířila horečka již mnohokrát. Například ve východní Asii se dlouhodobě hovořilo o „ruské“ chřipce. Spojnice mezi teoriemi se protíná ve společné proměnné, kterou se stala válka. „Začínající léto roku 1918 – už čtyři roky zuří krvavá válka. O život přišly miliony lidí, v Haliči, na Soči, na západní frontě. Zákopy se šíří fáma o záhadném bacilu, jenž u přátel i nepřátel poutá i ty nejzdatnější na lůžko, s vysokou horečkou a prudkými bolestmi. Tisíce vojáků blouzní na svých pryčnách, než po třech čtyřech dnech musí zase ven do bitvy.“³⁴

³² VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ. *Charakteristika a epidemiologie virů chřipky*, [online].

³³ INFEKCE, *Před sto lety dorazila do Prahy epidemie španělské chřipky*, [online].

³⁴ SALFELLNER, Harald. *Španělská chřipka; příběh pandemie z roku 1918*, 2018, s. 7.

Pandemie španělské chřipky proběhla světem ve třech vlnách (viz. Obrázek 4). Jarní vlna v březnu 1918 se dalších 6 měsíců nerovnoměrně šířila přes Spojené státy, Evropu a možná i Asii. Infekčnost onemocnění byla vysoká, ale pacienti se brzy zotavili. Od září do listopadu 1918 proběhla světem druhá tzv. „pádová“ vlna, která byla velmi smrtelná. „Nad zákopy se již válí mlhy nadcházejícího podzimu a stále ještě hřmí moždíře, když chřipka zaútočí podruhé. Tentokrát ukáže svou odvrácenou, svou smrtelnou tvář. V polních nemocnicích sténají stovky umírajících, lapají po dechu, dusí se křečovitým kašlem. Na pitevních stolech odkrývají patologové plíce plné krve, pěny a hlenů. Je to „jako kdyby se uvnitř utopili „míni.““³⁵ Tuto katastrofu mají za následek obrovské transporty vojáků na palubách transportních a nákladních lodí, ty se tak nevědomky staly historickými vektory chřipky. Na počátku roku 1919 došlo ke třetí vlně, jejíž smrtnost byla poloviční. Konec španělské chřipky je datován do roku 1920, kdy vzniká kolektivní imunita. Za necelé dva roky si tato pandemie vyžádala více obětí než samotná válka. Zdroje uvádějí počet obětí mezi 20 až 100 miliony.

1.3 Covid-19 jako první pandemie v novodobém zdravotnictví

Covid-19 je označení pro akutní infekční onemocnění, které převážně postihuje respirační trakt a je vyvolané virem SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2).³⁶

Covid-19 označujeme pořadovým číslem 2 neboť se jedná o historicky druhou pandemii vyvolanou virem SARS. Syndrom akutního respiračního selhání (SARS), je typický vysokou morbiditou a smrtností, je novou nemocí 21. století. Od ledna do května roku 2003 se onemocnění rozšířilo z jihovýchodní Asie, Číny a Hongkongu do celého světa. Onemocnělo více než 8 000 osob a na následky onemocnění 812 lidí zemřelo.

Prymula hodnotí dopad pandemie SARS v roce 2003. Podle něj odhalil nepřipravenost moderního zdravotnictví konkrétně intenzivní péče. Pandemie prolomila zdravotnický systém, došlo k nákaze lékařů, sester i pomocných zdravotnických pracovníků a poukázala na zranitelnost zdravotnického systému. Pandemie měla drtivý dopad na

³⁵ SALFELLNER, Harald. *Španělská chřipka; příběh pandemie z roku 1918*, 2018, s. 7.

³⁶ COVID-19 DIAGNOSTIKA A LÉČBA MIMO NEMOCNICE. Ministerstvo zdravotnictví ČR, [online].

ekonomiku a celospolečenský život. Docházelo k uzavírání škol, nemocnic, ale i územních celků. Průběh pandemie v roce 2003 odkryl světu specifickou hrozbu SARS a nabádal k rychlé reakci, aktualizaci a sjednocení mezinárodních zdravotnických postupů.³⁷

Časová osa vzniku epidemie Covid-19

Dne 31. 12. 2019 byla kancelář Světové zdravotnické organizace (WHO) pro Čínu informována o výskytu případů onemocnění pneumonií neznámého původu ve městě Wu-chan v provincii Chu-pej. Do 3. 1. 2020 bylo národními zmocněnci Číny pro organizaci (WHO) hlášeno 44 případů onemocnění pneumonií neznámého původu. Původce onemocnění nebyl identifikován. Dne 7. 1. 2020 byl čínskými autoritami izolován a identifikován nový druh koronaviru. Dne 20. 1. 2020 bylo potvrzeno 282 případů onemocnění 2019 nCov ve 4 zemích (Japonsko, Thajsko, Korejská republika, Čína) z 278 případů mělo 51 závažný průběh nemoci, 12 bylo v kritickém stavu. Dne 11. 3. 2020 vyhláší Světová zdravotnická organizace globální pandemii a virus získává název Covid-19.³⁸

Klinické projevy covidu-19

- Inkubační doba je 2–14 dní, nejčastěji 4–6 dní.
- **Infekce asymptomatická:** ¼ nakažených nevykazuje žádné projevy nemoci
- **Infekce respirační:**
 - suchý a dráždivý kašel (50 %)
 - dušnost (28 %)
 - bolest/ škrábání v krku (20 %)
 - rýma (6 %)
- **Celkové a jiné příznaky:**
 - bolesti svalů (36 %)
 - bolesti hlavy (34 %)
 - horečka (43 %)

³⁷ PRYMULA, Roman, ŠPLIŇO, Milan. SARS, *Syndrom akutního respiračního selhání*, 2006.

³⁸ STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Nový koronavirus (2019nCoV)*, [online].

- únava, malátnost
- průjem (19 %)
- nechutenství a zvracení (11 %)
- ztráta čichu/chuti – anosmie a dysgeusie (8 %)³⁹

V České republice bylo ke dni 19. 3. 2022 (dva roky po vyhlášení pandemie) potvrzeno 3 733 099 případů, vyléčeno 3 618 059 případů a k tomuto dni následkem onemocnění Covid 19 zemřelo 39 352 lidí.⁴⁰

Pandemie Covid-19 není první pandemií 21. století. Náležitosti prvního místa ovšem splňuje ve svém globálním zasažení do světa a celospolečenského řádu. Znovu poukázala na „křehkost“ fungování zdravotnického systému a pozvedla kritický nedostatek zdravotnického personálu na první místo.

Lékaři a zdravotní sestry provádí vysoce kvalifikovanou práci jejímž cílem je léčba a zlepšení zdravotního stavu pacienta. Tento systém specializovaných léčebných úkonů je velmi psychicky a fyzicky náročný. Při katastrofách a mimořádných událostech, při pandemii musí ve velmi krátkém časovém intervalu mobilizovat prostředky a síly, aniž by bylo dopředu definované, na jaký časový úsek bude maximální úsilí potřebné.

³⁹MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Covid-19 diagnostika a léčba mimo nemocnice* [online].

⁴⁰MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Covid-19: Přehled aktuální situace v ČR*, [online].

2 Zátěžové faktory ve zdravotnictví

„Všeobecná zdravotní sestra chrání, udržuje, navrácí a podporuje zdraví osob.“⁴¹ V této práci jsou považovány termíny „zdravotník, zdravotní sestra“ za synonymum pro odborný termín Všeobecná zdravotní sestra a zdravotnický záchranář. Cílem práce není odborné vymezení jednotlivých kvalifikací a kompetencí, ale pohled na zdravotníky jako komplexní osobnosti. „Velkou část pracovní náplně sestry tvoří úkony, které se běžně lidem oškliví, vyvolávají odpor a pocit hnusu. To ale podle mého soudu není ta největší a nejvíce ohrožující zátěž. Idiotské byrokratické předpisy spojené s administrativou je předčí. Daleko horší a málo řešený problém vidím v rovině psychosociální, v tom, jak uchopit roli sestry, jak v ní obstát a nezničit se.“⁴²

Profese zdravotní sestry je specifická i v sociologickém pohledu na její roli v systému. Příslušníci jedné profese totiž nevykonávají stejné činnosti, ale své kvalifikační a odborné úkony vykonávají v různých podobách. Profesi zdravotní sestry charakterizuje celý systém společenských rolí, které zastává: pečovatelská, expresivní, výchovná, organizační, administrativní, poradenská a další. Role sestry, ale nejvíce ztěžuje vnitřní konflikt. Bártlová jej identifikuje takto: „Největší zdroj konfliktnosti vyplývá z toho, že pro výkon většiny činností jsou ve zdravotnictví stanoveny přesně normy, ale zdravotničtí pracovníci jsou nuceni je přitom uplatňovat v jedinečných situacích.“⁴³

V každém zaměstnání je na zaměstnance, pracovníka vyvíjena určitá zátěž. Autoři přistupují k definování zátěže různě. Někteří považují zátěž za synonymum pro stres. Proti tomu se staví například Kebza, který říká, že zátěž představují požadavky, které jsme schopni sami zvládnout a jsou nutnou součástí života jedince, neboť díky jejich zvládnání vede jedinec sám sebe k dalšímu rozvoji. Zátěž tak stojí v opozici vůči stresu, protože stres je vyvolán požadavky (stresory), k jejich zvládnání naopak naše kapacity nejsou dostačující.⁴⁴

⁴¹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Kvalifikační standard Všeobecná sestra*, [online].

⁴² HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*, 2015, s. 9.

⁴³ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, 2005, s.136.

⁴⁴ KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*, 2011.

Faktory, které jsou pro práci rizikové můžeme rozdělit do několika kategorií. Státní zdravotní ústav nabízí dělení na faktory:

Fyzikální – hluk na pracovišti, vibrace, elektromagnetické pole, tepelně-vlhkostní klima, ionizace ovzduší.

Fyziologické – fyzická náročnost práce (například zvedání těžkých břemen), přetěžování jedné strany těla, ergonomické faktory, které ovlivňují vznik onemocnění svalového a kosterního aparátu.

Chemické – anorganické a organické sloučeniny, které vstupují do organismu dýchacími cestami, pokožkou anebo požitím.

Biologické – patogenní mikroorganismy a jejich schopnost vyvolat závažná onemocnění.

Psychologické – psychosociální stres na pracovišti, psychická pracovní zátěž a patologické vztahy na pracovišti (mobbing, bossing, šikana).⁴⁵

Profese zdravotníka je vystavena hned několika rizikovým faktorům, které mohou působit současně, v jednom okamžiku. Následující kapitoly se zabývají procesy a rizikovými faktory v rovině psychologické a psychosociální.

2.1 Faktory psychosociální zátěže v pracovním prostředí

Význam termínu „psychosociální“ najdeme v rozkladu tvaru a významu jednotlivých slov. Slovo „psycho“ má původ v řeckém *psyché*, výraz pro duši, ducha. Slovo „sociální“ pochází z latinského *socialis* odvozeného od *socius* (druh, společník).⁴⁶ „Psycho“ = týkající se duše, „sociální“ = společenský, týkající se vztahu ke společnosti. Psychosociální je tedy to, co se týká psychické a sociální stránky člověka.

Prvním faktorem, který působí na osobnost zdravotníka je práce v nepřetržitém provozu. Služby se střídají v režimu ranní, odpolední, denní, noční a velmi zásadně zasahují do všech rovin života jak z pohledu fyziologického, psychologického, tak společenského. Vévoda zdůrazňuje, že zdravotníci se musí velmi často adaptovat na aktuální změny

⁴⁵ STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Faktory pracovního prostředí*, [online].

⁴⁶ REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*, 201, s. 568, 646.

v režimu směn (pokrytí směn za nemocné kolegy nebo rodiče v režimu ošetřování člena rodiny). Tyto změny výrazně zasahují do jejich společenského a kulturního života (omezují sociální kontakty s rodinou, absence na společenských a kulturních akcích, omezení realizací rodinných událostí, nepravidelnost a posouvání volna).⁴⁷ Důsledkem narušeného cirkadiánního (biologického) rytmu je únava. Únavou rozumíme „snížení schopnosti vykonávat činnost, která vyplývá z předchozího úsilí.“⁴⁸ Mezi psychické změny pramenící z únavy řadí Honzák:

- zhoršený výkon,
- zpomalené myšlení,
- zvýšené bezpečnostní riziko,
- prodloužení reakční doby,
- inklinaci k nesprávným rozhodnutím.⁴⁹

Dalším faktorem psychosociální zátěže, který se začal diskutovat v souvislosti s pandemií Covid-19 je míra sdílení utrpení a bolesti. Předmětem zájmu zdravotnictví je nemocný člověk. Honzák poukazuje na skutečnost, že sdílení bolesti je zásadní psychosociální zátěží v profesi zdravotníka. Zdravotníci disponující empatií a soucitem, sdílí s pacienty bolest ať psychickou nebo fyzickou. Jen málokterá profese se setkává a je prakticky denně v kontaktu s takovou spoustou strachu, lidské bolesti a utrpení. Postupem času sice dochází k částečné adaptaci a přechodu od citlivosti k profesionalitě, ale i poté je zdravotník – člověk, vystavován vysokým empatickým náložím bolesti.⁵⁰

Mezi faktory psychosociální zátěže můžeme řadit i další. Některé pracovní faktory jsou přímo spjaty s psychickou zátěží. Vévoda uvádí „jedná se zejména o přetížení, ale i nevytížení, kombinace vysoké náročnosti práce s nízkou mírou kontroly nad svou prací, časový tlak, monotonie, vnucené pracovní tempo, konfliktní interpersonální vztahy na

⁴⁷ VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*, 2013, s. 307.

⁴⁸ HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*, 2004, s. 285.

⁴⁹ HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*, 2015, s. 76.

⁵⁰ HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*, 2015.

pracovišti, vysoká odpovědnost, riziko ohrožení zdraví vlastního či jiných osob, vysoké nároky na sociální integraci, dlouhodobá sociální izolace.“⁵¹

Vysoká emoční nálož, únava až vyčerpání, extrémní pracovní tempo a další faktory, které jsme v této kapitole popsali, vedou často k emocionálním reakcím.

2.2 Emoce, afekt a nálada

„Emoce jsou uvědomované pocity různého ladění, které vyjadřují vztah člověka k relevantním událostem vnějšího prostředí i k sobě samému a které jsou spojeny s různou mírou fyziologické aktivace, mající roli připravenosti k jednání.“⁵²

Společně s vnímáním jsou emoce první reakcí organismu na podnět přicházejících z vnějšku. Vnější projevem je sdílíme naším chováním. Podle Atkinsonové má emoční projev šest složek:

- **Kognitivní hodnocení:** posuzujeme, jak velký význam pro nás mají současné okolnosti
- **Subjektivní prožitek:** afekt nebo pocit, který provází danou emoci
- **Tendence myslet a jednat:** nutkání myslet nebo jednat určitým způsobem
- **Vnitřní tělesné změny:** fyziologická reakce organismu na úrovni autonomní nervové soustavy (zrychlení srdeční akce, zvýšená činnost potních žláz a další)
- **Výraz v obličeji:** vytváření grimas a kontrakce obličejových svalů například nosu nebo obočí
- **Reakce na emoci:** způsob, kterým se člověk s konkrétní emoci vyrovnává, reaguje na ní anebo se jí snaží kontrolovat.⁵³

„Emoce jsou silnější a hůře ovlivnitelné než procesy rozumové, protože jsou evolučně starší. Jsou hodnotící reakcí na podnět, biologickou účelnou adaptací.“⁵⁴ Emoce jsou

⁵¹ VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*, 2013, s. 88.

⁵² VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie II*, 2001, s. 49.

⁵³ NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*, 2012.

⁵⁴ HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*, 2004, s. 58

výrazným prediktorem našeho života. Určují kvalitu našeho života, objevují se v každém vzájemném vztahu.

Z vývojového hlediska můžeme emoce dělit na nižší (jednoduché), u nichž se z hlediska evoluce předpokládá, že se vyskytují jak u člověka, tak u zvířat. Mezi nižší emoce řadíme afekty a nálady.

Afekty Nakonečný vymezuje jako „výbuchy silných emocí, které mohou mít dezorganizující vliv na jednání, myšlení a další kognitivní funkce.“⁵⁵ Afektům dominuje vysoká intenzita, dominance a vyznačují se negativní konsekvencí (chování v afektu není často racionální). Poláčková Šolcová uvádí, že pozitivní afekt je realizován v emocích radosti, štěstí, spokojenosti. Negativní afekt se projektuje do emocí smutku či strachu.⁵⁶

Afekt je zřetelně základní složkou nálady. **Nálada** je pocitově méně intenzivní než emoce a nemá jasně definovanou příčinu. I přesto můžeme bez jasně definovaného podnětu rozumět příčině vzniku nálady. Nálada může být důsledkem emoce. Emoce se v náladu rozvine nebo jí dá vzniknout, když se vytratí ohnisko emočního záměru a pocity nebo chování, které emoci provázely, se rozmělní.⁵⁷ Náladě jako by chyběl důvod. Přichází nepozorovaně a na rozdíl od afektu, který trvá několik minut, přetrvává nálada i několik dní. Pod vlivem emocí například hněvu, interpretujeme svět, tak abychom se mohli pohádat, vykřičet. Nálada je odrazem této interpretace „Nálada je implicitním subjektivním vyladěním jedince, kterou tvarují tělesné a duševní pocity a její obsahovou složku vytváří společně s kontextem sociokulturní prostředí a kognice.“⁵⁸ Určitým způsobem jsou nálady projevem našeho hodnocení světa a způsobu jakým vnímáme svět.

Vyšší emoce jsou považovány za privilegium člověka. Vychází z jeho sociálních potřeb, norem a hodnot. Studium lidských emocí výrazně ovlivnila studie Ekmana a Friesena prezentována v roce 1978 pod názvem Kódovací systém mimiky tváře (*Facial Action Coding System*, zkráceně FACS). Paul Ekman opakovaně studoval domorodý kmen Furu na Nové Guineji. Na základě této studie prokázal, že základní emoce jsou prožívány ve

⁵⁵ NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*, 2000, s. 112.

⁵⁶ POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. *Emoce*, 2018.

⁵⁷ STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*, 2007.

⁵⁸ TAMTÉŽ, s. 60.

všech lidských kulturách. Ekman a Friesen stanovili šest základních emocí, které jsou zřetelně identifikovatelné z výrazu tváře: „**hněv, strach, smutek, znechucení, štěstí, překvapení.**“⁵⁹

Lazarus počet emocí rozšířil a přiřadil k nim vztahová témata. Vzniklo tak patnáct emocí a vztahů, které je vyvolávají:

- **vztek:** urážka mě nebo toho co je mi blízké,
- **úzkost:** nespecifikovaná hrozba nad vlastní existencí,
- **úlek:** konkrétní fyzické nebezpečí hrozící bezprostředně,
- **vina:** narušení morálních pravidel jednotlivce,
- **stud:** zrada osobních ideálů,
- **smutek:** nenapravitelná ztráta,
- **závist:** touha, chtíč po něčem, co vlastní někdo jiný,
- **žárliivost:** obvinění třetí osoby z vlastní ztráty nebo ohrožení náklonností jiné osoby,
- **znechucení:** setkání s „nestravitelnou“ myšlenkou nebo nepřijatelným objektem,
- **štěstí:** pokrok, který je důležitý pro uskutečnění cíle,
- **pýcha:** posilování vlastního ega získáním zásluh nebo úspěchu, který je vlastní, nebo souvisí se skupinou, s kterou se ztotožňují,
- **úleva:** zánik skutečnosti, která byla zneklidňující vzhledem k našemu cíli,
- **naděje:** touha po lepším a zároveň obava z nejhoršího,
- **láska:** touha po náklonnosti a prožívání náklonnosti, která je (ne vždy) opěťovaná,
- **soucit:** vlastní pohnutí něčím utrpení a snaha pomoci.⁶⁰

Ze sociokulturního pohledu jsou emoce a lidská emocionalita tvarována kulturou. Mezi jednotlivými kulturami je v emocionalitě mnoho rozdílností, ale i podobností. Ve shodě s Ekmanem o jisté univerzalitě emocí píše Ortony a Turner, kteří shrnují argumenty míry univerzality tak, že některé emoce se pravděpodobně vyskytují ve všech kulturách,

⁵⁹ EKMAN,Paul. *Odhalené emoce*, 2015.

⁶⁰ NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*, 2012.

u vývojově vyšších živočichů jsou rozpoznatelné, poznáme je díky charakteristickým výrazům v obličejí a obecně zvyšují šanci na přežití jedince.⁶¹

I přes vymezenou univerzalitu jsou patrné jisté rozdíly v emočních termínech. Někdy jsou „nepřeložitelné“ afektivní pojmy dokonce považovány za zásadní rys celé kultury. Takovým specifikem vyniká například české slovo a emoce lítost, která byla často zmiňována při pandemii Covid-19. Lítost společnost projevovala v souvislosti s oběťmi pandemie, ale i se zdravotníky. Kundera o ní napsal: „Lítost je české slovo nepřeložitelné do jiných jazyků. Označuje pocit nesmírný jak roztažená harmonika, pocit, který je syntézou mnoha jiných pocitů: smutku, soucitu, sebevýčitek i stesku. První slabika toho slova, pronesená s přízvukem a dlouze, zní jako nářek opuštěného psa. Za jiných okolností má však lítost význam naopak velmi zúžený, zvláštní, přesný a jemný jak ostří nože. Hledám pro něj rovněž marně obdobu v jazycích, i když si neumím představit, jak bez něho může vůbec někdo rozumět lidské duši. [...] Co je tedy lítost? Lítost je trýznivý stav probuzený pohledem na náhle odkrytou vlastní ubohost.“⁶²

Celkově je vztah procesů afektů, nálad a emocí velmi úzký a vzájemně na sebe působí. Cílem jedince je synchronizace jednotlivých procesů. Poláčková Šolcová usuzuje, že zatímco afekt na emoci není nutně vázán, emoce je na afekt vázána vždy. Afekt dále považujeme za jeden bod v rámci celkového afektivního prožívání jedince. Bod, který může mít různou intenzitu a dynamiku. A všechny emoce je nutné považovat za afektivní jevy, procesy.⁶³

Zdravotnictví je obor, který je s emocemi velmi úzce spjat. U pacientů se během hospitalizace setkáme s hněvem, vztekem, studem, úzkostí, ale také úlevou, nadějí a štěstím. Zdravotní personál se v ideálním případě vyznačuje schopností prožívat soucit, nadějí a štěstím. Součástí profese je, nebo by měla být schopnost, pracovat se smutkem, hněvem, strachem, úzkostí a vztekem. S emocemi, které vyplývají ze zátěžových psychosociálních faktorů.

⁶¹ ORTONY, Andrew, CLORE, Gerald., COLLINS, Allan. *The Cognitive Structure of Emotions*, 1988.

⁶² KUNDERA, Milan. *The book of laughter and forgetting*, 1981, s. 49 a 50.

⁶³ POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. *Emoce*, 2018.

2.3 Stres, frustrace, deprivace

Stres

Generalizovaný adaptační syndrom je biologická reakce organismu na stres. Stav stresu se projevuje v symptomech a reakcích, které probíhají ve třech fázích. Generalizovaný adaptační syndrom je termín použitý Hansem Selyem (považován za otce moderního výzkumu stresu) pro označení tří stupňů biologické reakce na stres:

- **Fáze poplachová**

Je náhlé narušení vnitřního prostředí organismu. Je provázena silnou excitací, především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek. Organismus mobilizuje svoje síly.

- **Fáze rezistence – adaptace**

Fáze, kdy je adaptace na stres maximální. Organismus si na stres zvyká. V této fázi se pokoušíme situaci zvládnout, respektive přežít. Toto zvládnání nás stojí určité množství energie, kterou musíme na své přežití vynaložit. Důležitý je pocit kontroly nad situací:

- Jestliže jedinec situaci zvládne – psychické i fyziologické funkce se vrací do normálu.
- Pokud je pro jedince situace nezvladatelná – projeví se třetí fáze.

- **Fáze vyčerpání**

Fáze, která nastává, jestliže získaná rezistence je nedostatečná. Výsledkem může být celkové selhání regulačních a adaptačních schopností a rozvoj závažnějších a trvalejších problémů – psychosomatických poruch.⁶⁴

⁶⁴ SELYE, Hans. *Stres života*, 2016

Stres byl původně terminologickým označením jevu v oboru techniky. Stresem se v mechanice označovala situace, kdy byl materiál vystaven extrémní zátěži (například rozžhavené železo pod lisem nebo pod kladivem bucharu)⁶⁵.

Podle Selye je stres definován jako „nespecifická odezva těla na jakýkoliv podnět.“ Ještě s větší přesností zní definice stresu takto: „Stres je stav projevující se specifickým syndromem, který zahrnuje všechny nespecificky vyvolané změny uvnitř biologického systému.“⁶⁶

Z psychologického hlediska je stres chápán jako „stav nadměrného zatížení či ohrožení.“⁶⁷ Míra (intenzita) zátěže hraje pro definici stresu zásadní roli „O stresové situaci (stresu) hovoříme pouze v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o nadlimitní zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu.“⁶⁸

Stres je běžnou součástí lidského života. To, co odlišuje pozitivní a negativní působení stresu na život jedince je příčina jeho vzniku. Křivohlavý jako pozitivní činitele, tedy ty, kteří člověka v těžkých životních situacích posilují, dodávají mu odvahu a povzbuzují k dalšímu boji, nazývá **salutory**. Negativní životní faktory, jednotlivé nepříznivé vlivy pak nazývá **stresory**.⁶⁹

Některé stresory trvají jen krátce, jiné stresory působí dlouhodobě a přecházejí do chronicity. Stresor je činitel vnějšího prostředí, jehož dopad na organismus vyvolává stresovou reakci. Tyto stresory můžeme rozdělit do dvou skupin:

Stresory vnitřní

- Tělesné stresory: hlad, žízeň, bolest, námaha.

⁶⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*, 2009, s. 169.

⁶⁶ SELYE, Hans. *Stres života*, 2016, s 63.

⁶⁷ VÁGNEROVÁ, Marie, 2012, s. 50.

⁶⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, 2009, s.171.

⁶⁹ TAMTÉŽ, 2009.

- Emocionální stresory: obavy, strach, zlost, nejistota, uleknutí.
- Kognitivní stresory: negativní myšlenky, fantazie, postoje, očekávání, starosti.

Stresory vnější

- Fyzikální stresory: jasné světlo, tma, chladno, horko.
- Biochemické stresory: alkohol, kofein, léky, nikotin.
- Komplexní stresory: konfliktní situace, časový nátlak, přehnané požadavky na výkon, změna povolání, osamělost, nemoc, spor, kritika, odloučení od milovaných osob.⁷⁰

Atkinsonová za stresové situace považuje ty, které disponují čtyřmi typickými znaky:

- jsou nepředvídatelné,
- jsou neovlivnitelné,
- jsou zásadní změnou v dosavadních životních podmínkách,
- přinášejí vnitřní konflikt.⁷¹

A dodává, že nejviditelnějšími zdroji stresu v naší společnosti jsou traumatické události. Události, které jsou pro člověka krajně nebezpečné a přesahují jeho běžné lidské zkušenosti. Takovými událostmi mohou být katastrofy, mimořádné události, ale například i autohavárie, fyzické útoky nebo znásilnění.⁷² „Během neštěstí a po nich se lidé mohou setkat s různými typy silných stresorů, jakými jsou ohrožení života, konfrontace se smrtí a s mrtvými, fyzické zranění a jeho konsekvence (bolest, sociální zneschopnění, pracovní omezení), zdánlivě nekonečné trvání události i traumatických prožitků, ztráta materiálních, psychologických i sociálních a komunitních hodnot, hrůza z nepředvídatelnosti světa, z chaosu, z absence dobra, z nedůvěry a dalších.“⁷³

Pro katastrofy a mimořádné události, jakými pandemie Covid-19 byla, je typický i další velký stresor, a to je samotná reakce jedince na událost. Pokud si zasažený nebo

⁷⁰ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*, 2009, s. 113.

⁷¹ NOLEN-HOEKSEMA, Susan, *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*, 2012, s. 585.

⁷² TAMTĚŽ, 2012.

⁷³ KOHOUTEK, Tomáš, ČERMÁK, Ivo. *Psychologie katastrofické události* 2009, s. 30.

pomáhající neumí poradit s vlastními pocity, neumí nebo nemůže reagovat adekvátně a zpětně si vyčítá některé skutky vlastního chování, je pro něj subjektivní reakce na událost zatěžujícím faktorem.

Frustrace

Původ slova frustrace nalezneme v latinském *frustrā* (marně, zbytečně).⁷⁴ Paulík uvádí, že o frustraci se hovoří zpravidla tehdy, je-li nějakým způsobem zabráněno nebo znemožněno uspokojení potřeby nebo dosažení cíle. Čím je pro jedince potřeba nebo cíl důležitější, tím je vyšší jeho motivace k jejímu dosažení. Míra frustrace plynoucí z nedosažení cíle nebo neuspokojení potřeby, je přímo souvislá se silou motivace.⁷⁵ „Frustrace je neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Taková situace vyvolává zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance.“⁷⁶ Nakonečný frustrální situace rozdělujeme na **endogenní** a exogenní podle jejich původu. Endogenní frustrální situace jsou vyvolané vnitřní zábranou, překážkou nebo bariérou. Na jejich pozadí obvykle stojí naše morální důvody nebo strach (neposkytnutí první pomoci zraněnému člověku ze strachu). Frustrální situace exogenní vyvolá překážka z vnějšího prostředí (zmeškaný odlet letadla).⁷⁷

Na pasivní a aktivní můžeme rozdělit frustrální reakce. Častou aktivní reakcí na frustraci je **agrese**. Původní funkce agrese byla obranná. „Agresivní chování živočichů je reakcí na všechny typy ohrožení života, nebo obecněji na životně důležité zájmy živočicha, ať už jako jedince nebo příslušníka biologického druhu.“⁷⁸ Autorem teorie, která spojila agresivní reakci jako odpověď na frustraci je J. Dollard.⁷⁹ „Agresivitou a násilím se

⁷⁴ REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*, 2014, s. 197.

⁷⁵ PAULÍK, Karel, *Psychologie lidské odolnosti*, 2017.

⁷⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2012, s. 32.

⁷⁷ NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*, 1997.

⁷⁸ FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity*, 2019, s. 107.

⁷⁹ NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*, 1997.

rozumí manifestní, pozorovatelné chování, vedené úmyslem poškodit jiný organismus (zvíře či člověka) nebo předmět neživotný.“⁸⁰

Fromm člení formy agrese na benigní a maligní. Benigní agresí se rozumí ta, která je pro život sloužící, biologicky adaptivní. Biologicky neadaptivní, maligní agresivitou je ta destruktivní forma jednání, která je vlastní pouze člověku. Tato forma agrese nevznikla důsledkem instinktu a neslouží člověku k zachování života. „Jenom člověk může mít sklony k týrání a vraždění pro radost. Člověk je jediný živočich, který může a chce zabíjet a vědomě poškozovat jedince vlastního druhu, aniž by z toho měl nějaký biologický nebo ekonomický užitek.“⁸¹

Hranici mezi jednáním, které je ve frustrační situaci akceptovatelné a tím, které již přijatelnou hranici překonává, určuje míra **frustrační tolerance** jedince. Pavlovský definuje frustrační toleranci jako schopnost jedince odolávat zátěžovým situacím. Míru tolerance hodnotíme podle toho, jak velkou zátěž dovede snést jedinec, aniž by reagoval nepřiměřeným způsobem.⁸² „Jde o pozitivní projev člověka, spojovaný obvykle s emoční stabilitou, flegmaticností a schopností zvládat negativní emoční stavy. Nízká frustrační tolerance bývá indikátorem různých „komplexů“, příznakem zvýšených neurotických tendencí a projevem lability člověka.“⁸³

Deprivace

Pochází z latinského *deprivare* zbavit něčeho.⁸⁴ Je-li jedinec vystaven frustraci dlouhodobě a jeho životní potřeby (viz. Obrázek č .5) desaturovány, vzniká deprivace. „Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických, psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“⁸⁵

⁸⁰ VOLAVKA, J. *Agrese a násilí*. In Höschl, C. et al. *Psychiatrie*, 2004, s.161.

⁸¹ FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity*, 2019, s. 220.

⁸² PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*, 2004.

⁸³ HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*, 1999, s. 35.

⁸⁴ REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*, 2014, s. 138.

⁸⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2012. s. 36.

Dělení deprivace se odvíjí od oblastí podnětů, které jsou jedinci odeprény. Hošek deprivace dělí na:

- **Emoční deprivace:** je prvkem vývojové psychologie a vyskytuje se u osob, kterým v dětství byly odeprény citové (emoční) podněty.
- **Senzorická deprivace:** je ochuzení nebo úplné vyloučení člověka od smyslových podnětů.
- **Sociální deprivace:** vzniká při vyloučení a odloučení jedince od lidské společnosti.
- **Spánková deprivace:** vzniká dlouhodobým blokováním kvalitního spánku.
- **Pohybová deprivace:** je aktuální pro dnešní populaci, pro kterou znamená psychosomatický problém.⁸⁶

2.4 Mechanismy psychické adaptace v zátěžových situacích

Biologický (původní) smysl stresu měl ochranou formu. Pro jedince byl přípravou na **útok** nebo **útěk**.⁸⁷ Tyto reakce našim předkům sloužili k záchraně života a zachování zdraví. Reakcí útok jsme evolučně vybaveni pro ohrožující a nepřijatelné situace, v kterých jsme tendenčně schopni bojovat. Útok je forma aktivní obrany. Útěk je naproti tomu úniková reakce. Inklinujeme k ní za předpokladu, že se s ohrožující, zatěžující nebo nebezpečnou situací nedokážeme vypořádat jinou formou.

Vágnerová jako obranné reakce definuje i formy změny postoje a z nich vyplývající změny v chování jedince:

- **Regrese:** je formou úniku na vývojově nižší úroveň chování.
- **Identifikace:** jedinec si vlastní hodnotu posiluje ztotožňováním s někým, ke komu vzhlíží.
- **Substitute:** nahrazení nedosažitelného cíle a uspokojení jiným, který je v dosažení dostupnější.

⁸⁶ HOŠEK, Václav, tamtéž, s. 35 až 37.

⁸⁷ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace*, 2009.

- **Rezignace:** vyjadřuje bezmocnost, apatii a pasivitu. Jedinec rezignuje na získání zablokovaných potřeb.⁸⁸

Reakce, které organismu slouží jako mechanismy adaptace a aktivují se při zátěžových situacích, můžeme rozdělit na aktivní a pasivní.

Vodáčková definuje reakce na stres podle aktivizace mozkových center. Jestliže zátěžová situace převládá ve funkci nervu sympatiku jedná se o obrannou **reakci typu A – akutní reakci**. Tato reakce má za cíl extrémně rychle zmobilizovat rezervy jedince k evolučně danému útěku nebo útoku. Reakce typu A ve velmi krátké chvíli ovlivní všechny děje v organismu, jak píše Vodáčková a Atkinsonová:

Vegetativní reakce:

- Zrychlením fyziologických funkcí – stoupá krevní tlak, srdeční akce a puls.
- Průdušky v plicích se rozšiřují a dýchání se zrychluje.
- Prokrvování kosterního svalstva se zvětšuje a svalové napětí zvyšuje.
- Rezervy cukru z jater jsou větší měrou distribuovány do krve a poskytovány k výrobě energie.
- Mastné kyseliny z tukových buněk se uvolňují a jsou poskytovány ke spalování energie.
- Srážlivost krve je zvýšená.
- Zažívací činnost trávicího traktu se snižuje.
- Zabraňuje se ukládání energie ve formě glukózy a tuků.
- Funkce pohlavních orgánů a schopnost reakce na sexuální podněty jsou výrazně omezené.
- Citlivost na podnět bolesti se snižuje.

Poznávací a citové reakce na stres

- Neschopnost dostatečně se koncentrovat a udržet pozornost.
- Zpomalené vědomé vnímání informací.
- Špatná krátkodobá i dlouhodobá paměť.

⁸⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2012.

- Pocity vnitřního napětí, nervozity a spěchu.
- Pocity nespokojenosti a zloby.
- Sebevýchytky, sebelítost, pocity viny, ale také přisuzování viny a agrese.
- Strach ze selhání nebo ostudy.
- Pocity bezmocnosti.
- Kroužící, hloubavé myšlenky.
- „Prázdnost v hlavě“
- Blokády myšlení.

Reakce na stres v chování

- Ukvapené a netrpělivé chování.
- Emoce jsou výrazné, a i výrazněji projevovány.
- Projevují se emoce, které nejsou v dané situaci vhodné například smích.
- Tempo řeči je překotné, řeč předchází myslí.
- Časté přerušování ostatních.
- Zrak kontroluje okolí, pohled třeští.
- Čas se subjektivně zkracuje.
- Častější či imperativní potřeba močit.⁸⁹

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (MKN-10) přiřazuje psychickým poruchám a onemocnění označení písmenem F. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení jsou označeny číslem 43. Podle MKN-10 je Akutní reakce na stres vedena pod označením F43.0 a je definována jako „krátkodobá přechodná porucha vznikající samostatně bez další zjevné psychické poruchy jako odpověď na mimořádný fyzický a psychický stres, zpravidla odezní během několika hodin či dnů.“⁹⁰

Méně častou reakcí v zátěžových situacích je **akutní reakce typu B – pasivní reakce**. Při této reakci se aktivuje a do popředí dostává nervus parasymphatikus. Tato reakce je někdy nazývána „mrtvý brouk.“ Evolučně je starší než předchozí reakce typu A. Vychází

⁸⁹ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*, 2020., a NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*, 2012.

⁹⁰ MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ -10 2022, 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, [online].

ze strategie členovců, kteří se předstíráním vlastní smrti chrání před predátory. Pasivní reakce připomíná „zamrznutí“, ztuhnutí, člověk není schopen se pohnout. Někdy se projevuje pocitem oddělení od reality, postižený má pocit jako by situaci viděl „za sklem“. ⁹¹ Vodáčková a Atkinsonová popisují příznaky akutní reakce typu B:

Vegetativní reakce na stres

- Fyziologické funkce se zpomalují, klesá krevní tlak, puls a srdeční akce.
- Snižují se metabolické procesy v těle.
- Zblednutí nebo promodráání okolo úst a periferních částí těla.
- Nadměrná sekrece studeného potu, často pocit zimy.
- Snížená percepce těla až neschopnost cítit tělo, což může vést k tomu, že se člověk záměrně zraňuje, protože se snaží citlivosti dosáhnout.

Poznávací a citové reakce na stres

- Mimika je minimální, výraz obličeje je maskovitý.
- Emoce nejsou pociťovány ani projeveny.
- Časová distorze: člověk prožívá okamžik jako neskutečně dlouhý.
- Prožitky derealizace: to, co se děje, není skutečné.
- Prožitky depersonalizace: to, komu se to děje, nejsem já.

Reakce na stres v chování

- Pohled je upřen dovnitř, neschopnost navázat oční kontakt.
- Výrazně snížená schopnost porozumět verbálním sdělením.
- Člověk může budít dojem, že je v takové situaci „statečný a rozumný“.^{92 93}

Akutní reakce typu B – pasivní reakce je nebezpečná. Zasažený jedinec může navenek vypadat jako velmi „vyrovnaný“. Pomáhajícím složkám tak v nepřehledné situaci může „proklouznout“ bez poskytnutí intervence mnohem snáz než postižený akutní reakcí typu A. I pro pomáhající je tato reakce nebezpečnější. Před svými kolegy vypadají jako

⁹¹ MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*, 2012.

⁹² VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*, 2020.

⁹³ NOLEN-HOEKSEMA, Susan, *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*, 2012.

ti, kteří situaci perfektně zvládají, a přitom se jejich „vnitřní svět“ bortí. Důsledkem nezvládnutých zátěžových situací je u zdravotnických a pomáhajících profesí velké riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy a syndromu vyhoření. Posttraumatická stresová porucha je velkým tématem pro péči o zaměstnance Zdravotnických záchranných služeb, Hasičského záchranného sboru a Policie ČR. Syndrom vyhoření je typickou komplikací výkonu profese nejen u všech výše zmíněných sborů, ale vysoce ohrožuje všechny pracovníky v pomáhajících nebo obslužných profesích.

2.5 Posttraumatická stresová porucha a syndrom vyhoření

„Abnormální reakcí na abnormální situaci je normální chování.“

*Viktor. E. Frankl*⁹⁴

Jak bylo uvedeno v předchozím textu, zdravotníci jsou vystavováni enormní emoční náloži. Mezi nejhůře vnímané konfrontace můžeme zařadit například výčet situací podle Andršové: ošetřování známých a příbuzných, agresivní pacienti, kardiopulmonální resuscitace a úrazy u dětí, kontakt s mrtvými a zohavenými těly, hromadná neštěstí, ohrožení vlastního života a další.⁹⁵ Během pandemie Covid-19 se požadavek na profesní výkon mnohokrát zvýšil. O posttraumatické stresové poruše a syndromu vyhoření bylo napsáno mnoho literatury. Cílem této kapitoly je nabídnout pohled na tyto dva jevy a představit konkrétní oblasti osobnosti, na které u zdravotníků působí a jak je ovlivňují.

Po prožití traumatu se u řady osob (zasažených i zasahujících), může po určité době objevit **posttraumatická stresová porucha** (PTSP, nebo PTSD z anglického Post Traumatic Stress Disorder). První zmínky o symptomech PTSP jsou popsány již u vojáků z první světové války, kteří trpěli symptomy z následků tzv. granátové šoku (třes rukou, výrazná úzkost, neschopnost soustředit se atd.). Kebza připisuje uvedení PTSP americké psychiatrii, která zkoumala problémy válečných veteránů vracejících se z válek v Koreji a později Vietnamu.⁹⁶ Tito vojáci prokazovali symptomatiku: spánková deprivace, deprese, nadužívání návykových látek, sebevražedné myšlenky, opětovné vybavování si

⁹⁴ FRANKL, Viktor. *Citáty slavných osobností*, [online].

⁹⁵ ANDROŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*, 2012.

⁹⁶ KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*, 2011.

traumatických zážitků a další.⁹⁷ Další výzkum prokázal, že PTSP nevzniká jen ve válečných konfliktech, ale spouštěčem syndromu mohou být jakékoliv traumatické události.

Z pohledu medicíny se jedná o znovuožívování traumatu v projekci neodbytných vzpomínek.⁹⁸ Mezinárodní klasifikace nemocí označuje tuto klinickou jednotku označením F 43.1 a specifikuje její projevy: „Typické jsou epizody znovuožívování traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie (neschopnost radovat se) a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek.“⁹⁹

Vodáčková upozorňuje, že PTSP, se snadněji rozvíjí tam, kde náhle způsobené trauma prohlubuje již předem přítomný stav bezmoci. Jako častou složku PTSP zmiňuje pocit viny a pocit viny z přežití.¹⁰⁰ Vina za přežití bývá velmi trýznivou složkou PTSP a považuje se za markantní důvod suicidálního (sebevražedného) chování i s velkým časovým odstupem od tragédie. Syndrom přeživších byl prvně diagnostikován u lidí, kteří přežili věznění v koncentračních táborech.

Baštecká dává vinu do souvislosti například:

- **Vina, stud a sebepojetí:** v situacích, kdy si člověk zachrání život i přesto, že ostatním se zachránit nepodařilo a v těch situacích, kdy přežil jen díky chování, za které se zpětně cítí vinen a stydí se za něj.
- **Vina a solidarizující zodpovědnost:** vyjadřuje solidaritnost s druhým. Charakteristická po velkých katastrofických událostech (občané přispívají do peněžní sbírky s provinilou úlevou, že tentokrát to za ně vzali jiní). Typická byla také pro oběti holocaustu, kteří i na sklonku života cítili potřebu vydávat svědectví a zůstat zodpovědným vůči zemřelým i živým.

⁹⁷ ANDROŠOVÁ, Alena. *Tamtéž*, 2012.

⁹⁸ MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*, 2012.

⁹⁹ MKN-10 2022, 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, [online].

¹⁰⁰ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*, 2020.

- **Vina a výkon:** typická pro záchranáře a ostatní pomáhající složky, pro ty, kteří se snaží zmírnit dopady katastrof a neštěstí. Cítí vinu za nedostatečný výkon, i když je jejich nasazení enormní. Obávají se, že kvůli nim a jejich nečinnosti zemřou další lidé.¹⁰¹

Souvislost viny a výkonu se u zdravotníků projektuje i do dalšího syndromu, syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření

Zakladatelem zkoumání syndromu vyhoření je považován Herbert Freudenberger, který v roce 1974 syndrom následovně popsal. „U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setřást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínající opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy až po nespavost a deprese. [...] Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.“¹⁰²

Původní představa spojovala syndrom vyhoření s profesemi jejichž náplní je primárně pomoc lidem. Novější pohled tuto premisu doplňuje o „trvalý a nekompromisní požadavek na vysoký a nekolísající výkon, malou možnost úlevy, v případě chyb a omylů se závažnými důsledky.“¹⁰³

Syndrom vyhoření může být akutní i chronický. Anglický název „bourn out syndrome“ je výstižnou metaforou pro jeho definici. „Původně silně plápolající oheň, zájem, aktivita a nasazení, přechází z počátku většinou nenápadně pod vlivem dlouhodobého, chronického stresu a postupně se vynořujících problémů a překážek, jakož i narůstající přesvědčení, že očekávaný efekt, směřující k naplnění stanoveného cíle, se přes veškerou snahu nedostavuje, do dohořívání, doutnání a vyhaslosti.“¹⁰⁴

¹⁰¹ BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Psychosociální krizová spolupráce*, 2013.

¹⁰² FREUDENBERGER, Herbert, In Venglářová, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, 2011, s. 23 až 24.

¹⁰³ RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 536.

¹⁰⁴ KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*, 2011, s. 93.

Syndrom vyhoření je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce. Bártlová jednotlivé fáze vyhoření u zdravotních sester vymezuje takto:

- **Nadšení:** sestra nastupuje s ideály, jakým způsobem bude nemocným lidem pomáhat v jejich uzdravování. Je ochotna pracovat nad rámec svých pracovních povinností a s plným nasazením.
- **Stagnace:** primární motivace a nadšení postupně otupuje. Sestra začíná slevovat ze svých předsevzetí a ideálů. Pacienti ji někdy obtěžují a unavují a sestra postupně přesouvá pocit viny a problémy za pacienty.
- **Frustrace:** sestra pocítuje zklamání a prožívá deziluzi z vlastního povolání.
- **Apatie:** sestra se vyhýbá kontaktu s pacienty, ostatními zdravotníky, dalšímu vzdělávání a vykonává pouze nejnutnější práci.
- **Vyhoření:** je dosaženo plné neangažovanosti a vyhýbání se i profesním požadavkům.¹⁰⁵

Venglářová dělí příznaky syndromu vyhoření podle jednotlivých oblastí, které stav vyčerpání postihuje:

- **Emocionální vyčerpání:** člověk už nechce poslouchat další trápení, starosti a sdílet bolest s ostatními. Je citově vyprahlý a uzavírá se do sebe. Jeho „kapacita pro lidi“ je vyčerpána. Kontakt s lidmi pro něj není zdrojem radosti, a to ani v rodině a mezi přáteli. Vnitřně se cítí prázdný, beznadějný a bezmocný. Jedinec, který do té doby disponoval vysokou mírou empatie ji nyní projevuje extrémně málo.
- **Psychické vyčerpání:** negativně ovlivňuje postoje a hodnoty. Život vnímá jako „obrovskou katastrofu“. Projevuje se cynicky, negativisticky, pesimisticky. Častěji zapomíná, přestává si věřit. Celková aktivita je utlumená, vytrácí se kreativita. Zaměstnání a život přestávají dávat smysl a mohou se objevit i suicidální myšlenky.
- **Tělesné vyčerpání:** projevuje se ve formě chronické únavy, absencí energie, celkovou slabostí. I přes zvýšenou potřebu spánku je odpočinek nekvalitní. Únava

¹⁰⁵ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, 2005.

je úzce spojená s pocitem viny z vlastního selhání.¹⁰⁶ Postupně se objevují i obtíže somatické: poruchy krevního tlaku, bolesti hlavy a svalů a žaludku. Objevují se bolesti v oblasti srdce a změny srdeční frekvence.

Syndrom vyhoření působí jak na osobnost jedince, tak na jeho sociální vztahy. Raudenská a Javůrková popisují toto působení jako celkový útlum sociability. Sociabilitou rozumíme „družnost; schopnost vytvářet a udržovat lidské vztahy.“¹⁰⁷ Člověk neprojevuje zájem o jakékoliv hodnocení od druhých osob, ani o to výrazně pozitivní, redukuje kontakty na minimum se všemi, kteří jsou zainteresovaní do jeho profese. V rovině sociálních vztahů tak narůstají konflikty, které primárně nevznikají v důsledku aktivní snahy konflikt vyvolat, nýbrž vznikají z lhostejnosti, apatie a nezájmu.¹⁰⁸

¹⁰⁶ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, 2011.

¹⁰⁷ HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*, 2004, s. 249.

¹⁰⁸ RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011.

3 Sociální zdroje a strategie zvládání zátěžových situací

První dvě kapitoly se věnují zátěžovým situacím a jejich vlivu na osobnost. Profese ve zdravotnictví jsou se zátěžovými faktory v pracovním prostředí velmi úzce spjaty. Jak se vyrovnat s enormní zátěží a předejít negativním důsledkům jejich působení, je cílem copingových strategií. Opakem pozitivních strategií jsou strategie negativní, které nazýváme malcoping. V této kapitole je zároveň vysvětleno, jak důležitou roli má v náročných životních situacích sociální opora a rodina.

3.1 Sociální opora a rodina

Účinným faktorem vzájemných mezilidských vztahů, který významně omezuje působení stresu, je sociální opora. Paulík uvádí, že sociální oporu můžeme vnímat jako množinu blízkých lidí, kteří mají k jedinci pozitivní, vřelý vztah, jsou s ním ve vzájemné pozitivní interakci a tím naplňují sociální potřeby jedince.¹⁰⁹ Kebza navazuje a formuluje definici sociální opory. „Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“¹¹⁰

Historie výzkumu sociální opory sahá do roku 1964. Výrost a Slaměník přibližují experiment, který potvrdil zásadní vliv sociální opory na zdraví a život. Tehdy uznávaný Stoutův tým provedl výzkum na italské komunitě žijící v městečku Roset ve státě Pensylvánie. Tato italská komunita zachovávala tradice životního stylu výhradně orientovaného do prostředí rodiny. Jejich udržování přátelských vztahů, soudržnost, poskytování vzájemné pomoci všem krajanům (italské rodiny jsou typické širšími rodinami) podle výzkumu vedlo k nižší mortalitě na ischemickou chorobu srdeční, a to i přes to, že tato komunita nedodržovala zásady zdravého životního stylu. Sociální opora, kterou členové komunity nacházeli a vzájemně poskytovali, byla oproti jiným komunitám imigrantů a typickému americkému životnímu stylu zcela zásadním elementem jejich zdraví.¹¹¹

¹⁰⁹ PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*, 2017.

¹¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*, s. 94.

¹¹¹ VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie II*, 2001.

Sociální oporu například Scholz dělí na tři různé typy:

- **Informační opora:** je zdrojem prospěšných návodů a postupů na základě předání informací, které vedou k úspěšnému zvládnutí zátěžové situace.
- **Praktická (instrumentální) opora:** konkrétní a věcné jednání (například poskytnutí finančního daru) s cílem pomoci druhým.
- **Emoční opora:** souvisí s pocitem sounáležitosti, lásky a blízkosti.¹¹²

Přístup k sociální opoře dnes není čistě jen pozitivní, tak jako v minulosti, i když pozitivní vliv převládá. V zátěžových situacích nemusí být někteří přátelé nebo příbuzní oporou, ale spíše přítěží. Hlavním pilířem sociální podpory přesto zůstává **rodina**.

Definovat rodinu můžeme například z pohledu psychologie. „Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“¹¹³ Jandourek na rodinu nahlíží z pohledu sociologie a charakterizuje její základní formu. „Základní forma rodiny se skládá z dospělých rodičů a jejich potomků. Obvykle jde o dva manžely, kteří pocházejí z různých rodových linií a nejsou spolu pokrevně příbuzní.“¹¹⁴

Abychom správně uchopili rodinu jako celek, musíme brát na zřetel hlavně koncept, ze kterého současná rodina vychází. Giddens představuje koncept vzniku rodiny, který podléhal v historii velmi dynamickému vývoji. Zatímco v předmoderní době se manželství uzavíralo ve většině jako majetková dohoda, koncem 18. století prochází uzavírání sňatků proměnou. Od konce 18. století, a pak dále rozvojem moderní průmyslové kultury, vychází úplně nový koncept uzavírání manželství, tak jak ho vnímáme zpravidla dnes. Koncept romantické lásky. Manželství tedy zpravidla vzniká na pozadí emocí, konkrétně lásky.¹¹⁵

Funkce rodiny jsou výrazně ovlivněny proměnou rodiny, jako sociální instituce, kterou prošla během posledních desetiletí. Nároky, které jsou kladeny na dnešní rodinu

¹¹² SCHOLZ, Urte, přeložila Hacklová, Renata. *Sociální podpora a zdravé chování*, [online].

¹¹³ HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*, 2004, s. 230.

¹¹⁴ JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů*, 2012, s. 195.

¹¹⁵ GIDDENS, Anthony. *Sociologie*, 2013.

odpovídají transformaci společnosti. Někteří autoři nazývají současnou dobu, dobou postmoderní. Postmoderní dobou označujeme období, které přichází po moderně. Vznik směru a vývoje společnosti datujeme ke konci 20. století, kdy postmoderna nahrazuje plynule modernu. Někteří autoři ji považují za „dovršení moderny“, jiní v ní spatřují zásadnější zlom a přechod. Postmoderní společnost tedy společnost 21. století se vyznačuje pluralitou, odloučením od minulosti, dynamičností, individualizací a personalizací. Proces personalizace, tak jak se dotýká individua definuje Lipovetsky: „proces personalizace je totiž nový způsob, jak se společnost může uspořádat a nabrat směr, nový způsob, jak řídit chování jedinců. Není založen na krutovládě, nýbrž naopak na co nejmenším omezování a co největší možnosti soukromé volby, na minimální strohosti a maximální touze, na co nejmenší donucování a co možná největším pochopení.“¹¹⁶

Pro rodinu jako pilíř sociální opory je z jejích funkcí (biologicko-reprodukční, sociálně-ekonomická, ochranná, výchovná, rekreační a relaxační) nejdůležitější emocionální funkce rodiny. Jako jediná je funkcí nezastupitelnou. Funkcí, která poskytuje bezpečí, citové zázemí, pocit lásky.¹¹⁷

3.2 Copingové strategie

Při prvním působení zátěžové situace se zpravidla chováme náhodným způsobem. Typy náročných situací se v životě člověka opakují. Jedinec v rámci ontogenetického vývoje brzy pozná, že chová-li se určitým způsobem je negativní dopad zátěže subjektivně menší.¹¹⁸

Způsob, jakým se vyrovnáváme se zátěží je ovlivněn mírou naší vulnerability a resilience. **Vulnerabilita** je vnímána jako významný determinant zdraví. Kebza definuje vulnerabilitu jako zranitelnost, která pod vlivem zátěžových situací může vést až k rozvoji duševních a tělesných chorob. Proti pólem k vulnerabilitě je resilience. **Resilienci** vystihuje Kebza jako odolnost až houževnatost člověka, pružnost až elasticitu

¹¹⁶ LIPOVETSKY, Gilles. *Éra prázdnoty: úvahy o současném individualismu*, 2008, s. 9.

¹¹⁷ KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*, 2014, s. 84.

¹¹⁸ HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*, 1999.

posilující životní sílu. Odolnost vzdorovat nepříznivým podmínkám a pružnost vrátit se po jejich odeznění bez deformace.¹¹⁹

Podle Krivohlavého je snižování negativního dopadu zátěžových situací a snižování úrovně ohrožení to, jakým způsobem se snažíme životní těžkosti zvládat a vyrovnávat se s nimi, označujeme pojmem coping. Výraz coping pochází z řeckého *kolaphus* – rána uštědřená protivníkovi v boxerském souboji.¹²⁰

Paulík definuje copingové strategie jako aktivní a vědomě volené způsoby zvládání stresových situací. Využívá Lazarusovo rozlišení čtyř kategorií copingových strategií:

- **Útok na obtěžující noxu/stresor:** cílem je eliminovat působení stresoru. Nejsilnější emoce je zloba.
- **Posilování obranyschopnosti různými aktivitami:** posilování vlastních zdrojů vedoucí k úspěšnému boji proti stresoru.
- **Vyhýbání se noxám/stresoru:** účelné vyhýbání se stresoru, kdy nejsilnější emoci je převládající strach z konfrontace.
- **Pocit beznaděje, deprese, bezmocnosti – apatie.**

Lazarus a Folkmanová definovali copingové strategie jako „neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí ke zvládnutí vnějších nebo vnitřních požadavků, které jsou vnímané jako namáhavé nebo přesahující zdroje osoby.“¹²¹ Téměř po třiceti letech Lazarus přiřadil další dva obecné typy copingu:

- **Coping orientovaný na problém:** varianta zvolená v případě, že jedinec vyhodnotil situaci jako řešitelnou. Jedinec se vlastní snahou pokouší změnit své chování nebo upravit okolnosti, tak aby došlo ke změně k lepšímu. Vyskytuje se již u dětí.
- **Coping orientovaný na emoce:** varianta, kdy jedinec vyhodnotí situaci jako neřešitelnou. Snaha jedince udržet své emoce pod kontrolou tak, aby netříštily

¹¹⁹ KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*, 2011.

¹²⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*, 2009.

¹²¹ LAZARUS, S. Richard, FOLKMAN, Susan, 1984.

jeho integritu a zároveň nepůsobily negativně na jeho vztahy s okolím. Vyskytuje se až v období adolescence¹²²

Z Lazurosovy teorie stresu vychází diagnostický nástroj pro měření strategií copingu, který sestavil Carter. Jeho zkrácená verze s názvem Brief COPE prostřednictvím 28 částí zjišťuje míru 14 strategií copingu. Dotazník copingové strategie rozlišuje na adaptivní, adaptivní/maladaptivní a maladaptivní.

- **Adaptivní**

- **Aktivní coping** – aktivní jednání vedoucí k odstranění nebo minimalizaci vlivu stresoru.
- **Plánování** – zahrnuje volbu konkrétních kroků a výběr strategií, které vedou ke zvládnutí situace.
- **Pozitivní přerámování** – snaha pomocí přehodnocení v situaci nalézt pozitivní aspekty.
- **Přijetí** – vyhodnocení situace a její přijetí takové, jaká je, a to i s negativními aspekty.
- **Humor** – využití vtipkování a humoru, které vede k postupnému vyrovnání se stresovou situací.
- **Náboženství** – obrácení se k víře, ale i k meditaci jako zdroji emocionální podpory.

- **Adaptivní/maladaptivní**

- **Vyhledávání instrumentální opory** – aktivní vyhledávání druhých lidí pro účel získávání informací, rad a pomoci při řešení situace.
- **Vyhledávání emoční opory** – aktivní vyhledávání druhých lidí za účelem sdílení porozumění, útěchy a emocí.

- **Maladaptivní**

- **Ventilace emocí** – nadměrné věnování pozornosti negativním emocím a jejich exprese.
- **Vzdání se** – snížení nebo úplné vzdání se snahy aktivně situaci řešit

¹²² PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*, 2017.

- **Sebe rozptýlení** – snaha odvádět pozornost problémů prostřednictvím jiných myšlenek nebo aktivit (užívání návykových látek atd).¹²³

Boj se zátěží je v lidském životě příležitostí k sebereflexi a dalšímu rozvoji. Ať čelíme životním těžkostem jakoukoliv strategií, nikdy po takové události nejsme „stejní“. Odcházíme poražení nebo posílení. Kraus zmiňuje několik strategií, které nabízí jako techniky řešení krizových (zátěžových situací):

- **Racionalizace:** racionální odůvodnění toho co se stalo. Rozumová analýza vzniklé situace vede ke snazšímu hledání východiska.
- **Kompenzace:** hledání vhodné náhrady například v aktivitách, které alespoň částečně nahrazují vzniklé ztráty.
- **Identifikace:** převážně se vzorem, silnou osobností, které se podařilo krizovou situaci v životě úspěšně překonat.
- **Únik:** využití techniky „denní snění“. Myšlenkový návrat k situacím, ve kterých se postižený cítil dobře a spokojeně, dovolí jedinci, aby zadaptoval sílu na vyřešení zátěžové situace.
- **Agrese:** ventilace stresových a frustračních tenzí například provozováním bojových sportů nebo jiných sportovních disciplín u kterých je možné v rámci norem uvolnit energii.
- **Sociální izolace:** je krajní strategií volenou například v situacích, kdy nejbližší okolí zasaženému nabízí neadekvátní pomoc (alkohol, drogy, a další).¹²⁴

Opakem copingu je **malcoping**. Malcoping můžeme chápat jako pasivní strategii zvládání stresu. Jedná se o riskantní a v krajních případech až nebezpečné metody zvládání stresových situací. Jedinec pod vlivem zátěžové/stresové situace dá přednost snadnější únikové cestě od zatěžující situace, před aktivní řešením. Na rozdíl od copingových strategií jsou metody malcopingu pouze dočasným řešením problému, subjektivní pocit úlevy je klamný. Prostředky, které jedinec volí k takovému zvládání

¹²³ CARVER, Charles. *Brief COPE*, 1977, [online].

¹²⁴ KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*, 2014.

stresu jsou obvykle alkohol, cigarety a drogy. Negativní psychický stav jedince se po odeznění účinku mnohdy ještě prohloubí.¹²⁵

¹²⁵ VAŠINA, Lubomír, STRNADOVÁ, Věra. *Psychologie osobnosti I.*, 2002.

4 Výzkumné šetření

Empirická část bakalářské práce se zaměřuje na rozbor předmětu zkoumání, kterým je vliv pandemie Covid-19 na osobnost a vztahy vybraných zdravotníků. Vysvětluje, jaké metody byly použity k výzkumnému šetření a interpretuje zjištěná data. V poslední kapitole výzkumné části jsou zjištěná data shrnuta a analyzována.

4.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zmapování míry stability sociálních a rodinných vztahů vybraných zdravotníků. Předmětem zkoumání je působení zátěžové situace (mimořádné události, katastrofy) a její vliv na komplexní osobnost zdravotníka, zjištění voleb jednotlivých strategií pro zvládání zátěžových situací a hledání souvislostí mezi těmito proměnnými a stabilitou vztahů.

Data byla zjišťována pomocí kvalitativního šetření formou polostruktovaného rozhovoru. Rozhovor vychází z hlavní výzkumné otázky (HVO): *Jaký vliv měla pandemie Covid-19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů vybraných zdravotníků?*

Na hlavní výzkumnou otázku navazují čtyři dílčí výzkumné otázky (DVO), které jsou členěny do jednotlivých tazatelských otázek (TO) viz. Tabulka č.1.

Tabulka č. 1 - Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka	Dílčí výzkumné otázky (DVO)	Tazatelské otázky (TO)
Jaký vliv měla pandemie Covid-19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů u vybraných zdravotníků?	DVO I. Které zátěžové faktory působily na osobnost zdravotníka nejvýrazněji?	TO 1. Změnila se organizace práce na Vašem pracovišti během pandemie Covid-19? TO 2. Co pro Vás bylo v péči o pacienty nejtěžší? TO 3. Které profesní situace byly psychicky nejnáročnější? TO 4. Cítila jste se po službě emocionálně nebo psychicky vyčerpaná?

	<p>DVO II. Jakým způsobem vykonávání profese zdravotníka působilo na sociální a rodinné vztahy?</p>	<p>TO 5. Jaký vliv měla profese na rodinné vztahy během pandemie Covid-19?</p> <p>TO 6. Byl výkon profese během pandemie zdrojem rodinných konfliktů?</p> <p>TO 7. Jaký vliv měla profese na sociální vztahy?</p> <p>TO 8. Zanikla během pandemie některá přátelství?</p>
	<p>DVO III. Byla pro zdravotníky hlavním zdrojem sociální opory rodina?</p>	<p>TO 9. Je pro Vás samota akceptovatelná?</p> <p>TO 10. Kdo byl v náročných situacích vašim největším zdrojem opory?</p> <p>TO 11. Změnily se ve vaší rodině během pandemie rodinné vztahy?</p>
	<p>DVO IV. Jaké copingové strategie využívali zdravotníci během pandemie nejčastěji?</p>	<p>TO 12. Jakým způsobem jste trávil volný čas během pandemie?</p> <p>TO 13. Je pro vás odpočinek a relaxace důležitou součástí života?</p> <p>TO 14. Změnil se během pandemie Váš životní styl?</p> <p>TO 15. Zvýšila se během pandemie v rodině konzumace alkoholu, tabákových výrobků nebo jiných omamných látek?</p>

4.2 Charakteristika výzkumného šetření

Vzhledem k novému tématu, jakým se pandemie Covid-19 stala a specifické cílové skupině, která je objektem výzkumné činnosti, je ke sběru dat v této práci využito kvalitativní výzkumné šetření a nástrojem forma polostrukturovaného rozhovoru.

Pro kvalitativního šetření není platná jednotná formulace. Někteří autoři považují kvalitativní přístup jako doplněk kvantitativních strategií výzkumu, jiní autoři považují tyto dvě strategie výzkumu jako vlastní protipóly. Zatímco podle Gavory je kvantitativní šetření orientované na čísla a využívá možnost zapojení většího množství respondentů, je pro kvalitativní šetření klíčové hlubší poznání tématu, podrobnost zkoumání, délka trvání a intenzivnost. Respondenti pro kvalitativní šetření jsou vybíráni záměrně, zvláště pro vlastní zkušenosti a vědomosti získané v konkrétním prostředí, které je pro daný výzkum důležité.¹²⁶

„Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat. [...] Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“¹²⁷ Podle Petruska je předmětem kvalitativního šetření studium „běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách.“¹²⁸ Podle Dismana je „[...] posláním kvalitativního výzkumu porozumění lidem v sociálních situacích.“¹²⁹

Metody, které jsou v kvalitativním výzkumu nejčastěji používané, jsou rozhovor, pozorování a analýza produktů. Hlavní metodou sběru dat, vzhledem k účelům této práce, byla zvolena metoda rozhovoru neboli interview. Chráska ve své knize orientované na metody pedagogického výzkumu zmiňuje výhody rozhovoru. Významnou výhodou oproti jiným výzkumným metodám je možnost navázání osobního kontaktu výzkumníka

¹²⁶ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*, 2010.

¹²⁷ ŠVAŘÍČEK, Roman. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 2014, s. 26.

¹²⁸ PETRUSEK, Miloslav. *Teorie a metoda v moderní sociologii*, 1993, s. 129.

¹²⁹ DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, 2021, s. 289.

s respondentem. Osobní kontakt umožňuje hlubší proniknutí do postojů a motivů jednání respondentů.¹³⁰

Rozhovor (interview) se uplatňuje v několika různých podobách a strukturách. Nejčastěji výzkumníci využívají rozhovory nestrukturované a polostrukturované. V případě nestrukturovaného rozhovoru přichází výzkumník k respondentovi s jen velmi všeobecně stanoveným schématem. Cílem je poskytnout respondentovi otevřený prostor v odpovědích, bez větších zásahů a vytváření názorových mantinelů. Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje větší připravenost výzkumníka, zvláště směrem k jeho vlastní přípravě. Výzkumník přichází k respondentovi s předem vypracovanými otázkami, které mu pomáhají udržet tematický rámec rozhovoru. Tato struktura rámcových otázek tvoří základ rozhovoru, ale nemusí být dodržována striktně. Průběh polostrukturovaného rozhovoru se může dynamicky vyvíjet a měnit zvláště dle potřeb výzkumníka a obsahové roviny samotného výzkumu.¹³¹

4.3 Metoda sběru dat

Pro výzkumné šetření byli respondenti vybíráni záměrně, jak je pro kvalitativní výzkum charakteristické. Výběr „reprezentativní“ je volen pro adekvátní reprezentaci určitého prostředí osobami, které jsou pro výzkumné šetření vhodné. Respondenti jsou velmi často vybíráni i na základě svých zkušeností, vzhledu do problematiky a s přihlédnutím ke svým výrazným charakteristickým znakům.¹³² Cílovou skupinou výzkumného šetření byli zdravotníci, kteří vykonávali povolání zdravotní sestry bez odborného dohledu, a to na odděleních určených pro poskytování akutní péče o pacienty s onemocněním Covid-19. Tato oddělení se během pandemie rekrutovala z různých oddělení (gynekologických, interních, chirurgických a dalších). Organizace práce se měnila společně s probíhajícími vlnami pandemie. Oddělení se rozšiřovala, zanikala, procházela dynamickými personálními změnami, které souvisely s prostupující nákazou zdravotnického personálu v nemocnicích. Slangově se pro tyto oddělení vžil název „Covidária“.

¹³⁰ CHRÁSKA, Vladimír. *Metody pedagogického výzkumu*, 2016.

¹³¹ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*, 2010.

¹³² GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*, 2010.

V měsících červenec a srpen roku 2021 probíhal předvýzkum se čtyřmi zdravotníky (dva muži a dvě ženy) formou rozhovoru. Po provedení analýzy byly provedeny ve struktuře otázek změny, které se týkaly převážně doplnění tazatelských otázek a upřesnění formulace. Na základě předvýzkumu byly do definitivního výzkumného šetření zařazeny pouze ženy, a to zejména z důvodu opakujících se odpovědí mužských respondentů. Respondentky byly vybrány na základě těchto kritérií:

- souhlas s poskytnutím rozhovoru a pořízením záznamu na diktafon,
- ochota spolupracovat a dobrovolně se zúčastnit výzkumu,
- pracovní úvazek vyšší než 0,5 na odděleních určených k přímé péči o pacienty s onemocněním Covid-19,
- zaměstnanec nemocnice v pracovní pozici: Všeobecná zdravotní sestra/ Zdravotnický záchranář (výkon povolání bez odborného dohledu),
- různá délka praktického výkonu povolání.

Na základě analýzy stanovené před výzkumným šetřením a splnění výše zmíněných kritérií bylo do výzkumného šetření zařazeno deset žen. Všechny ženy byly před propuknutím pandemie Covid-19 vdané a všechny jsou matky.

Rozhovory s respondenty byly pořizovány za dodržení vládních protiepidemiologických nařízení v domácím prostředí, a to nejen z důvodu zajištění klidu a dostatečného časového prostoru, ale i z důvodu „oproštění se“ od vlivu pracovního prostředí a zajištění většího soukromí. Osobní setkání bylo důležité i proto, že dovolilo oběma stranám odstranit „uniformitu“ plynoucí z výkonu zdravotnického povolání. Důležitým aspektem osobních setkání byla možnost sledovat emoce, nonverbální projevy, výrazné změny v chování respondentek a přizpůsobit atmosféru a obsah rozhovoru aktuální situaci. V první fázi byly respondentky seznámeny s cílem výzkumného šetření a byla jim zaručena naprostá anonymita v celém procesu šetření. Všechny respondentky souhlasily s pořízením audio nahrávky rozhovoru, které jsou pečlivě uschovány u autorky výzkumného šetření.

Po formálním úvodu a seznámení respondentek s cílem výzkumného šetření byl kladen důraz na odstranění formální atmosféry a navození atmosféry, která byla velmi přátelská a vstřícná. Všechny respondentky měly možnost se k velmi citlivým otázkám nevyjadřovat a při subjektivním pocitu překročení konformní zóny, měly všechny

respondentky možnost rozhovor přerušit. Tato eventualita nebyla žádnou respondentkou využita.

4.4 Interpretace zjištěných dat

Respondentky, které byly na základě splněných kritérií (viz podkapitola 4.3) vybrány do výzkumného šetření jsou zaměstnankyněmi společnosti Nemocnice Pardubického kraje, a. s. Vzhledem k tomu, že zdravotnické prostředí je charakteristické osobními vztahy a „provázaností“ lůžkových oddělení i ambulantního sektoru bylo v zájmu výzkumného šetření přislíbit respondentkám důsledné zachování anonymity. Pro zachování anonymity proto nejsou uvedena konkrétní jména jednotlivých respondentek a není konkretizováno ani místo pracoviště. Respondentky jsou rozlišeny pomocí čísel 1–10. Charakteristika respondentek, která specifikuje jejich délku praxe ve zdravotnictví, dosažené vzdělání a věk není taktéž záměrně uvedena a je k dispozici u autorky výzkumného šetření.

DVO I. Které zátěžové faktory působily na osobnost zdravotníka nejvýrazněji?

TO 1. Změnila se organizace práce na Vašem pracovišti během pandemie Covid-19?

V této otázce dochází k absolutní shodě všech respondentek. Všechny respondentky odpověděly, že organizace jejich práce prošla vlivem pandemie výraznou změnou.

Respondentka 1 uvedla: *„Ze dne na den z nás udělali „Covidárium“. Všechny gynekologický pacientky odvezly, oddělení se uzavřelo a navezli se pacienti pozitivní na Covid. Bylo to strašný. Smíchali nás personálně s holkama z jiných oddělení. Některý viděli infúzní pumpy a dávkovače naposledy na zdrávce. Respondentka 4 nabízí pohled zdravotní sestry, která byla ze svého pracoviště přidělena na covidové oddělení a říká: „...nejhorší pro mě byla ta dezorganizace. Na svém oddělení najdu pomůcky po tmě, ale tady jsme byli v úplně novém prostředí. Pořád se na všechno musíš ptát, kde, co je, kam to dávají. Bylo to pro mě strašně stresující, připadala jsem si na obtíž, neschopná.*

Interpersonální vztahy komentovala v souvislosti se změnou v organizaci práce respondentka 10. *„Myslím, že organizaci zásadně neprospělo to míchání kolektivů. Chápu, že to nešlo jinak, ale pro mě to bylo nejhorší. Spolupracovat při záchraně života s někým, koho vůbec neznám, nevím, co umí, co od ní můžu čekat. Na chaos jsme zvyklé,*

ale tohle mi vadilo hodně, myslím, že jsme kvůli tomu byli ve stresu daleko víc, než jsme být museli.“

Respondentka 6 situaci vnímala takto: *„To byla síla. Holky¹³³ s celým úvazkem onemocněly, třeba čtyři během dvou dnů. Služby se rozebíraly za pochodu a myslím, že někde v té době zákoník práce umřel (směje se). Nikdy jsme nevěděli, kdy zazvoní telefon a půjdeš za hodinu do práce. Když byla druhá vlna¹³⁴ děti mi změnilly vyzvánění na telefonu, tak jsme hned věděli, že budu muset jít. Respondentka 8 se zaměřila na změnu v počtu odpracovaných služeb, jejichž počet se vzhledem k dynamickým změnám enormně navyšoval. „Nejvíc jsem měla 6 nočních po sobě, bylo to při druhý vlně, jinak to zařídit prostě nešlo. Po třetí, čtvrtý noční směně už jsem nevěděla, která bije. Jako když člověk jede na manuál, víš, že jít musíš, tak prostě jdeš.“*

TO 2. Co pro Vás bylo v péči o pacienty nejtěžší?

Sedm z deseti respondentek hodnotí jako nejtěžší faktory péče o pacienty s onemocněním Covid-19, faktory psychosociální. Respondentka 7 popsala: *„... nejtěžší pro mě byl ten přechod z vědomí do bezvědomí. Ten pacient se horšil v řádu desítek minut. Byli vystrašení z toho, co přijde, neviděli nám přes ty masky do obličeje. Jeden pán mě držel za ruku, když jsme ho šli intubovat¹³⁵ a prosil mě, že nechce, že ví, že se neprobere... Umřel.“* Respondentka 4 popsala jako nejtěžší péči o pacienty, které osobně znala. *„Umírali mladý lidi, známí. Z plnýho zdraví, sportovci a během pár dní byl konec. Nic nepomáhalo, zkoušeli jsme všechno, co bylo dostupný. Pořád jsme přemýšleli, co udělat víc.“* Pocit zmaru a viny byl pozitivní u sedmi respondentek. Respondentka 8 doslova uvedla: *„Pocit zmaru. Bylo to na nás ty lidi zachránit, ale bylo to, jako kdybychom šli na tank s kapesníkem.“* Respondentka 2 zmiňuje jako dominantní emoci strach. *„Nejtěžší pro mě byl ten strach, jestli se staráme dobře, tak jak máme. Nikdo pořádně nic nevěděl, zkoušeli jsme všechno, co šlo a pacienti stejně umírali.“*

¹³³ Označení „holky“ používají respondentky jako slangové označení pro své kolegyně.

¹³⁴ Podzim roku 2020.

¹³⁵ Zdravotnický výkon sloužící k zajištění dýchání, zavedením intubační trubice do dýchacích cest a napojení na ventilační přístroj.

Šest respondentek vnímalo jako velmi zatěžující nedostatek ochranných pomůcek v první vlně pandemie (období března až května 2020). Respondentka 1 popsala jakým způsobem se s ostatními zdravotníky vypořádali s touto situací. „*Pomůcky jsme různě šili doma a hodně nám je nosili lidi z venku. Některé byli z prostěradel, povlečení, utěrek, ale i z oblečení.*“ Respondentka 2 proti tomu udává sounáležitost lidí a vyjádření sympatií jako pro ni velmi stresující: „*Já jsem to strašně blbě nesla. Nikdy jsem nebrečela, ale když přišli lidi z venku a donesli občerstvení se vzkazem, bylo to těžký.*“ Respondentka 4 popsala situaci: „*Pamatuju si, jak jsem se na podzim při druhý vlně procházela venku, chtěla jsem být sama. Byla tma a pršelo a najednou v obecním rozhlase vysílali jako podporu zdravotníkům písni, které zpíval dětský sbor. To jsem se poprvé fakt sesypala, nešlo před tím utýct.*“

Pro čtyři respondentky byla dlouhodobě velmi náročná práce v ochranných oblecích (viz obrázek č. 6). Souhrnně uvádí somatické problémy vznikající neprodyšností materiálu. Respondentka 9 uvedla: „*Nejtěžší pro mě byla jednoznačně práce v Tyvekách. Za hodinu jsme měli před očima mžitky, záda jsme měli úplně mokré, nedalo se v tom vydržet.*“ Respondentky 5, 2, 7 zmiňují, že se dodnes potýkají se zdravotními následky (kožní ekzém a astma), které vznikly v důsledku používání ochranných pomůcek.

TO 3. Které profesní situace byly psychicky nejnáročnější?

V odpovědích na otázku týkající se psychicky nejnáročnějších situací jednoznačně dominují opět ty situace, které souvisely s úmrtím pacientů. Respondentka 6 uvedla tuto situaci: „*...už nikdy nechci vidět topit se lidi ve svých vlastních plicích. Někde po druhý vlně se to ve mně zlomilo. Prostě jsem najednou věděla, že se tím nemůžu nechat vláčet, že bych se sesypala a najednou jsem si připadala silná. Pak přivezli Haničku (kolegyně respondentky), sloužily jsme spolu dva dny před tím, než ji vyšel pozitivní test, umřela pátý den. Sesypala jsem se stejně (pláče).*“

Šest respondentek, ale také zmínilo jako nejnáročnější situaci tu, při které byli zapojeni do rodinných vztahů pacientů. Tato situace vyplývala z protiepidemiologického opatření zákazu návštěv ve všech nemocnicích. Respondentka 5 uvedla: „*Psychicky jsem nejhůř nesla, když jsme chodili pro vzkazy. Asi nejvíc mě zasáhly ty, v kterých byly prosby o odpuštění a omluvy. Někdy mi to nešlo ani přečíst.*“ Respondentka 3 k otázce řekla: „*nejtěžší pro mě byla ta bezmoc, vyřizování vzkazů a tíha té důvěry lidí z venku. Někteří*

si volali několikrát denně, ten telefon pořád zvonil. Do dneška mám nepříjemný pocit, když telefon zazvoní.“ Respondentka 9 zauvažovala nad situací příbuzných, kteří se nemohli osobně rozloučit se svými nejbližšími: „... vůbec si to neumím představit. Tohle pro mě bylo nejtěžší. Na smrt jsem asi už zvyklá, ale ta bezmoc, když se potřebuješ omluvit a ta vina, že už to nestihneš, že to nemůžeš udělat sama. Nejdřív jsem to vnímala jako službu, povinnost, ale postupem času už mě to ničilo. Respondentka 3 také uvedla situaci při, které byla významně zapojena do rodinných vztahů. „Během tří dnů jsme měli na oddělení celou rodinu. Starší rodiče a kluk co se neoženil bylo mu 38 roků. Nejdřív přivezli tatínka, když dovezli maminku už nebyl při vědomí. Věděli jsme, že ten syn už je taky v nemocnici. Vůbec jsem nevěděla, jak to zorganizovat, jestli je dát na jeden pokoj nebo je k sobě nedávat, aby umřeli s nadějí, že se jim daří dobře. Chtěla bych se dívat, jak se mamka dusí?“¹³⁶

TO 4. Cítila jste se po službě emocionálně nebo psychicky vyčerpaná?

Emocionálně nebo psychicky vyčerpaně se cítilo všech deset respondentek minimálně jednou během pandemie Covid-19. Opakovaně se emocionálně a psychicky vyčerpaně cítilo z deseti respondentek osm. Respondentka 2 k tomu uvedla: „Upřímně si myslím, že nikdo z nás není psychicky v pohodě do dneška¹³⁷. Vidím ten vztek a smutek na těch holkách i na sobě. Vidím strach z toho, co bude příště.“ Respondentka 4 rozvedla popis subjektivního psychického rozpoložení takto: „... mě psychicky vyčerpává ten přechod společnosti. Já jsem měla pocit, že společnost pochopila, jak je naše práce důležitá, a že konečně pochopili, jak je podhodnocená. Ale oni nám někteří ty peníze v odměnách snad záviděli, nebo já nevím. Už nám zase nadávají a často to nezapomenou zmínit, že si nás zaplatili. Jsem z toho vzteklá.“ Respondentka 5 se ke společnosti proti tomu vyjádřila takto: „... já jsem přesně věděla, že tohle přijde, že nám budou tleskat a pak nám ty peníze budou závidět. Mě tohle nijak nepřekvapilo.“

Respondentka 4 vyjádřila v souvislosti s psychickým a emocionálním stavem hypotézu: „...podle mě je nás po Covidu třičtvrtě vyhořelých, spoustě holek to vzalo poslední ideály.“ Na doplňující otázku, zdali se sama cítí subjektivně ohrožena syndromem

¹³⁶ V další odpovědi již respondentka nepokračovala.

¹³⁷ Výzkumné šetření bylo ukončeno k únoru roku 2022.

vyhoření respondentka nechtěla odpovědět. Respondentky 8 a 10 uvedly, že pocitem emocionálního vyčerpání se cítily zatíženy ještě ve čtvrté vlně pandemie, pátá vlna (podzim roku 2022) už pro ně nebyla nijak psychicky a emocionálně zatěžující. Syndrom vyhoření zmínilo v rozhovoru osm respondentek. Respondentka 2 vyjádřila obavu o rozvoj tohoto syndromu v budoucnosti. „Podle mě nás je dost vyhořelých. Já si myslím, že to bude mít v budoucnosti velký následky v péči i o pacienty, protože s tím nikdo nic nedělá.“ Respondentka 3 vyjádřila podobnou obavu: „Tohle určitě není dobrý, ty holky jsou vyhořelý a naše vedení to vůbec nezajímá. Podle mě se to odrazí na pacientech.“ Respondentka 6 poskytla subjektivní hodnocení: „... jsem vyhořelá, to je mi jasný. Ale nemůžu teď o zaměstnání přijít.“

DVO II. Jakým způsobem vykonávání profese zdravotníka působilo na sociální a rodinné vztahy?

TO 5. Jaký vliv měla profese na rodinné vztahy během pandemie Covid-19?

Dvě respondentky zaznamenaly v souvislosti s profesí negativní zkušenost. Respondentka 2 popsala negativní zkušenost, která ji hluboce zasáhla. „Mně se o tom pořád blbě mluví (odmlčí se). To bylo v té první vlně, naši mi řekli, ať k nim vůbec nejedím, že je určitě nakazím. Připadala jsem si, jak prašivej pes. Respondentka 4 zmínila svoji negativní zkušenost s širší rodinou. „Doma to bylo v pohodě, ale třeba obě švagrové se mě štítily, takže se vůbec nescházíme do dneška. Od cizích lidí tu podpásovku člověk trošku čeká, ale od blízkých? O to víc si vážím svoji rodiny.“

Čtyři respondentky uvedly, že profese měla velký vliv na jejich rodinné vztahy v souvislosti s pocitem viny a strachu o manželský život. Respondentka 1: „V první a druhý vlně jsem to prožívala těžce. Já jsem se strašně bála, že Covid přinesu domů. Měla jsem hrozný strach, že se někdo z nich nakazí, protože dělám to, co dělám. Nosila jsem ochranný pomůcky i doma, spala jsem na gauči. Sexuální život jsme neměli žádný.“ Respondentka 6, 8, 10 také zmiňují absenci sexuálního života: Respondentka 6: „... Bud' jsem byla vyčerpáná, všechno se mi honilo hlavou nebo jsem byla úplně bez chuti, to mě hodně trápilo, připadala jsem si k ničemu.“ Respondentky 10 a 8 uvedly obdobné symptomy a specifikují pocit viny k rodině. Respondentka 8 „... trápilo mě, že nejsem vůbec s rodinou doma, ta neustálá nutnost být k dispozici. Bud' jsem byla v práci nebo jsem byla úplně k. o. Věděla jsem, že se o mě bojí a já se bála o ně. Tenkrát jsem byla

presvědčená, že v práci skončím, že už je tomuhle nevystavím.“ Respondentka 10 k vlivu profese na rodinné vztahy řekla: *„Manžel byl občas naštvaný, protože jsem byla často unavená nebo bez nálady a často jsem musela jít do práce, i když jsem měla mít volno. Myslím, že si spíš připadal na všechno sám.“*

TO 6. Byl výkon profese během pandemie zdrojem rodinných konfliktů?

Sedm z deseti respondentek uvedlo pozitivní shodu a označily vlastní profesi jako zdroj rodinných konfliktů. Tři respondentky se do konfliktních situací v rodině v souvislosti se svým povoláním dostávaly velmi často. Respondentka 2 identifikovala výkon profese zdravotníka jako opakující se podnět k rodinným konfliktům a řekla: *„myslím, že to napětí trvalo delší dobu. Neustále musíme být k zastizení, to bylo už před pandemií, naplánovali jsme si divadlo, v tom zazvoní telefon a já musím jít na noční atd. Myslím, že Covidem to jenom vygradovalo.“*

Respondentka 4 specifikovala jako spouštěč konfliktních situací, strach: *„...obecně si myslím, že to bylo kvůli strachu. Že když se lidí bojí, útočí. Myslím, že jim nevadila ta samotná profese, ale ta konfrontace se strachem z nemoci, budoucnosti, reakcí...“* Čtyři respondentky konflikty prožívaly občasně. Respondentky 1 a 7 nepřikládají těmto konfliktům větší význam. Respondentky 6 a 8 se domnívají, že zdrojem rodinných konfliktů byla jejich celková vyčerpanost, podrážděnost a z toho plynoucí absence sexuálního života.

TO 7. Jaký vliv měla profese na vaše sociální vztahy?

Čtyři respondentky uvedly, že se výrazně změnily jejich sociální vztahy, a to především v souvislosti s nesourodostí názorů na celkovou situaci, opatření a názorové vymezení ohledně očkování. Respondentka 1 a 4 uvedly, že si vzhledem k účinnému jednání zrušily sociální síť. Respondentka 1 k tomu řekla: *„Od některých lidí jsem to čekala, ale někteří mě teda hodně překvapili. Kamarádka, se kterou se známe od základky, se úplně zbláznila. Psala mi na sociální síť nenávistný příspěvky, do zpráv mi posílala různé nesmysly, na ulici přecházela na druhý chodník...“* Respondentka 4 k tématu sociálních sítí dále uvedla: *„Já už jsem to nemohla číst. Bylo jednodušší to úplně zrušit, vždycky když jsem si přečetla příspěvek o tom, jak strkáme lidem do nosu čipy, jak nás ovládají ilumináti (směje se), rozčílila jsem se, neměla jsem už energii ukazovat jim fakta. Dost lidí mě překvapilo, čemu jsou schopni uvěřit.“* Respondentka 7 poskytla příhodu

s kolegyní: „*My jsme se kamarádily, jezdily jsme spolu k moři. Věděla jsem, že je proti očkování, ale pak už ji ty hlouposti úplně pohltily, žádná argumentace nepomáhala. Když jsme se sešly na denní místnosti, abychom si chvíli odpočinuly, začala po nás z ničeho nic házet lžičky a zkoušela, jestli na nás drží, protože v sobě máme podle ní po očkování magnety. To už jsem nevydržela a poslala ji někam. Pořád se nebavíme, jen co se týká práce.*“ Respondentka 10 uvedla, že byla nucena vyhledat novou kadeřnici „*...ona se mě ta moje štítily stríhat, protože pracuju v nemocnici.*“

TO 8. Zanikla během pandemie některá přátelství?

Šest z deseti respondentek odpovědělo kladně. Respondentka 4 sdělila: „*My jsme si s manželem hodně pročistili přátelství, i když některá mě mrzí. Většinou to souviselo s názorovými rozpory a názor na zdravotníky. Byla jsem, ale ráda, že mě můj manžel brání.*“

Respondentka 9 na změny nahlíží optimisticky: „*Já to zpětně hodnotím pozitivně. Myslím, že jsme si aspoň vyčistili sociální bublinu, a to je občas potřeba.*“ Podobně hodnotí změny v sociálních vztazích i respondentky 2, 3, 8. Tyto respondentky shodně pozitivně hodnotí reorganizaci širších sociálních vztahů. Identifikace stabilních přátelských vztahů a rozvázání interakce s přátelskými vztahy, které jsou již vyčerpané a nestabilní považuje za důležité všech deset respondentek. V poměru k ostatním otázkám, byla v této tazatelské otázce zřetelná nechuť respondentek se k tématu více vyjadřovat.

DVO III. Byla pro zdravotníky hlavním zdrojem sociální opory rodina?

TO 9. Je pro Vás samota akceptovatelná?

Respondentky 1, 3, 4, 9 a 10 odpověděly shodně, že pro ně samota a trávení času sama se sebou získalo dominantní roli během pandemie Covi-19. Respondentka 9 optimisticky sdělila: „*Myslím, že samota hlavně chránila ostatní přede mnou (směje se). Někdy jsem měla fakt blbou náladu, někdy jsem byla ničehonic vzteklá. Postupem času už jsem si radši zalezla do pokoje a oni (manžel a děti) věděli, že je dobrý mě tam nechat, že přijdu, až budu v pohodě.*“ Respondentka 4 k akceptování samoty uvedla: „*Já si myslím, že umění být sama se sebou je přesně to co bychom se měly všechny naučit. Já jsem to vůbec*

neuměla. Až během pandemie mi došlo, že mi to vyhovuje a že se za to nemusím omlouvat. Že být sama je pro mě fajn.“

Respondentka 6 ke korelaci pomáhajících profesí a samoty řekla: *„Potřeba být sama, mi připadala jako slabost. Myslím, že to souvisí s tím naším pocitem, že musíme být pořád pro všechny dosažitelný, musíme být k dispozici rodině, kamarádům pořád někdo něco potřebuje v nemocnici zařídit, něčí známej tam leží atd.“* Respondentka 1 hovořila o pomáhajících profesích obdobně: *„Já si myslím, že to máme v sobě. Celý život pracujeme s lidmi a jeden z těch důvodů je možná i to, že neumíme trávit čas sami se sebou.“*

Respondentka 1, 3 a 4 si důležitou funkci občasné izolace od vnějších podnětů uvědomily během pandemie. Respondentka 3 to vysvětluje. *„Nejdřív jsem vypínala telefon na pár hodin, jednou za čas, ale vždycky jsem měla pocit viny, že jestli se někomu něco stane, tak mu nebudu moc pomoci. Postupně jsem si zvykla a dneska vypínáme všichni telefon na celý víkend. Spousta lidí to nechápe, a občas je tím štvu, ale mně je to už jedno.“* Pro respondentky 2 a 5 samota není akceptovatelná. Respondentka 2 přímo uvedla: *„Nesnáším samotu. Já i usínám při zapnutý televizi nebo poslouchám knížku. Myslím si, že nikdo není rád sám.“*

TO 10. Kdo byl v náročných situacích vaším největším zdrojem opory?

Sedm respondentek uvedlo jako svůj největší zdroj opory vlastní rodinu. Jedna respondentka uvedla jako největší zdroj opory pracovní kolektiv a odůvodnila to: *„Já jsem se snažila ty emoce vůbec domů nenosit. Všechno jsem nechávala v nemocnici. Doma toho moc nevěděli, ale kolegům jsem se mohla svěřit. Byli jsme všichni na stejné lodi.“* Jedna respondentka také uvedla, že za nejsilnější zdroj opory považuje sama sebe.

TO 11. Změnily se ve Vaší rodině během pandemie rodinné vztahy?

V rámci užší rodiny odpovídaly respondentky shodně a to tak, že ve většině, jejich rodinné vazby neprošly výraznou změnou. V širší rodině korespondovala nejčastěji změna v rodinných vazbách s úmrtím člena rodiny, a to v šesti případech. V těchto případech, ale krize pramenící ze ztráty blízkého člověka eskalovala k posílení vzájemných vztahů, stability a rodiny se semkly kolem truchlících a pozůstalých. Respondentka 2 uvedla: *„Nám během čtyřech dnů zemřeli tři blízcí. Děda umřel v úterý,*

taťkův nejlepší kamarád ve středu a naše rodinná kamarádka umřela ve čtvrtek. To si skutečně člověk připadá jako ve zlém snu. Všechny ty úmrtí jsem nejbližším sdělovala já, nechtěla jsem, aby jim to řekl někdo, kdo je nezná. Zpětně si myslím, že nás to, ale jako rodinu hodně posílilo. Neřešíme nesmysly.“ Respondentka 1 se vyjádřila takto: *„Uvědomuju si, že jsme si teď jako rodina bližší. Přehodnotili jsme a víc si asi vážíme maličkosti.“* V širší rodině respondentky 4 došlo ke konfliktu přímo souvisejícím s profesí zdravotníka. Obě švagrové se opakovaně odmítaly setkat a předjímalý, přenos nákazy do rodiny, vinou respondentky. Situace postupně vygradovala v rodinný konflikt. Zpřetrhané rodinné vazby se dosud nepodařilo obnovit. Respondentka 4 k tomu uvedla: *„Upřímně si teď vůbec nedokážu představit, že bychom se měli setkat. Pro mě to byla podpásovka. V současné době nemám žádnou chuť zkoušet navázat kontakt. Cizí lidi nám vyjadřovali podporu, drželi nám pěsti a vlastní rodina?“*

DVO IV. Jaké copingové strategie využívali zdravotníci během pandemie nejčastěji?

TO 12. Jakým způsobem jste trávila volný čas během pandemie?

Trávení volného času bylo výrazně ovlivněno protiepidemiologickými vládními nařízeními. Čtyři respondentky shodně definovaly jako hlavní aktivitu ve volném čase péči o domácnost. Respondentka 3 uvedla: *„Když jsem měla volno, tak jsem doháněla resty doma. Manžel mi dost pomáhá, ale přeci jen tomu úklidu chybí taková ta koncovka (směje se).“* Respondentka 7 považovala domácí práce za volnočasovou aktivitu: *„Já jsem volný čas trávila převážně úklidem. Za prvé jsem u toho vypustila myšlenky na práci, měla jsem pak radost, že je to hotový a taky jsem večer hned usnula.“* Volný čas byl u sedmi respondentek podmíněn i opakovaným uzavřením školských zařízení. Respondentka 10 k této skutečnosti řekla: *„Po nočních to bylo opravdu náročný. Byla jsem zvyklá, že přijdu z noční a jdu spát. Tím, že byly děti doma, tohle nebylo možný. Sice seděly u počítače, ale vlastně to byly 24hodinový směny.“* Respondentka 5 se vyjádřila k distanční výuce takto: *„Já jsem dodělávala třetíák na vysoký. My jsme měli distančku všichni a někdy to bylo srandovní. Dcera v pokojíčku, syn u počítače v obýváku a já v ložnici s notebookem. Když přišel manžel na svačinu, musel stát v kuchyni nebo v koupelně (směje se).“* Respondentka 8 k tématu volného času uvedla: *„Já jsem volný čas v zimních měsících trávila otužováním. Jezdím pravidelně na opuštěný lom, je to moje velká záliba. Když vláda zakázala cestování mezi okresy, tak jsem to obřečela. To pro mě*

bylo teda opravdu náročný. Byla jsem hodně podrážděná a naštvaná. “ Omezení pohybu mezi okresy výrazně narušilo i volnočasovou aktivitu respondentky 4, která se vášnivě věnuje jízdě na kole od jarních měsíců až do podzimu. *„Pro mě je kolo ventilem, vždycky to tak bylo. V okamžiku, kdy zakázali pohyb mezi okresy, to bylo těžký, protože jsem ten ventil potřebovala poprvé v kariéře vlastně nejvíc.“*

TO 13. Je pro vás odpočinek a relaxace důležitou součástí života?

V prvním okamžiku odpovědělo osm respondentek shodně ano. Problematickým se ukázalo vymezení odpočinkových aktivit a relaxačních technik. V důsledku se tak respondentky shodly, v sedmi případech, že se odpočinku a relaxaci vědomě nevěnují a vnímají toto téma jako svou slabou stránku. Respondentka 5 uvedla: *„Já si ráda o relaxačních technikách čtu literaturu, u toho odpočívám (směje se).“* Respondentka 6 uvádí: *„...já jsem se vždycky chtěla naučit jógu, mám i koupený nějaký videa, ale nikdy na to není čas.“* Respondentka 4 považuje fyzicky náročnou disciplínu cyklistiky za formu odpočinku. Respondentka 10 relaxuje kombinací *„Dobré jídlo, dobré pití, dobrý sex.“* Vědomé relaxaci a odpočinku se věnují pouze tři respondentky. Respondentka 1 se několik let věnuje meditacím a provozuje jógu.

TO 14. Změnil se během pandemie Váš životní styl?

Jedna respondentka přestala v důsledku onemocnění Covid-19 kouřit. Dvě respondentky kouření výrazně omezily. Respondentky shodně zmínily omezení pohybu, které je opakovaně limitovalo v oblíbených aktivitách. Respondentka 2 uvedla: *„... jako rodina jsme se začali asi víc věnovat zdravé stravě.“* Dvě respondentky vnímaly pandemii jako situaci, která jejich životní styl negativně narušila. Respondentka 9 toto negativní ovlivnění specifikovala: *„V práci na pořádný jídlo nebyla chvílka a ani chuť. Jednou nám dovezli pizzu, jindy zákusky, a tak dokola. Pořád jsem měla enormní chuť na sladký, takže klasická svačina, když už mi bylo z hladu špatně, byla limča a nějaká sušenka.“* Respondentka 5 shrnula svůj životní styl: *„Kafe a retko.“* Čtyři respondentky žádnou změnu životního stylu v souvislosti s pandemií neuvádějí.

TO 15. Zvýšila se během pandemie ve Vaší rodině konzumace alkoholu, tabákových výrobků nebo jiných omamných látek?

Osm respondentek potvrdilo zvýšenou konzumaci alkoholických nápojů. Respondentka 9 uvedla: „*Já už jsem manželovi volala cestou z práce, aby nalil dvojku vína.*“ Respondentka 7 uvádí: „*To byl takový večerní rituál, že si sedneme, dáme si skleničku a zrelaxujeme.*“ Respondentka 5: „*Dali jsme si večír víno, pomáhalo mi to se uvolnit, a dobře usnout.*“ Respondentka 6: „*Alkohol jsme určitě pili víc než kdykoliv předtím, ale to měli tak všichni.*“

Jedna respondentka přestala v důsledku onemocnění Covid-19 kouřit. Dvě respondentky kouření výrazně omezily. Tyto respondentky udávají shodný důvod pro omezení nebo ukončení užívání tabákových výrobků, a to vlastní přesvědčení nebo zkušenost z horšího průběhu onemocnění Covid-19 u kuřáků. U dalších čtyřech respondentek se zvýšila spotřeba tabákových výrobků. Toto navýšení shodně přičítají míře stresových situací, kterým byly vystaveny. Z doplňujícího tázání vyplynulo, že chvíle s cigaretou primárně dovolovaly opustit oddělení (cca 10 minut), sekundárně navodily pocit uvolnění (jeví se jako paralelní k primárnímu důvodu) a terciárně umožnily setkání a neformální pohovoření s ostatními kolegyněmi (cigareta zde slouží zřejmě jako prostředek k setkávání a vzájemnému sdílení).

4.5 Výsledky výzkumného šetření a jeho shrnutí

Cílem této kapitoly je postupně interpretovat výsledky jednotlivých dílčích otázek, které v závěru poskytnou odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

DVO I. Které zátěžové faktory působily na osobnost zdravotníka nejvýrazněji?

Z provedených rozhovorů jde dedukovat, že nejvýrazněji na osobnost zdravotních sester, které se zúčastnily výzkumného šetření, působily během pandemie Covid-19, zátěžové faktory psychosociální.

Výrazný zátěžový faktor byla opakovaná reorganizace práce. Výraznou změnu pracovní organizace vnímalo všech deset respondentek. Ve všech případech měl dominantní negativní vliv na respondentky opakovaně se měnící rozpis služeb a jejich enormní nárůst. Sekundárním zátěžovým faktorem v pracovním prostředí byly interpersonální

vztahy plynoucí z doplňování personálního deficitu na odděleních s nepřetržitým provozem nesourodým personálem. Pocit méněcennosti, podceňování a strach ze selhání zažilo během pandemie šest respondentek.

Výrazným aspektem psychosociálních zátěžových faktorů bylo prožívání psychosociálních stavů. Pocit emocionálního a psychického vyčerpání uvedlo všech deset respondentek. Více než jednou se během pandemie psychicky vyčerpaně cítilo osm respondentek. Nejčastějším sděleným důvodem negativního emočního rozpoložení byla frustrace pramenící z ascendentní úmrtnosti pacientů a pocit zmaru vyplývající z nedostupnosti funkčních medicínských postupů, které by dokázaly vysokou mortalitu zvrátit. Sedm respondentek zmínilo jako převládající emoci hněv, smutek a strach. Všech deset respondentek označilo v rozhovoru alespoň jednou situace, související s pandemií, za stresující. Formulaci „byla jsem ve stresu“ použilo během rozhovorů sedm respondentek.

Šest respondentek jako silně negativně působící psychosociální faktor označilo konfrontaci s rodinou umírajících pacientů. Za velmi stresující vymezily respondentky doplňující činnost „prostředníka“ mezi pacienty a jejich rodinami. Tato činnost podle respondentek zůstala bez větší pozornosti médií a společnosti, i když na osobnost respondentek měla zásadní vliv. Nejsilnější emocionální vypětí cítily respondentky při čtení vzkazů pacientům, kteří byli v terminálním stádiu nemoci a vzkazů, které obsahovaly citlivé rodinné výpovědi.

Šest respondentek uvedlo jako zatěžující faktor nedostatek ochranných pomůcek. Nejčastěji zmíněnou emoci v této rovině byla emoce strach. V pěti případech se jednalo o obavu z přenosu nákazy na rodinné příslušníky. Jedna respondentka se obávala primárně o své zdraví. V druhé vlně a vlnách dalších, kdy ochranné prostředky již distribuovány byly, považovaly čtyři respondentky práci v těchto ochranných oblecích za extrémně náročnou.

Z výzkumného šetření dále vyplynula obava respondentek o budoucí poskytování péče v souvislosti se syndromem vyhoření. Aniž by směřovala k rozvoji syndromu vyhoření konkrétní otázka, osm respondentek tento syndrom zmínilo. Dá se předpokládat, že zdravotní sestry o syndromu vyhoření mají obecné poznatky. Silně negativně vnímají nezáměr širšího managementu nemocnic o psychologickou péči k zaměstnancům

a prakticky nulovou nabídku kursů nebo poskytnutí krizové intervence. Šest respondentek pociťovalo opakovaně negativní pocity při představě cesty do práce a shodně charakterizovaly i somatické projevy: nechutenství, bolest v okolí žaludku, nespavost, podrážděnost, zvýšenou tepovou frekvenci při cestě do zaměstnání a další.

DVO II. Jakým způsobem vykonávání profese zdravotníka působilo na sociální a rodinné vztahy?

Sedm respondentek se domnívá, že profese zdravotní sestry je pro rodinný život komplikující. Během pandemie Covid-19 zažily tři respondentky otevřený konflikt v rodině jako přímý důsledek strachu rodinných příslušníků z přenosu nákazy. Jedna respondentka popsala konflikt pramenící ze stejné příčiny v oblasti vztahů sociálních (s kadeřnicí). Šest respondentek zažilo konfrontaci vztahů s vlastní profesí.

Čtyři respondentky uvedly pocit viny a strach jako hlavní atribut působení na rodinné vztahy. Pocity viny převládají v rovině viny a výkonu. Výkon v oblasti rodinného života souvisel nejčastěji s vysokým počtem služeb v nemocnici a absencí ženy v roli matky a manželky. Strach dominoval v oblasti rizika přenosu nákazy do rodinného prostředí. V oblasti výkonu směrem k profesi se vyskytovalo v odpovědích nejčastěji označení – zmar, provázeno výraznými nonverbálními projevy.

Zajímavý výsledek poskytlo výzkumné šetření v oblasti dopadu pracovního vytížení a působení psychosociálních zátěžových faktorů na sexuální život respondentek. Sníženou sexuální aktivitu nebo absenci sexuálního života zmínilo přímo v rozhovoru pět respondentek. Jako hlavní důvod identifikovaly respondentky změnu nálady, emocionální podrážděnost a fyzické vyčerpání.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální vztahy byly spojením profese zdravotníka a pandemie Covid-19 zasaženy ve větší míře. Šest respondentek uvedlo, že zanikla některá přátelství. Dvě respondentky si kvůli sdílení dezinformací a pocitu větší napadnutelnosti vlastní osoby, zrušily sociální síť. Jedna respondentka hovořila o otevřeném konfliktu s kolegyní. Tento konflikt měl za následek úplné zpretrhání vzájemných vztahů. Pro autorku výzkumu poměrně překvapivě, ovšem zcela převládá pozitivní náhled na reorganizaci sociálních vztahů respondentek. Všech deset

respondentek hodnotí občasnou „inventuru“ sociálních vztahů jako bez výjimek pozitivní.

DVO III. Byla pro zdravotníky hlavním zdrojem sociální opory rodina?

Rodina byla během pandemie hlavním zdrojem sociální opory pro sedm respondentek. Rodinné vztahy neprošly ve většině výraznou proměnou. V širší rodině prodělané změny souvisely s úmrtím členů rodiny. Rodina procházela krizí, která pramenila ze ztráty. V šesti případech tato krize vedla k posílení rodinných vazeb. Dvě respondentky ve svých širších rodinách aktuálně prožívají konflikt.

V souvislosti s úmrtím členů rodiny se při rozhovorech otevřelo zajímavé téma, které respondentky shodně označily jako málo interpretované. Jelikož respondentky pracují obvykle v místě bydliště nebo v jeho blízkém okolí, je součástí jejich profese i velmi emočně náročná péče o rodinné příslušníky, přátelé i známé, nebylo tomu jinak ani během pandemie Covid-19. Stalo se tak v několika případech, že zdravotníci byli přítomni při procesu umírání u svých nejbližších nebo blízkých. Emoční nálož, kterou při těchto chvílích prožili není ještě dostatečně časem ohlazená, a proto se tímto tématem výzkum v interpretaci zabývá jen okrajově. Tato součást vlivu pandemie na osobnost zdravotníků bude podstoupena dalšímu šetření.

Zajímavé výsledky přineslo výzkumné šetření i v oblasti názorových postojů respondentek k tématu samoty. Pět respondentek si pozitivního působení samoty na vlastní osobnost uvědomilo v přímé souvislosti s pandemií. Ve většinové shodě respondentky označily trávení času o samotě za vysoce terapeutický nástroj. Dvě respondentky označily distancování se od samoty jako charakteristický rys pomáhajících profesí. Pouze jedna respondentka není schopna samotu akceptovat. Devět respondentek si pozitivní působení takto stráveného času odnáší z pandemie jako terapeutický nástroj.

DVO IV. Jaké copingové strategie využívali zdravotníci během pandemie nejčastěji?

Dílčí otázka zabývající se výzkumem zvolených copingových strategií vycházela z předpokladu znalostí zdravotníků v oblasti zdravého životního stylu a lepší informovanosti o strategiích zvládnání stresu. Z výzkumného šetření lze odvodit, že tento předpoklad nebyl správný. Oblast trávení volného času významně ovlivnila vládní protiepidemiologická nařízení, která vedla až k omezení pohybu občanů mezi okresy.

Sedm respondentek uvedlo, že největší vliv na trávení volného času mělo uzavření školských zařízení a distanční výuka školou povinných dětí. Čtyři respondentky jako hlavní volnočasovou aktivitu uvedly péči o domácnost. Sedm respondentek také uvedlo jako velmi obtížné skloubení pracovní směnnosti a distanční výuky dětí. Po opakovaných nočních směnách neměly dostatek klidu a prostoru k adekvátnímu odpočinku, zároveň byly nuceny změnit rituální návyky a přizpůsobit se novému systému rodinných zvyklostí. Dvě respondentky, které již před pandemií sportovaly, uvedly jako frustrační situaci, kdy došlo k omezení pohybu mezi okresy a jejich sportovním aktivitám tak bylo zabráněno. Obě shodně uvedly, že sport je pro ně nejdůležitější aktivní copingovou strategií a jejich zamezení vedlo až k pocitům bezmoci.

Z výzkumného šetření vyplývá, že zdravotní sestry mají obecně problematický přístup k adaptivním copingovým strategiím. Humor (zvláště kategorie „černého“ humoru) byl jako strategie účelně využíván sedmi respondentkami. Ve zdravotnictví má humor velmi specifické až nepostradatelné místo. Proti tomu se sporně s prvním předpokladem k otázce využití copingových strategií staví téma odpočinku a relaxace. Při vyslovení otázky odpovědělo osm respondentek až instinktivně „ano“ a vytvořily tak dojem, že odpočinek a relaxaci považují za důležitou součást svých životů. V okamžiku položení doplňující otázky týkající se konkrétních odpočinkových a relaxačních technik však došlo v rozhovoru k obratu a sedm respondentek uznalo, že se vědomě odpočinku a relaxaci nevěnují a tato absence je jejich slabou stránkou. Prvotní odpověď tak zřejmě byla spíše vyslovením osobního přání než validním konstatováním faktu. Pouze tři respondentky se věnují relaxacím a odpočinku vědomě a cíleně. Dvě respondentky praktikují jógu. Rozvoj znalostí v oblasti jógového cvičení je do budoucna přáním i dalších dvou respondentek.

K výrazným změnám v rovině životního stylu nedošlo u čtyřech respondentek. Dvě respondentky vnímaly okolnosti pandemie jako ryze negativně působící na jejich životní styl, a to zvláště v oblasti stravovacích návyků při náročných službách. Tři respondentky zohlednily důsledky onemocnění Covid-19 ve svém přístupu k tabákovým výrobkům. Jedna respondentka přímo uvedla pandemii jako důvod ke zdravějšímu stravování a větší pozornosti při výběru potravin podle jejich složení.

Vysoké zastoupení má ve volbě strategií překvapivě u zdravotnických pracovníků malcoping. Osm respondentek uvedlo, že během pandemie se v jejich rodině zvýšila konzumace alkoholických nápojů. Večerní konzumace alkoholu byla pro pět z nich

obvyklým rituálem. Nejčastějším zdůvodněním bylo navození uvolnění, domnělá relaxace a navození lepšího spánku. Zatímco jedna respondentka přestala užívat tabákové výrobky úplně, čtyři respondentky zvýšily svoji spotřebu tabákových výrobků. Z doplňujícího dotazování se dá dedukovat, že i zde má cigareta obdobnou funkci jako alkohol. Primárně se vzhledem k vyhrazeným kuřáckým prostorám v nemocnici stala cigareta zástupným argumentem pro opuštění oddělení. Pocit uvolnění a „vydechnutí“ byl opakovaným argumentem respondentek. Proti alkoholu měla „cigaretová pauza“ suplovat i setkávání a vzájemné sdílení, které bylo výrazně v době pandemie regulováno. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že malcoping byl jako strategie volen častěji než adaptivní copingové strategie. Toto zjištění může být do jisté míry ovlivněno zmíněnými protiepidemiologickými nařízeními. I tak je z výzkumného šetření patrné, že většinově je relaxace spojena s požitím alkoholu. A nejčastějším mechanismem psychické adaptace v zátěžových situacích, je volba strategie úniku. Zdravotní sestry zařazené do výzkumného šetření preferovaly většinově během pandemie Covid-19 coping orientovaný na emoce.

Dílní výzkumné otázky měly za cíl poskytnout odpověď na hlavní výzkumnou otázku ve znění:

Jaký vliv měla pandemie Covid-19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů vybraných zdravotníků?

Výsledkem výzkumného šetření je zjištění, že rodinné vztahy u vybraných zdravotníků zůstaly v rámci nukleárních rodin stabilní. V širších rodinách zúčastněných zdravotních sester byla hlavním hybatelem stability ve větším zastoupení smrt rodinných příslušníků, která ale vnesla do stability vztahů ještě větší rozměr sdílení a sounáležitosti. V menší míře zastoupení narušily stabilitu vztahů předsudky rodinných příslušníků pramenící ze strachu z přenosu nákazy. Výrazně zasáhla pandemie vztahy sociální. Konflikty, které vznikly na pozadí pandemie byly převážně podmíněny neshodou v názorových postojích, předsudcích vůči zdravotníkům a dá se přepokládat, že inklinace pramenila z mechanismu adaptace na stres formou útoku. Dá se dále dedukovat, že míra stability vztahů je úměrná míře schopnosti jedince zadaptovat vlastní strach. Jako znepokojující se zdá zjištění inklinace respondentek a jejich rodin k malcopingovým strategiím, zvláště k užívání alkoholických nápojů. Tato inklinace může být v souvislosti s prokázaným zjištěním, že šest respondentek vykazuje obecné příznaky syndromu vyhoření.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že péče o duševní zdraví zaměstnanců je ze strany zaměstnavatele nedostačující až nulová.

4.6 Diskuze

Jak je představeno v teoretické části bakalářské práce, není Covid -19 ani první, ani nejsilnější pandemií v historii. Dějiny lidstva jsou poznamenány krutými boji s neviditelným nepřitelem. Bojem, který za sebou zanechal miliony obětí. I když pandemie Covid-19 nedrží pomyslné prvenství, dokázala paralyzovat a ochromit funkčnost moderního světa. Světa, pro který hrozba pandemicky se šířícího viru byla nereálná. Jestliže pokládáme něco za nereálné, jen velmi těžko dokážeme stanovit obranné strategie. Zdravotnictví je sektor, který dlouhodobě čelí personální nestabilitě. Pandemie Covid-19 zaútočila na nejslabší místa nestabilního systému a velmi rychle dokázala poskytnout argumenty proti těm, kteří se domnívají, že společnost může benevolentně přihlížet dlouhodobé krizi ve zdravotnictví a jiných pomáhajících profesích. Cílem práce byla tendence zjistit, jak hluboce zasáhla pandemie do životů, těch, kteří proti pandemii stáli v první linii a v systému péče o druhé, zastávají nenahraditelnou roli, zdravotníkům.

DVO I. Které zátěžové faktory působily na osobnost zdravotníka nejvýrazněji?

Výzkumné šetření jednoznačně prokázalo, že nejvýrazněji na respondentky působily psychosociální zátěžové faktory. Destabilita organizace práce, enormní navýšení směn v nepřetržitém provozu a systém vyžadující kontinuální akceschopnost hodnotí respondentky jako dlouhodobě diskomfortní a vyčerpávající. Konfrontace se smrtí, sdílení bolesti a utrpení s pacienty a jejich rodinami bylo velmi silným elementem výkonu profese, který působil přímo na psychiku respondentek. Emoční nálož, kterou respondentky zažívaly při předávání intimních rodinných vzkazů, pozdravů a proseb o usmíření umírajícím, byla hodnocena jako vysoce zatěžující.

DVO II. Jakým způsobem vykonávání profese zdravotníka působilo na sociální a rodinné vztahy?

Výsledkem šetření v otázce vlivu profese na vztahy je zjištění, že zatímco v rovině rodinných vztahů došlo k nestabilitě ve třech případech, v rovině sociálních vztahů byla

profese činitelem destabilizace v sedmi případech. Dvě respondentky přistoupili po atakách k odstranění sociálních sítí. Šest respondentek uvedlo přetrhání vazeb v rovině přátelství. Nejčastější zažívanou emocií byl strach, pocit zmaru a vina.

DVO III. Byla pro zdravotníky hlavním zdrojem sociální opory rodina?

Rodina je pro sedm respondentek hlavním pilířem sociální opory. Dvě respondentky udávají přetrvávající konflikt v rodině jako přímý důsledek výkonu povolání zdravotní sestry v pandemii Covid-19. Devět respondentek získalo během pandemie nový pohled na samotu jako terapeutický nástroj psychohygieny. Pro jednu respondentku není samota akceptovatelná.

DVO IV. Jaké copingové strategie využívali zdravotníci během pandemie nejčastěji?

Byl prokázán problematický přístup k adaptivním copingovým strategiím. Do jisté míry lze předpokládat, že protiepidemiologická vládní opatření významně omezila volbu aktivit a strategií, které by jinak byly respondentkami primárně voleny. Zvýšená konzumace alkoholu a tabákových výrobků, a tedy potvrzená inklinace k malcopingu, je znepokojujícím výsledkem výzkumného šetření. Toto zjištění zároveň potvrzuje hypotézu, že péče o duševní zdraví, osvěta v tématu využití copingových strategií, předcházení syndromu vyhoření a dalších, je u zdravotníků velmi naléhavým tématem.

Hlavní výzkumná otázka: Jaký vliv měla pandemie Covid-19 na stabilitu rodinných a sociálních vztahů vybraných zdravotníků? Je výzkumným šetřením zodpovězena. Pandemie Covid-19 nenarušila stabilitu rodinných vztahů vybraných zdravotníků. Stabilita v rodinách byla upevněna a rodina je pro vybrané zdravotníky hlavním pilířem sociální opory. Pandemie Covid-19 významně narušila stabilitu sociálních vztahů zdravotníků, přičemž došlo ve většině případů k úplnému přerušení vztahů nebo k jejich výraznému narušení. Pandemie Covi-19 zasáhla výrazně do psychiky vybraných zdravotníků, přičemž výzkumné šetření prokázalo, že strategie, které zdravotníci zvolili pro udržení duševní integrity jsou malcopingové.

Závěr

Bakalářská práce si kladla za cíl prozkoumat jakým způsobem ovlivnila pandemie Covid-19 stabilitu rodinných a sociálních vztahů vybraných zdravotníků. Práce je rozdělena na část teoretickou, která poskytuje definice a specifikace pojmů a stavů a je tak teoretickým základem pro část praktickou.

Výzkumné šetření je obsahem praktické části bakalářské práce a je přehledně koncipováno do pěti částí. První část seznamuje s cílem práce a výzkumnými otázkami. Hlavní výzkumná otázka je rozdělena do čtyř dílčích a dalších tazatelských otázek. V rozhovorech byly použity i doplňující otázky, které spontánně vyplývaly z rozhovorů a sloužily k upřesnění situací, postojů a názorů respondentek. Druhá podkapitola představuje charakteristiku výzkumného šetření. Nástrojem šetření se stal polostrukturovaný rozhovor, který plně vyhovoval oběma stranám. Další kapitola seznamuje s metodikou, která byla využita pro sběr dat. Samotnému výzkumnému šetření předcházela předvýzkum, z kterého byla vyhodnocena kritéria, na jejichž základě bylo do výzkumného šetření zařazeno deset respondentek. Všechny respondentky jsou zaměstnanci organizace Nemocnice Pardubického kraje a všechny během pandemie pracovaly na odděleních přímo určených k péči o pacienty s onemocněním Covid-19. Interpretace zjištěných dat je konstruována přepisem rozhovorů a je v nich kladen velký důraz na zachování anonymity jednotlivých respondentek. Interní data jako jsou věk, vzdělání, délka praxe jsou pečlivě uchována u autorky a uchován je i audiozáznam jednotlivých rozhovorů.

O profesi zdravotníků a situacích, v kterých se během pandemie běžně ocitali, bylo napsáno během pandemie Covid-19 mnoho. Cílem práce tak bylo proniknout do větší hloubky osobností zdravotních sester a zaměřit se na méně interpretované souvislosti výkonu této profese se vzájemnými vztahy. Během pandemie se názorové postoje společnosti na zdravotnickou profesi měnily a měnil se i postoj samotných zdravotníků. Vyvíjela se vládní nařízení, organizace práce a péče o nemocné.

Z výzkumného šetření jednoznačně vyplynulo, že pandemie měla nejvýraznější vliv na psychosociální rovinu osobnosti zdravotníků. Rodinné vztahy vybraných zdravotníků během pandemie výrazně posílily, a to většinou prožitím krize pramenící ze ztráty blízkého člověka a ztráty pocitu bezpečí. Stabilita vztahů sociálních byla ale narušena

významněji. Některé vztahy jsou zpřetrhané, některé výrazně oslabené. Vzhledem ke krátkému časovému úseku od odeznění poslední pandemické vlny není možné vyhodnotit konečný postoj k těmto vztahům. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že zdravotní sestry, které společnost často vnímá jako nositele osvěty zdravého životního stylu, inklinovaly během pandemie k malcopingovým strategiím. Tato pasivní strategie zvládnání zátěžových situací, byla vyhodnocena u osmi respondentek. Do jisté míry toto zjištění jistě reflektuje i kulturu podávání alkoholu a většinovou benevolenci k alkoholu v české společnosti. Užívání tabákových výrobků, jako prostředek k dosažení relaxace, je u vybraných zdravotních sester druhou nejčastější alternativou po alkoholu. Překvapivě působí i zjištění, že i když mediální scéna denně informovala o enormní psychické zátěži působící na pomáhající profese, na kterou většinová společnost odpověděla vlnou solidarity, zůstala tato skutečnost bez odpovědi primárně ze strany managementu nemocnic. Tuto skutečnost vnímají vybrané zdravotní sestry jako velmi znepokojující a citlivou.

Z výzkumného šetření jednoznačně vyplývá doporučení, které by v budoucnosti zajistilo dostačenou péči o duševní zdraví pracovníků ve zdravotnictví. Zatímco ostatní pomáhající profese (záchranáři, hasiči, policisté) disponují vlastní psychologickou jednotkou, která je součástí systému péče o zaměstnance, zdravotnictví tento systém nevyužívá. Záchranáři například sdružuje tým krizových interventů, kteří při vysoce zatěžující situaci (úmrtí dítěte a další) ihned nabízí zasaženému jedinci podporu a pomoc. Zdravotním sestram, které jsou enormní psychické a emoční náloži vystavovány mnohem častěji, a hlavně na ně tyto situace působí kontinuálně, protože pacient v nemocnici zůstává hospitalizován, takovou službu zaměstnavatel nenabízí. Výzkumné šetření prokázalo, že psychologickou nebo psychoterapeutickou péči nevyužila z vlastní iniciativy ani jedna respondentka. V rozvoji systematické péče o duševní zdraví, která by předcházela rozvoji syndromu vyhoření a inklinaci k malcopingu, je tedy ve zdravotnických zařízeních Pardubického kraje velký prostor a měla by jí být věnována pozornost.

Seznam použité literatury

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 120 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Psychosociální krizová spolupráce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 317 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4195-6.
3. BAUMAN, Zygmunt. *Tekutá modernita*. Překlad Lubomír Drožd'. Vydání druhé, v Portále první. Praha: Portál, 2020. 286 stran. ISBN 978-80-262-1602-5.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
5. BREČKA, Tibor A. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2009. 119 s. Psyché; sv. č. 61. ISBN 978-80-7387-330-1.
6. BULÍKOVÁ, Táňa. *Medicína katastrof*. Martin: Osveta, ©2011. 392 s., 16 s. obr. příl. ISBN 978-80-8063-361-5.
7. ČERNÝ, Karel. *Mor 1480-1730: epidemie v lékařských traktátech raného novověku*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014. 504 s. ISBN 978-80-246-2297-2.
8. EKMAN, Paul. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. Překlad Eva Nevrlá. Vydání první. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2015. 328 stran. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.
9. FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?* Překlad Bedřich Placák. Vydání třetí, v Portále první. Praha: Portál, 2019. 495 stran. Klasici. ISBN 978-80-262-1542-4.
10. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva a Vendula Hlavatá. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
11. GIDDENS, Anthony a SUTTON, Philip W., ed. *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2013. 1049 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
12. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.
13. HAUSMANN, Clemens. *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien, Facultas 2003.
14. HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 70 s. ISBN 80-7184-889-1.

15. HÖSCHL, Cyril, ed., LIBIGER, Jan, ed. a ŠVESTKA, Jaromír, ed. *Psychiatrie*. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
16. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
17. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
18. KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. Vydání třetí. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2015. 142 stran. ISBN 978-80-213-2591-3.
19. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
20. KOHOUTEK, Tomáš, ed. a ČERMÁK, Ivo, ed. *Psychologie katastrofické události*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2009. 362 s., [8] s . obr. příl. ISBN 978-80-200-1816-8.
21. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 215 s. ISBN 978-80-262-0643-9.
22. KUNDERA, Milan. *The book of laughter and forgetting*. 1st publ. in Penguin books. Harmondsworth: Penguin Books, 1981. 237 s. Writers from the other Europe. ISBN 0-14-005924-5.
23. MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 198 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3007-3.
24. NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.
25. NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
26. NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
27. NOLEN-HOEKSEMA, Susan et al. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Překlad Hana Antonínová. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2012. 884 s. ISBN 978-80-262-0083-3.

28. ORTONY, Andrew., CLORE, Gerald., & COLLINS, Allan. (1988). *The Cognitive Structure of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511571299
29. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 362 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5646-2.
30. PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2004. 204 s. Psyché. ISBN 80-247-0542-7.
31. POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života: funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Vydání 1. Praha: Grada, 2018. 237 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5128-3.
32. REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*. Třetí vydání (druhé přepracované a rozšířené vydání). Praha: Leda, 2015. 823 stran. ISBN 978-80-7335-393-3.
33. SALFELLNER, Harald. *Španělská chřipka: příběh pandemie z roku 1918*. Překlad Pavel Cink. Praha: Vitalis, [2018], ©2018. 167 stran. ISBN 978-80-7253-332-9.
34. SELYE, Hans. *Stres života*. Překlad Petra Kudrnáčová. Hodkovičky: Pragma, [2016], ©2016. 390 stran. ISBN 978-80-7349-392-9.
35. STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 227 s. ISBN 978-80-7367-282-9.
36. ŠEJDA, Jan, ŠMERHOVSKÝ, Zdeněk a GÖPFERTOVÁ, Dana. *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-1068-4.
37. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizy a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2017. 285 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5327-0.
38. ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 557 s., [24] s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4578-7.
39. VAŠINA, Lubomír a Věra STRNADOVÁ. *Psychologie osobnosti I*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, s. 299. ISBN 80-704-1401-4.
40. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
41. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

42. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 159 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
43. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2020. 543 stran. ISBN 978-80-262-1704-6.
44. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 176 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2510-9.
45. VÝROST, Jozef, ed. a SLAMĚNÍK, Ivan, ed. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. 260 s. Psyché. ISBN 80-247-0042-5.

Internetové zdroje

1. About Edward Jenner — The Jenner Institute. Homepage — The Jenner Institute [online]. Copyright © [cit. 16.11.2021]. Dostupné z: <https://www.jenner.ac.uk/about/edward-jenner>.
2. Antický svět. Antický svět [online]. Copyright © Antický svět [cit. 04.12.2021]. Dostupné z: <https://www.antickysvet.cz/26149n-antoninovskyy-mor>.
3. Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (Brief-COPE) – NovoPsych. NovoPsych – Psychological tests for outcome monitoring online [online]. Copyright © 2021 Copyright [cit. 04.02.2022]. Dostupné z: <https://novopsych.com.au/assessments/formulation/brief-cope/>.
4. Department of Psychology – Available Self-Report Instruments. Department of Psychology – Department of Psychology [online]. Copyright ©2018 University of Miami. All Rights Reserved. [cit. 21.01.2022]. Dostupné z: <http://local.psy.miami.edu/faculty/ccarver/available-self-report-instruments/>.
5. HÁJEK, M. Motivace a vedení lidí. In Vedeme.cz [online]. [cit. 13. 01. 2022]. Dostupné z: http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif.
6. History of Smallpox | Smallpox | CDC. Centers for Disease Control and Prevention [online]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html>.
7. Mor, „černá smrt“, - základní informace o onemocnění, SZÚ. SZÚ [online]. Copyright© 2007 [cit. 04.12.2021]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/mor-cerna-smrt-plague-angl-zakladni-informace-o-onemocneni?highlightWords=mor>.

8. Prohlížeč | MKN-10 klasifikace. Prohlížeč | MKN-10 klasifikace [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/?term=F43.0 &limit=10&page=1 &sort=2>.
9. Pogroms. Jewish Virtual Library [online]. Copyright © 2008 The Gale Group. All Rights Reserved. [cit. 16.11.2021]. Dostupné z: <https://www.jewishvirtuallibrary.org/pogroms-2>.
10. Smallpox. WHO | World Health Organization [online]. Copyright © [cit. 10.01.2022]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab_2.
11. Sociální podpora a zdravé chování: Jak se posunout od dobře míněné pomoci k odborné podpoře – Psychologie zdraví pro praxi. Practical Health Psychology – Translating research to practice, one blog post at a time [online]. Copyright © 2022 Psychologie zdraví pro praxi. Proudly powered by [cit. 27.03.2022]. Dostupné z: <https://practicalhealthpsychology.com/cz/2018/01/social-support-and-health-behavior-how-to-move-from-well-intentioned-to-skilled-support/>.
12. The History of Plague – Part 1. The Three Great Pandemics – JMVH. Home – JMVH – Journal of Military and Veterans' Health [online]. Copyright © 2022 [cit. 04.12.2021]. Dostupné z: <https://jmvh.org/article/the-history-of-plague-part-1-the-three-great-pandemics/>.
13. Úvodní stránka | Informační centrum vlády | ICV [online]. Copyright © [cit. 12.12.2021]. Dostupné z: https://icv.vlada.cz/assets/ppov/brs/dokumenty/Pandemicky_plan_CR.pdf.
14. Viktor Frankl citát: Abnormální reakcí na abnormální situaci je normální chování. | Citáty slavných osobností. Citáty slavných osobností: Největší sbírka citátů, myšlenek a aforismů [online]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/2090695-viktor-frankl-abnormalni-reakci-na-abnormalni-situaci-je-normaln/>.

Zdroje obrázků

1. Why plague doctors wore those strange beaked masks. National Geographic [online]. Copyright © 1996 [cit. 04.12.2021]. Dostupné z: <https://www.nationalgeographic.com/history/article/plague-doctors-beaked-masks-coronavirus>.
2. Gloucester smallpox epidemic, 1896: Ephraim Beard, a smallpox patient. Photograph by H. C. F., 1896. | Wellcome Collection. Wellcome Collection |

- A free museum and library exploring health and human experience [online].
Dostupné z: <https://wellcomecollection.org/works/y2xgarem>.
3. Hoping for a Covid Vaccine and Recalling the One for Smallpox – The New York Times. The New York Times – Breaking News, US News, World News and Videos [online]. Copyright © [cit. 10.12.2021]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2020/05/25/well/family/covid-vaccine-smallpox-coronavirus.html>.
 4. 1918 Influenza: the mother of all pandemics – PubMed. PubMed [online]. [cit. 13. 01. 2022]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16494711/>.
 5. HÁJEK, M. Motivace a vedení lidí. In Vedeme.cz [online]. [cit. 13. 01. 2022]. Dostupné z: http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif.
 6. DVTV. In Hospodářské noviny.cz [online]. [cit. 13. 01. 2022]. Dostupné z: <https://domaci.hn.cz/c1-66869690lekari-jsou-vycerpani-umira-vic-lidi-maji-casto-pocit-ze-pomoc-nepotrebuji-rika-psychol>.

Příloha A.



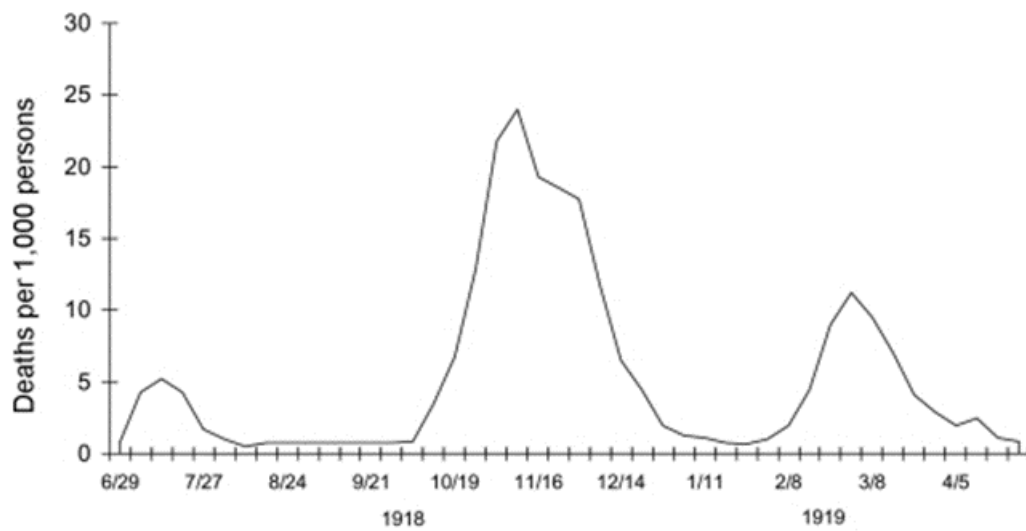
Obrázek 1- Doctor Schnabel ("Dr.Beak"), římský morový doktor v 17. století. Kolorovaná mědirytina Paula Fürsta z roku 1656 (National Geographic, 1996).



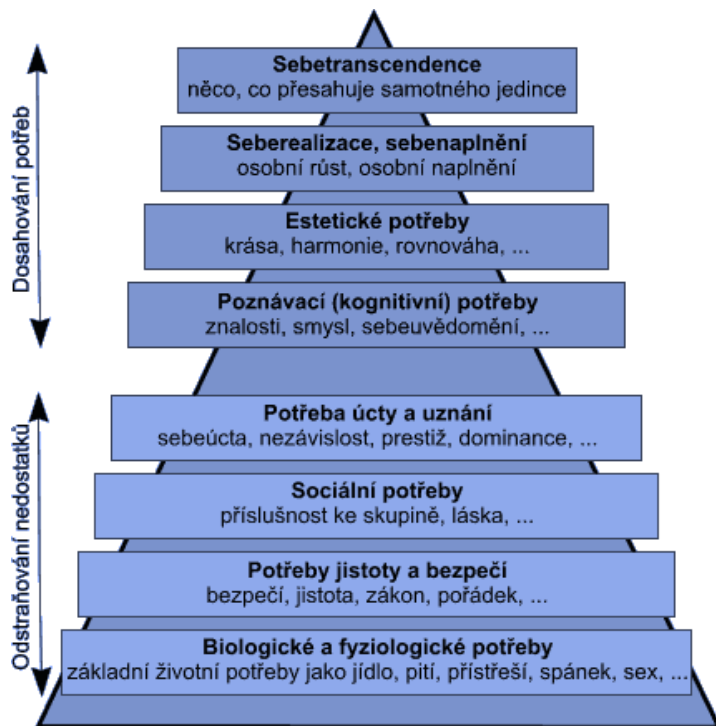
Obrázek 2- Ephraim Beard, pekař z Gloucesteru. Přijat do nemocnice dne 5. dubna 1896. Zemřel 13. dubna 1896 (A free museum and library exploring health and human experience, 1896).



Obrázek 3 -Dr. Edward Jenner aplikuje hnis z puchýřků Sarah Nelmsové do ran osmiletému Jamesi Phippsovi (The New York Times, 2020).



Obrázek 4- Tři pandemické vlny španělské chřipky (Pub Med, 2022).



Obrázek 5- Hierarchie potřeb podle A. Maslowa (Vedeme.cz, 2022).



Obrázek 6- Ochranné obleky: TYVEKY (Hospodářské noviny, 2021).