



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Viktor Grimm

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů*“ jsem vypracoval samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2023

.....

Bc. Viktor Grimm

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat vedoucí své diplomové práce paní Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za cenné rady, ochotu, trpělivost a podporu při zpracování této práce. Poděkování patří rovněž všem probandům, kteří byli ochotní věnovat mi svůj čas a poskytnout důležité informace pro empirickou část práce.

Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou sociální izolace hospitalizovaných klientů, která v určité míře postihuje každého klienta v nemocnici či sociálním zařízení a je proto stále aktuálním tématem, které si zaslouží, aby mu byla věnována dostatečná pozornost.

Cíle práce a výzkumné otázky: V rámci této práce byly stanoveny celkem tři cíle, přičemž prvním z nich bylo definovat potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací, druhým zmapovat dopady sociální izolace na nemocné klienty a posledním cílem bylo analyzovat možnosti, jak lze v praxi důsledky sociální izolace na klienta zmírnit. V návaznosti na tyto cíle byly položeny následující tři výzkumné otázky: „Jaké jsou potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací?“, „Jaké jsou dopady sociální izolace na hospitalizované klienty?“ a „Jakými způsoby lze v praxi zmírnit důsledky sociální izolace hospitalizovaných klientů?“.

Metodika a výzkumný soubor: Pro zpracování empirické části práce byla zvolena kvalitativní metodika, konkrétně technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen třemi skupinami probandů. Jednalo se o sestry poskytující ošetrovatelskou péči klientům ohroženým sociální izolací, samotné klienty a jejich příbuzné, přičemž bylo osloveno celkem 17 probandů v rámci jedné nemocnice a jednoho zařízení sociální péče v Jihočeském kraji. K analýze získaných dat bylo použito otevřené kódování, metoda „tužka-papír“. Tímto způsobem byla data přehledně rozčleněna do 3 hlavních kategorií, které zahrnují celkem 10 podkategorií.

Výsledky: Výzkumné šetření potvrdilo, že pocity osamělosti u klientů v nemocnicích či sociálních zařízeních nejsou nic neobvyklého. Byl prokázán zásadní význam saturace psychosociálních potřeb klientů pro zmírnění těchto pocitů, přičemž klíčovou rolí v jejich uspokojování mají sestry i příbuzní klientů. Jako zcela zásadní pro prevenci sociální izolace se ukázaly osobní návštěvy rodiny. Z výsledků rovněž vyplývá, že osamělost má řadu negativních dopadů především na duševní zdraví postižených klientů.

Využití v praxi: Práce může najít využití jako vzdělávací materiál pro studenty zdravotních či sociálních oborů a sestry v praxi, ale rovněž jako informační materiál pro širokou veřejnost. Výstupem této práce bude workshop se sestrami, zaměřený rozpoznání sociálně izolovaných klientů a jednání s nimi.

Klíčová slova: klient; osamělost; ošetrovatelská péče; sestra; sociální izolace

The issue of social isolation of hospitalized clients

Abstract

The presented diploma thesis explores the social isolation hospital and sanitary facility clients suffer from, raising a live issue to tackle.

Research aims and questions: I framed three aims, including defining the needs of socially isolated hospital patients, assessing the impacts of social isolation on the patients, and analysing how to mitigate the feeling of loneliness. The goals involve three research questions: ‘What are the needs of socially isolated hospital patients?’ ‘What are the impacts of social isolation on hospital patients?’ and ‘How can we mitigate social isolation of hospital patients?’.

Research methods and sample: The empirical part involves a qualitative methodology – a semi-structured interview. The research sample comprises probands classified into three groups. They include nurses attending socially isolated patients, patients and their relatives. I addressed 17 probands within one hospital and sanitary facility in South Bohemian Region. The data analysis involved open coding – a paper-pencil survey, splitting the data into three main categories, each containing ten subgroups.

Findings: The survey revealed that hospital or sanitary facility patients often feel lonely, unveiling critical psychosocial needs for alleviating these feelings. Nurses and relatives are highly instrumental in showing compassion, while family hospital visits are imperative to prevent social isolation. The findings also indicate that loneliness severely undermines patients’ mental health.

Contribution to practice: The study may contribute to educating students of health and social care and licensed practical nurses and informing the general public. As the thesis’s outcome, I will hold a workshop with nurses to identify and deal with socially isolated patients.

Keywords: loneliness; nurse; nursing care; patient; social isolation

Úvod	7
1 Současný stav	9
1.1 Potřeby člověka	9
1.1.1 <i>Biologické potřeby člověka</i>	9
1.1.2 <i>Psychologické potřeby člověka</i>	10
1.1.3 <i>Sociální potřeby člověka</i>	11
1.2 Osamělost, samota – vymezení pojmů	12
1.3 Vliv osamělosti na zdraví člověka	13
1.4 Rizikové skupiny	15
1.4.1 <i>Senioři</i>	15
1.4.2 <i>Dlouhodobě a nevléčitelně nemocní</i>	16
1.4.3 <i>Děti a adolescenti</i>	17
1.5 Prevence a možnosti léčby osamělosti	19
1.6 Sociální izolace a osamělost v období pandemie Covid-19	22
1.6.1 <i>Situace sester ve zdravotnických zařízeních</i>	22
1.6.2 <i>Situace pacientů ve zdravotnických zařízeních</i>	23
1.6.3 <i>Situace klientů a sester v sociálních zařízeních</i>	26
1.7 Izolace pacientů v nemocnicích	29
1.8 Ošetrovatelský proces u klienta s osamělostí	31
1.9 Intervence realizované sestrami pro zmírnění osamělosti pacientů	33
2 Cíle práce a výzkumné otázky	36
2.1 <i>Cíle práce</i>	36
2.2 <i>Výzkumné otázky</i>	36
3 Metodika	37
3.1 <i>Použité metody</i>	37
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	38
4 Výsledky	40
4.1 <i>Struktura výzkumného souboru</i>	40
4.2 <i>Kategorizace výsledků výzkumného šetření</i>	41
5 Diskuze	70
6 Závěr	76
7 Seznam použité literatury	77
8 Seznam příloh	86
9 Seznam použitých zkratk	91

Úvod

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou sociální izolace hospitalizovaných klientů. Tento problém se v určité míře týká všech hospitalizovaných klientů, nicméně nejvíce ohroženi jsou pacienti hospitalizovaní na odděleních JIP či ARO a infekčních odděleních, kde jsou z provozních důvodů návštěvy standartně omezeny. Rizikovými skupinami jsou dále také senioři, dlouhodobě nemocní a malé děti. V posledních letech se tento problém stal velice aktuálním vzhledem k pandemii onemocnění Covid – 19, která na dlouhou dobu nemocnice i sociální zařízení uzavřela před okolním světem a řada klientů tak své blízké neviděla celé týdny i měsíce.

Tato nucená sociální izolace má bezesporu výrazný dopad na psychickou pohodu klientů. Jejich nejvýznamnějším, leckdy dokonce jediným sociálním kontaktem je zdravotnický personál, jehož role v péči o uspokojení psychosociálních potřeb klientů je logicky zcela klíčová a nezastupitelná. Od sester se očekává, že včas odhalí klienta ohroženého sociální izolací a podniknou příslušné kroky, aby její dopady co nejvíce zmírnily.

Toto téma diplomové práce jsem si zvolil z toho důvodu, že si dle mého názoru zaslouží větší pozornost, než jaké se mu v současném zdravotnictví dostává. A to i přesto, že se v posledních letech díky koronavirové pandemii, která na problematiku sociální izolace a osamělosti upozornila, situace z mého pohledu výrazně zlepšila. Osobně se domnívám, že by sestry i širší veřejnost měly být s tímto tématem blíže obeznámeni, protože se dříve či později může začít týkat každého z nás, ať už z pozice sestry, rodinného příslušníka či samotného klienta.

V teoretické části předkládané diplomové práce se budeme zabývat fyziologickými, psychickými i sociálními potřebami člověka, dále si objasníme význam termínů samota a osamělost, přičemž se budeme věnovat i konkrétnímu vlivu osamělosti na zdraví člověka a zmíníme rovněž rizikové skupiny nejvíce ohrožené sociální izolací. Dále se budeme věnovat prevenci a možnostem léčby osamělosti, kdy se zaměříme především na roli sester. V neposlední řadě si také připomeneme dobu koronavirové pandemie, která osamělost mnoha lidí značně prohloubila a na závěr rozebereme rovněž ošetřovatelský proces u klienta postiženého sociální izolací, se zaměřením na intervence realizované sestrami.

V rámci empirické části práce se snažíme v co nejširším kontextu, a to jak z pohledu sester, tak rovněž z pohledu klientů a jejich příbuzných zmapovat potřeby klientů

ohrožených sociální izolací, popsat možné důsledky osamělosti a analyzovat možnosti, jak tyto důsledky zmírnit.

1 Současný stav

1.1 Potřeby člověka

Člověk je holistická bytost, určitá bio-psycho-sociální jednotka, přičemž každý jedinec má své individuální vlastnosti, názory, postoje a samozřejmě potřeby (Trachtová et al., 2013). Potřebu lze definovat jako *projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí* (Příbyl, 2015, s. 31). Trochu jinou definici nabízí Šamánková et al. (2011, s. 12): *Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.*

Míra uspokojení jednotlivých potřeb úzce souvisí s kvalitou života a přímo ovlivňuje chování a psychiku jedince (Příbyl, 2015). To upřesňují Šamánková et al. (2011) s tím, že ona míra uspokojení potřeb představuje přímo jednu ze složek kvality života. Obdobného názoru je i Vymětal (2003), který dále hovoří o úzké souvislosti lidských potřeb s motivací člověka, přičemž aktuálně neuspokojená potřeba představuje pohnutku, motiv určitého lidského jednání, které směřuje k uspokojení této potřeby. Jinak řečeno aktualizovaná potřeba se rovná motiv (Vymětal, 2003). S tím souhlasí Šamánková et al. (2011), dle kterých je motivace hybnou silou pro naše chování, přičemž odvaha a zarputilost jedince k naplnění dané potřeby je přímo úměrná rostoucí motivaci. Upozorňují však, že potřeba je pouze formou motivu, byť tou základní (Šamánková et al., 2011).

Existuje řada možných rozdělení potřeb. Dle jejich významu pro přežití člověka je dělíme na nižší a vyšší. Z holistického pohledu pak na biologické, psychologické, sociální a duchovní, přičemž mezi nimi nejsou stanoveny striktní hranice a každý autor je zařazuje trochu jinak (Příbyl, 2015). Snad nejznámější klasifikací lidských potřeb je teorie potřeb amerického humanistického psychologa A. H. Maslowa, která jejich hierarchii zobrazuje jako pyramidu. Základnu této pyramidy tvoří biologické potřeby důležité pro přežití jedince, nad nimi pak stojí potřeba jistoty a bezpečí, dále sociální potřeby a potřeby úcty a uznání. Na samotném vrcholu pomyslné pyramidy pak leží potřeba seberealizace (Vymětal, 2003).

1.1.1 Biologické potřeby člověka

Biologické potřeby, mnohdy také označovány jako nižší, představují základnu Maslowovy hierarchické pyramidy a zjednodušeně zahrnují vše, co naše tělo potřebuje pro to, aby dokázalo přežít. Lze rovněž říct, že člověku slouží jako určitá motivace, aby

o sebe pečoval z fyziologického hlediska (Příbyl, 2015). Signalizují nerovnováhu ve stálosti vnitřního prostředí organismu a v momentě, kdy se stanou aktuálními, je pro jedince prioritou jejich saturace (Trachtová et al., 2013). Konkrétně mezi tyto potřeby řadíme potřebu příjmu potravy a tekutin, dýchání, vylučování, spánku, odpočinku a pohybu (Příbyl, 2015). Šamánková et al. (2011) doplňují, že mezi tyto základní potřeby patří také potřeba být bez bolesti. Trachtová et al. (2013) však upozorňují, že se jedná pouze o „umělé“ rozdělení potřeb pro potřeby určité kategorizace, ale rozhodně nelze fyziologické potřeby vnímat takto separátně. I řada potřeb tzv. vyšších jako například potřeba něžnosti nebo potřeba lidského kontaktu, totiž mají vrozenou podstatu a z tohoto pohledu by bylo možné je rovněž zařadit mezi potřeby biologické (Trachtová et al., 2013).

Pro primární potřeby je dále charakteristické, že je lze v porovnání s potřebami sekundárními zpravidla uspokojit rychleji. Obecně také platí, že musíme mít dostatečně saturovány svoje biologické potřeby, abychom se mohli soustředit na uspokojení těch vyšších. Panuje zde hierarchie (Příbyl, 2015). Lze si všimnout i určité souvislosti potřeb s vývojem jedince, kdy u novorozeneho dítěte vždy přirozeně dominují právě primární biologické potřeby hladu a žízně, kdežto vyšší potřeba seberealizace se objevuje až mnohem později, v období pubescence (Trachtová et al., 2013).

Vnímání základních lidských potřeb je velice podstatné také z hlediska ošetrovatelské praxe, kdy již Florence Nightingaleová ve své době apelovala na zaměření sestry nikoliv na chorobu dotyčného jedince, nýbrž na uspokojení jeho bazálních potřeb (Krátká, 2018). Stejného názoru jsou rovněž Šamánková et al. (2011), dle kterých je právě uspokojování primárních lidských potřeb základním pilířem péče o nemocné a nemohoucí v rámci ošetrovatelského procesu.

1.1.2 Psychologické potřeby člověka

Potřeby psychologické stojí nad potřebami biologickými, proto jsou mnohdy označovány jako vyšší nebo sekundární. Zahrnují zejména potřebu jistoty a bezpečí, důvěry a lidské důstojnosti (Příbyl, 2015). Dle Šamánkové et al. (2011) jsou založeny na individualitě jedince. Na tom, jak vnímá okolní svět a prožívá různé situace. Úzce souvisí s potřebou rozvoje své osobnosti, což obnáší zejména vnitřní vyrovnanost a pocit duševního bezpečí (Šamánková et al., 2011).

Opět zde ale není jasná hranice. I přesto, že výše zmíněná potřeba jistoty a bezpečí má značný psychologický přesah, Maslow ji řadí mezi potřeby nižší, a to pro její biologický původ v pudu sebezáchovy. Pocit jistoty a bezpečí v nás vyvolává mnoho

různých faktorů. Obecně se pro to, aby se člověk cítil jistě a bezpečně, potřebuje vyhnout všemu, co představuje nějaké ohrožení. Ať už jde o nemoc, bolest, stres či třeba ztrátu zaměstnání. Dále k psychickému klidu a jistotě přispívá uspokojená potřeba důvěry, soběstačnosti, informovanosti, míru, naděje a víry (Trachtová et al., 2013).

Například během hospitalizace pomáhá nemocnému dosáhnout jistoty dostatek informací nejen o chorobě, ale i o režimu na oddělení a o tom, co se s ním děje a bude v nejbližší době dít. Je úkolem sestry zajistit, aby klient všemu rozuměl a nepociťoval strach a úzkost kvůli nedostatečné informovanosti. Velmi přínosný je rovněž pravidelný kontakt s rodinou během návštěv nebo alespoň po telefonu, jelikož nemocný mnohdy touží po projevu podpory a pochopení (Zacharová, 2017).

Někdy se k psychologickým potřebám řadí rovněž potřeby duchovní či spirituální. Tyto potřeby zdaleka nemají jen lidé věřící, ale každý z nás, jelikož mezi ně patří také potřeba smyslu života či potřeba odpuštění (Příbyl, 2015).

1.1.3 Sociální potřeby člověka

Člověk je již od dob Aristotela pokládán za společenského tvora, který se potřebuje pohybovat v kruhu dalších lidí, aby se mohl rozvíjet (Kopecká, 2015). S tím se ztotožňuje rovněž Honzák (2022), který poukazuje na to, že člověk, jakožto společenský druh, doslova potřebuje mít kolem sebe nejen své příbuzné a známé, ale i jakýsi anonymní dav nebo společenství. Obdobného názoru je rovněž Koukolík (2021), který hovoří o tom, že lidé mají již z dob evoluce zakódováno žít ve skupině. Kdysi bylo právě vyloučení ze skupiny pro jedince bráno jako ten největší trest, jelikož mnohdy znamenalo jistou smrt (Koukolík, 2021). O samotě jakožto trestu v dřívějších dobách se zmiňuje také Honzák (2022).

Fumagalli et al., (2022) dále uvádějí, že základní lidská potřeba sounáležitosti má svůj evoluční počátek v pudu sebezáchovy a rovněž upozorňují, že sociální vazby jsou i dnes pro přežití zcela zásadní. Navazovat a udržovat vztahy s ostatními lidmi je součástí lidské přirozenosti, jak upozorňují také Hofer a Hagemeyer (2018), kteří hovoří konkrétně o potřebě společenského přijetí a příbuznosti, která v případě svého uspokojení činí jedince šťastnějším. Na důležitost uspokojení sociálních potřeb poukazují rovněž Hayre-Kwan et al. (2021), kteří vycházejí z Maslowovy pyramidy potřeb, s tím, že jakmile má člověk uspokojeny základní biologické potřeby, dostávají se do popředí jeho zájmu právě potřeby lidského kontaktu jako je přátelství, rodina, intimita a pocit nějakého spojení s jiným člověkem (Hayre-Kwan et al., 2021).

Některé sociální potřeby úzce souvisí se zdravím člověka a je důležité je znát i z hlediska poskytnutí kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Jejich znalost nám může rovněž pomoci pochopit faktory, jež stojí za opětovnými exacerbacemi onemocnění, a vytvořit adekvátní plán při propuštění. Z výzkumu O'Learyho et al. (2021) však vyplývá, že mnohdy lékaři potřeby svých pacientů v sociální oblasti vůbec nezjistí a orientují se pouze na biologický přístup k nemoci. Přitom samotná neznalost sociálních potřeb nemocného může vést k chybám v léčbě jako je například preskripce léků, které si dotyčný nemůže dovolit, nebo doporučení péče, jež jedinec nebude schopen správně provádět, jelikož třeba nemá to správné zázemí či oporu okolí (O'Leary et al., 2021).

1.2 Osamělost, samota – vymezení pojmů

Při snaze přiblížit si pojem sociální izolace se velice často setkáme s termíny jako osamělost, osamocení či samota, přičemž tyto výrazy je od sebe nutné odlišovat, jak upozorňují například autoři Výrost et al. (2019) či Tylová et al. (2014). Zatímco osamělost lze definovat jako *subjektivní prožívání nedostatku kontaktů, které mohou být pocíťovány jak v nepřítomnosti lidí, tak i v přítomnosti mnoha lidí, přičemž však chybí adekvátní kontakt* (Výrost et al., 2019, s. 625), tak v případě samoty se jedná o objektivní skutečnost, kdy daná osoba aktuálně není v kontaktu či vztahu s jinými lidmi a je jednoduše sama. Tento stav můžeme jednoduše pozorovat (Tylová et al., 2014). Trochu jiné výrazy, byť v obdobném kontextu používá Čeledová (2017), která hovoří o *zážitku samoty* jakožto o subjektivním prožitku, kdy člověk postrádá kvalitní vztahy s lidmi a pro onen objektivní stav samoty aplikuje termín *sociální izolace*. Na určitou spojitost mezi jednotlivými pojmy poukazuje Koukolík (2021), dle kterého sociální izolace vyvolává pocit osamělosti, jež má mnohem větší dopady než osamělost jako taková. To však nemusí být vždy pravidlem a osoba, která je objektivně sociálně izolovaná, ještě nemusí zažívat nepříjemné pocity osamělosti. Podstatné je, jak konkrétní člověk svou samotu v dané chvíli vnímá a prožívá (Výrost et al., 2019). Stejného názoru je i Čeledová (2017), která poukazuje na to, že s pocitem osamělosti se často setkávají i jedinci, již se pohybují v určité sociální skupině a mají na první pohled adekvátní sociální kontakty. To potvrzuje rovněž Winch (2014), dle kterého nehraje roli, kolik přátel máme, nýbrž to, jak subjektivně vnímáme kvalitu těchto vztahů (Winch, 2014). Obdobně hovoří rovněž Ptáčková et al. (2021), kteří dále spatřují zásadní rozdíl mezi samotou a osamělostí především v jejich dobrovolnosti. Zatímco samota je vnímána jako

dobrovolná a lidmi někdy vyhledávána v rámci odpočinku a času sám pro sebe, tak osamělost je pokládána za nedobrovolnou situaci, kdy je jedinec nespokojen v rámci svých sociálních vztahů (Ptáčková et al., 2021). S tím však zcela nesouhlasí Tylová et al. (2014), dle kterých samota být dobrovolná může, ale také nemusí. Jako příklad nedobrovolné samoty lze uvést hospitalizaci (Tylová et al., 2014).

Osamělost je určena třemi typickými znaky, které ji, jak uvádějí Tylová et al. (2014), odlišují od samoty. Zaprvé se vždy jedná o subjektivní zážitek, zadruhé je tento prožitek vnímán jako nepříjemný a zatřetí člověk pociťuje určité nedostatky ve svých vlastních vztazích s druhými lidmi. V literatuře se setkáváme s dělením osamělosti dle R. S. Weisse (1973), a to na osamělost emoční a osamělost sociální. Podstatou osamělosti emocionální je absence konkrétního blízkého vztahu založeného na vzájemné důvěře a porozumění, přičemž se může jednat o vztah partnerský, rodičovský či vztah s nejbližším přítelem (Weiss, 1973). Takový člověk se mnohdy pohybuje v okruhu řady kolegů či známých, avšak chybí mu nějaký kvalitní důvěrný vztah. Oproti tomu v případě osamělosti sociální jde především o chybění přátel, známých a s nimi sdílených aktivit (Tylová et al., 2014). Nejedná se zde o jednotlivce, ale spíše o širší skupinu jako celek (Výrost et al., 2019).

Dále je možné na osamělost nahlížet buďto jako na rys nebo jako na stav. Budeme-li se bavit o rysu osamělosti, hovoříme o v podstatě se neměním vzorci, dle něhož jedinec osamělost prožívá. Oproti tomu stav osamělosti představuje časově omezený prožitek, který souvisí s nějakou životní změnou, jakou může být například stěhování (Výrost et al., 2019).

1.3 Vliv osamělosti na zdraví člověka

Literatura se shoduje na tom, že osamělost může mít zásadní negativní vliv na zdraví člověka, a to jak na psychické, tak na fyzické (např. Tylová et al., 2014; Koukolík, 2021; Čeledová 2017). Kebza (2005) dále hovoří o tom, že chybění společenských vztahů a opory přímo ovlivňuje morbiditu a mortalitu v negativním slova smyslu, kdežto v případě, že má dotyčný kvalitní a hojné sociální vazby, je tímto do jisté míry chráněn především před vznikem kardiovaskulárních chorob. Dle Honzáka (2022) lze tento vliv dobře ilustrovat na situaci pandemie z posledních let, kdy v zařízeních, kde byli staří lidé izolováni od okolí, byla mortalita mnohem vyšší než tam, kde jim byl umožněn kontakt s jejich příbuznými nebo alespoň s pečujícím personálem, ke kterému si vytvořili vztah.

Z hlediska zdraví psychického je osamělost pokládána za významný rizikový faktor pro vznik deprese (Tylová et al, 2014), což lze opřít například také o americkou studii Santiniho et al. (2020), která jasně potvrzuje spojitost sociální izolace se vznikem příznaků deprese a úzkosti zejména u starších osob. Stejného názoru je Koukolík (2021), který doplňuje, že riziko vzniku deprese se snižuje až o jednu čtvrtinu u jedinců, kteří jsou součástí více než jedné sociální skupiny. V případě, že je člověk součástí třech různých skupin, toto riziko klesá až na jednu třetinu (Koukolík, 2021). S velkým rizikem vzniku deprese v důsledku osamělosti se potýká například seniorská populace, kdy starý člověk mnohdy čelí tzv. „syndromu opuštěného hnízda“ nebo později ztrátě životního partnera (Jirák, 2007). Za nejrizikovější skupinu v tomto ohledu označuje Jirák (2007) osaměle žijící muže se sklony k požívání alkoholu a dále upozorňuje na propojenost deprese a sebevražedného jednání. Suicidiální sklony spojují s osamělostí také Tylová et al. (2014), kteří dále hovoří o zvýšeném výskytu psychóz, poruch osobnosti, zhoršení kognitivních funkcí a větším riziku vzniku Alzheimerovy demence. Obdobná rizika popisuje i Čeledová (2017), která však poukazuje na to, že celý proces může probíhat i obráceně, kdy naopak výše zmíněné psychické problémy způsobí potíže v navázání a udržení mezilidských vztahů a vedou k osamělosti.

Psychické problémy vzniklé na podkladě osamocení mohou ovlivnit i fyzické zdraví člověka. To ze sociální izolace vytváří jeden z rizikových faktorů pro vznik vyššího krevního tlaku, zrychlené srdeční frekvence, vyšší zánětlivé reakce, ale i nádorového onemocnění, spánkové deprivace nebo smyslového poškození (LaBorde a Williams, 2022). Obdobného názoru jsou i Tylová et al. (2014), dle kterých sociální izolace nejvíce zvyšuje riziko vzniku nadváhy, hypertenze, hypercholesterolemie a s tím se pojících dalších rizik v podobě kardiovaskulárních onemocnění. Pro označení sociální izolace jakožto příčiny kardiovaskulárních onemocnění neexistuje v současné době dostatek důkazů, proto vystupuje pouze jako rizikový faktor, jak uvádějí LaBorde a Williams (2022).

Dle Koukolíka (2021) bylo však skutečně prokázáno, že jedinci, kteří si udržují dostatek kvalitních sociálních vazeb, mají nižší krevní tlak, BMI, ale třeba i nižší hladinu ukazatele zánětu CRP v krvi. Koukolík (2021) i Tylová et al. (2014) se shodují, že prvopočátek těchto predispozic je již v osamělosti, kterou jedinec zažije v dětském věku. Konkrétně se důsledky začínají rozvíjet již od věku 6 let, jak varuje Koukolík (2021), který v souvislosti s tím dále apeluje na časnou integraci dětí do kolektivu. Zážitky samoty a odmítnutí v dětství se mohou kumulovat a vyústit ve zvýšený celkový periferní

odpor, jež představuje hlavní z předpokladů pro vznik hypertenze u mladých lidí (Tylová et al., 2014). O tom, že osamělost u mladých jedinců může zvyšovat celkový periferní odpor, hovoří rovněž Richard et al. (2017), kteří jsou jinak poněkud opačného názoru. Ze závěrů jejich studie vyplývá, že během svého výzkumu nevyozorovali žádnou spojitost mezi osamělostí a vysokým krevním tlakem ani mezi osamělostí a hodnotou BMI, nicméně poukazují na statistickou souvislost osamělosti s vysokou hladinou cholesterolu v krvi a diabetem. To může být zapříčiněno mimo jiné tím, že lidé trpící samotou obecně méně dbají o zdravý životní styl, fyzickou aktivitu a je mezi nimi větší výskyt kuřáků. Paradoxem oproti tomu je, že tento výzkum nespojuje osamocenenost s chronickým abusem alkoholu (Richard et al., 2017).

Každopádně zde při řešení somatických potíží přichází na řadu tzv. psychosomatická medicína, která v rámci diagnostiky a léčby bere v potaz nejen faktory biologické, ale rovněž psychologické a sociální, kde vystupuje mimo jiné také právě osamělost (Raudenská a Javůrková, 2011). Dle Chvály a Skorunky (2017) se však od tohoto směru díky všem možným specializacím a svým postavením na Evidence Based Medicine současné lékařství spíše vzdaluje a psychosociální faktory zůstávají mnohdy opomenuty.

1.4 Rizikové skupiny

1.4.1 Senioři

Problematika osamocení je pokládána za jedno z největších rizik, kterým jsou ohroženi lidé vyššího věku, což dokazuje také to, že strach ze stáří je lidmi často interpretován jako strach z osamění. Senioři a starší lidé se řadí ke skupinám nejvíce ohroženým pocitem osamělosti a sociální izolací hned z několika důvodů. Jedná se o přirozený běh životních událostí, kdy v určitém věku jedinec přestává pracovat a odchází ze zaměstnání, čímž automaticky také opouští podstatnou sociální skupinu, v rámci níž dosud trávil mnoho času. Síť sociálních kontaktů stárnoucího člověka se dále přirozeně redukuje s rostoucí morbiditou a mortalitou přátel a známých v jeho věkové kategorii (Čeledová, 2017). Téhož názoru je také Příbyl (2015), který v souvislosti se ztrátou přátel ve stejném věku či životního partnera používá termín „*generační osamělost*“. Dále také poukazuje na jev tzv. *handicapu sociální integrace*, což vysvětluje jako znevýhodnění starého člověka v rámci zapojení do běžných společenských vazeb, jež může být dáno například ztrátou společenské prestiže, nižším finančním příjmem a s tím související nižší životní úrovní či strachem ze ztráty soběstačnosti a uzavíráním se do sebe (Příbyl, 2015). Pokorná a Blažková (2012) dále

upozorňují na výraznou provázanost zdravotní a sociální situace seniora, jež je ještě zintenzivněna poklesem jeho schopností a možností a jež tak ze seniorské populace činí ohroženou skupinu.

Svou roli hraje rovněž to, že sociální změny, jaké zde představuje například odchod do penze, se dějí doslova ze dne na den a přináší s sebou téměř okamžitý deficit sociálních kontaktů a představují tak pro psychiku staršího člověka velkou zátěž (Tomeš et al., 2017). Téhož názoru jsou také Sak a Kolesárová (2012), dle kterých v takové situaci člověk během chvíle přichází o svůj sociální status, stabilní síť mezilidských vazeb i určitou ekonomickou jistotu. Dále upozorňují, že psychice seniorů příliš neprospívá ani ve společnosti, zejména mezi mladší populací, rozšířený pohled na stáří a na seniory, kdy jsou mnohdy vnímáni jako přítěž jak pro společnost, tak i pro ekonomiku (Sak a Kolesárová, 2012).

To vše pak v konečném důsledku může vyústit v problémy v udržování stávajících a vytváření nových společenských vazeb a vést k pocitům osamělosti. Za vůbec nejhroženější jsou pokládáni muži, kteří pracovali na nějaké vysoké pozici (Příbyl, 2015). Obdobného názoru jsou také Pokorná a Blažková (2012), které dále hovoří o tom, že kromě pohlaví hraje roli rodinný stav, kdy logicky nejčastěji zažívají pocity samoty vdovci a vdovy. V přímé úměře má vliv rovněž věk seniora, dále zájmy konkrétního člověka, to, jak je schopen produktivně vyplnit svůj volný čas a uspokojit svoji potřebu „být užitečný pro ostatní“ (Pokorná a Blažková, 2012).

1.4.2 Dlouhodobě a nevléčitelně nemocní

Další skupinou, u které je vysoké riziko rozvoje sociální izolace a osamělosti, jsou bezesporu dlouhodobě a nevléčitelně nemocní. Jakákoliv zdravotní nepohoda či nemoc totiž postihuje nejen fyzickou stránku jedince, ale rovněž jeho psychiku, sociální a duchovní život. Když se zaměříme konkrétně na společenský život, tak zjistíme, že pro nemocného člověka je obecně problematičtější standardně fungovat ve společenských vztazích (Křivohlavý, 2002). Obdobného názoru je rovněž Zacharová (2017), dle které je nemocí negativně poznamenán zejména rodinný život pacienta. Zpravidla tím více, čím déle nemoc trvá. Rodina se pak přirozeně snaží najít novou rovnováhu (Zacharová, 2017).

Vše je ještě více umocněno v momentě, kdy jedinec musí být hospitalizován, což představuje celou řadu změn. Ze sociologického pohledu v tuto chvíli doslova přejímá novou roli, „roli pacienta“. Z aktivního jedince se stává více či méně pasivní příjemce

lékařské a ošetrovatelské péče, který je vždy do určité míry závislý na druhých – v tomto případě na zdravotnickém personálu. S pobytem v nemocnici se mění rovněž jeho životní rytmus, jež pro něj může být nepřírozený, může také dojít k poklesu sebevědomí a sebedůvěry. Hospitalizace vždy přivádí člověka do tzv. relativní sociální izolace, kdy se sice stýká s lékaři, sestrami i jinými hospitalizovanými, nicméně kontakt s jeho běžnou sociální skupinou je podstatně omezen. Jedinec se ocitá v novém, neznámém prostředí, zužuje se okruh jeho zájmů a potýká se s řadou negativních emocí, jako je strach či nejistota (Křivohlavý, 2002).

Irmiš (2016) dále upozorňuje na stres vyvolaný konflikty mezi jednotlivými pacienty na pokoji, kdy jde zdánlivě o drobnosti, jako je program, jež běží v televizi nebo větrání na pokoji, ke kterým je však nemocný člověk mnohem citlivější. V kontrastu s tím však Zacharová (2017) upozorňuje, že svá úskalí má i pobyt klienta na jednolůžkovém nadstandardním pokoji, kde výše zmíněné problémy logicky odpadají. Umístění klienta na samostatný pokoj může rychleji vést k jeho silné sociální izolaci. V tomto případě je velice důležitý přístup zejména ošetrovatelského personálu, jež by se měl starat rovněž o uspokojení potřeb klienta, jako jsou sociální kontakt, pochopení a porozumění (Zacharová, 2017).

U nemocného člověka se setkáváme s potřebou druhého člověka, kdy hledá někoho, komu by se mohl svěřit a kdo by jeho situaci pochopil. Očekává, že se mu dostane tzv. *sociální opory*, jež je založená na důvěře v danou osobu. Mnohdy nemocní tuto oporu hledají u svého lékaře. Vše je ještě více umocněno právě u chronicky nemocných, pro které je často návštěva lékaře osobní záležitostí, od které očekávají povzbuzení a útěchu. Plní pro ně roli určité psychoterapie (Křivohlavý, 2002). Obdobně hovoří Zacharová (2017), která poukazuje na tzv. psychoterapeutický přístup neboli *produktivní chování sestry* ve vztahu k nemocnému, jehož podstatou je vnímání všech aspektů nemoci - biologických, psychologických i sociálních. Podstatné je přitom navázání vztahu jak s pacientem samotným, tak i s jeho rodinou, přičemž by tyto vazby měly stát na vzájemném respektu a důvěře (Zacharová, 2017).

1.4.3 Děti a adolescenti

Poslední skupinou, u níž je vyšší riziko vzniku sociální izolace a osamělosti, jsou děti a dospívající. Jednou z rizikových situací může být nemoc či hospitalizace dítěte. Během hospitalizace i provádění různých nepříjemných úkonů u malých dětí je klíčová už jenom pouhá přítomnost rodičů, která mu dodává pocit jistoty a bezpečí (Plevová a

Slowik, 2010). Téhož názoru jsou rovněž Růžičková et al. (2022), jejichž studie jednoznačně prokázala, že děti, se kterými pobývali v nemocnici rodiče, snášely hospitalizaci podstatně lépe než děti bez doprovodu. Zejména v nepřítomnosti rodičů je velice důležitý přístup sester. Dítě může sestru začít vnímat jako blízkou osobu a může mu také suplovat kamaráda, partáka ve hře nebo někdy dokonce rodiče (Plevová a Slowik, 2010). Zacharová (2017) však upozorňuje, že navázat citovou vazbu ke zdravotníkům je pro mnoho dětí velmi problematické, proto by měla být vždy preferována hospitalizace dítěte s jedním z rodičů. Právě rodiče, kamarádi, sourozenci, domácí mazlíčci či oblíbené hračky jsou to, po čem se hospitalizovaným dětem stýská nejvíce (Růžičková et al., 2022). Trachtová et al. (2013) dále upozorňují, že dlouhodobé odloučení zejména malých dětí od matky, která je pro ně zdrojem jistoty a bezpečí, může vést k psychické deprivaci dítěte a v pozdějším věku může způsobit vážné psychické potíže.

Nemusí to být ale pouze nemocné či hospitalizované dítě, jež se cítí osaměle. V rodině s více sourozenci se naopak může začít cítit osamocené dítě zdravé, protože veškerá pozornost rodičů směřuje k jeho nemocnému nebo postiženému bratrovi či sestře. Mezi dětmi pak v některých případech vzniká rivalita a žárlivost, druhou možností je ochranný pud (Plevová a Slowik, 2010).

Děti a dospívající začali být společností všeobecně mnohem více vnímáni jako riziková skupina ohrožená sociální izolací zejména v posledních letech v souvislosti s koronavirovou pandemií. Za ztrátu sociálních kontaktů mohlo zejména uzavření škol, kde děti tráví podstatnou část času a potkávají se zde se svými vrstevníky a kamarády (Bínová a Havelka, 2021). Uhlíř (2022) dále poukazuje na to, že nemohly fungovat ani mimoškolní aktivity a kroužky, děti tak přišly o veškerou životní rutinu, na níž byly do té doby zvyklé. Zůstaly doma pouze s rodiči, kteří navíc mnohdy museli skloubit domácí výuku ratolestí se svou vlastní prací na home-office (Uhlíř, 2022). Bínová a Havelka (2021) hovoří o tzv. nucené sociální izolaci, kterou všichni známe pod označením lockdown. Studie ukázala, že sociální izolace u dětí a dospívajících poznamenala jejich křehké duševní zdraví a vzrostl výskyt duševních poruch zejména u adolescentů (Bínová a Havelka, 2021). Obdobného názoru je také Uhlíř (2022), který dále upozorňuje na její negativní vliv na psychosociální vývoj nezletilých.

1.5 Prevence a možnosti léčby osamělosti

I v případě osamělosti je velice důležitá prevence, tudíž úplné předcházení nebo alespoň minimalizování prožitků samoty. Můžeme tak výrazně přispět k uchování důstojnosti, zdraví a pohody jedince. Pocitům osamělosti je možné nejúčinněji předcházet skrze dobré sociální kontakty v rodině i mimo ni, dále díky využití zdravotních a sociálních služeb a rovněž „začleněním“ do nějaké komunity (Čeledová, 2017). Cotterell et al. (2018) obecně rozdělují intervence namířené proti vzniku sociální izolace do několika oblastí. Jedná se o práci s jednotlivci, práci se skupinami, dostupné služby, dále podmínky lokality, kde daný člověk žije, a sociální struktury (Cotterell et al., 2018).

Za primární instituci, která svým členům poskytuje jistotu, zázemí a důvěrné vztahy, je pokládána rodina. V rámci ní si člověk tyto hodnoty nemusí nijak zasloužit, ale měly by být její přirozenou součástí (Vymětal, 2003). Obdobného názoru jsou rovněž Výrost et al. (2019), dle kterých bylo od pradávna posláním rodiny postarat se o děti, staré, nemocné a postižené členy. Dále však upozorňují, že role a podoba rodiny se historicky výrazně změnila. Oproti dobám dřívějším se nyní jedná o mnohem užší komunitu, založenou na určité intimitě a osobním prostoru. To vše souvisí zejména s vymizením vícegeneračního soužití a úbytkem dětí v rodině (Výrost et al., 2019).

Každá rodina se potýká s řadou konfliktů a to, jak úspěšně je zvládá vyřešit, napovídá mnohé o její stabilitě. A je to právě stabilita rodiny, která je pro každého z nás zásadní v jakémkoliv životním období, jelikož rodina je v podstatě synonymem pro bezpečí a domov, jež je východiskem pro všechny činnosti provozované mimo ni. Nelze opomenout ani význam rodiny v době nemoci některého z jejích členů, kdy pacientovi dokáže poskytovat sociální integraci a tu nepřirozenější podporu a předcházet tak vzniku sociální izolace (Vymětal, 2003). Čeledová (2017) dále v souvislosti s rodinným zázemím poukazuje na vliv rodinného stavu jako takového, přičemž jedinec rozvedený nebo po rozchodu s životním partnerem je ke vzniku pocitů osamělosti náchylnější než například člověk, který ovdověl.

Dle Ige et al. (2019) v prevenci osamělosti hrají důležitou roli rovněž dobré sousedské vztahy. Intervence směřující k prevenci sociální izolace by se podle nich tedy měly více zaměřit právě na prostředí, kde jedinec žije, a kvalitu zdejšího sousedství (Ige et al., 2019). Cotterell et al. (2018) však upozorňují, že jde i o konkrétní lokalitu, kde jedinec žije, a kolik překážek musí překonat, než opustí svůj domov a vyjde ven. Roli hraje tedy i to, zda je v okolí lavička k sezení, bezpečný přechod pro chodce či zda staršího člověka někdo pustí sednout si ve veřejné dopravě (Cotterell et al., 2018). S tím

koresponduje i vyjádření Čeledové (2017), dle které je vždy je klíčové, aby pro jedince veškeré sociální vazby byly snadno dostupné.

V rámci služeb sociální prevence se můžeme setkat například se sociálně aktivizačními službami pro seniory a zdravotně handicapované, které mohou mít buďto ambulantní nebo terénní podobu, a jsou zaměřeny na osoby se zvýšeným rizikem sociální izolace (Příbyl, 2015). Podstatou těchto služeb je sdružování osob u nějaké společné činnosti, ať už jde o vzdělávací nebo fyzickou aktivitu či třeba skupinovou diskusi (Cotterell et al., 2018). Čeledová (2017) však upozorňuje, že aby mohly být ohrožené skupiny jako například senioři více a lépe integrovány do společenských aktivit, je podstatné, aby si je mohly dovolit po finanční stránce a aby byly k účasti na nich dostatečně podporovány a motivovány, například ze strany rodiny. Celkově by pak měl být kladen větší důraz na existenci a fungování aktivit a programů pro všechny věkové skupiny, včetně lidí s handicapem (Čeledová, 2017). To potvrzují i závěry Medical Advisory Secretariat (2008), jež poukazují na kladný vliv účasti v sociálně podpůrných skupinách v rámci snižování důsledků sociální izolace u obyvatel seniorských domů a těch, co na umístění čekají. Dále byl prokázán pozitivní efekt komunitních cvičebních programů zaměřených na zdraví a pohodu fyzicky neaktivních seniorů, kteří žijí v komunitě. A v neposlední řadě se zejména u seniorů jako účinná ukázala rovněž rehabilitace nedoslýchavosti, jež vede ke zlepšení možností komunikace, čímž pomáhá snadněji navazovat kontakty a snižovat osamělost (Medical Advisory Secretariat, 2008). Cotterell et al. (2018) dále upozorňují, že tyto skupinové aktivity jsou velice prospěšné rovněž pro menšiny a etnické skupiny se společnou kulturou.

Krom skupinových intervencí Cotterell et al. (2018) zmiňují rovněž takzvané intervence „jeden na jednoho“, jejichž podstata tkví v propojení osamocенého člověka s některým z dobrovolníků nebo pracovníků v sociálních službách, kteří jsou spolu v pravidelném kontaktu a mohou navázat přátelství.

Další intervencí z oblasti poskytování služeb jsou také dobrovolníci, často studenti, kteří pořádají různá školení práce s počítačem na vesnicích nebo v pečovatelských domech. Díky gramotnosti v této oblasti je starším lidem umožněno snazší spojení s rodinou, přáteli a známými skrze online prostředí, čímž se zákonitě snižuje riziko vzniku sociální izolace (Cotterell et al., 2018). Na význam sociálních sítí pro navázání, potažmo udržení vztahu poukazují rovněž Ige et al. (2019).

Samostatnou kapitolou je hospitalizace člověka a s ní spojený omezený kontakt s rodinou a přáteli. V tuto chvíli je pro klienta asi nejdůležitější, aby pravidelně dostával

z domova informace o situaci v rodině, byly mu umožněny návštěvy a telefonický kontakt (Zacharová, 2017). Současně se jednou z nejbližších osob, se kterou nemocný přichází do styku, stává sestra, jež plní řadu rolí. Často krom pečovatelské role vystupuje také jako komunikátorka a zprostředkovatelka, poradkyně, klientova „advokátka“ či týmová hráčka. Stává se pro klienta obhájcem a ochráncem, který je vždy na jeho straně a hájí jeho práva (Špirudová a Králová, 2007). Drageset a Haugan (2021) dále vyzdvihují význam kontaktu mezi klientem a zdravotní sestrou právě v souvislosti s předcházením osamělosti. I tento kontakt, potažmo vztah, s sebou přináší určité riziko, jak upozorňují Špirudová a Králová (2007), a tím je zejména možnost vzniku psychické či sociální závislosti nemocného na sestře.

Barratt et al. (2012) dále upozorňují na komplikovanou situaci nemocných, kteří musí být izolováni na samostatném pokoji kvůli infekčnímu onemocnění, jakým je často například infekce MRSA. Apelují zde zejména na přístup sester, který by měl klientovi tuto situaci usnadňovat. Jde především o optimalizaci prostředí a adekvátní informování pacienta (Barratt et al., 2012).

Další křehkou skupinou jsou hospitalizované děti, u kterých se jako účinná prevence vzniku sociální izolace během pobytu v nemocnici ukázala hospitalizace dítěte spolu s matkou či otcem (Zacharová, 2017). Dále pak také prostředí a vhodně zvolené aktivity, které pomohou redukovat pocit nudy a omezovat pocit izolace tím, že posilují socializaci dětí. I zde se v dnešní době mohou uplatnit moderní technologie, které umožní dětem propojení s rodinou či se spolužáky (Lambert et al., 2014).

Celkově poněkud odlišného názoru na předcházení a terapie pocitů osamělosti jsou Tylová et al. (2014), dle kterých je obecně možné prožitky osamělosti zredukovat také prostřednictvím omezení předsudků a předpokladů vůči negativním sociálním jevům v prostředí. Doporučují například kognitivně-behaviorální terapii se zaměřením na maladaptivní myšlenky, jež zjednodušeně pracuje s přetvářením stávajících dysfunkčních schémat myšlení na nová, vyrovnanější. Tato forma terapie je dle jejich názoru účinnější než všechny aktivity soustředící se na sociální podporu či rozvoj sociálních dovedností (Tylová et al., 2014). S tím do jisté míry souhlasí rovněž Cotterell et al. (2018), kteří poukazují právě na důležitou roli psychologické intervence zaměřené na vyrovnání se s negativními pocity.

1.6 Sociální izolace a osamělost v období pandemie Covid-19

1.6.1 Situace sester ve zdravotnických zařízeních

V době pandemie onemocnění Covid-19 se všichni z řad zdravotníků potýkali s řadou mimořádných stresorů, které zásadně ovlivnily jejich vlastní fyzické i psychické zdraví a měly prokazatelný dopad na kvalitu jejich života. Hlavní stresory pro zdravotníky v období pandemie představovalo zejména riziko nakažení sebe sama a posléze ohrožení členů své vlastní rodiny, dále péče o děti, které zůstaly v důsledku uzavření škol samy doma či zhoršení svého již existujícího onemocnění (Petzold et al., 2020). Obdobně hovoří rovněž Zhang a Ma (2020), kteří upozorňují, že sestry navíc byly mnohdy situací nuceny opustit na čas svoje rodiny a zůstat s pacienty v prostorách nemocnice. Zažívaly pocity stesku po domově a strachu z toho, že by mohly kvůli svojí práci ohrozit členy vlastní rodiny (Zhang a Ma, 2020). Na všeobecné sestry byly a jsou kladeny rovněž vysoké profesionální nároky. Očekává se od nich, že si i během náročné práce zachovají schopnost sebeovládání a odhodlání k práci, od čehož vyšší management nemocnic očekává především vysokou pracovní morálku a každodenní výkon na vysoké úrovni. Vzhledem k vysokému riziku, že se nemocí mohou samy infikovat, bylo navíc třeba, aby při veškerých úkonech dbaly vysoké ostražitosti s důrazem na svou vlastní ochranu (Mustriwati et al., 2021). Ochrana před nákazou spočívá především ve správném používání osobních ochranných pomůcek (dále OOP) při péči o covid pozitivní pacienty. Používání těchto pomůcek, jako jsou například celotělové kombinézy, ochranné obličejové štíty či rukavice a respirátory, však práci sestřím výrazně ztěžuje a lze říci, že působí jako další zdroj stresu. To je navíc umocněno tím, že řada zdravotníků nebyla v používání OOP řádně proškolená (Saibertová a Pokorná, 2021).

Celou situací spojenou s pandemií koronaviru byly nejvíce postíženy sestry, které pracovaly v první linii na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (dále ARO), na jednotkách intenzivní péče (dále JIP) a v oblasti primární péče (Šupínová et al., 2022). Zde může být souvislost mimo jiné s tím, že sesterská praxe na ARO a JIP se od té standardní zásadně odlišuje v tom, že klienti zde hospitalizovaní mají ovlivněné vědomí, neuvědomují si a nemohou tak uspokojit své potřeby. Stává se tak úkolem sestry, aby potřeby klienta předvídala a převzala plnou odpovědnost za jejich uspokojení (Šamánková et al., 2011).

U řady zdravotnických pracovníků došlo také k rozvoji těžké deprese, jak ukazuje například australská studie Hammonda et al. (2021). Dále se, zejména u těch v první linii, často objevovaly příznaky úzkosti a nespavosti, doplňují Lai et al. (2020). To vše má

na svědomí rovněž rozvoj pocitů osamělosti u sester pracujících na uzavřených covidových jednotkách (Petzold et al., 2020).

Vysoká nakažlivost nového koronaviru si žádala, aby byla práce ošetrovatelského personálu intenzivně řízena a konkrétní oddělení zajištěna kvalitními a kvalifikovanými lidskými zdroji. Jelikož jsou to právě sestry, které se pohybují v první linii během poskytování péče svým klientům, je právě jejich pracovní výkon klíčový pro splnění cílů stanovených managementem nemocnic (Mustriwati, 2021). V souvislosti s tím však Prosen (2021) upozorňuje na to, že pandemií se ještě více prohloubil problém nedostatku zdravotních sester a ošetrovatelských pracovníků, se kterým se dlouhodobě potýká celý svět. Nedostatečné množství sester pak vede k jejich přetěžování, rostoucímu vyčerpání a stresujícím pracovním podmínkám (Prosen, 2021). Jsou tak rovněž ohroženy rizikem syndromu vyhoření či dokonce sebevraždy (Ross, 2020). To vše má samozřejmě vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a rovněž na fungování zdravotního systému jako celku (Prosen, 2021).

Velký význam pro lepší výkon sestry má dle studií jejich vlastní vůle a motivace (Mustriwati et al., 2021). Pro samotné všeobecné sestry však často není tak podstatný výkon, nýbrž spíše humanistické a altruistické hodnoty ošetrovatelství. Sestry stále navzdory mnoha vnějším tlakům přikládají vyšší váhu svému vztahu s klientem a zajištění jeho potřeb (Krupková a Havrdová, 2013). V souvislosti s tím Mustriwati et al. (2021) rovněž upozorňují na pozitivní vliv tzv. sebevedení, tedy proces, kdy sestra pomocí různých strategií ovlivňuje a vede sama sebe ke kontrole svého chování, zvyšování vlastní odpovědnosti a zlepšování profesionálního výkonu. Chesak et al. (2020) dále doporučují zařazení strategií na podporu duševního a emočního zdraví sester, jež jim pomohou vydržet dlouhodobý stres a zvýšit celkovou odolnost. Na místě je každopádně i podpora od kolegů a vedoucích pracovníků, psychologická první pomoc a poradenství pro zdravotníky (Chesak et al., 2020). Prosen (2021) však upozorňuje, že i sestra je lidská bytost, která nedokáže neustálému stresu odolávat donekonečna, a apeluje na důležitost péče o vlastní fyzickou i psychosociální pohodu.

1.6.2 Situace pacientů ve zdravotnických zařízeních

Pandemie onemocnění Covid 19 výrazně narušila a zkomplikovala vztah sestra-klient, potažmo vztahy klient-rodina a sestra-klientova rodina. Rovněž s sebou přinesla řadu etických problémů, jako například to, že mnohdy covid pozitivní pacienti umírali izolovaní na JIP bez jakékoliv možnosti rozloučení se se svými blízkými

(Gebreheat a Teame, 2021). Příbuzní pak mnohdy nemohli ani vystrojit pohřeb a rozloučení dle svých zvyklostí a tradic, doplňují Galehdar et al. (2020). Sestry, jejichž posláním je své klienty a jejich rodiny v těchto těžkých chvílích za normálních okolností podporovat a umožnit jim v klidu prožívat zármutek a rozloučení, toto v době pandemie dělat nemohly a byla tak poznamenána a upozaděna jedna z jejich důležitých profesních rolí. Rovněž často nebyly schopny plnit vůli a přání nemocných, přičemž mnohdy ke všemu tomuto jednání byly dokonce vyzvány shora. Tento fakt výrazně otrásl základními etickými pilíři, na kterých je postaveno ošetrovatelství, i principy biomedicínské etiky (Gebreheat a Teame, 2021).

Vztah a vůbec veškerý kontakt mezi sestrou a klientem byl dále zásadně ovlivněn povinností používání OOP. Tyto pomůcky v podstatě skryly identitu pečující osoby a znemožnily důležitý oční kontakt tváří v tvář, čímž vytvořily významnou komunikační bariéru (Galehdar et al., 2020). Ettler et al. (2022) rovněž poukazují na to, že nošení roušek a respirátorů zcela vyloučilo neverbální složku komunikace – mimiku, jež je důležitá pro její plnohodnotnost. Obdobného názoru jsou také Fernandes et al. (2022), dle kterých používání OOP dále znemožnilo nemocným odezíraní z úst či čtení z výrazu v obličeji. Kvůli pomůckám byl pro mnohé obtížně slyšitelný i slovní projev ošetrovatelského personálu, doplňují Fernandes et al. (2022). Pacient tak často vůbec nevěděl, s kým má tu čest. Nevěděl, jak sestra vypadá, ba na první pohled nepoznal ani, zda se jedná o muže či ženu. V ochranných oděvech vypadali všichni stejně a péče se stávala poněkud anonymní (Galehdar et al., 2020). Køster (2022) v souvislosti s tím zmiňuje pojem tzv. sociální anonymity klienta, což obnáší jednak nepřítomnost blízkých a rovněž anonymní přítomnost zdravotníků, kteří nejsou kvůli použití OOP k rozpoznání, často ani podle hlasu. Vztah sestra – pacient je tak oboustranně anonymní (Køster, 2022).

Palaz a Kayacan (2022) poukazují na to, že dodržováním všech bezpečnostních opatření a přemírou nemocných se navíc ještě více omezil i čas, který sestry mohly strávit s konkrétním klientem a komunikací s ním. Také se v některých případech stávalo, že se sestry soustředily na zvládnutí akutních stránek onemocnění, a z jejich intervencí se vytrácela potřebná lidskost. Přitom je to právě účinná komunikace, která je klíčová pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a klientem, jež následně vede k celkové humanizaci poskytované ošetrovatelské péče (Fernandes et al., 2022).

V neposlední řadě byl vztah sestry k pacientovi narušen tím, že si sestry velice dobře uvědomovaly, že kontaktem s nemocným ohrožují infekcí samy sebe a potažmo své rodiny, což v praxi znamenalo udržování určitého odstupu (Galehdar et al., 2020).

To potvrzuje i studie Køstera (2022), v rámci níž sestry přiznaly, že se ve strachu z nákazy sebe sama bály přiblížit k pacientovu obličejí a pokud mohly, tak se od bližšího kontaktu s ním distancovaly. Praxe byla taková, že se snažily zvládnout všechny své naplánované intervence najednou a vyvarovat se opakovaného vstupování na pokoj (Fernandes et al., 2022). To vše negativně ovlivnilo podstatu poskytované ošetrovatelské péče jako takové, jež je primárně založena na vzájemném vztahu a důvěře mezi sestrou a klientem. Ohroženo bylo rovněž to, co nemocný od sestry a ošetrovatelské péče očekává. Tedy především důvěrný vztah, informovanost, lidský a citlivý přístup, naplnění svých potřeb, uznání, úsměv a přátelskost (Palaz a Kayacan, 2022). Navíc u hospitalizovaných klientů docházelo k prohlubování dopadů izolace a rychlejšímu rozvoji pocitů osamělosti a nudy (Fernandes et al., 2022). Přesto všechno však studie Palaze a Kayacana (2022) prokázala vysokou míru důvěry pacientů v sestry. To by si sestry měly stále uvědomovat, aby tak zůstala zachována její kontinuita. Jedná se právě o důvěru nemocných v sestry, kterou lze označit za předpoklad kvality ošetrovatelské péče (Palaz a Kayacan, 2022).

Hospitalizovaní covid pozitivní klienti museli být během hospitalizace přísně izolováni, což pro ně znamenalo odloučení od rodiny, ztrátu kontaktu se „světem venku“ a tím pádem ztrátu adekvátní sociální podpory. To vše spolu s nedostatečným povědomím o nové nemoci, obavami z jejího vývoje a vlivem ochranného oděvu personálu je predisponovalo ke vzniku psychických potíží, úzkosti či depresí (Niu et al., 2021). Obdobného názoru jsou i Rawal et al. (2021), dle kterých právě sociální izolace covidových pacientů stojí za vyšším výskytem úzkostí, stresu či nespavosti, jež mohou časem vyústit ve vážná duševní onemocnění. Krom jiného tedy byla pro hospitalizované na izolačních jednotkách velice důležitá tzv. psychologická ošetrovatelská péče. Tento druh sestrami poskytované péče zahrnuje například tyto intervence: projevy porozumění, vysvětlování důležitosti izolačního režimu, poskytnutí materiálů a informací ohledně nemoci Covid 19, zařazení možných povzbuzujících prvků neverbální komunikace jako třeba „palec nahoru“ na projev povzbuzení nebo poplácání po rameni na projev útěchy, aktivní podporu komunikace s rodinou a řadu dalších. Pozitivní vliv těchto sesterských intervencí na psychiku izolovaných pacientů byl prokázán čínskou studií (Niu et al., 2021). Dle Rawala et al. (2021), však byla v mnoha případech upřednostňována léčba fyzických příznaků nemoci před neméně podstatnou péčí o psychickou pohodu člověka. V souvislosti s tím doporučují posouzení duševního stavu u každého klienta přijímaného na uzavřenou covid jednotku. Dále upozorňují na to, že všechny výše zmíněné dopady sociální izolace se netýkají pouze hospitalizovaných klientů, nicméně i nakažených

v domácí izolaci (Rawal et al., 2021).

Ještě specifitější byla situace klientů hospitalizovaných v přísné izolaci na uzavřeném infekčním boxu JIP. Pobyť zde mnohdy vedl k radikální deprivaci v důsledku odloučení od všech složek životního prostředí, které každodenně upevňují pocit člověka cítit se „sám sebou“. V důsledku této přísné izolace byli tedy klienti vystaveni zážitkům ztráty vlastního já a pocitům anonymity. Pacienti popisovali pocit odcizení, jenž vysvětlovali tak, že přestože vědí, že se si hospitalizací prošli oni sami, přijde jim to, jako by se to stalo někomu jinému. Mnohdy nebyli schopni odlišit sen od reality. Následkem dlouhodobé izolace a nulových možností rozptýlení ztráceli pocit vlastnictví a kontroly svého vlastního těla (Køster, 2022).

Ani izolace na nemocničním pokoji však nebyla samozřejmostí. Během pandemie se v zahraničí mnohdy stávalo, že nemocní leželi na podlaze nemocničních chodeb, jelikož pro ně nezbylo volné lůžko. Další etickou výzvou tedy bylo právě rozhodování o přidělení intenzivní lůžek s možností umělé plicní ventilace či mimotělního oběhu (Gebreheat a Teame, 2021). Galehdar et al. (2020) poukazují na to, že sestry velice těžce nesly, že nemohou mnoha klientům pomoci a musí v podstatě jen přihlížet. To částečně i proto, že si velice dobře uvědomovaly, že někteří z klientů mohou být jen obětmi neopatrnosti a bezohlednosti ostatních (Galehdar et al., 2020).

1.6.3 Situace klientů a sester v sociálních zařízeních

Pandemie koronaviru poznamenala i život v sociálních zařízeních jako jsou seniorské domy, domovy se zvláštním režimem či domovy pro zdravotně postižené osoby (Horecký a Švehlová, 2021). S cílem omezit šíření infekce a ochránit před nakažením své obyvatele byli provozovatelé nuceni výrazně omezit styky svých klientů s vnějším světem a veškeré jejich aktivity, čímž je v podstatě izolovali za hranicemi domova. Například v některých domovech seniorů ve Francii zašla situace tak daleko, že byl přísně omezen nejen fyzický kontakt klientů s jejich rodinou a přáteli, ale dokonce i kontakt mezi jednotlivými obyvateli domova navzájem, potažmo kontakt mezi obyvateli a pečujícími personálem (El Haj a Gallouj, 2022). V souvislosti s tím však Mo a Shi (2020) poukazují na to, že udržování bezpečné společenské vzdálenosti v rámci ochrany před nákazou se v mnoha pečovatelských domech ukázalo jako velmi komplikované.

Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem u nás v České republice (dále ČR) si prošly obdobnou zkušeností. V době tzv. lockdownu klienti kontakt se svými

blízkými udržovali výhradně telefonicky, případně prostřednictvím videohovorů. Výjimečně jsme se mohli setkat s alternativou jako například komunikace přes prosklené dveře či plastové přepážky (Pechová et al., 2021).

Byť se kontakt prostřednictvím videohovorů na první pohled zdá jako skvělá varianta a řada i zahraničních autorů jej v rámci omezení důsledků sociální izolace doporučuje (Mo a Shi, 2020), i on skýtá řadu úskalí. K jeho uskutečnění byla ve většině případů nutná asistence někoho z personálu domova, jež sice pomohla s technickou stránkou věci, nicméně zároveň narušovala soukromí hovorů. Na kvalitu takového setkání klienta s rodinným příslušníkem měly dále vliv omezené schopnosti seniorů přizpůsobit se této formě komunikace, která se zásadně lišila od klasické návštěvy. Jednak zde zcela chyběl důležitý haptický kontakt, dále mnohdy senior na malé obrazovce „návštěvu“ špatně viděl či špatně slyšel zvuk přenášený reproduktorem. To vše vedlo k tomu, že videohovory nebyly v sociálních zařízeních realizovány příliš často (Nota, 2021). O tom, že tato technická řešení rozhodně plnohodnotně nenahrazují klasickou fyzickou návštěvu a setkání tváří v tvář, hovoří také Hugelius et al. (2021), byť dále uvádějí, že tento typ sociálního kontaktu velmi ocenili jak klienti, tak jejich příbuzní.

Jedinou situací, kdy byla umožněna fyzická návštěva rodinných příslušníků u klienta, byla ta, kdy umíral. V tomto jediném případě směla za splnění přísných hygienických opatření rodina do domova přijít osobně a rozloučit se. Řada příbuzných však tuto možnost ani nevyužila, jelikož si klienta chtěli pamatovat tak, jak vypadal na kameře (Pechová et al., 2021).

Navzdory snaze zařadit různá řešení zprostředkávající kontakt alespoň na dálku, mělo omezení návštěv své důsledky zejména v podobě negativních dopadů na zdraví a psychickou pohodu klienta i rodinných příslušníků. Konkrétně můžeme jmenovat nechut k jídlu, omezení aktivit, osamělost, agitovanost, depresivní příznaky či celkovou nespokojenost (Hugelius et al., 2021).

Pozastaveny byly také návštěvy personálu, který byl do té doby běžnou součástí péče poskytované v domovech, nicméně ne té nezbytné, jako je například kadeřnice či pedikérka. Omezení či zákaz se dotkly rovněž veškerých skupinových aktivit nebo třeba komunitního stolování (El Haj a Gallouj, 2022). Tím byla poznamenána rovněž samotná interakce a vztah mezi klienty a jejich ošetřovateli. Sestry byly do té doby zvyklé se svými klienty trávit mnoho času v rámci různých společenských aktivit, což koronavirová opatření znemožňovala a poskytovaná péče se tak omezila pouze na tu základní (Pechová et al., 2021). Zde lze rovněž spatřit hlavní rozdíl oproti sestřám,

kteře pracovaly v nemocnici. Ten spočívá především v tom, že sestře ze seniorských domů znají své klienty, o které pečují, celé roky a nyní je viděly umírat mnohdy ne ve zcela důstojných podmínkách (Mo a Shi, 2020). Lze tedy říct, že v určitém slova smyslu covid a s ním spojená nařizení zdejších sestřám vzal „smysl“ jejich práce (Pechová et al., 2021). I sestře v zařizeních sociální péče tedy čelily mnoha výzvám, jako je například beznaděj, nejistota, pracovní přetížení či konflikt vlastních rolí. (Mo a Shi, 2020). El Haj a Gallouj (2022) doplňují, že se potýkaly i s nedostatkem ochranných pomůcek, jenž bezpochyby také negativně ovlivnil interakci klient-sestra, a to zejména v počátcích pandemie, kdy si roušky mnohdy dokonce šly svépomocí, jak upozorňují Pechová et al. (2021).

Horecký a Švehlová (2021) poukazují na fakt, že tato přísná uzávěra domovů trvala v ČR v roce 2020 celých 136 dní, což představuje jedno z nejdelších období na světě. Všechna zavedená bezpečnostní opatření samozřejmě prokazatelně vedla k nárůstu pocitů osamělosti klientů (Haj a Gallouj, 2022). Obdobného názoru jsou rovněž Mo a Shi (2020), dle kterých právě osamělost a emocionální úzkost byly hlavními výzvami, kterým byli obyvatelé seniorských domů v době pandemie vystaveni. V souvislosti s tím apelují na to, jak důležité je poskytovat seniorům psychologickou podporu a bezpečný mezilidský kontakt. Doporučují mimo jiné konstruktivní trávení volného času, například prostřednictvím aktivit, jež lze provádět na pokoji s dodržením sociálního odstupu (Mo a Shi, 2020). Quan et al. (2019) jako příklad takové aktivity uvádějí terapii smíchem, zahradnickou terapii nebo reminiscenční terapii, přičemž poukazují na jejich pozitivní vliv v rámci omezení pocitů osamělosti.

Přes veškerá bezpečnostní opatření se domovy staly velkými „ohnisky nákazy“ a potýkaly se s velkou mírou nakažených z řad klientů i zaměstnanců (Pechová et al., 2021). Důvodem bylo jednak snadnější komunitní šíření infekce, ale i skladba obyvatel, jež jsou vlivem věku a přidružených onemocnění automaticky predisponováni k těžšímu průběhu choroby (Nota, 2021). Mo a Shi (2020) doplňují, že řada seniorů si navíc byla dobře vědoma svojí zranitelnosti vůči nákaze i relativní nebezpečnosti pečovatelského domova, což jejich psychice nepřidalo. Stav nakažených seniorů se často zhoršoval velice rychle a oni zemřeli, aniž by jim byla poskytnuta adekvátní paliativní péče, jak bylo v domovech do té doby obvyklé. Těživá situace panovala zejména v regionech, kde byly v určitých obdobích pandemie vyčerpány kapacity nemocnic, a tak se sestře o nemocné klienty musely postarat v rámci domovů, kde k tomu však neměly potřebné technické vybavení, jako například oxygenátory či odsávačky hlenů. V některých domovech se

stávalo, že v nejtěžším období umíralo i několik klientů denně. Mnohdy vlivem počtu nemocných a omezeného počtu personálu nebylo v silách sester je v posledních chvílích doprovázet. Situaci a přirozenost kontaktu i zde samozřejmě komplikovalo používání OOP (Pechová et al., 2021).

I v případě, že klient nezemřel náhle, ale odcházel postupně a přirozeně, představovalo omezení kontaktu s ním překážku pro jeho blízké ve vyrovnání se s tím, že klient pomalu schází a brzy odejde. Rodinám mnohdy chyběl objektivní pohled na aktuální stav klienta, který během zprostředkovaných hovorů byl vždy upravený, veselý a aktivní, což mnohdy zcela nevyhovovalo o realitě (Pechová et al., 2021).

Nicméně zjištění Pechové et al. (2021) dále ukazují, že celá situace s sebou přinesla i určitá pozitiva. Dokázala ošetrovatelské týmy více stmelit, jelikož zdravotníky spojoval společný cíl a zapoměli na „žabomyši války“. Chovali se k sobě ohleduplněji a vzájemně se podporovali. Pod vlivem situace sestry rovněž mnohdy navázaly důvěrnější vztahy s rodinami klientů, jelikož zde vznikla potřeba mnohem více s nimi komunikovat (Pechová et al., 2021).

1.7 Izolace pacientů v nemocnicích

S izolací pacientů se v ošetrovatelské praxi zdaleka nesetkáváme pouze v souvislosti s onemocněním Covid-19, ale i v rámci řady jiných chorob. Jednou ze skupin, u kterých je nutná tzv. reverzní či ochranná izolace, jsou klienti po transplantaci kostní dřeně nebo kmenových buněk, které je po určitou dobu tímto způsobem nutné chránit před jakoukoliv infekcí. Bylo zjištěno, že i tato forma izolace představuje pro pacienty velkou psychickou zátěž. Někteří z nich ji dokonce mohou vnímat jako vězení, jelikož může trvat řadu týdnů až měsíců, kdy jsou po celou dobu zavřeni na jednom pokoji bez možnosti někam odejít (Cetlová, 2013). V souvislosti s tím Sertbas et al. (2022) upozorňují, že existují velké rozdíly v konkrétních izolačních postupech mezi jednotlivými nemocnicemi a zeměmi, co se týče jejich rozsahu i doby trvání.

Problémem je především nucená sociální izolace, jež mnohdy vede k úzkostem, smutku, poruchám spánku či depresím (Cetlová, 2013). O zvýšené úzkostnosti a depresivních příznacích u klientů v ochranné izolaci hovoří rovněž Sertbas et al. (2022). Návštěvy u těchto klientů bývají většinou povolené, nicméně musí splňovat určité podmínky. Nesmí vykazovat žádné známky aktuálně probíhající infekce a platí pro ně povinnost používání OOP, stejně jako pro zdravotnický personál, což samo o sobě

narušuje plnohodnotnost takové sociální interakce. Velmi obtížný je tento přísný potransplantační režim zejména pro malé děti a jejich rodiče (Cetlová, 2013). Ty bývají na izolačním pokoji zpravidla hospitalizovány s jedním z rodičů, který je důkladně vyšetřen, aby nebyl nositelem žádné infekce (Cetlová, 2013). Sertbas et al. (2022) na základě své studie doporučují u klientů v ochranné izolaci zařazení kreativních činností, jako je arteterapie či muzikoterapie, jež prokazatelně vedou k psychické pohodě a snížení pocitů úzkosti.

Mnoha stresorům, včetně toho v podobě izolace, jsou vystaveni rovněž klienti hospitalizovaní na JIP či ARO. Potýkají se zejména s nedostatkem spánku, strachem, osamělostí, závislostí na zdravotnickém personálu, neosobním zacházením či steskem po rodině. Jako další stresory zde vystupují zejména hluk způsobený zvuky alarmů a nepřetržitou činností sester, nejrůznější invazivní vstupy zejména do krku a nosu, neschopnost či omezení v pohybu, pocity nudy a celkově prostředí JIP (Zengin et al., 2020). K tomu Køster (2022) doplňuje, že právě prostředí JIP, které je sterilní a nejsou zde žádné předměty připomínající život venku, způsobuje rovněž tzv. prostorovou anonymitu.

Všechny tyto zážitky mohou vyvolat psychické problémy, jako jsou noční můry, nespavost, nesoustředěnost, úzkost či strach, i v budoucím životě klienta (Zengin et al., 2020). Obdobného názoru je i Køster (2022), který doplňuje, že přijetí na JIP pro klienta znamená také ztrátu autonomie, kdy většinou pro svůj vážný stav není schopen o sobě rozhodovat a je zcela odkázán na zdravotníky a přístroje. Dále poukazuje na to, že aby toto byl klient nějakým způsobem schopen vydržet, je ve většině případů nutný určitý stupeň sedace, který člověka udrží dostatečně v klidu, ale zároveň bude schopen alespoň trochu reagovat (Køster, 2022).

Téměř pětina klientů v rámci studie Zengina et al. (2020) uvedla, že jedním z největších stresorů během hospitalizace na JIP pro ně byla právě samota, přičemž popisovali pocity opuštěnosti, nevyslyšení a nenaplněných potřeb. Poněkud odlišného názoru jsou Herling et al. (2020), dle kterých je pacient během hospitalizace na JIP středem pozornosti sester a riziko vzniku osamělosti pro něj představuje až překlad na standardní oddělení, kde již nemusí být kontinuálně monitorován a je zde také méně personálu, tudíž se kolem něj nepohybuje tak často. K pocitům osamělosti mnohdy může přispět i přístup sester, a to zejména nedostatečná komunikace, poskytování neúplných informací, nedostatečné projevy empatie a respektu vůči pacientovi a nevěnování dostatečného času klientovi (Zengin et al., 2020). V souvislosti s tím Køster (2022

poukazuje na to, že JIP samy o sobě jsou mnohdy i v rámci jednotlivých nemocnic považovány za určitou izolovanou entitu, uzavřené území, kam smí vstoupit pouze „pár vyvolených“.

Jako velice přínosné v rámci snížení pocitů osamělosti se ukázaly návštěvy příbuzných na JIP, které nemocnému poskytnou podporu a pocit bezpečí. Jejich zákaz, který na JIP není zcela výjimečný, má na klienty i jejich příbuzné prokazatelně negativní dopad. Proto by sestry tuto interakci měly co nejvíce podporovat (Zengin et al., 2020). Dle Herlinga et al. (2020) toto funguje a rodinní příslušníci jsou na JIP mnohem více integrováni do péče a sestry s nimi mnohem více hovoří v porovnání s běžným oddělením, kde se stávají obyčejnými návštěvníky. Na důležitost osobní přítomnosti rodinných příslušníků u nemocných v těžkém stavu na JIP upozorňují rovněž Hugelius et al. (2021), dle kterých působí jako silná motivace přežít a uzdravit se. Dokonce ji označují jako „záchranné lano do reality“ (Hugelius, et al., 2021).

1.8 Ošetřovatelský proces u klienta s osamělostí

Ošetřovatelský proces, tedy metoda, kterou by sestra měla poskytovat péči svým klientům, lze definovat jako *systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetřovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu* (Plevová, 2011, s. 108). Tóthová et al. (2009) doplňují, že jde o metodu, která podporuje sestry v tom, aby se dokázaly samostatně rozhodnout o nejvhodnějším způsobu péče a dosáhly tak cílů, jež si předem stanoví.

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti fází. Prvním krokem je posouzení, kdy sestra sbírá informace o svém klientovi a odebírá od něj tzv. ošetřovatelskou anamnézu (Tóthová et al., 2009). V souvislosti s osamělostí a sociální izolací by se měla zaměřit na veškerá tělesná a duševní omezení, kterými klient trpí. Také by ji měly zajímat klientovy pocity, informace o tom, zda má dobré přátele a zájmy nebo zda nemá nízké sebevědomí. Dále by si měla všimnout nestandardního sociálního chování a klientových zmínek o problematických vztazích v rodině (Wagner, 2021). Nápomocné ke zhodnocení stavu sociální izolace a osamělosti mohou být i existující hodnotící škály. V případě posouzení sociální izolace mají sestry k dispozici Lubbenovu škálu sociální sítě nebo Škálu vnímání sociální podpory poskytované přáteli a rodinou, v případě hodnocení osamělosti pak mohou využít například Škálu prožívání osamělosti či Škálu sociální a

emocionální osamělosti u dospělých. Všechny tyto škály lze použít jako kostru pro diagnostický rozhovor s klientem (Vörösová et al., 2015).

Následuje druhý krok, diagnostika, kdy sestra na základě dat zjištěných v první fázi stanovuje ošetrovatelské diagnózy (Tóthová et al., 2009). Co se týče tématu práce, riziko osamělosti i sociální izolace vystupují v rámci NANDA diagnostické taxonomie jako samostatné ošetrovatelské diagnózy. NANDA kodifikovala i řadu dalších ošetrovatelských diagnóz, jež se samotou mohou souviset. Jako příklad lze uvést narušený vzorec spánku, nespavost, zhoršenou verbální komunikaci, beznaděj, narušenou osobní identitu, narušený obraz těla, riziko narušení vztahu, neefektivní vztah, riziko neefektivního vztahu, zhoršenou sociální interakci, duchovní strádání či zhoršený komfort (NANDA, 2020).

Dalším krokem ošetrovatelského procesu je plánování. V rámci této fáze si sestra stanovuje cíle, kterých chce u klienta dosáhnout, vytyčuje priority a plánuje konkrétní intervence, jejichž prostřednictvím svoje cíle splní. Výsledkem tohoto kroku je plán ošetrovatelské péče v písemné či elektronické podobě, který obsahuje stanovené diagnózy, cíle seřazené dle priorit, výsledná kritéria a konkrétní intervence (Tóthová et al., 2009). Cíle sester v souvislosti s osamělostí mohou znít například následovně: „Klient projeví touhu po komunikaci s ostatními. Klient bude vyhledávat sociální interakci v rámci různých aktivit. Klient zlepší své komunikační a sociální dovednosti.“ (Wagner, 2021). V rámci plánování konkrétních intervencí mohou sestry využít *Klasifikaci ošetrovatelských intervencí* (Nursing Interventions Classification, dále NIC), jež představuje souhrnnou klasifikaci ošetrovatelských intervencí, včetně konkrétních činností, jež pod ně spadají a jež sestry reálně vykonávají (Pospíšilová et al., 2012). Ve vztahu k osamělosti lze jako příklad uvést intervenci emocionální podpory, která je dle NIC definována jako poskytnutí ujištění, přijetí a povzbuzení ve stresujícím období. Jako konkrétní činnosti, jež může sestra udělat, NIC klasifikace uvádí například tyto: vyjádřit nemocnému podporu objetím nebo dotekem, naslouchat klientovým pocitům a nadějím, pomoci klientovi s rozpoznáním vlastních pocitů jako je úzkost, vztek nebo smutek a podpořit ho ve vyjádření těchto pocitů (Butcher et al., 2018).

Čtvrtou fází procesu je realizace, kdy reálně dojde k vykonání intervencí směřujících k dosažení cílů naplánovaných v předchozím kroku, a poslední, tedy pátou fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení, kdy sestra závěrečně hodnotí, zda nebo do jaké míry stanovených cílů spolu s klientem dosáhli (Tóthová et al., 2009). Zde může sestram pomoci *Klasifikace očekávaných výsledků ošetrovatelské péče* (Nursing Outcomes

Clasification, dále NOC), což je standardizovaná klasifikace klienta, dle které je možné snáze vyhodnotit úspěšnost realizovaných ošetrovatelských intervencí (Pospíšilová et al., 2012). Ve vztahu k sociální izolaci lze jako příklad očekávaného výsledku uvést podporu rodiny během léčebného procesu, což by mělo obnášet především návštěvy jejích členů, poskytujících klientovi podporu. Celková úspěšnost se pak dle NOC hodnotí podle následujících indikátorů: „Vyjádřili příbuzní touhu podpořit nemocného? Vyjádřili příbuzní obavy o nemocného? Ptají se, jak mohou během péče asistovat? Zajímají se o klientův zdravotní stav a léčbu?“ a řady dalších (Moorhead et al., 2018).

Pospíšilová et al. (2012) ještě doplňují, že roku 2000 se NANDA, NIC a NOC spojily v alianci, což dalo vzniknout jednotnému ošetrovatelskému jazyku a umožnilo jednotný popis ošetrovatelské praxe. To by mělo vést k usnadnění komunikace a spolupráce mezi sestrami na mezinárodní úrovni (Pospíšilová et al., 2012).

1.9 Intervence realizované sestrami pro zmírnění osamělosti pacientů

Základem boje proti osamělosti klientů v nemocnicích a zařízeních sociální péče je to, aby si sestry uvědomovaly a chápaly pocity osamělosti, které klient může prožívat, a také jejich přímou souvislost s negativním dopadem na celkové zdraví. Teprve při splnění této podmínky mohou do péče zařadit odpovídající intervence. Celkově by pak sestry měly mít vůči této problematice proaktivní přístup a snažit se prožitky samoty u klientů odhalit včas (Paque et al., 2018). Obdobného názoru je i Leah (2017), dle které mají sestry klíčovou roli v rozpoznání jedinců, kteří jsou ohroženi vznikem osamělosti, jelikož mnohdy jsou ony jediné, s kým má dotyčný člověk pravidelný kontakt. S tím koresponduje rovněž vyjádření Wagner (2021), která hovoří o tom, že sestry představují hlavní sociální kontakt pro izolované pacienty. V souvislosti s tím Hugelius et al. (2021) upozorňují, že by sestry měly věnovat zvýšenou pozornost zejména psychickým problémům svých klientů, jako jsou depresivní nálady či snížená motivace.

Jednou z nejdůležitějších intervencí je již samotná přítomnost sestry u pacienta. Nemocný člověk zkrátka potřebuje sestru vidět a slyšet, potřebuje její přítomnost. Rovněž očekává, že sestra bude vnímat a respektovat jeho individualitu, nechce pro ni být jen „jedním z davu“ (Herling et al., 2020). O tom, že by sestra s nemocným měla trávit co nejvíce času, hovoří rovněž Zengin et al. (2020). Obdobného názoru jsou také Paque et al. (2018), dle kterých klientovi určitým způsobem pomůže už jenom to, že si o svých pocitech samoty může s někým – v tomto případě se sestrou – promluvit. S tím souhlasí

také Wagner (2021), která poukazuje na to, že sestra představuje pro osamělého člověka naslouchajícího přítele, který nemocného nebude odsuzovat, a naopak ho podpoří.

V rámci zmírnění pocitů osamělosti je tedy žádoucí, aby sestra udržovala efektivní komunikační prostředí nejen s klienty, ale i s jejich rodinami a přispívala tak k jejich větší spokojenosti a lepší kvalitě života. To všechno je podstatné i v prostředí JIP, kde to však vzhledem k tomu, že zde hospitalizovaní mnohdy kvůli invazivním vstupům nemohou mluvit, je poněkud složitější (Zengin et al., 2020). Herling et al. (2020) doplňují, že pro pacienty i jejich rodiny je nejdůležitější, aby sestra byla empatická, informovaná a starala se nejen o klienta samotného, ale i o jeho rodinu. Zengin et al. (2020) poukazují ještě na důležitost včasného vysvětlení každé realizované intervence.

Další vhodnou intervencí, kterou sestry mohou do své komunikace zařadit, je humor. Ten může být velice prospěšný v rámci budování terapeutického vztahu s klientem. Rovněž prokazatelně pomáhá uvolňovat napětí, zmírnit negativní pocity – jako je v našem případě právě pocit osamělosti – a obecně přispívá k větší spokojenosti klientů. Humor a smích mohou sestrami komunikaci s klienty usnadnit. Dokážou nemocného rozptýlit, motivovat, prolomit bariéry a navodit pocit blízkosti a důvěry. Nicméně i tento „pracovní nástroj“ musí být používán opatrně a s rozvahou. Sestra musí vždy pečlivě zvážit vhodnost situace tak, aby svým dobře míněným vtipem nikomu neublížila (Sousa et al., 2019).

Trochu specifická situace panuje v zařízeních sociální péče, jelikož dle studie Paquea et al. (2018) sociální kontakty klientům dostupné v rámci domova, tedy především kontakt se sestrami či ostatními klienty, mnohdy neuspokojují potřebu kvalitního a smysluplného vztahu. Sestry, které zde pracují, by proto měly dobře znát preference svých klientů a jejich rodin ohledně smysluplného života, vztahů, sebeurčení a autonomie. Rovněž by si jejich autonomii měly neustále uvědomovat. Pozitivní vliv na prožitky samoty mají různé skupinové aktivity, které klientům do určité míry naplňují potřebu sounáležitosti v rámci skupiny a zmírňují tak jejich osamělost, požádané zejména právě v rámci pečovatelských domovů. Podstatné je rovněž udržování, potažmo posilování sociálních sítí klienta. Doporučovány jsou intervence založené na vzájemné podpoře, péči zaměřené na člověka či na tzv. aktivní stárnutí (Paquea et al., 2018). O pozitivním vlivu podpůrných skupin, kde se klienti setkají s ostatními jedinci, kteří řeší obdobné problémy a vidí, „že v tom nejsou sami“, hovoří rovněž Wagner (2021).

V době, kdy jsou z nějakého důvodu zakázány či omezeny návštěvy v daném zdravotnickém nebo sociálním zařízení, je velice podstatné, aby sestry kladly důraz

na poskytnutí psychosociální podpory klientovi a vykompenzovaly tak negativní dopad tohoto nepopulárního opatření, jehož důsledků by si měly být vědomy. Lze dále využívat například zprostředkovaného kontaktu prostřednictvím digitální techniky, jež se začal hojně využívat v době koronavirové pandemie. Sestry by i tento sociální kontakt měly podporovat a snažit se pro něj zajistit adekvátní podmínky (Hugelius et al., 2021). Stejného názoru je rovněž Wagner (2021), dle které jsou vhodnou sociální interakcí právě i chatové skupiny, online fóra či telefonáty.

Wagner (2021) však dále upozorňuje, že sesterské intervence někdy nestačí a je třeba přizvat na pomoc vyškoleného odborníka, terapeuta pro danou problematiku.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Definovat potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací.
2. Zmapovat dopady sociální izolace na nemocné klienty.
3. Analyzovat možnosti, jak lze v praxi důsledky sociální izolace na klienta zmírnit.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací?
2. Jaké jsou dopady sociální izolace na hospitalizované klienty?
3. Jakými způsoby lze v praxi zmírnit důsledky sociální izolace hospitalizovaných klientů?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro zpracování výzkumné části předkládané diplomové práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Konkrétně byla použita metoda dotazování, technika sběru dat polostrukturovaného rozhovoru. Tato metodika byla zvolena především proto, že dle Kutnohorské (2009) umožňuje poznání širšího kontextu a souvislostí zkoumaného jevu v přirozených podmínkách – v našem případě sociální izolace a osamělosti hospitalizovaných klientů v prostředí nemocnice či sociálního zařízení. Technika polostrukturovaného rozhovoru navíc umožňuje vyvarovat se nedorozumění a zjistit od dotazovaných osob přesně to, co potřebujeme. Byť máme předem připravenou kostru vedeného dialogu, které se držíme, máme zároveň možnost se na věci, které by jinak byly zapomenuty, doptat (Kutnohorská, 2009).

Samotná realizace výzkumného šetření proběhla v průběhu února a na začátku března 2023 v jednom blíže nespecifikovaném zařízení sociální péče v Jihočeském kraji a na následujících odděleních v rámci jedné vybrané nemocnice rovněž v Jihočeském kraji. Konkrétně se jednalo o oddělení ARO, oddělení následné péče, oddělení sociálních lůžek, chirurgickou, neurologickou a interní jednotku intenzivní péče.

Samotné výzkumné šetření bylo prováděno s písemným souhlasem vrchní sestry sociálního zařízení i hlavní sestry nemocnice s tím, že slovní souhlas udělily i vrchní sestry jednotlivých výše zmíněných oddělení v rámci nemocnice. S provedením rozhovoru samozřejmě souhlasili i všichni z oslovených probandů. Každý z nich byl předem seznámen s tématem rozhovoru, cílem i samotným průběhem šetření. Všem byla rovněž zaručena anonymita a to, že získané informace budou využity výhradně pro zpracování empirické části této práce. Posléze si tazatel s každým z nich domluvil osobní schůzku v konkrétní čas. Bezprostředně před začátkem samotného rozhovoru byl každý z probandů požádán ještě o možnost pořízení audiozáznamu vedeného dialogu, jež bude neprodleně převeden do písemné podoby a smazán. S pořízením tohoto záznamu souhlasili všichni s výjimkou dvou probandů, v těchto případech si tedy tazatel během rozhovoru dělal poznámky a sdělené informace zaznamenával písemně.

V úvodu každého rozhovoru byly zjišťovány obecné identifikační údaje, jako věk, pohlaví a dané oddělení či sociální zařízení, se kterým má daný proband zkušenost. Následoval vlastní rozhovor tvořený 13 – 16 předem připravenými otevřenými otázkami dle skupiny daného probanda, které byly v případě potřeby a vhodnosti rozšířeny o další

doplňující otázky. Celkově byly všechny otázky koncipovány tak, aby odpovědi na ně co nejlépe zmapovaly vnímání samoty a osamělosti, zacházení sester s touto problematikou a možnosti sociálního kontaktu v jednotlivých zařízeních z různých úhlů pohledu (Příloha 1).

Někteří z dotazovaných byli sdílnější než jiní, proto se lišila i délka jednotlivých rozhovorů. Lze říci, že v průměru trval každý z dialogů zhruba 15-20 minut. Pořízené audionahrávky byly ihned převedeny do písemné podoby a smazány, v rámci dalšího zpracovávání výsledků výzkumného šetření bylo pracováno výhradně s přepisy těchto záznamů. K vlastní analýze byla použita metoda otevřeného kódování, konkrétně technika „tužka-papír“, s jejíž pomocí byla jednotlivá sebraná data přehledně roztríděna do jednotlivých kategorií a podkategorií, jak popisují například Švaříček et al (2014).

V následné prezentaci výsledků provedeného výzkumného šetření jsou uváděny jednak doslovné výroky jednotlivých probandů v přímé řeči, ale i parafráze jejich odpovědí. Pro lepší srozumitelnost textu byla některá vyjádření očištěna od tzv. slovní vaty a v některých případech byl decentně upraven také slovosled. Byl však kladen důraz na to, aby všechny zmíněné úpravy byly provedeny velice citlivě a nemohlo tak dojít k pozměnění původního významu sdělení.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze tří skupin, celkem 17 probandů. První z nich byla tvořena sestrami, které se v rámci svojí praxe setkávají s klienty postiženými či ohroženými sociální izolací, přičemž v této skupině bylo osloveno celkem 7 sester. Do výzkumného souboru mohly být zařazeny pouze osoby s kvalifikací všeobecné sestry, které v době provádění výzkumného šetření tuto práci rovněž vykonávaly v rámci námi vybrané nemocnice na jednom z vybraných oddělení či v rámci vybraného sociálního zařízení. Pro zachování anonymity jednotlivých sester budou dále označovány jako „S1-S7“ (sestra 1 až sestra 7).

Druhou skupinu výzkumného souboru představovalo celkem 5 klientů postižených či ohrožených sociální izolací. Kritériem pro to, aby mohli být do výzkumného souboru zařazeni, byla hospitalizace ve vybrané nemocnici na vybraném oddělení či pobyt ve vybraném sociálním zařízení po dobu alespoň 2 týdnů v době realizace výzkumného šetření. Oslovení klienti budou dále v rámci práce označováni jako „K1-K5“ (klient 1 až klient 5) pro zachování jejich anonymity.

Poslední, třetí skupina dotazovaných, byla tvořena 5 rodinnými příslušníky klientů postižených či ohrožených sociální izolací. I zde platilo kritérium, že jejich příbuzný musel být v době konání výzkumného šetření hospitalizován ve vybrané nemocnici na vybraném oddělení či pobývat ve vybraném sociálním zařízení alespoň po dobu 2 týdnů. Dalším kritériem byl blízký příbuzenský vztah ke klientovi, jako dcera, syn, manžel/ka, vnuk, vnučka, bratr, sestra a podobně. Rovněž probandi v této skupině budou v rámci dodržení anonymity dále označováni jako „P1-P5“ (příbuzný 1 až příbuzný 5).

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Identifikační údaje sester

Tabulka 1: Struktura výzkumného souboru – skupina 1 (sestry)

	Pohlaví	Délka praxe	Vzdělání	Oddělení
S1	žena	10 let	VOŠ – Dis.	ONP
S2	žena	3 roky	VŠ – Bc.	Sociální lůžka
S3	žena	25 let	SZŠ	Sociální zařízení
S4	žena	15 let	VŠ – Bc. + specializace	NEU-JIP
S5	muž	2 roky	VŠ – Bc. + specializace	ARO
S6	muž	5 let	VOŠ – Dis.	CHIR-JIP
S7	žena	7 let	VŠ – Mgr.	INT-JIP

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Tabulka číslo 1 přehledně zobrazuje základní informace o sestřích, jež se zapojily do výzkumného šetření. Jednalo se celkem o 7 všeobecných sester, z toho bylo 5 žen a 2 muži. Aby byl vzorek co nejrozmanitější, byly osloveny sestry z různých oddělení napříč nemocnicí i sestra pracující v sociálním zařízení. Délka jejich praxe se pohybovala od 2 do 25 let. Oslovené sestry měly rovněž různou úroveň dosaženého vzdělání. Výzkumný vzorek zahrnoval sestry se středoškolským vzděláním, sestry s vyšším odborným vzděláním i sestry se vzděláním vysokoškolským. Dvě z dotazovaných sester absolvovaly i specializační vzdělání.

Identifikační údaje klientů

Tabulka 2: Struktura výzkumného souboru – skupina 2 (klienti)

	Pohlaví	Oddělení/zařízení	Věk	Délka pobytu/hospitalizace
K1	žena	NEU-JIP	62 let	1 měsíc
K2	žena	Sociální zařízení	78 let	2 roky
K3	muž	Sociální lůžka	74 let	6 měsíců
K4	muž	INT-JIP	52 let	2 týdny
K5	žena	CHIR-JIP	48 let	5 týdnů

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Tabulka číslo 2 ukazuje základní údaje o klientech, kteří byli v rámci výzkumného šetření osloveni. Šlo celkem o 5 klientů, z čehož byly 3 ženy a 2 muži ve věkovém rozmezí 48 až 78 let. 4 z nich byli hospitalizováni na odlišných nemocničních odděleních a 1 žena pobývala v zařízení sociální péče. Různá byla rovněž doba jejich pobytu v ústavním zařízení, ta se pohybovala od 2 týdnů do 2 let.

Identifikační údaje příbuzných

Tabulka 3: Struktura výzkumného souboru – skupina 3 (příbuzní)

	Pohlaví	Věk	Oddělení/ zařízení	Délka hospitalizace/ pobytu příbuzného	Vztah ke klientovi
P1	žena	54 let	Soc. lůžka	5 měsíců	dcera
P2	žena	35 let	ONP	2 měsíce	vnučka
P3	žena	60 let	INT-JIP	2 týdny	manželka
P4	muž	41 let	Soc. zařízení	4 roky	syn
P5	žena	28 let	ARO	3 týdny	sestra

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

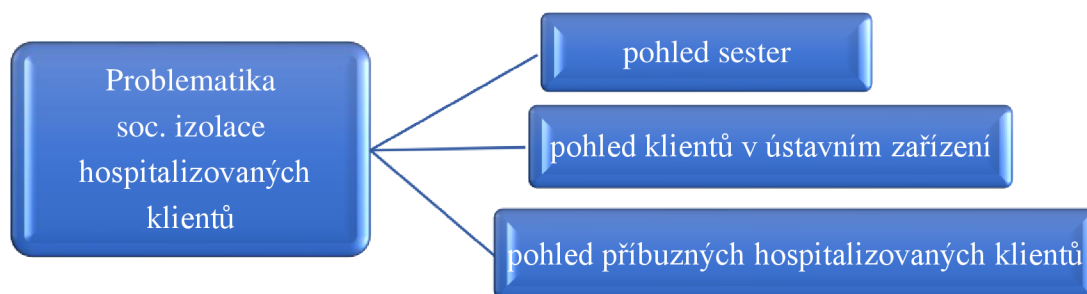
Tabulka číslo 3 uceleně zobrazuje informace o příbuzných hospitalizovaných klientů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Osloveno bylo celkem 5 rodinných příslušníků, z toho 4 ženy a 1 muž ve věku od 28 do 60 let. Jednalo se osoby v různém, ale vždy přímém a velmi blízkém, příbuzenském vztahu ke klientovi. Výzkumný vzorek zahrnoval blízké klientů hospitalizovaných na různých odděleních po různě dlouhou dobu i příbuzného klienta žijícího v sociálním zařízení.

4.2 Kategorizace výsledků výzkumného šetření

Stručný přehled všech kategorií

Všechna data získaná provedeným výzkumným šetřením byla pro lepší přehlednost rozčleněna celkem do 3 hlavních logických kategorií, představovaných skupinami jednotlivých probandů. Tyto kategorie jsou ještě dále rozděleny na 10 podkategorií věnovaných jednotlivým oblastem zkoumané problematiky. Než se budeme věnovat samotné prezentaci konkrétních výsledků, dovoluujeme si v úvodu zařadit ještě stručný souhrn jednotlivých kategorií.

Schéma 1: Přehled hlavních kategorií



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Kategorie 1: Pohled sester na problematiku sociální izolace hospitalizovaných klientů

Kategorie 1 zahrnuje celkem 6 dalších podkategorií a je věnována sestřám a jejich vlastnímu pohledu na osamělost klientů a vnímání své vlastní role v této oblasti. Jednotlivé podkategorie se zaměřují na vnímání rozdílů mezi pojmy samota a osamělost, na potřeby klientů a jejich uspokojování, na spektrum příznaků a důsledků osamělosti, se kterými sestry u svých klientů pracují, dále na intervence, které v rámci prevence a zmírnění osamělosti realizují, na to, jak vnímaly specifickou situaci kolem sociální izolace klientů v období koronavirové pandemie, a v neposlední řadě na edukaci klientů a jejich blízkých a vlastní vzdělávání v této oblasti.

Podkategorie 1: Pojmy samota x osamělost

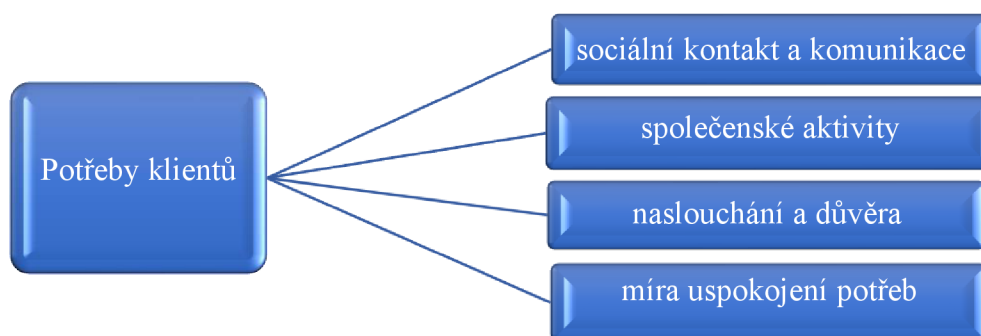
Všechny z dotazovaných sester s výjimkou probandky S3, vnímají určitý rozdíl mezi významy termínů samota a osamělost, byť na to každá z nich nahlíží z trochu jiného soudku. Například probandka S1 věc vysvětluje následovně: „*Jo, určitě tam je nějaký rozdíl. Není to úplně to samý. Samota je, že je ten člověk někde sám. Třeba na pokoji, že tam v tu chvíli prostě není nikdo další. No a osamělost... To je, že je sám prostě pořád. Že nemá nikoho, kdo by za ním přišel na návštěvu, kdo by se o něj staral a tak.*“ Téměř totožného názoru je také dotazovaný S6: „*Samota? To je ten člověk někde sám. Momentálně. Mimo společnost jiných. Ale není to, že by neměl rodinu nebo kamarády. To pak je osamělý, když tyhle lidi vůbec nemá.*“ Probandka S2 k tomu dále doplňuje, že osamělost je dle ní spíše pocit, kdežto samota určitý objektivní stav: „*Osamělej se ten člověk cejtí. To je jeho osobní pocit. Ale samota ... To je sám. Každý z nás je někdy někde*

sám. To je podle mě spíš ta samotná situace.“ Proband S5 také spatřuje rozdíl mimo jiné v citovém zabarvení obou termínů: „Samota je více jako neutrální, někdy vlastně i pozitivní. Jsou chvíle, kdy jsem rád sám. Kdy to i potřebuju. Ale osamělost? Ta na mě působí víc jakoby negativně, nebo jak to říct. Že je člověk jakoby opuštěnej, nikoho nemá.“ Obdobně to vidí i dotazovaná sestra S7: „Samota jako taková je za mě někdy prospěšná. Aby si člověk odpočinul od lidí a tak. Ale osamělost? Ta už tolik ne. Ta je podle mě dlouhodobější a může i hodně ublížit.“

Probandka S4 hovoří o tom, že nějaký rozdíl mezi jednotlivými pojmy cítí, nicméně přiznává, že jej nedokáže úplně uchopit a smysluplně vysvětlit. Oproti tomu probandka S3 jako jediná žádný rozdíl mezi oběma pojmy nevnímá vůbec: „Ne, tam žádný rozdíl není podle mého. Mě to přijde jako to samý, jen trochu jinak řečeno“.

Podkategorie 2: Potřeby klientů a jejich uspokojení

Schéma 2: Potřeby klientů a jejich uspokojení



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všechny z dotazovaných sester se shodují, že pro klienta je v souvislosti s rizikem sociální izolace velmi důležité uspokojení potřeby komunikace a sociálního kontaktu. Například probandka S1 hovoří následovně: „Pro toho člověka je asi nejdůležitější, aby zůstal v kontaktu s okolním světem i když je delší dobu v nemocnici. Aby za ním chodili příbuzní na návštěvy, telefonovali a říkali mu, co je doma nového. Aby se prostě necítil nějakým způsobem odstrčený a nedůležitý.“ Z jejích slov lze vyvodit i potřebu sounáležitosti a potřebu někam patřit. Probandka S2 v souvislosti s tím apeluje na podstatnou roli sester, co se týče běžné komunikace: „Je to hodně i věc tý sestry, že jo. Aby s tím člověkem komunikovala i o úplně běžnejch věcech jako je, já nevím... počasi venku nebo nějaký aktuální dění ve světě. Prostě takovej ten běžnej mezilidskej hovor.“

Ten je podle mě pro ty lidi hodně důležitý. “ Proband S5, který pracuje na oddělení ARO však poukazuje na to, že aby mohla být potřeba komunikace adekvátně uspokojena, je mnohdy potřeba překonat řadu překážek: *„U nás mívají pacienti tracheostomii nebo musí mít třeba těžkou kyslíkovou masku a tak podobně. A tam je to pak s tou komunikací, kterou samozřejmě potřebují, trošku složitější, no. Chce to hodně, hodně trpělivosti. A je to hlavně hodně i o komunikování z naší strany jako personálu. Protože ty rodiny můžeme pustit na návštěvu jen krátce a většímu času jsme s tím pacientem jen my.“*

Oslovené sestry S2 a S3, které pracují na oddělení sociálních lůžek a v sociálním zařízení, mimo jiné poukazují na potřebu nějaké společenské aktivity. *„Je fajn ty lidi nějak zaměstnat. Potřebujou něco dělat, aby se nemudili. Třeba právě, aby měli nějakou společnou aktivitu se svými vrstevníky, v rámci který se zabaví a můžou si mezi sebou popovídat. Za tu dobu, co tu pracuju, mezi klienty takhle vzniklo pár moc hezkejch přátelství,“* popisuje s úsměvem probandka S3.

Sestry S2 a S7 dále shodně upozorňují na potřebu vyslechnutí a důvěry. *„Často nejde o to mluvit, ale jenom naslouchat. Ten pacient má obavy a potřebuje někoho, komu se může vypovídat. Svěřit. Někoho, kdo ho vyslechne, vezme za ruku, pohladí...“* vysvětluje probandka S7. Obdobného názoru je také dotazovaná sestra S1, dle které mnohdy stačí pouhá přítomnost a pohlázení. Probandky S1, S2, S3 a S7 hovoří také o potřebě jistoty a určitého důvěrného vztahu, což například probandka S2 popisuje následovně: *„Ten klient podle mě, aby se necejtil osamělej, potřebuje mít taky takovou tu jistotu, že na světě někoho má. Někoho, kdo je tu pro něj. Komu na něm záleží no ... A je už celkem jedno, jestli to je někdo z příbuzných a nebo třeba klidně sestra.“* Tatáž probandka S2 ve své odpovědi rovněž nabízí hezké shrnutí potřeb svých klientů: *„Ty lidi potřebujou všeobecně hlavně kontakt s jinými lidmi. Ať už s rodinou během návštěv nebo s ostatními klienty během různých aktivit nebo i s náma, se sestrama. Těch možností je relativně dost bych řekla. Potřebujou komunikovat, cítit, že někam patří, že jsou pro někoho důležitý a tak.“*

Odpovědi na otázku, zda se všechny tyto výše popsané potřeby klientů sestrám daří uspokojovat, byly poměrně nesmělé a rozpačité. *„To záleží no ... Jak kdy. Jak u koho. Popravdě ... Taky ne vždycky je tomu věnována taková pozornost, jak by asi měla bejt, no,“* přiznává například probandka S1. V obdobném smyslu se vyjadřuje rovněž dotazovaná sestra S4, která se odvolává na nedostatek času: *„No není to vždycky úplně, ideální. To určitě není ... Ale je to hodně daný podle mě i tím, že se člověk nemůže věnovat těm klientům tak, jak by chtěl. Protože má tolik jiných povinností, že na tohle prostě nemá čas, no.“* S tím souhlasí také dotazovaný S5, který poukazuje na to, že samotný chod

na oddělení ARO mnohdy tyto potřeby značně upozaduje: „*Není to ideální, to si samozřejmě uvědomuju, ale prostě ... My jsme akutní oddělení a často tu jde o život. A v tu chvíli jde prostě chtít nechtět nějaká komunikace a návštěvy a já nevím co všechno stranou, no. To jinak nejde. To jsou prostě priority.*“

Naopak dle probandek S2 a S3 jsou psychosociální potřeby jejich klientů ve většině případů uspokojeny naprosto adekvátně. „*Řekla bych, že u nás jo. Že jsou ty lidi většinou fakt spokojení. Protože ten čas s nima fakt trávíme ... A i ten vztah k nim máme dost blízkej si myslím. Což je daný i tím, jak jsou tu prostě dlouho, že jo. Spoustu aktivit tady mají ... Takže jo, fakt myslím, že ty potřeby uspokojeny mají,*“ hodnotí situaci v zařízení sociální péče probandka S3.

Podkategorie 3: Příznaky a důsledky osamělosti, rizikové skupiny

Schéma 3: Příznaky a důsledky osamělosti, rizikové skupiny



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všechny z dotázaných sester se shodly, že je důležité věnovat pozornost varovným příznakům sociální izolace u klientů, přičemž probandky S1, S2, S3 a S7 uvedly, že důležitá může být každá změna v klientově chování. Například probandka S2 o tom hovoří takto: „*Podle mě je podstatný vnímat všechny změny v chování toho člověka. Cokoliv, co je jinak, než bylo běžný, může značit nějaký problém... I třeba právě to, že se ten dotyčný cejtí osaměle.*“ Dotazovaná sestra S3 k tomu dále doplňuje, že mnohdy

se může jednat opravdu o nenápadné změny: „*Nemusí to bejt nic, co vás hned praští do očí. Může to začít postupně, nenápadně. Ten člověk se miň směje, miň mluví, postupně se tak nějak jako uzavírá do sebe. Ztrácí o věci zájem. Při běžným fungování v tomhle provozu si toho ani nemusíte všimnout.*“ Probandky S2 a S3 se rovněž shodují, že mají určitou výhodu vzhledem k povaze svého pracoviště, kdy zde klienti pobývají dlouhodobě a ony je tudíž znají. Znají jejich standardní chování a snáze pak mohou rozpoznat, že se něco děje.

Dle dotazované sestry S4 je dále vhodné věnovat pozornost rodinné situaci každého klienta: „*Měly bysme si všimat i toho, jestli za tím člověk chodí nebo nechodí návštěvy. Nebo jestli si s někým telefonuje. A když si všimneme, že jsme zrovna u týhle postele ještě nikoho na návštěvě neviděly... tak bysme měly asi trochu zbystřit a zkusit zjistit, jestli ten člověk vůbec někoho má. Nebo jestli má, jak se s ním spojit.*“ Stejného názoru je rovněž informant S6: „*Když už je tu ten klient třebaš tejdén a neviděl jsem nikdy nikoho u něj na návštěvě, tak už je to trochu divný. A i to nás může varovat. Protože ty rodiny běžně fakt choděj. A choděj často. Takže když ne ... Tak to už bych se pak měl začít trochu asi angažovat i já, jestli někde není nějakej problém, no.*“

Při dotazu na konkrétní příznaky, které mohou značit osamělost klienta, se nejčastěji objevovaly odpovědi jako nezájem až apatie, podrážděnost, zamlklost, uzavřenost do sebe, znuděnost a podobně. Hezky to popisuje například proband S6: „*Ten člověk ztrácí především zájem. Zájem o všechno. Nestojí o žádnou aktivitu, o komunikaci... Nezajímá ho, co je nového. Na otázky odpoví jen stroze. Celkově podle mě může působit spíš jako znuděným ... otráveným dojmem.*“ V podobném smyslu se vyjadřuje také probandka S7: „*Ten člověk může být jako nevrlej, protivnej ... Bez zájmu o cokoliv. Takovej jakoby odevzdanej, nebo jak to nejlíp říct.*“

Probandi S1, S2, S4, S6 a S7 shodně uvedli, že sociální izolace může u dotyčného klienta způsobit psychické potíže v podobě depresí či úzkostných stavů. „*V nějakým dlouhodobějším horizontu myslím, že se to může hodně podepsat na psychice toho člověka. Může se cítit méněcennej, nepotřebnej ... A propadne z toho do depresí,*“ odpovídá například dotazovaná sestra S1. Proband S6 dále poukazuje na to, že od depresí již není daleko ani k sebevražedným pokusům: „*Může to vyústit v psychický problémy, že jo... V deprese a tak podobně. A v konečným důsledku, když se to nijak neřeší, se ten člověk může i zabít, že jo. Není to sranda.*“ V tomtéž smyslu hovoří také probandka S7: „*Tak ten člověk se může třeba nakonec pokusit i o sebevraždu. Protože se cejtí zbytečnej, nepotřebnej ... Vyvodí si z toho, že stejně nebude nikomu chybět a skončí to takhle*

tragicky. A popravdě... Nemyslím si ani, že by to bylo až tak výjimečný.“ V porovnání s tím probandi S3 a S5 tak vážné důsledky sociální izolace nepopisují. „*Já nevím... Když je někdo delší dobu izolovanéj od společnosti, tak se může tak jako stáhnout do sebe. Může se pak úplně lidí stranit. Může si vypěstovat... Jak bych to nejlíp řekla? Něco jako sociální fobii?*“ uvažuje dotazovaná sestra S3. Kdežto proband S5 se opět odvolává na povahu svého pracoviště (ARO), kde jsou pacienti ve většině případů ve vážném stavu v umělém spánku, tudíž si svou sociální izolaci až tak neuvědomují a neměla by je tedy nijak výrazně poznamenat.

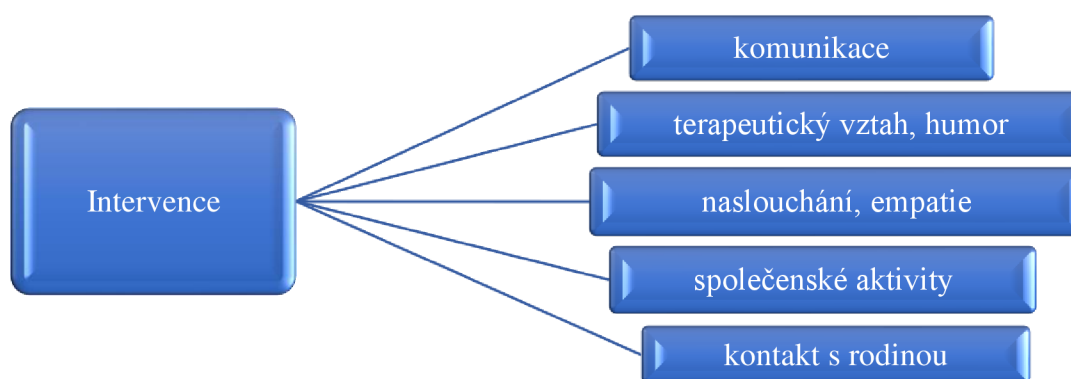
Oslovené sestry S1, S3, S4, S6 a S7 uvedly, že se během svojí praxe již setkaly s klienty, kteří byli skutečně postiženi sociální izolací, osamělostí a jejich viditelnými důsledky. Probandka S1 svou zkušenost líčí následovně: „*No jistě. Pár takovejch lidí už tu určitě bylo. Většinou šlo o lidi, který neměli rodinu. Nebo ji měli daleko. Bylo vždycky vidět, jak jsou takový smutný a postupně schází, no. Jak psychicky, tak i fyzicky.*“ Oproti tomu probandka S4 se dle svých slov setkala s klientem, jež byl v důsledku osamělosti dokonce agresivní: „*Mě se vybavuje jeden pán, kterej tu byl hodně dlouho, a příbuzný za ním chodili postupně mň a mň. A z něj se stal hroznej ... Takovej protivnej morous, no. Kterej si pak svojí zlost a všechno vybijel na nás. Byl fakt až agresivní ke konci. A to to byl zpočátku usměvavej, fajn chlápek.*“ Probandka S7 dále hovoří o tom, že skutečně zažila klienta, jež v důsledku osamělosti propadl opravdu těžkým depresím.

Všichni oslovení probandi se shodli, že nejvíce jsou vznikem sociální izolace a osamělosti ohroženi staří a delší dobu hospitalizovaní klienti. „*Jednoznačně starý lidi. A pak lidi, co jsou v nemocnici dlouho,*“ odpovídá například proband S5. Ve stejném smyslu se vyjadřuje také dotazovaná sestra S2: „*Tak určitě senioři. A dlouhodobě nemocní lidé, kteří musí být hospitalizováni nějaký delší čas, no. To jsou podle mě takový ty fakt nejzranitelnější skupiny.*“ Probandi S1, S3, S5, S6 a S7 dále hovoří o vyšším riziku osamělosti u jedinců hospitalizovaných na izolačních pokojích kvůli nějaké nakažlivé nemoci. Za všechny uveďme například odpověď probanda S6: „*Samozřejmě lidi na samostatných infekčních pokojích. To se tak nějak nabízí. Ty budou osamělostí a izolací mnohem víc ohrožení už jenom z principu, že kvůli povaze svojí nemoci musí bejt izolovaný od ostatních, no. Tam to ale asi jinak nevymyslíte, že jo.*“ Dle oslovených probandů S1, S2, S4 a S7 hraje roli mimo jiné také povaha a obvyklá aktivita konkrétního člověka. „*Tak samozřejmě hůř bude všechno snášet člověk, kterej je zvyklej bejt pořád mezi lidma a pořád něco dělat, než někdo introvertní, kdo je i normálně raději sám,*“ odpovídá dotazovaná sestra S1. Probandka S7 spatřuje značný vliv i v rodinném zázemí

daného pacienta: „*Taky záleží na vazbách v té konkrétní rodině, že jo. Když ta rodina funguje, tak je to vždycky velký plus. Naopak když nefungují, tak je ten klient ohrožený pocitem samoty a opuštění mnohem víc, že jo.*“ Probandka S4 jako jediná dále doplňuje, že větší riziko sociální izolace hrozí i malým dětem: „*Osobně jsem se s tím teda nikdy nesešla, ale myslím, že náchylný budou i děcka. Malý děti podle mě hodně špatně snáší jakýkoliv pobyt v nemocnici. Nedejbože, když tam pak musí být třeba bez rodičů.*“

Podkategorie 4: Intervence zaměřené proti osamělosti

Schéma 4: Intervence zaměřené proti osamělosti



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všechny z oslovených sester shodně uvedly, že jednou ze základních intervencí, která může dobře posloužit i jako prevence osamělosti, je komunikace s klientem. Například probandka S4 hovoří následovně: „*Základ je mluvit s tím člověkem ... Jako vždycky. Když s ním budu mluvit, prolomí se bariéry, snadněji si k němu najdu cestu a zjistím, co ho zrovna trápí nebo co potřebuje. Tohle bez vhodný komunikace nikdy nedocílím.*“ Stejného názoru je rovněž probandka S1: „*Mluvit, mluvit, mluvit. Často a hodně s nima mluvit. O všem. To je alfa a omega všeho, bez toho se moc neposunu dál.*“

Dále se dotazované sestry S1, S2, S3 a S7 shodly na tom, že je dobré navázat s pacientem zdravý terapeutický vztah, přičemž například probandka S7 své důvody vysvětluje takto: „*Myslím, že je důležitý mít s tím člověkem nějaký vztah. Jednak proto, že když tam ten vztah a sympatie jsou, tak se mi spíš svěří, že jo ... A druhak proto, že i tenhle vztah nebo sociální kontakt, nebo jak to vlastně nazvat ... Může sám o sobě zabránit tomu, aby se cítil sám.*“ Obdobně hovoří také probandka S3: „*Když je tam ten vztah, tak už nejsem jenom sestra. Ale můžu tomu klientovi nahradit třeba kamarádku nebo jinou*

spřízněnou duši, který by se mohl svěřit a zrovna jí tam nemá ... Můžu být taková jeho jistota, že tu nikdy není sám no. Že někoho, komu na něm záleží má, no. A tenhle pocit... Nebo to vědomí, je podle mě pro ty lidi taky moc důležitý.“ Dotazovaný proband S6 dále doplňuje, že je vhodné zařadit v určitých situacích i humor, který může „prolomit ledy“: *„A taky není dobře brát vždycky všechno úplně vážně. Občas je fajn situaci trochu odlehčit nějakým vtípkem nebo tak. Ale musí to být přiměřený no.“* O pozitivních účincích vhodně zařazených humorných složek komunikace se zmiňují rovněž probandky S1 a S4.

Většina z dotázaných sester (S1, S2, S4, S5 a S7) ve svých výpovědích také uvedla, že další z klíčových intervencí v prevenci či zmírnění pocitu osamělosti je naslouchání a empatie. Pro ilustraci probandka S2 hovoří následovně: *„Taky je potřeba být otevřený a tomu klientovi naslouchat. Snažit se co možná nejlíp pochopit jeho situaci ... To nám pomůže nejlíp zjistit, jestli ho něco trápí nebo i jestli se necítí sám. A naopak i díky tomu, že tam s ním budu a budu ho poslouchat se sám cítit nebude, že jo. To jde ruku v ruce.“* Obdobné vysvětlení nabízí rovněž výpověď probandky S4: *„Jak se říká sdílená starost je poloviční, že jo. Takže, když toho klienta vyslechnu ... Poslechnu si, co ho trápí, tak ... Uleví se mu. Nebude se cejtit, že je na to na všechno úplně sám.“*

Oslovené probandky S1, S2 a S3 v rámci prevence sociální izolace dále doporučují různé společenské aktivity pořádané zejména v rámci zařízení sociální péče a oddělení, kde jsou nemocní hospitalizováni opravdu dlouhodobě. *„A pak taky všechny ty společný akce, který tady pro klienty pořádáme. To myslím dokáže s pocitem osamělosti dost pomoci. Proto bysme jako sestry měly naše klienty co nejvíc podporovat v tom, aby se jich co nejvíce účastnili, no. A když mají nějakou obavu nebo překážku, proč by nemohli ... Tak se snažit nějak to vyřešit, no,“* popisuje situaci probandka S3. V obdobném smyslu hovoří taktéž dotazovaná sestra S2: *„Měla bych se vždycky aspoň pokusit toho člověka motivovat k nějaké aktivitě, povzbudit ho... Aby tu příležitost využil a šel mezi ostatní, když už se něco koná. Protože ... Tím, že předejdu nudě, můžu předejít i pocitu samoty, bych řekla.“*

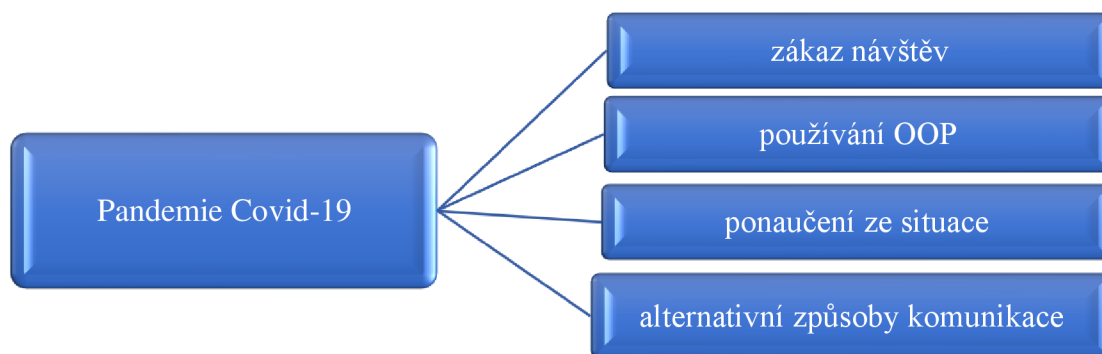
Dle oslovených probandů S1, S2, S4, S5 a S6 je také vhodné podporovat kontakt klienta s jeho rodinou a pokud to okolnosti dovolují, umožnit mu jej v co největší míře. *„Když se neděje vysloveně něco, že by tu ta návštěva jako jo hodně překážela, tak se fakt snažit vždycky vyjít vstříc a pustit je sem,“* odpovídá například proband S5.

Na otázku, zda by bylo vhodné ještě něco dalšího do běžné praxe zařadit či změnit, odpovídá například probandka S2 takto: *„Myslím, že by nebylo od věci mít tu někoho ... Nějakýho určenýho člověka, kterej by měl za úkol čistě jen věnovat se těm lidem po*

stránce komunikace, naslouchání a tak. Něco jako taková psychická podpora, no.“ Probandka S1 by zase zařadila více společenských aktivit pro klienty: *„Aby měli větší společenský vyžití. Zpestření toho dne. Aby přišli častěji do kontaktu s ostatními.“* Dotazované sestry S3, S4, S5 a S7 by dle svých slov nic dalšího nedělaly, jen by se snažily začít u sebe a klást co největší důraz na všechny z již výše zmíněných intervencí. *„Nic navíc, to asi ... mě ani nic nenapadá. Ale prostě víc věnovat těm lidem pozornost, víc s nimi mluvit, víc naslouchat ... Ještě víc se zaměřit na tenhleten jakoby základ, no,“* popisuje souhrnně probandka S4.

Podkategorie 5: Situace během pandemie Covid-19

Schéma 5: Situace během pandemie Covid-19



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všichni z oslovených probandů se jednoznačně shodli, že pandemie onemocnění Covid-19 byla naprosto nestandardní situací, která poznamenala běžné fungování všech a všeho. *„Změnilo se úplně všechno. A museli jsme se té situaci co nejlíp a co nejrychleji přizpůsobit. My, pacienti a i jejich příbuzní. Pro všechny to byla obrovská změna ... A obrovská výzva,“* popisuje například probandka S1. Dle dotazovaných sester S1, S2, S3, S5 a S7 byl vůbec největším zásahem do života v ústavních zařízeních dlouhodobý plošný zákaz návštěv a jejich naprosté uzavření před okolním světem. Takto na vzniklou situaci vzpomíná probandka S2: *„Ty lidi ... Myslím, naši klienti ... Byli ze dne na den úplně odstřiženi od možnosti se setkat se svými nejbližšími. Jejich mezilidské kontakty se omezil na klienty na tom pokoji. Pokud teda nešlo o jednolůžák, že jo. A pak na nás jako na personál. A to bylo všechno. S nikým dalším nepřišli do styku celý měsíc.“* Obdobně hovoří také dotazovaná sestra S3, která dále poukazuje na obrovskou nejistotu, kterou klienti prožívali: *„Něvěděli, jak dlouho to může vůbec trvat. Kdy konečně svoji rodinu*

zase uvidí osobně. Někteří se báli, zda je ještě vůbec uvidí ... Tahle nejistota se hodně podepsala na psychice našich klientů.“ A že rozhodně nešlo pouze o psychiku klientů, ale rovněž o psychiku ošetrovatelského personálu lze vyčíst například z výpovědi probandky S1: *„Kolikrát když jsme jim předávali třeba tašku s věcmi a oni věděli, že za nima někdo přišel... Že ten někdo je za dveřmi a oni za ním nemůžou ... Vidět tu lítost ... Ty obavy ... Ale zároveň radost a naději. To bylo vyčerpávající i pro nás.*“ Dotazovaný S6 dále doplňuje, že psychicky náročné bylo rovněž používání OOP v případě covid pozitivních klientů: *„Ten člověk tam byl zavřenej a jediný, koho za celý den viděl, byly nějaký postavičky ve skafandrech. Kterejm přes masku nebylo ani pořádně rozumět. No není tohle na zcvoknutí?“* O negativním vlivu nošení OOP na psychiku klientů se zmiňují také probandi S1, S5 a S7.

Když se vrátíme konkrétně k opatření v podobě plošného zákazu návštěv a jeho dopadům na klienty, všechny dotazované sestry se shodují, že rozhodně negativně ovlivnilo psychický stav a pohodu řady z jejich klientů. Takto popisuje situaci například probandka S1: *„Jako ty lidi věděli, že je to tak nějak nutný. A že je to hlavně pro jejich dobro. Ale zároveň jim to vzalo takovou tu každodenní radost. Ten světlý moment, na kterej se každé den těšili. A to se na psychice dost odrazí.“* Psychické změny, se kterými se u klientů setkala, barvitě líčí probandka S2: *„Ty lidi byli skleslý, smutný. Bylo znát, že mají strach ... Že ztrácí naději. Že ztrácí chuť do života. Myslím, že řada z nich to tak nějak vnitřně vzdala a steskem odešli dřív, než kdyby nic z toho nebylo.“* V obdobném smyslu se vyjadřují i ostatní probandi s tím, že řada z nich (S1, S2, S4, S5 a S7) se shoduje, že šlo o nešťastné opatření, byť bylo svým způsobem nutné. *„V určitých případech to opravdu nadělalo víc škody než užitku,*“ konstatuje probandka S2, která vidí hlavní problém mimo jiné v tom, že opatření trvalo až nesmyslně dlouho. Stejného názoru je rovněž probandka S4: *„Trvalo to moc dlouho. Být to muselo, o to žádná ... Ale ne takhle dlouho si myslím.“*

Na otázku *„Co vás koronavirová pandemie naučila?“* odpovídá dotazovaný S5 následovně: *„Asi hlavně to, že jsme v tom spolu, no. Myslím, já jako sestra a ten pacient. Že táhneme za jeden provaz. Ať je covid nebo ne ... Tak, že ten vzájemnej vztah je tam důležitěj, no. A to jsem třeba já dřív tolik nevnímal.“* Dle probandky S7 dále pandemie upozornila na důležitost komunikace a vzájemného kontaktu sestra-klient: *„Asi hlavně to, jak moc je pro ty pacienty důležitěj kontakt a komunikace s náma sestrama. Tím jak během covidu neměli kontakt s nikým jiným, to bylo mnohem ... No jako očividnějši. Ale myslím si, že to tak je pořád, jen ta situace tenkrát to ... Tak nějak víc zintenzivnila.“*

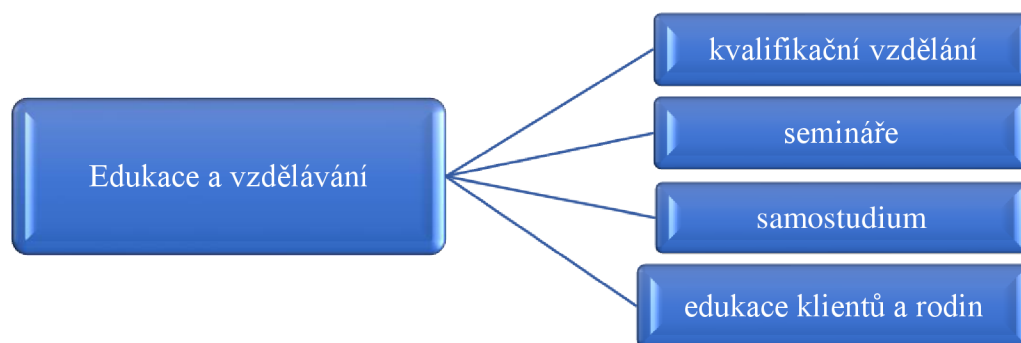
O tom, že je situace vzniklá během pandemie naučila navázat s klientem obecně bližší vztah, více naslouchat jeho potřebám, komunikovat a celkově si více uvědomit, jak je pro něho přítomnost a upřímný zájem ze strany sestry důležitý pro jeho psychickou pohodu, hovoří rovněž probandi S1, S3 a S6.

Dotazovaná S2 dále poukazuje na to, že díky pandemii se ujalo mnoho alternativních řešení i v rámci komunikace s příbuznými, jež mohou být úspěšně využívány i nadále: „Lidi začali být ... vynalézavější. Hledat si různé cestičky. A dělali jsme to i my. Viděli jsme, že ty lidi chtějí vidět svoje blízký, tak jsme se snažili nějak to udělat. A jako fajn řešení se ukázaly videohovory ... Sice je všichni známe, ale do té doby nikoho nenapadlo nabídnout ... nebo provozovat je v nemocnici jako formu návštěvy.“ O zařazení moderních technologií jako prostředku zprostředkování kontaktu klienta s jeho blízkými hovoří rovněž probandky S1 a S7.

Dle výpovědí probandů S1, S2, S5 a S7 koronavirová pandemie mimo jiné také celkově upozornila právě na, do té doby poněkud upozadovanou, problematiku osamělosti a sociální izolace hospitalizovaných klientů a vzbudila o ni větší zájem mezi zdravotnickým personálem i širší veřejností. „Od doby covidu se všude mnohem víc mluví o tom, že starý lidi jsou v nemocnici nebo v důchodáku izolovaný. A že to může mít špatnej vliv na jejich psychickéj stav. To se dřív podle mě tolik neřešilo ... Covid tohle téma víc otevřel, mi přijde. Což je ale samozřejmě dobře. Protože ten problém je tu v určitý podobě pořád. Ať je covid, nebo není,“ popisuje svůj pohled na věc například probandka S1.

Podkategorie 6: Edukace a vzdělávání v oblasti osamělosti

Schéma 6: Edukace a vzdělávání v oblasti osamělosti



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Oslovení probandí S2, S4, S5, S6 a S7 ve svých výpovědích uvedli, že se s problematikou osamělosti a sociální izolace hospitalizovaných klientů, byť třeba jenom okrajově, během svého kvalifikačního studia v nějaké formě setkali. „*Na střední asi ani tolik ne, ale na veřejce ... Tam nás o tom určitě učili, co si tak pamatuju. Ta problematika se objevila i v rámci více předmětů mám pocit,*“ vzpomíná dotazovaná sestra S7. V tomtéž smyslu hovoří také probandka S4 s tím, že množství informací získaných během studia na vysoké škole ohledně daného tématu hodnotí jako dostatečné. V porovnání s tím proband S6, který studoval na vyšší odborné škole, hovoří o tom, že byť toto téma součástí studijního plánu bylo, chyběly mu ucelené informace: „*Jako jo, nějaký zmínky tam byly. Ale spíš ve stylu, že to téma vždycky někdo jen tak jako nakousnul ... Ale dál se mu pak dopodrobna už nikdo nevěnoval, no.*“ Oproti tomu dotazované sestry S1 a S3, které své studium ukončily před 10 a více lety, uvedly, že se s tématem sociální izolace během svého vzdělávání nesetkaly. „*Ne, tahle problematika se ve škole neřešila, co si tak vzpomínám. Tenkrát se ještě na tyhle věci nekladl takovej důraz jako dneska. My se vesměs učily jen takový ty ... Jako praktický, technický dovednosti nebo jak to říct,*“ popisuje svoje zkušenosti se vzdělávacím systémem před 25 lety probandka S3.

Oslovené sestry S1, S5 a S7 se dále zmiňují o tom, že se s tématem sociální izolace klientů setkaly během semináře pořádaného nemocnicí. „*Byl i nějakej pracovní den tady v nemocnici na tohle téma nějaký ten rok zpátky. A to bylo docela zajímavý tenkrát ... Takový neotřelý,*“ vzpomíná probandka S1.

Při dotazu na to, zda si sestry samy nějakým způsobem aktivně zjišťují či doplňují informace týkající se této problematiky, zazněly převážně negativní odpovědi ve stylu reakce osloveného probanda S5: „*Sám od sebe teda určitě ne. To se přiznám. Člověk toho má tolik, že ... A když už si něco z oboru přečíst třeba někdy chci, tak ... Jak to říct, no? Je spousta jakoby pro mě zajímavějších a atraktivnějších témat než sociální izolace, no. Asi tak.*“ Nicméně probandky S4 a S7 jako jediné hovoří o tom, že byť si informace týkající se osamělosti klientů v ústavních zařízeních samy aktivně nevyhledávají, když na ně někde náhodně „vyskočí“, rády si je poslechnou či přečtou. „*Sama od sebe, to ne. To se přiznám hned. Ale když tu byl třeba pracovní den na to téma, tak to jsem šla ráda. A to téma mi přišlo zajímavý,*“ vysvětluje svůj přístup probandka S7.

Sestry byly rovněž konfrontovány s otázkou, zda nějakým způsobem edukují klienty a jejich příbuzné ohledně rizika vzniku sociální izolace, osamělosti a jejich možných důsledků. I zde se objevovaly víceméně záporné odpovědi. Určité náznaky alespoň určitých pokusů lze vyčíst pouze ve výpovědích probandek S2 a S4. „*Tak snažím se je*

třeba povzbudit, aby chodili pravidelně na ty návštěvy. Vzali toho svého příbuzného třeba na chvíli ven a tak ... Takový ty věci, co my třeba dělat nemůžem. S tím, že přijde na jiné myšlenky a prospěje mu to,“ popisuje probandka S2. V obdobném smyslu se vyjadřuje také dotazovaná sestra S4, která však pochybuje, že se jedná o edukaci: *„Maximálně, že jim třeba řeknu něco ve stylu, že je dobře, že přišli. Že už bylo vidět, že se mamince stýská. A teď že se hned rozsvítila. Ale to je spíš o tom je motivovat, než nějak edukovat, no.“* Obdobný přístup popisují obě sestry (S2 a S4) rovněž ve vztahu ke klientům.

Kategorie 2: Pohled klientů v ústavním zařízení

Kategorie číslo 2, jež je dále rozčleněna rovněž na 6 podkategorií, je věnována hospitalizovaným klientům a jejich pohledu na různé oblasti problematiky osamělosti. Jednotlivé podkategorie se zabývají jejich vnímáním rozdílu mezi pojmy samota a osamělost, vlastními potřebami a jejich uspokojováním, dále samotným pocitem osamělosti a jeho příčinami, možnostmi sociálního kontaktu během hospitalizace či pobytu v sociálním zařízení a jeho četností, zkušenostmi klientů se zákazem návštěv a v neposlední řadě pohledem klientů na roli sester v této problematice.

Podkategorie 1: Pojmy samota x osamělost

Dotazovaní klienti K2, K3 a K5 určitý rozdíl mezi oběma pojmy spatřují, nicméně například proband K3 není schopen přesně popsat v čem spočívá: *„Asi trochu rozdíl tam bude, ale jak to vysvětlit? No... Když jsem tu delší dobu sám. Jako že sem dýl nikdo nepříjde. Tak to se pak cejtím osamělej. Asi tak bych to řekl.“* Obdobně tápe i dotazovaná klientka K5, z jejíž odpovědi vyčteme hlavní rozdíl v tom, že osamělost vnímá jako pocit, kdežto samotu jako určitou aktuální situaci: *„No jako jo, je to každý trochu něco jinýho, ale těžko vysvětlit. Osamělost bych řekla, že je spíš jako pocit. Něco ve smyslu opuštění nebo nevím... A samota? To je spíš jen v tu chvíli, že tu rovna nikdo není a jsem sama.“* Poněkud „fikaně“ jde na věc probandka K2, která dále hovoří o rozdílu v délce trvání obou jevů: *„No, rozdíl tam určitě bude, když se mě na to takhle ptáte (smích). Ale v čem? No myslím, že osamělost je horší než samota, protože trvá asi dýl.“* Naopak klienti K1 a K4 rozdíl mezi termíny samota a osamělost nevnímají vůbec. *„Ne, to je stejný. Můžu říct, nikdo za mnou nepřišel, byl jsem tu celou dobu sám. Stejně jako můžu říct, že jsem byl osamělej, protože nikdo nepřišel. Je to úplně totéž, si myslím,“* vysvětluje dotazovaný K4. Obdobný pohled na věc má i probandka K1, která hovoří o tom, že ať přemýšlí, jak chce,

žádnou odlišnost ve významu slov nevnímá: „*Ne, nevidím v tom žádnéj rozdíl. Nebo jako jo... Je to jiný slovo, že jo. Ale znamená to to samý. Na tom já nic nevymyslím.*“

Podkategorie 2: Vlastní potřeby a jejich uspokojování

Schéma 7: Vlastní potřeby a jejich uspokojování



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všichni z oslovených klientů shodně uvedli, že je pro ně velice důležitá potřeba mezilidského kontaktu. Na otázku „Co nejvíce potřebujete, abyste se necítily v nemocnici osamělá?“ reaguje například probandka K1 následovně: „*No určitě, aby za mnou přišli moji nejbližší. Hlavně manžel a děti. Aby aspoň občas přišli na návštěvu nebo mi třeba zavolali no. Prostě, abych tak nějak věděla, že na mě myslí, no.*“ V odpovědi probandky K2, žijící v sociálním zařízení, se dále objevuje i důležitost kontaktu klientů se zdravotnickým personálem: „*Pro mě je důležitý, že za mnou přijdou nejen příbuzný, ale i sestřičky. Když se každéj den chvilku zdrží a trochu popovídají. Přece jen za ty roky, co tu jsem... Tak už se známe. No a zajímá mě, co se děje v jejich životě a tak, no.*“ „*Potřebuju bejt v kontaktu s lidma jako každéj. Když bych tady byl furt úplně sám, to bych se zbláznil,*“ odpovídá v tomtéž smyslu velice přesvědčivě také klient K3. „*Ano, je pro mě moc důležitý udržovat kontakt s rodinou a známými, i když jsem teď v nemocnici. Potřebuju zůstat ve svém běžným životě aspoň takhle skrz ně,*“ souhlasí rovněž dotazovaná klientka K5, která však dále dodává, že není nutné, aby za ní návštěvy chodily každý den, protože se po nich cítí unavená: „*Ono někdy stačí, když přijde sestřička, usměje se, prohodí pár slov a hned je ten den veselejší. Člověku to stačí, aby se necítil tak sám. A každodenní návštěvy... I když se to možná nezdá, člověka přece jenom dost unaví. Nebo aspoň mě.*“ Poněkud opačný pohled na věc má proband K4, byť i v jeho odpovědi se objevuje alespoň náznak potřeby sociálního kontaktu: „*No... Já jsem tak trochu samotář, nevadí mi bejt sám. Jo, jako je fajn, když sem tam někdo na chvilku zajde nebo*

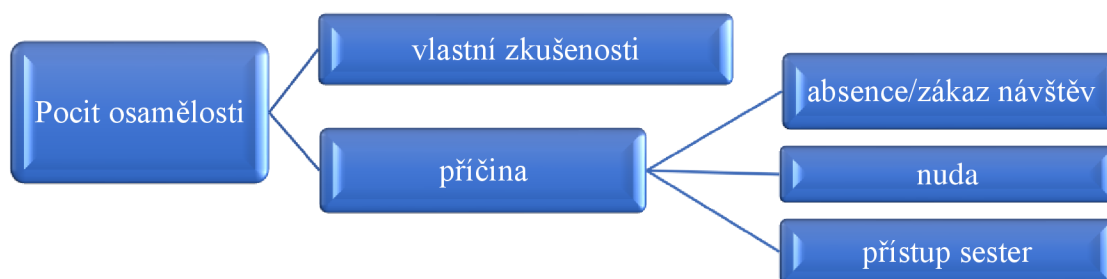
zavolá, což to jo. To mi i bodne... Ale, aby za mnou chodili dennodenně, to fakt ne... I tak je tu rušno víc než dost.“

Klienti K2 a K3 hovoří dále rovněž o potřebě činnosti a o prospěchu společných aktivit s ostatními klienty v rámci sociálního zařízení či oddělení sociálních lůžek. *„Člověk potřebuje něco dělat. Potřebuje nějakou společnou činnost s dalšíma lidma, aby mu utekl čas Na tohle jsou moc fajn akce, co se pořádají u nás v domově,“* pochvaluje si dotazovaná klientka K2. V obdobném smyslu hovoří rovněž proband K3, který dodává, že by veškeré z těchto aktivit uvítal i častěji: *„Ty aktivity jsou fajn. Člověk je s ostatníma, zabije čas... A nemá pak prostor tolik přemýšlet o tom, kdy a jestli někdo přijde a tak. Jen je škoda, že to nejní moc často, no. To je škoda.“*

Když se zaměříme na to, jak jednotliví klienti hodnotí míru uspokojení svých potřeb souvisejících se sociální izolací během hospitalizace či pobytu v sociálním zařízení, lze na základě jejich výpovědí říci, že většina z nich (K1, K2, K4 a K5) je spokojená a pokládá své potřeby za uspokojené. Za všechny uvedme pro příklad odpověď probandky K1: *„Mě tady vlastně asi nic nechybí. Sestřičky jsou milý. Ochotný. Rodina se o mě stará. Často voláme. Všichni dělají maximum, co můžou, abych se cítila v pohodě.“* Jako jediný z oslovených klientů pociťuje nedostatek sociální interakce a aktivit zejména dotazovaný proband K3: *„No nejsem tady úplně spokojenej. Bejvá mi to dlouhý a bejvám takovej jako zmuďenej. Sestra je tu chvilku, prohodí sotva dvě věty a hned zas běží dál. Děti... Ty se tu taky většinou dlouho nezdrží. Chtěl bych si povídat víc... Ocenil bych i víc těch aktivit společnejch a tak.“*

Podkategorie 3: Pocity osamělosti a jejich příčina

Schéma 8: Pocity osamělosti a jejich příčina



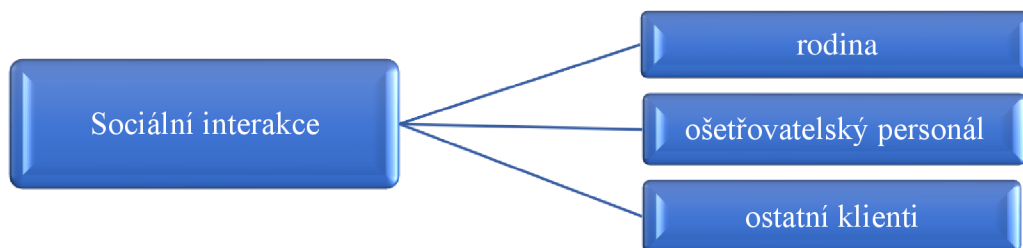
Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všichni s výjimkou jednoho dotazovaného probanda uvedli, že během svého pobytu v nemocnici nebo v sociálním zařízení zažili moment, kdy se do jisté míry cítili osaměle. „*Jo, už bylo pár chviliek, kdy mi bylo smutno a cejtla jsem se osamělá. Což to určitě jo,*“ přiznává například dotazovaná klientka K1. Obdobně hovoří rovněž probandka K2: „*Tak jsou nějaký momenty, kdy si přijdu osamělá. To nebudu říkat, že ne. Nejní jich tolik, ale čas od času jsou.*“ Asi nejintenzivněji ze všech oslovených prožívá pocity samoty proband K3: „*Cejtim se osamělej dost často. Dyť jsem tu taky 90% času sám, že jo. Návštěva se zdrží dycky jen na chvíli. Sestry, ty furt někam chvátaj. A společný aktivity? To máme tak dvakrát do tejdne. A to je málo. Mezi tím je člověk furt sám, zalezlej na cimře.*“ Naopak jediný, kdo hovoří o tom, že se s pocitem samoty v nemocnici nikdy nesešel, je dotazovaný klient K4, který se odkazuje na svou povahu samotáře: „*Já společnost ani normálně moc nevyhledávám. A tady se pohybuje furt někdo. Takže ne, osamoceně se tu necejtim. Spíš naopak (pousmívá se).*“

Mezi odpověďmi na otázku, co konkrétně v nich pocit osamělosti vyvolalo, se objevovaly důvody jako je dlouhodobější absence návštěvy rodiny, zakázané návštěvy obecně, nedostatek pozornosti od sester, které chvátají, či nedostatek aktivity a s ním související pocit nudy. „*Když nemám co dělat a nudím se, tak mi někdy začne být z toho smutno a cítím se sama,*“ odpovídá například dotazovaná K2, která dále dodává: „*No a pak když byly tenkrát dlouho zakázaný návštěvy. To bylo hrozný. To mi bylo nejhůř za celou dobu tady. To jsem si fakt kolikrát přišla strašně sama.*“ Probandka K5 hovoří zejména o nedostatku kontaktu s rodinou: „*To víte, že když za váma nikdo třebas dva dny nepřijde, tak vám to začne... ehm no i nevědomky být trochu líto. A čekáte aspoň na telefon. Chtě nechtě se v tu chvíli začnete trošku osamoceně cítit. Ale to jsou jen takový... Jak to říct? No trochu sentimentální chvílky. A za chvíli je to zase dobrý.*“ Dotazovaný klient K3 mluví rovněž o tom, že se osaměle někdy cítí i kvůli přístupu sester: „*No a pak i sestry, no... Rád bych si s nima pokecal, ale oni věčna věků chvátaj. Prohoděj sotva dvě věty a už za sebou zase zavíraj dveře. Člověka to mrzí, když něco vypráví a ten druhý si to ani celý neposlechne a už jde pryč. To se pak začnete hned cejitit takovej jako opuštěnej a nechtěnej.*“

Podkategorie 4: Možnosti sociální interakce a její četnost

Schéma 9: Možnosti sociální interakce a její četnost



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všichni klienti, jež poskytli rozhovor pro tento výzkum, shodně uvedli, že nejvýznamnějšími zdroji sociálního kontaktu během hospitalizace jsou pro ně rodinní příslušníci, dále pak sestry a jiný pečovatelský personál a v neposlední řadě také ostatní klienti. „*Naštěstí je teď období, kdy jsou normálně návštěvy povolené, takže za mnou téměř každý den přijde někdo z rodiny. A i když třeba nestihají návštěvní hodiny, sestřičky je za mnou vždycky pustí. Je to fajn, že to takhle funguje,*“ pochvaluje si dotazovaná K1. Možnost téměř neomezených návštěv dle individuální domluvy s personálem, když to okolnosti dovolují, popisují rovněž probandky K2 a K5. „*Když to jde, sestřičky je sem za mnou pustí vždycky. I když třeba nejsou oficiální návštěvní hodiny. Ještě se nestalo, že by některá měla problém s tím, když přijdou o něco dýl nebo dřív, podle toho, jak zrovna stíhají, no,*“ vysvětluje dotazovaná klientka K2.

Probandka K5 dále popisuje také sociální interakci mezi pacienty na pokoji, kdy hovoří o tom, jak moc jí pomohlo, že vedle ní ležela paní v podobné situaci a navzájem si byly oporou: „*Byly jsme stejná krevní skupina. I jsme se spolu dost nasmály. Hodně mi to po pomohlo. Opravdu hodně. A dodalo takovou jako... kuráž, když jsem viděla, jak k tomu... K celý tý svoji situaci přistupuje ona.*“ S tím koresponduje i vyjádření dotazovaného klienta K4: „*Ležel tu vedle i jeden fajn chlápek. Mimulej tejděn teda, teď už je doma... A s tím jsme si myslím docela sedli. Prohodili vždycky pár slov, ale zároveň se nijak neotravovali. To bylo dobrý.*“

Dotazovaní probandi K2 a K3 oceňují rovněž společenské aktivity s dalšími klienty, během kterých mají možnost vzájemně se poznat a navázat mezi sebou vztah. „*Sejdeme se všichni v jedné místnosti, něco společně děláme. Někdy zpíváme, jindy zas něco tvoříme a tak. To je různý. A pak třeba chvíli posedíme u kafe a povídáme. Je to skoro jako jít s kamarádkou do cukrárny. A člověk tady pozná spoustu fajn zajímavých lidí,*“ líčí situaci

dotazovaná K2. Tataž probandka K2 dále uvádí, že tyto společenské aktivity se v sociálním zařízení, kde žije, pořádají pravidelně 2-3x týdně. Oproti tomu klient K3, žijící na oddělení sociálních lůžek, hovoří o tom, že s podobnou aktivitou se zde setká maximálně jednou za týden a někdy ani to ne: „*Jednou za týden je nějaká společná akce. A to je to dobrý týden, když ta akce fakt je. Je škoda, že to nejní častěji.*“

Dle probandky K2 je rovněž velice důležitý sociální kontakt mezi zdravotnickým personálem a klienty: „*No i se sestřičkami, že jo. S těma je tady člověk pořád, každé den. Kolikrát víc než s vlastní rodinou. Je důležitý mít hezký vztah i s nima. Protože tady jsou tak trochu i oni vaše rodina, když to tak řeknu.*“ V obdobném smyslu hovoří také probandka K5: „*Se sestřičkami a s ošetřovatelkami, s těma tady člověk stráví asi nejvíce času. Řekla bych, že oni jsou takový náš nejčastější lidský kontakt tady v nemocnici. Nikdo jiný na pokoj tak často nepřijde.*“ V porovnání s tím pro dotazovaného klienta K4 sociální kontakt se sestrami nijak zvlášť důležitý není: „*Člověk to bere tak, že tu kolem něj jsou často. Protože musí. Je to jejich práce. A jako je jasný, že prohodíme pár slov, to jako jinak nejde... Ale spíš... Jak by to řekl? Je to pro mě o takový tý vzájemný toleranci v kontextu toho, že tu všichni... Každý teda z jinýho důvodu... Ale musíme tu být. Takže jde spíš o to spolu nějak rozumně vyjít, než se nějak bratříčkovat. Asi tak, no.*“

Podkategorie 5: Zkušenost se zákazem a omezením návštěv

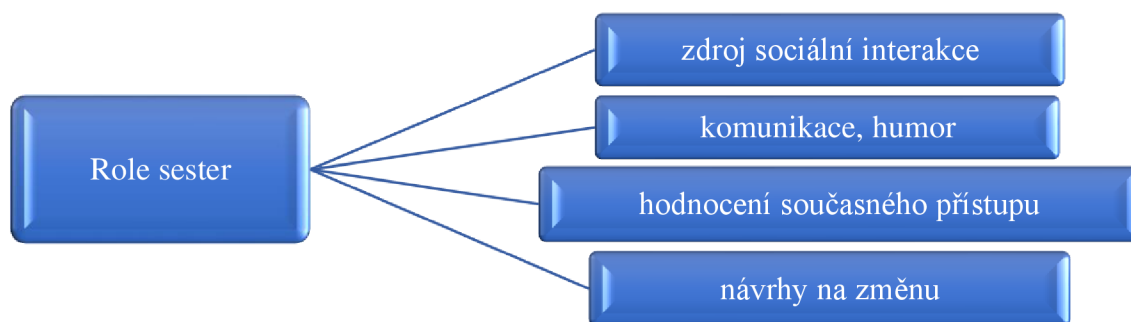
To, že se během svého pobytu v ústavním zařízení setkali s plošným zákazem návštěv, popisují dva z oslovených klientů, konkrétně probandi K2 a K3. „*Bylo to hlavně během covidu. To sem nesměl vůbec nikdo celé měsíce,*“ vzpomíná na inkriminované období probandka K2 a dále situaci blíže popisuje: „*Nikdo nemohl sem, my nemohli ven. Hrozný to bylo. Hrozně dlouhý... Byli jsme odkázaný jenom na telefon. A teda... Sestřičky se pak teda snažily a volaly jsme spolu domů přes počítač, no. A tam bylo i video. Ale stejně... Nebylo to ono. Doufám, že už se to nikdy nevrátí.*“ Oproti tomu dotazovaný klient K3 se setkal pouze s kratším zákazem návštěv v rámci nemocnice, kde se rozšířila chřipka, nicméně ani ten nenesl zrovna lehce: „*To je asi měsíc, dva zpátky. Všichni tady nějak popadali na chřipku nebo co... No a kvůli tomu pak zakázali návštěvy. A to teda bylo něco... Vleklo se to. Strašně se to vleklo. Přišlo mi to nekonečný. Člověk neměl vůbec žádný rozptýlení.*“

Dotazovaní probandi K1, K4 a K5 se během své hospitalizace s plošným zákazem návštěv sice nesetkali, nicméně jejich pobyt na JIP sám o sobě v této oblasti přináší určitá omezení. „*Stalo se, že tu byl zrovna rozruch. Asi někoho přijímali zrovna... A tak skákali*

kolem něj. No a tak museli dceru poslat pryč, aby nepřekážela, no,“ popisuje svůj zážitek probandka K1. „Asi jednou se stalo, že sem manžela nepustili. Protože se paní naproti hodně zhoršila a byl tu mrak jiných lidí,“ líčí obdobnou situaci dotazovaná K5. Probandka K1 dále hovoří o tom, že na pokoj za ní mohli přijít vždy pouze dva rodinní příslušníci najednou: „Jinak jediný omezení, co tu je... To je, že musí chodit maximálně po dvou. Celou rodinu sem naráz nepustí a musí se vystřídat, no. Ale to je opravdu jediný.“ O stejném pravidle dvou osob u lůžka se zmiňuje také dotazovaný klient K4. Probandka K1 ve své odpovědi poukazuje ještě na nedoporučení personálu vstupovat na JIP s malými dětmi: „A pak ještě vlastně... Nechtěli je sem pustit s vnučkou. Protože je ještě malinká. Jsou jí 3 měsíce, no... Ale to bylo spíš kvůli jejímu bezpečí než kvůli čemukoliv jinému. A to člověk chápe, no... V tu chvíli to sice zamrzí, ale chápete to a necháte si poradit.“

Podkategorie 6: Role sester

Schéma 10: Role sester



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všichni z dotazovaných klientů s výjimkou respondenta K4, který jak sám tvrdí, sociální kontakt obecně příliš nevyhledává, považují sociální interakci s pečujícími sestrami za velmi důležitou. „Je fajn popovídat si každé den chvilku i se sestřičkami. Člověk si díky tomu líp udrží takovej ten pojem o realitě, proto je důležitý i takový to... no tlachání o ničem (smích). A přece jen sestry jsou tu nejvíc času s námi a člověk už k nim má nějaký vztah. Aspoň k některým.“ odpovídá dotazovaná K1. Na ještě mnohem bližší vazbu mezi ní a pečujícími sestrami ukazuje odpověď probandky K2: „Některým sestřičkám, to jsou andělé. Zajdou si na pokoj popovídat, vyslechnou mě, chytí za ruku... Většinou poznají, co zrovna potřebuju. Mám v nich... Jak bych to řekla? Asi takovou tu jistotu a oporu, no. A to Vám povím, je moc důležitý. Moc.“ O tom, že kontakt se sestrami

je pro něj důležitý, byť je to dle jeho názoru jen pouhopouhá součást jejich práce, hovoří rovněž proband K3: „*Podle mě je to hlavně i jejich práce, bejt tu pro nás. Nejní to jen vo tom převlíct špinavou postel a vylejt bažanta. Ale třeba i vo tom se usmát, zeptat se, jak se mám, krapet poklábosit, no... To je pro mě leckda i důležitější. A oni některý to dělaj, což to nemůžu říct. A ty mám rád. Ale spousta ne. Spousta z nich je akorát tak kyselejch.*“

Když to shrneme, z odpovědí jednotlivých probandů vyplývá, že nejvýznamnější roli sester ve zkoumané oblasti je z hlediska pacientů komunikace sestra-klient a naslouchání ze strany sester. Dotazovaná K5 dále doplňuje, že oceňuje, když se v komunikaci ze strany sestry objeví také určitý humor: „*A ještě když prohodí sem tam nějaký ten vtip a všichni se mu tady spolu srdečně zasmějem, to je moc fajn. To je takovej balzám na duši.*“ O tom, že se sestrami rád „šprýmuje“, hovoří rovněž proband K3: „*Sranda musí bejt. A je tu pár sester, co tu srandu taky uměj udělat. Co chápou i můj humor třeba. A to mám dycky radost.*“

Odpovědi na otázku, zda sestry věnovaly dostatečnou pozornost potřebám a pocitům klientů a jak to probíhalo, se značně různily. Dle dotazovaných probandů K3 a K4 se sestry nijak aktivně o tyto záležitosti nezajímaly. „*Jako sem tam se některá zeptá, jak se mám a jestli něco nepotřebuju. Ale že by to bylo na denním pořádku? Tak to ne,*“ odpovídá například proband K4 s tím, že mu to ale nikterak nevadí. Oproti tomu dotazovaná klientka K5 popisuje velký a upřímný zájem o svou situaci ze strany sester: „*Ptají se pořád. Jak se mám a co potřebuju. A když řeknu, že v pořádku, že nic nepotřebuju, zeptají se za chvíli konkrétně znovu. Jestli nechci něco na bolest nebo napít, a tak. Starají se moc hezky a je vidět, že mají takovej ten... upřímněj zájem, no.*“ V podobném smyslu hovoří rovněž dotazovaná klientka K2: „*Zajímají se o to, co potřebuju, to se zajímají. Dost se zajímají. Buď se přímo zeptají, co potřebuju. A nebo když si něčeho všimnou. Něčeho, co jsem jim neřekla, tak se ptají: nechcete tohle a nebo tamto a tak.*“

V konfrontaci s otázkou na konkrétní roli sestry ve vztahu k pocitům osamělosti, se objevovaly odpovědi jako společnice, kontakt s venkovním světem a realitou, osoba co mě vyslechne, zdroj porozumění a podobně. „*Sestra v tomhle kontextu pro mě znamená ... Někoho, kdo mi dělá společnost a je tu pro mě, když zrovna nemůže moje rodina,*“ odpovídá například probandka K1. Dotazovaná K2 dále poukazuje na to, že díky sestram si udržuje lepší přehled a kontakt s tím, co se děje za zdmi domova pro seniory: „*Každý den přijdou a tak zběžně vždycky probereme, jaký je venku zrovna počasí nebo kde co ve městě opravujou, kde se stala jaká nehoda a tak. I tyhle informace jsou pro člověka, co*

je většinu času zavřenej tady vevnitř jako já, hrozně důležitý. Cítím se díky tomu... No jako víc součástí všeho toho dění.“ Oproti tomu proband K4 roli sester ve vztahu k pocitům osamělosti poněkud zpochybňuje: „Žádnou roli ve vztahu k tomuhle asi pro mě nemají. Ale jak říkám, já jsem prostě samotářskej typ a nepotřebuju, aby se kolem mě furt někdo motal... A na něco vyptával.“

Na otázku, co by v aktivitě sester uvítali navíc nebo změnili ve vztahu k sociální izolaci a pocitům osamělosti, odpovídá například probandka K2 takto: *„Asi nic moc. Já jsem spokojená s tím, co dělají. Jako jo, člověk by byl rád, kdyby s ním ty sestřičky trávily víc času ... To nebudu říkat, že ne. Ale moc dobře vím, kolik nás mají na starost a nemůžou si dovolit strávit na jednom pokoji půl odpoledne.“* V obdobném smyslu hovoří rovněž probandka K5, která navrhuje zvýšit množství personálu na směně: *„Dělají, co mohou. Jsou tu s náma tolik, kolik jim čas dovolí, no... Asi není moc co měnit. Jedině navýšit počet těch sestřiček na směně. Aby měly víc prostoru pro to povídání a poslouchání našich stesků a tak, no.“* Oproti tomu proband K3 je toho názoru, že sestry mají hodně co zlepšovat: *„Tak vo tom už jsem mluvil. Podle máho by s náma měly trávit víc času, víc mluvit... Celkově bejt takový víc otevřený. Taky víc těch společnejch aktivit by pro nás mohly pořádat. Myslim, že tohle by udělalo strašně moc a ... že to rozhodně nejsou žádný nesplnitelný požadavky.“* Probandi K1 a K4 k aktivitě sester nemají žádné výhrady ani připomínky.

Kategorie 3: Pohled příbuzných hospitalizovaného klienta

Třetí vytvořená kategorie je věnována příbuzným hospitalizovaných klientů a je dále rozčleněna na 4 podkategorie, které se zabývají pohledem rodinných příslušníků na potřeby jejich blízkých, na riziko a projevy sociální izolace u klientů v ústavní péči, dále jsou věnovány jejich vlastní aktivitě zaměřené na minimalizaci pocitů osamělosti u jejich blízkých a v neposlední řadě rovněž jejich vnímání práce a role sester v této oblasti ošetrovatelské péče.

Podkategorie 1: Potřeby klientů a jejich uspokojení

Schéma 11: Potřeby klientů a jejich uspokojení



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Rovněž příbuzní klientů se ve svých odpovědích shodují, že jejich blízcí potřebují především udržovat společenský kontakt. „Pro mamku bylo vždycky důležitý mít kolem sebe společnost a myslím, že to hodně potřebuje i teď, když žije v domově důchodců. Mít lidi kolem sebe, mít si s kým popovídat a tak. To je asi takovej základ, aby se necítla sama,“ vysvětluje například dotazovaný P4. Probandka P2 ve své odpovědi popisuje rovněž potřebu určité sounáležitosti: „No podle mého babička nejvíc potřebuje cítit, že je o ni pořád zájem. Takový ty drobnosti, jako že si uděláme čas a na chvíli za ní do nemocnice zajdeme. Nebo že se staráme o to, jak se má a co by zrovna potřebovala a tak. Myslím, že už jen díky tomu se necítí osamělá.“ Stejného názoru je rovněž dotazovaná P1, která hovoří o tom, že hospitalizovaný člověk potřebuje vědět a ujistit o tom, že na něj jeho rodina nezapomněla: „Je třeba za ní chodit do té nemocnice, nebo aspoň pravidelně volat. Nějak prostě ukázat, že na ní myslíme, no. A lepší způsob než návštěvu těžko vymyslíte.“ Zhruba totéž jen trochu jinými slovy popisuje i probandka P5, která mluví o poněkud specifické situaci hospitalizace na ARO oddělení: „Je důležitý, aby cítila naši blízkost. Že tu s ní jsme. I když nám v tu chvíli třeba ani nemůže odpovědět. Už jen ta přítomnost tam, no. Věřím, že ví, že tam jsme. I když na nás teď nemůže nijak reagovat nebo odpovědět.“

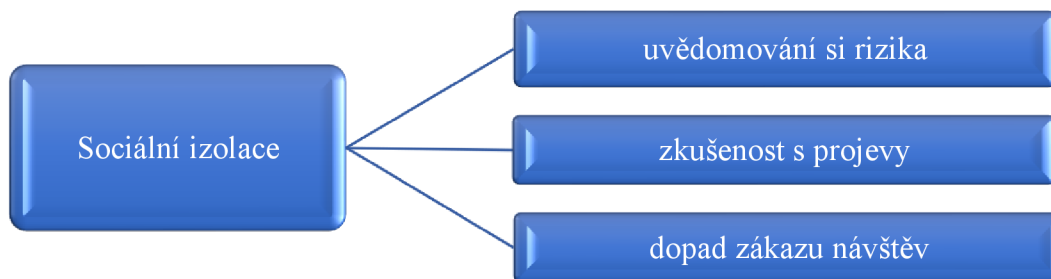
Dotazovaní příbuzní P1, P2 a P4 shodně uvedli, že pokládají za důležitý nejen kontakt jejich příbuzného s nimi jakožto s rodinou, ale rovněž se zdravotnickým personálem a potažmo dalšími klienty. „Je zásadní, abysme za ní chodili my. Jakože rodina. To určitě. Ale potřebuje podle mě kontakt i s dalšíma lidma, Třeba se sestřičkama. Přece jen ty se tam pohybujou pořád a mamka už si k nim za tu dobu taky vybuodovala

nějakej vztah,“ popisuje probandka P1. V obdobném smyslu hovoří rovněž proband P4, který vyzdvihuje kontakt s ostatními klienty v rámci zařízení: *„Je dobrý, když se scházejí třeba v rámci nějakých aktivit i s jinými obyvateli domova. Jsou to v podstatě vrstevníci, že jo... Jsou v obdobný situaci. Tudiž myslím, že spoustu věcí mohou spolu sdílet a probrat. Třeba i navázat nějaký přátelství.“*

Když byli příbuzní požádáni, aby zhodnotili, jak dobře byly uspokojeny zejména psychosociální potřeby jejich blízkých během pobytu v ústavním zařízení, většina odpovědí (P1, P2, P5 ale i P4) byla kladná. *„Myslím, že naše babi je tu spokojená. Aspoň tak působí... Nikdy se nezminila o tom, že by jí tu něco scházelo,“* vypráví dotazovaná P2. V obdobném smyslu se vyjadřuje také probandka P1: *„Popravdě jsem si nikdy nevěšmla, že by jí scházelo něco zásadního. Že by byla z něčeho smutná ... Nebo zklamaná. Myslím, že opravdu ne. Myslím, že se jí dostává všeho, co potřebuje.“* Určitá pochybnost se však objevuje v odpovědi probandky P3, z níž neuspokojení určitých potřeb přímo vyplývá: *„Manžel se hodně uzavřel do sebe, od té doby, co tu leží. Sice si nestěžuje, ale to už člověk pozná... Není to on. Chybí mu kamarádi, práce. Byl zvyklej pořád něco dělat a bejt mezi lidma a teď nemůže. A to on nenese dobře.“* Že nejsou potřeby jeho maminky saturovány na 100% lze vyčíst rovněž z odpovědi dotazovaného P4, byť to nepřizná přímo: *„Jako jo, mamka si sem tam postěžuje, že tam delší dobu nikdo nebyl nebo že pár dní neměli žádnou společnou aktivitu a tak, no. Ale nepůsobí, že by byla nešťastná nebo smutná, to vůbec ne... Možná je sem tam trochu znuděná a je jí to dlouhý, no. Ale to bych řekl, že je normální.“*

Podkategorie 2: Riziko a projevy sociální izolace u klienta, zákaz návštěv

Schéma 12: Riziko a projevy sociální izolace u klienta, zákaz návštěv



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všichni z oslovených rodinných příslušníků se ve svých odpovědích shodli na tom, že hospitalizace, potažmo pobyt v sociálním zařízení, není pro jejich blízké zcela

standardní situaci a pojí se s ním mimo jiné také riziko sociální izolace a osamělosti. „*Tak určitě je to velká změna. Velkej zásah do běžnýho fungování... Není mezi lidma, který zná. Nemůže se scházet s kamarádkama tak často, jak byla zvyklá. Myslím, že se určitě někdy musí cejtit sama. I když děláme maximum, aby ne,*“ odpovídá dotazovaná příbuzná P2. „*Já se toho hrozně bála. Že tu mamka bude tak jako odstrčená a osamocená, že nám to třeba bude i vyčítat. Ale asi zbytečně. Zvykla si rychle, skamarádila se s ostatníma babičkama... A je v pohodě, zdá se,*“ popisuje probandka P1, která dále dodává: „*Za toho skoro půl roku řekla možná dvakrát, že jí bylo smutno. Což je fakt minimum. Komu z nás nebylo dvakrát během půl roku smutno?*“ „*Tak to riziko tam určitě je. To jsme si uvědomovali od začátku. Celá rodina. I když jsme doufali a pořád doufáme, že ho brzy pustí domů. Ale celou dobu se snažíme chodit za ním na návštěvu opravdu každé den a když už to náhodou fakt nevyjde, tak teda aspoň zavolám, no. Ale to se stalo zatím opravdu jen jednou nebo dvakrát,*“ vypráví probandka P3, jejíž manžel leží asi 2 týdny na interní JIP. Oproti tomu proband P4 přiznává, že existenci rizika sociální izolace a osamělosti nebral příliš vážně: „*Já se přiznám, že jsem na tohle zpočátku moc nemyslel. Jako věděl jsem, že to riziko tu je, to jo. A snažil jsem se vždycky přijít na návštěvu nebo volat... Ale úplně mi nedocházelo, jaký to může mít důsledky, když se to úplně nepovede a bude to málo, no.*“

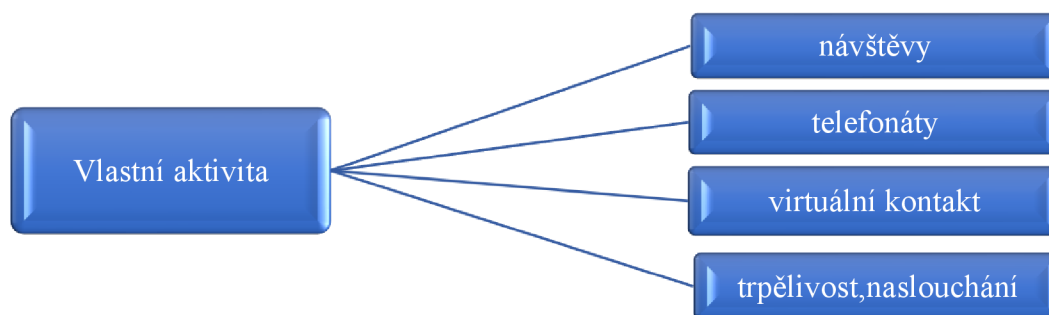
Tentýž proband P4 zároveň dále popisuje, jak se rozvoj sociální izolace projevil u jeho otce: „*Táta nic neřekl, nestěžoval si, to vůbec ne. Ale postupně začal bejt takovej mrzutej... Uzavřenej do sebe... Bez zájmu o cokoliv. Nikdo jsme to moc nechápali.*“ Mnohem mírnější projevy osamělosti, kterých si u své babičky všimla, popisuje také probandka P2: „*Párkrát se mi už zdála taková zmuďená a jakoby otrávená, ale nikdy si na nic nepostěžovala. Akorát mezi řeči třeba utrousila něco v tom smyslu, jestli zase přijdeme... Nebo jestli jí nedáme do důchodáku a takový. I tohle si myslím mohlo souviset s tím, že se cítila sama.*“ Oproti tomu dotazovaná P1 téměř žádné projevy osamělosti u své maminky nezpozorovala: „*Ne, nikdy jsem jí neviděla skleslou, za tu dobu, co tady je. Ani nic podobnýho. Asi dvakrát řekla, že jí bylo smutno, to je pravda... Ale tomu nepřičítám žádnou váhu, to bylo vždycky i v takový pošmourný dny, kdy je smutno kde komu. A i když se zeptám sestřiček... Tak ty řeknou, že je pořád veselá a povídává. Jsem za to moc ráda a věřím, že se tu opravdu osaměle necítí, no.*“

Oslovení probandi se shodují, že opatření v podobě zákazu návštěv může psychiku hospitalizovaných klientů značně poznamenat. „*Tak určitě je to zásah pro psychiku. Tímhle vezmete tomu člověku něco, na co se třeba celý den těší,*“ odpovídá například

probandka P2. Dle dotazované P5 je to o to horší, že možnost návštěv už v dnešní době všichni berou jako samozřejmost a úplně nepočítají s tím, že to tak za určitých okolností být nemusí. Osobní zkušenost s tímto nařízením mají pouze dva z oslovených probandů, konkrétně P1 a P4. Proband P4 vzpomíná na situaci během koronavirové pandemie: *„Během covidu jsme to zažili. A to bylo sakra dlouhý... A sakra nepříjemný. Jak pro nás, tak teda hlavně pro tátu, no. Sice jsme se snažili kontakt udržovat telefonicky, přes videochat a tak... Nosili jsme mu věci alespoň za dveře. Ale stejně... Osobní kontakt je osobní kontakt. Tohle to nenahradí. Ani nemůže.“* V obdobném smyslu hovoří dotazovaná příbuzná P1, která má osobní zkušenost pouze s krátkodobým zákazem návštěv z důvodu rozšíření chřipky v rámci nemocnice: *„Trvalo to sice jenom asi 14 dní, jo... Ale stejně to bylo náročný. Hodně náročný. Měla jsem kvůli tomu hrozný výčitky, že jsme za mamkou takovou dobu nebyli... Byť jsem věděla, že to není naše chyba. A to nemluví o tom, jak dlouhý to muselo být mamce... Ona teda neřekla nic. Ale muselo to pro ní být hrozný.“*

Podkategorie 3: Vlastní aktivita v rámci redukce osamělosti

Schéma 13: Vlastní aktivita v rámci redukce osamělosti



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Všichni z dotazovaných rodinných příslušníků shodně uvedli, že nejvíce nápomocní mohou být svému blízkému tím, že ho budou v nemocnici či v sociálním zařízení často navštěvovat. *„Tak určitě návštěvy. Chodit pravidelně na návštěvy. Aby věděla, že o ní máme pořád zájem a nezapomněli jsme,“* vysvětluje probandka P1. Obdobně hovoří také dotazovaná P2, která rovněž popisuje, že čas návštěvy by měl být plnohodnotně věnován klientovi a jeho potřebám: *„Podle mě je nejdůležitější chodit na návštěvy. Co nejčastěji to jde, no. Ale zase... Není to jen o tom přijít. Je to o tom být tu doopravdy duchem přítomný a být tu pro toho člověka. Nespěchat. Naslouchat mu. Vyprávět, co je doma*

novýho a tak. Prostě se mu po tu dobu fakt věnovat, no.“ Dotazovaná P5 dále doplňuje, že přítomnost blízkých a povídání je důležité i pro člověka, který to v tu danou chvíli objektivně nevnímá a nemůže zareagovat, protože je udržován v umělém spánku: *„Ségra je sice uspaná... Je v umělém spánku. Ale i tak věřím, že ví, že za ní chodíme, a je to pro ní důležité. To podvědomí tam určitě nějak pracuje a takhle ví, že tu pořád jsme a čekáme, až se probere, no.*“

Tatáž dotazovaná P5 poukazuje ještě na vhodnost osobních předmětů jako je například rodinná fotografie: *„Donesli jsme jí sem i fotku. Abychom tu s ní byli pořád. Aspoň takhle, no. A aby, když se probere, hned viděla důkaz, že na ní pořád myslíme.“*

Probandka P3 upozorňuje také na možnost telefonického či jiného virtuálního kontaktu: *„Když náhodou z nějakýho důvodu nemám možnost přijít osobně, tak aspoň zavolám. Myslím, že i takový rozhovor může dobře splnit účel... Přivést nemocného na jiné myšlenky a ukrátit mu dlouhou chvíli. V dnešní době máme spoustu možností.“*

Stejného názoru je rovněž dotazovaná P2, která popisuje, jak babičku naučili využívat chytrý telefon: *„Napadlo nás pořádit babičce do nemocnice tablet a naučili jsme jí takový ty základy, aby se třeba uměla podívat na fotky, co jí pošleme přes Whatsapp a tak. A myslím, že to má fakt velkej úspěch a že se tím přes den fakt dobře zabaví. Přece jen jí to chvíli trvá, než se k tomu dostane, takže zabije čas... A taky je díky tomu pořád v obraze nebo jak to říct.“*

Stejný nápad, využít moderní technologie, měl i dotazovaný proband P4 a rovněž on s ním u svého tatínka sklídl úspěch: *„Přinesl jsem tatkoví tablet a nainstaloval jsem mu tam pár her, WhatsApp, messenger... A pokusil jsem se mu vysvětlit, k čemu to je a jak s tím má zacházet. No a on to pochopil... Překvapivě rychle (smích). No a od té doby ten tablet nedá z ruky (smích). Už posílá fotky i mně.“*

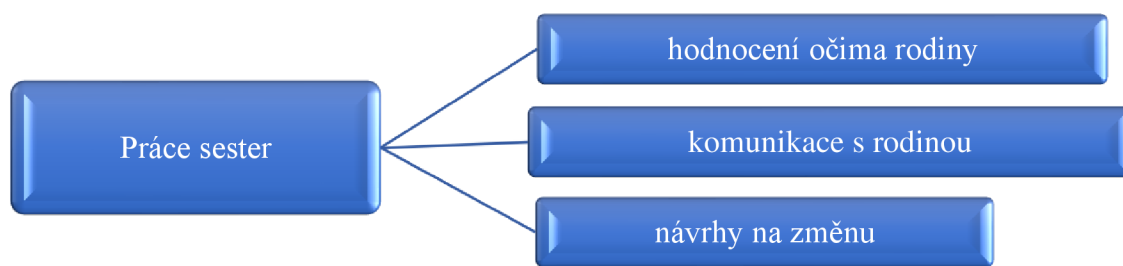
Na otázku *„Co ještě byste pro svého příbuzného mohl/a udělat navíc?“* odpovídali oslovení probandi především ve smyslu větší trpělivosti, naslouchání a zaměření se na jeho konkrétní potřeby. *„Já nevím, možná bych mohla být trochu jako trpělivější a míň chvátat... Nebo to, že zrovna chvátám, na sobě nedat tolik znát... Nevím,“* uvažuje například dotazovaná P1. Probandka P2 si myslí, že by bylo z její strany vhodné také více empatie: *„No jediné ještě trochu víc jí naslouchat... Snažit se co nejvíc se vcítit do její situace a pochopit, co by tak teď mohla nejvíc potřebovat no. I když si o to třeba sama neřekne.“*

„Já nevím... Možná být celkově vnímavější k různým ne úplně jasným signálům? Něco víc si obecně o vnímání lidí v umělém spánku i zjistit? Opravdu nevím... Navázat lepší spolupráci se sestrama mě napadá. A mít trpělivost no,“ přemýšlí nahlas dotazovaná P5.

Při dotazu na to, zda se nějak aktivně sami zajímali o možnosti, jak svého blízkého podpořit v sociální interakci, se objevila jediná kladná odpověď, a to od probandky P5: „Vzhledem k tomu, že tohle je poprvé, co jsem se vůbec setkala s někým v umělém spánku, tak ... jsem samozřejmě hned začla zjišťovat všeobecně, co pro ni mohu ze svojí pozice udělat. Ptala jsem se sestřiček, hledala na internetu a tak různě, no.“ Z odpovědi ostatních dotazovaných vyplývá spíše, že své příbuzné v sociální interakci podporovali, jak uznali za vhodné, nicméně žádné bližší si nezjišťovali. „Jako vždycky se jí snažím tak jako pošťouchnout, aby šla mezi ostatní... Aby využila možnost těch aktivit, co tu mají k dispozici a tak,“ popisuje například probandka P1.

Podkategorie 4: Práce sester

Schéma 14: Práce sester



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

Oslovení probandi P2, P3, P4 shodně uvedli, že nejsou schopni objektivně posoudit intervence sester ve vztahu k osamělosti klienta. Například dotazovaná P2 hovoří následovně: „Já to úplně nedokážu posoudit, během návštěvní doby sestřičky na pokoje tak často nechodí. Asi taky nechtěj rušit, no... To je jasný. Ale co tak říká babička, tak ta je spokojená. Prý si s nima vždycky hezky popovídá. Takže soudím, že se tu lidem věnujou a naslouchají jim.“ Podobného názoru je rovněž dotazovaný P4: „Člověk je tu chvíli a úplně nevidí, co ty sestry dělaj a nedělaj během dne. Spíš vycházím z toho, co mi řekne tatka.“ Naopak dle probandky P5 sestry na oddělení ARO dělají opravdu maximum: „Mluví s ní, kdykoliv něco dělají. I jí pouští hudbu do sluchátek, co jsme přinesli... Všecko. Fakt se snaží. Myslím, že se ségra osamělá cítit nemůže, jestli tohle všechno nějak vnímá... Aspoň doufám.“

Co se týče komunikace mezi sestrami a rodinou, dotazované P1, P2 a P5 se shodly, že sestry s nimi komunikovaly a spolupracovaly, nicméně na riziko osamělosti je přímo

neupozornily, ani jej s nimi nijak blíže neprobraly. „Co se týče rizika osamělosti to ne, o tom se mnou nemluvil nikdo z personálu. Ale jinak komunikace... Ta probíhá bez problémů. I když je to spíš takový, že se musím zeptat, no. Že by někdo přišel a mluvil se mnou sám od sebe, to se nestává moc často,“ popisuje situaci probandka P1. „Tady s námi sestřičky hodně mluví a všechno vysvětlují... Snaží se nás i do péče trochu zapojit. Ptaly se na hodně věcí, který má třeba ségra ráda, aby to mohly dělat a tak, no. Tak jsem třeba přinesla její oblíbenej parfém a ony ho používaj. Tak to je moc hezký...“ vypráví dotazovaná P5 a dále dodává: „Ale o osamělosti, o tý se nezmínil nikdo. Aspoň ne přímo.“

Oproti tomu dotazovaní P3 a P4 hovoří o tom, že sestry s nimi samy od sebe téměř nekomunikují, pouze v případě, že se jich sami přijdou na něco zeptat. Například probandka P3 situaci na oddělení INT-JIP líčí následovně: „Sestry tady jsou hodný, příjemný... To nemůžu říct. Ale mluví s vámi, jenom když se vy zeptáte. Že by samy od sebe něco vysvětlily nebo nás upozornily na určité věci, tak to ne. S tím jsem se tady ještě nesetkala.“ V obdobném smyslu hovoří rovněž dotazovaný P4, dle kterého byla chyba, že s ním o riziku osamělosti nikdo včas nemluvil: „Ne, nikdo mě na to neupozornil. O nějaké samotě a jejich rizikách nikdo neřekl ani slovo. A mě to jako laika nenapadlo... Možná, kdyby mě tenkrát byli upozornili, tak jsme si mohli ušetřit spoustu nepříjemností... Ale kdo ví. No teď už je to dobrý, tak už je to jedno. Ale určitě by se o tom mělo víc mluvit.“

Když byli příbuzní dotázáni, jaké konkrétní sesterské intervence by uvítali ve vztahu k jejich blízkému, hodně se opakovaly především odpovědi jako komunikace, naslouchání a obecně trávení času s dotyčným člověkem. „Je fajn vidět, když jsou ty sestřičky milé. Když si s těma lidma povídají, nechvátají a věnujou jim i chvíli času navíc. To vidím vždycky moc ráda. Bylo by fajn, kdyby to bylo pravidlem,“ odpovídá například probandka P1. V obdobném smyslu hovoří rovněž probandka P3, dle které je důležitý rovněž humor a optimismus: „Aby se smály. Vnesly na ten pokoj, mezi ty pacientky, takovou tu pozitivní energii ... Aby je i uklidnily tím klidným, pozitivním přístupem. Asi to bych nejvíc ocenila. A tím ale rozhodně nechci říct, že to tak není ... Jen ne vždycky.“ Dotazovaný P4 by ocenil mimo jiné rovněž větší spolupráci sester s rodinami klientů: „Bylo by taky fajn, kdyby přišly někdy i za náma. Jako za rodinou. A řekly, co a jak. Přece jen, oni jsou s těma lidma celý dny, tak vidí, co by potřebovali asi líp, než když já přijdu na hodinu odpoledne... Tahle spolupráce, na tý by možná stálo za to trochu zapracovat.“

5 Diskuze

V rámci předkládané diplomové práce jsme si stanovili celkem tři cíle. Prvním z nich bylo definovat potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací. V návaznosti na tento cíl jsme si položili následující výzkumnou otázku: „***Jaké jsou potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací?***“

Z provedených rozhovorů vyplývá, že jak sestry, tak příbuzní hospitalizovaných klientů i samotní klienti vnímají jako nejpodstatnější potřebu mezilidského kontaktu. O tom, že právě uspokojení potřeby sociální kontaktu je zcela nezbytné pro tzv. well-being každého člověka, byť u každého je způsob jejího uspokojení individuální, hovoří rovněž Kramer et al. (2022). Onu individualitu dokazují i vyjádření jednotlivých probandů ze skupiny klientů, kdy někteří z nich jsou rádi, když u nich pořád někdo je, a jiní naopak preferují „svůj klid“ a postačí jim návštěva třeba obden. Dle oslovených probandů všech skupin může být během hospitalizace či pobytu v sociálním zařízení potřeba kontaktu s lidmi uspokojena jednak kontaktem s rodinou a známými, prostřednictvím osobních návštěv či telefonátů, ale také v rámci každodenního kontaktu s ošetrovatelským personálem či s ostatními klienty. Dovolujeme si tvrdit, že pro optimální uspokojení potřeby mezilidského kontaktu klienta je vhodné kvalitní kontakt v individuálně přizpůsobené míře udržovat na všech výše zmíněných úrovních.

Dotazovaní probandi ze skupiny sester dále upozorňují na potřebu komunikace, a to jak ve smyslu běžného hovoru například o počasí nebo dění ve světě, tak rovněž ve smyslu hlubšího rozhovoru, kdy sestra klientovi empaticky naslouchá. To, aby s nimi sestry hovořily o zcela běžných záležitostech každodenního života, pokládají za důležité rovněž samotní klienti. Někteří oceňují také určité odlehčení situace v podobě zařazení humorných prvků a vtípků ze strany sester. Naprosto stěžejní roli komunikace mezi sestrou a pacientem, a to již za dob Florence Nightingalové, popisuje rovněž literatura, která dále poukazuje na zcela nezastupitelnou úlohu sester v uspokojení potřeby komunikace klienta v souvislosti s tím, že je to právě sestra, která s ním denně tráví nejvíce času (Fleischer et al., 2009).

Díky tomu, že sestry tráví s klienty mnoho času, vzniká mezi nimi určitý vztah. Ten bývá mnohdy označován jako vztah terapeutický a mezi jeho základní znaky řadíme naplňování potřeb jednotlivce i rodiny, upřímnost, empatii, blízkost klientovi a vzájemnou spolupráci (Mirhaghi et al., 2017). Právě v kontextu tohoto vztahu jsou schopny sestry uspokojovat rovněž klientovu potřebu vyslechnutí a důvěry, kterou

ve svých odpovědích řada z nich také označila za velice podstatnou.

Další potřebou, kterou pokládají za důležitou jak některé z oslovených sester, tak klienti, je potřeba aktivity. Na základě jednotlivých odpovědí konkrétních probandů si však dovoluujeme tvrdit, že v tomto případě se jedná spíše o záležitost klientů dlouhodobě hospitalizovaných, například na oddělení následné péče, a klientů žijících v sociálních zařízeních. Pro klienty hospitalizované na akutních odděleních typu JIP a ARO není vzhledem k jejich mnohdy velmi vážnému zdravotnímu stavu většinou potřeba činnosti z našeho pohledu prioritní a ani oni sami se o ní v rámci provedených rozhovorů nezmínili. V případě klientů žijících v ústavním zařízení dlouhodobě, se pak, jak uvádějí například Suchá et al. (2013), nejčastěji jedná o aktivity pohybové, hudební, výtvarnou činnost, aktivity se zvířaty, trénování paměti či ergoterapii.

Na základě provedeného výzkumného šetření můžeme s potěšením konstatovat, že s výjimkou jednoho dotazovaného probanda, který si stěžuje mimo jiné na nedostatečnou komunikaci ze strany sester a málo společenských aktivit, jsou všichni oslovení klienti spokojeni a své potřeby pokládají za adekvátně uspokojené. Kladně hodnotí míru uspokojení potřeb svých blízkých rovněž většina oslovených probandů ze skupiny příbuzných. Oproti tomu řada probandů ze skupiny sester si optimálním naplněním psychosociálních potřeb svých klientů tak jistá není a přiznávají, že někdy jsou tyto potřeby poněkud upozadovány, a to nejčastěji například z časových či provozních důvodů. Nicméně i fakt, že si sestry tento nedostatek uvědomují, lze z našeho pohledu vnímat jako pozitivní zjištění, jelikož o něm vědí a tím pádem se mohou ve své praxi zaměřit na jeho eliminaci.

Druhým cílem této diplomové práce bylo zmapovat dopady sociální izolace na nemocné klienty. V souvislosti s tímto cílem jsme si položili výzkumnou otázku „***Jaké jsou dopady sociální izolace na hospitalizované klienty?***“

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že většina probandů ze skupiny sester si uvědomuje, že sociální izolace může mít pro klienta závažné důsledky. Řada z nich hovoří o psychických problémech v podobě depresí a úzkostných stavů, jež v případě, že se včas neodhalí a neřeší, mohou vyústit až v sebevražedné jednání. Existenci kauzální spojitosti mezi osamělostí a sebevražedným jednáním dokazuje i přehledová studie literatury Motillon-Toudic et al. (2022), dle kterých tuto souvislost uvádí většina jimi zkoumaných studií a kteří sociální izolaci označují přímo jako potenciální rizikový faktor sebevraždy. Obdobného názoru jsou rovněž Niu et al. (2020), kteří popisují prokazatelnou spojitost mezi pocity osamělosti a beznaděje s množstvím dokonaných

sebevražedných činů u starších dospělých osob. V souvislosti s tím si dovoluujeme apelovat na dostatečnou pozornost věnovanou varovným příznakům osamělosti, jak ze strany ošetrovatelského personálu, tak rodinných příslušníků a důslednou prevenci těchto pocitů u hospitalizovaných klientů.

Dalším důsledkem sociální izolace může dle jedné z oslovených probandek ze skupiny sester být také strach z lidské společnosti neboli sociální fobie, kdy jakýkoliv sociální kontakt představuje pro daného člověka stres. Toto tvrzení lze opřít například o článek Glostera et al. (2021), dle kterých právě stres a sociální izolace mohou vést k poruchám nálady, jako je například deprese nebo právě výše zmíněná sociální fobie. Lze se setkat rovněž s označením sociální úzkost, o níž a její souvislosti se sociální izolací ve své studii pojednávají Lim et al. (2016) s tím, že dle jejich šetření osamocení jedince předurčuje k výskytu sociální úzkosti, paranoi či deprese.

Oslovené sestry v rámci výzkumného šetření dále uvedly, že osobně se u klientů v praxi setkaly s důsledky osamělosti jako je agresivita či deprese. Vysokou prevalenci deprese, a to až u 85 % klientů s kognitivní poruchou nad 60 let žijících v seniorských domech, popisuje rovněž studie Nikmat et al. (2015), kteří mimo jiné hovoří o její souvislosti se sociální izolací. Jedna z dotázaných popisuje kromě psychických důsledků, také celkové fyzické strádání postiženého klienta a jako jediná z oslovených tak zmiňuje dopady nejen na duševní, ale rovněž na tělesnou stránku člověka. O možném negativním vlivu na fyzické zdraví hovoří i literatura, kdy je často popisován vyšší výskyt kardiovaskulárních onemocnění, nadváhy, vysokého krevního tlaku, hypercholesterolemie či vyšší hodnota ukazatele zánětu v těle CRP (např. LaBorde a Williams, 2022; Tylová et al., 2014; Koukolík, 2021). Určitým paradoxem je, že byť jsou fyzické dopady osamělosti, jak ze strany literatury, tak ze strany oslovených probandů z našeho pohledu popisovány až jako druhořadé, Lim et al. (2016) hovoří o tom, že právě fyzické důsledky sociální izolace jsou všeobecně známé, kdežto ty duševní jsou v porovnání s nimi zmapovány poněkud méně. Dovolujeme si poukázat na to, že na příkladu osamělosti a jejích dopadech jak na tělesné, tak na duševní zdraví člověka je hezky ilustrováno propojení psychosomatických vlivů na celkové zdraví a pohodu jedince, kdy si tuto evidentní spojitost řada nejen zdravotníků stále neuvědomuje.

S určitými projevy sociální izolace u svých blízkých se setkali i někteří probandi ze skupiny rodinných příslušníků hospitalizovaných klientů. Ti hovořili spíše o relativně mírnějších dopadech, jako je uzavřenost, apatie či znuděnost. V souvislosti s tím však El Haj et al. (2016) upozorňují na to, že zdánlivě nesignifikantní projev nudy může

v některých případech vést ke vzniku halucinací, které představují určitý kompenzační mechanismus a pomáhají postiženému člověku uniknout ze zacykleného kruhu nudy a prázdnoty vyvolaného právě sociální izolací. Rádi bychom tedy apelovali na to, že ani na první pohled neškodné projevy, jako je například právě znučenost, by neměly být podceňovány.

Příbuzní hospitalizovaných klientů, ale i sestry, které se zapojily do výzkumného šetření, se dále shodli, že rizikovým obdobím, které celkově značně podporuje rozvoj sociální izolace a negativně ovlivňuje psychiku klientů, bylo a je období zakázaných návštěv, ať už to nejdiskutovanější v době pandemie koronaviru či jiné, například během vysokého výskytu chřipky či jiných respiračních onemocnění. Negativní dopady tohoto nepopulárního opatření popisuje rovněž literatura, kdy například Hugelius et al. (2021) hovoří zejména o vyšší prevalenci osamělosti, depresí, agresivity, agitovanosti a celkové nespokojenosti klientů v inkriminovaném období. V návaznosti na to si dovoluujeme poukázat, že právě dlouhodobé zavedení tohoto opatření v době koronavirové pandemie celkově více upozornilo na problematiku sociální izolace a osamělosti hospitalizovaných klientů, s čímž koresponduje i vyjádření řady oslovených sester.

Třetím a zároveň posledním cílem práce bylo analyzovat možnosti, jak lze v praxi důsledky sociální izolace na klienta zmírnit, přičemž v návaznosti na tento cíl jsme si položili výzkumnou otázku „***Jakými způsoby lze v praxi zmírnit důsledky sociální izolace hospitalizovaných klientů?***“

Na základě provedeného výzkumného šetření lze konstatovat, že oslovené sestry v rámci prevence osamělosti považují za klíčovou komunikaci s klienty. To svou odpovědí vystihuje například probandka S7: „*Je potřeba s nimi hodně mluvit. Úplně o čemkoliv... Ale mluvit. Jenom tak jim dám najevo svůj zájem. Dám jim i ten pocit, že jsou ... No jako součástí dění. A předejdu tak tomu, aby se cítili osamocení a nechtění, že jo. A naopak i zjistím, jestli je něco netrápí.*“

Svou roli v komunikaci mají v dnešní moderní době i informační technologie, přičemž Fan (2016) ve svém literárním přehledu uvádí, že mohou účinně zabránit pocitům osamělosti a sociální izolace zejména u starších lidí. Navzdory tomu, že právě mezi seniory stále existuje určitá „digitální propast“, mají tito lidé zájem učit se moderní technologie používat a komunikovat jejich prostřednictvím v běžném každodenním životě (Fan, 2016). S tím koresponduje i vyjádření některých probandů ze skupiny příbuzných, kteří popisují, jak své blízké naučili používat tablet či chytrý telefon a komunikovat s rodinou prostřednictvím sociálních sítí, s čímž sklidili velký úspěch.

Oslovení probandů ze skupiny sester dále doplňují, že velký rozmach ve využívání moderních technologií jako způsobu komunikace, zejména v podobě videohovorů s rodinou během hospitalizace, nastal během pandemie onemocnění Covid-19, která zároveň poukázala právě na důležitost komunikace a vzájemného důvěrného vztahu mezi sestrami a jejich klienty. Vlastní zkušenost s komunikací s rodinou prostřednictvím videohovorů během plošného zákazu návštěv v souvislosti s pandemií však popisuje jedna z oslovených klientek, žijící v sociálním zařízení, s tím, že osobní fyzickou návštěvu takto plnohodnotně nahradit stejně nelze.

Dalším prvkem, který může napomoci zmírnit či předcházet pocitům osamělosti, je naslouchání a empatie, a to jak ze strany sester, tak rodinných příslušníků. O velice úzkém vztahu mezi empatií a osamělostí pojednává studie Nunez et al. (2022), kteří v případě zdravotníků hovoří o tzv. klinické empatii a uvádí, že empatické schopnosti vedou ke snížení pocitů osamělosti. Proto by se zdravotníci měli snažit tyto svoje schopnosti upevňovat a zlepšovat například prostřednictvím kognitivního tréninku (Nunez et al., 2022). Že právě empatie, naslouchání a s nimi spojená trpělivost je něco, na co by se měli ještě více soustředit a pomoci tak předcházet osamělosti u svých blízkých, uvádí i námi dotazovaní probandů ze skupiny příbuzných.

Zásadním bodem ve zmírnění dopadů osamělosti na klienta, na kterém se shodují jak probandů ze skupiny sester, tak probandů ze skupiny příbuzných, jsou dle výsledků našeho výzkumného šetření také návštěvy rodiny a známých. Ty by měly být pokud možno osobní, pravidelné a čas návštěvy by měl být stoprocentně přizpůsoben a věnován klientovi a jeho potřebám. Zejména na akutních odděleních je vzhledem k provozu v praxi vyžadováno dodržování návštěvních hodin, nicméně dle oslovených klientů byl personál ve většině případů ochotný a když se nedělo nic mimořádného, příbuzní měli možnost se individuálně domluvit i na návštěvě v jinou dobu. O tom, že se jedná o správný postup, hovoří studie Mitchell a Aitken (2017), kteří doporučují neomezenou a flexibilní návštěvní dobu i na odděleních JIP, jelikož přítomnost rodiny u pacienta dle jejich zjištění přináší nesporné výhody pro obě strany. Klientům ve vážném stavu přítomnost blízkých dodává především pocit podpory, útěchy a bezpečí (Mitchell a Aitken, 2017), což dle našeho názoru přímo ovlivňuje a zmírňuje také právě pocit osamělosti.

Dále se v rámci prevence či redukce sociální izolace zejména u klientů žijících v ústavním zařízení dlouhodoběji uplatňují různé společenské aktivity. Klienti, kteří se zapojili do našeho výzkumného šetření, si tyto aktivity velice pochvalují, nicméně dle

slov probanda K3 jich není pořádáno tolik, aby uspokojily jeho potřebu činnosti a omezily pocit nudy. O vhodnosti zařazení většího množství společenských aktivit pro klienty se zmiňuje rovněž probandka S1. Dovolujeme si tedy tvrdit, že právě omezené množství těchto činností je jedním z faktorů, který stojí za zjištěním Malla (2022), jež uvádí, že navzdory snaze zařízení pořádat aktivity pro své rezidenty je v rámci seniorských domů výskyt nudy a osamělosti stále zcela běžnou záležitostí. Zeng et al. (2023) dále doplňují, že vliv na vznik osamělosti má nejen činnost uskutečňovaná během pobytu v ústavním zařízení, ale i aktivita daného člověka, na kterou byl zvyklý v běžném životě mimo nemocnici či sociální zařízení, přičemž u jedinců s nízkou aktivitou je vyšší pravděpodobnost výskytu pocitů samoty než u jedinců s aktivitou vysokou. Poněkud v rozporu s tímto tvrzením je však vyjádření probandky P3, která hovoří o tom, že její manžel, který byl zvyklý být vždy hodně aktivní, právě v důsledku nucené nečinnosti v průběhu hospitalizace propadl pocitům nudy a samoty. Tato souvislost je tedy z našeho pohledu značně individuální. Troufáme si říct, že v některých případech naopak platí přímá úměra, tedy čím víc byl člověk aktivní, tím hůře snáší pobyt v ústavním zařízení a snáze se začne nudit.

Dle výsledků získaných vlastním výzkumným šetřením i dle prostudované literatury existuje řada možností, jak lze předcházet, případně alespoň zmírňovat dopady sociální izolace na hospitalizované klienty. Z našeho pohledu je tedy žádoucí, aby jak sestry, tak příbuzní klientů byli s těmito způsoby seznámeni a vědomě je v rámci kontaktu s klientem zařazovali. Domníváme se, že při splnění tohoto předpokladu může reálně dojít k redukci zážitků pocitů osamělosti a z nich vyplývajících dalších důsledků mezi klienty ústavních zařízení, se kterými se v současnosti mnoho z nich setkává.

6 Závěr

V rámci této diplomové práce jsme se věnovali problematice sociální izolace hospitalizovaných klientů, přičemž jsme se snažili co nejkomplexněji a v souvislostech zmatovat vnímání této oblasti očima sester, hospitalizovaných klientů i jejich příbuzných. Stanovili jsme si k tomu celkem tři cíle. Prvním z nich bylo definovat potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací. Druhý byl věnován dopadům sociální izolace na nemocné klienty a třetí, poslední cíl byl zaměřen na analýzu možnosti, jejichž prostřednictvím lze v praxi důsledky sociální izolace na klienta zmírnit. V návaznosti na tyto cíle jsme si položili rovněž tři výzkumné otázky, které zněly: „Jaké jsou potřeby hospitalizovaných klientů ohrožených sociální izolací?“, „Jaké jsou dopady sociální izolace na hospitalizované klienty?“ a „Jakými způsoby lze v praxi zmírnit důsledky sociální izolace hospitalizovaných klientů?“ Všechny ze stanovených cílů byly splněny.

Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že problematika osamělosti není v ústavních zařízeních nic neobvyklého a většina sester, klientů i příbuzných se s ní v nějaké, byť třeba jen velmi mírné podobě setkala. Pro eliminaci výskytu sociální izolace klientů se jeví jako stěžejní dostatečná saturace jejich psychosociálních potřeb jako je zejména potřeba mezilidského kontaktu, jistoty, sounáležitosti, komunikace či určité činnosti. Výsledky rovněž potvrdili klíčovou a nezastupitelnou roli nejen sester, ale i rodinných příslušníků jednak v uspokojování uvedených potřeb, ale také právě v rámci prevence, včasného odhalení i řešení důsledků sociální izolace. Jako zcela zásadní pro předcházení osamělosti se ukázal pravidelný osobní kontakt v podobě návštěv, jejichž zákaz může mít vážné následky, byť se v současnosti nabízí řada moderních alternativních způsobů komunikace. Výzkumné šetření dále potvrdilo, že sociální izolace může mít negativní dopad především na duševní zdraví hospitalizovaných klientů, přičemž oslovení probandí uváděli důsledky jako deprese, úzkosti, sociální fobii či sebevražedné tendence.

Tato diplomová práce a její výsledky poukazují na rizika plynoucí z osamělosti klientů během hospitalizace či pobytu v sociálním zařízení, zároveň také nabízí řadu možností, jak dopadům sociální izolace na klienty předcházet či je alespoň zmírnit. Práce může najít využití jako studijní materiál pro studenty zdravotnických či sociálních oborů a sestry z praxe, ale také jako informační materiál pro veřejnost, jelikož v roli příbuzného hospitalizovaného klienta se může ocitnout kdokoliv z nás.

7 Seznam použité literatury

1. BÍNOVÁ, Š., HAVELKA, T., 2021. Duševní zdraví dětí a adolescentů v době pandemie covidu-19 z pohledu dětských a dorostových psychiatrů. *Psychiatrie pro praxi*. 22(3), 173-178. ISSN 1213-0508.
2. BARRATT, R. L., et al., 2012. Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary nurse*. 39(2), 180-193. Doi: 10.5172/conu.2011.180.
3. BUTCHER, H., et al., 2018. *Nursing Interventions Classification (NIC). 7th Edition*. Elsevier: Health Sciences Division. 512 s. ISBN: 0323497705
4. CETLOVÁ, A., 2013. Reverzní izolace – chrání nebo zatěžuje pacienty po transplantaci kostní dřeně? *Onkologie*. 7(3), 155-158. ISSN 1802-4475.
5. ČELEDOVÁ, L., 2017. Osamělost seniorů. *Informace pro lékařské praxe*. 19(1), 28-31. ISSN 1214-486X.
6. COTTERELL, N., et al., 2018. Preventing Social Isolation in Older People. *Maturitas*. 113, 80-84. Doi: 10.1016/j.maturitas.2018.04.014.
7. DRAGESET, J., HAUGAN, G., 2021. Associations between nurse-patient interaction and loneliness among cognitively intact nursing home residents - a questionnaire survey. *Geriatr Nurs*. 42(4), 828-832. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.04.001.
8. EL HAJ, M., GALLOUJ, K., 2022. Loneliness of residents in retirement homes during the COVID-19 crisis. *L'Encéphale*. 48(4), 477-479. Doi: 10.1016/j.encep.2021.05.001.
9. EL HAJ, M., et al., 2016. Hallucinations, loneliness, and social isolation in Alzheimer's disease. *Cognitive Neuropsychiatry*. 21(1), 1-13. Doi: 10.1080/13546805.2015.1121139.
10. ETTLER, K., et al., 2022. Sociální, psychologické a zdravotní dopady nošení obličejových roušek u dětí. *Pediatric pro praxi*. 23(1), 22-27. ISBN 1213-0494.
11. FAN, Q., et al., 2016. Utilizing ICT to prevent loneliness and social isolation of the elderly. A literature review. *Cuadernos de Trabajo Social*. 29(2), 185-200. Doi: 10.5209/CUTS.251771.
12. FERNANDES, J., et al., 2022. Nursing interventions that humanise care for patients affected by COVID-19 in isolation units: An integrative review.

- Infection Disease & Health*. 27(3), 163-174. Doi: 10.1016/j.idh.2022.03.001.
13. FLEISCHER, S., et al., 2009. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health-Heidelberg*. 17(5), 339-353. Doi: 10.1007/s10389-008-0238-1.
 14. FUMAGALLI, E., et al., 2022. *Consuming in response to loneliness: Bright side and dark side effects* [online]. *Current Opinion in Psychology* [cit. 2022-11-29]. ISSN 2352-250X. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X22000410>
 15. GALEHDAR, N., et al., 2020. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 20(1). Doi: 10.1186/s12888-020-02898-1.
 16. GEBREHEAT, G., TEAME, H., 2021. Ethical Challenges of Nurses in COVID-19 Pandemic: Integrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 14, 1029-1035. Doi: 10.2147/JMDH.S308758.
 17. GLOSTER, A., et al., 2021. How Response Styles Moderate the Relationship between Daily Stress and Social Interactions in Depression, Social Phobia, and Controls. [online]. *Psychotherapy and Psychosomatics*. [cit. 2023-04-09]. Doi: 10.1159/000511102. Dostupné z: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/fullrecord/WOS:000601345300001>
 18. HAMMOND, NE., et al., 2021. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. *Aust Crit Care*. 34(2), 146-154. Doi: 10.1016/j.aucc.2020.12.004.
 19. HAYRE-KWAN, S., et al., 2021. Nursing and Maslow's Hierarchy: A Health Care Pyramid Approach to Safety and Security During a Global Pandemic. *Nurse Leader*. 19(6), 590-595. ISSN 1541-4612.
 20. HERLING, S., et al., 2020. Patient and spouses experiences with transition from intensive care unit to hospital ward - qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 34(1), 206-214. Doi: 10.1111/scs.12722.
 21. HOFER, J., HAGEMEYER, B., 2018. Social Bonding: Affiliation Motivation and Intimacy Motivation. In: HECKHAUSEN, J., HECKHAUSEN, H. (eds.). *Motivation and Action*. Springer International, s. 305-334. Doi: 10.1007/978-3-319-65094-4-7.
 22. HONZÁK, R., 2022. Nenechávejte lidi samotné a už vůbec ne osamělé.

- Psychiatrie pro praxi*. 23(1), 3. ISSN 1213-0508.
23. HORECKÝ, J., ŠVEHLOVÁ, A., 2021. *Pandemie Covidu-19 a sociální služby 2020–2021. Jaký byl dopad covidu-19 na sociální služby v České republice?* [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. [cit. 2023-01-16]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/A4_FACT%20SHEETS%20PANDEMIE%20COVID-19.pdf.
24. HUGELIUS, K., et al., 2021. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 121. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104000.
25. CHESAK, S., et al., 2020. Strategies for Resiliency of Medical Staff During COVID-19. *Mayo Clin Proc.* 95(9), 56–59. Doi: 10.1016/j.mayocp.2020.07.002.
26. CHVÁLA, V., SKORUNKA, D., 2017. Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění. *Psychiatrie pro praxi*. 18(1), 42-46. ISSN 1213-0508.
27. IGE, J., et al., 2019. Methods of identifying and recruiting older people at risk of social isolation and loneliness: a mixed methods review. *BMC Med Res Methodol.* 19(1), 181. Doi: 10.1186/s12874-019-0825-6.
28. IRMIŠ, F., 2016. Stres pacienta v nemocnici. *PsychoSom.* 14(4), 225-232. ISSN 1214-6102.
29. JIRÁK, R., 2007. Deprese u seniorů - biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatrie pro praxi*. 8(5), 198-200. ISSN 1213-0508.
30. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
31. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
32. KOUKOLÍK, F., 2021. Osamělost - zamyšlení. *Medicína po promoci*. 22(3), 177-178. ISSN 1212-9445.
33. KØSTER, A., 2022. Becoming anonymous: how strict COVID-19 isolation protocols impacted ICU patients. [online]. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. [cit. 2023-01-23]. Doi: 10.1007/s11097-022-09882-y. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11097-022-09882-y.pdf?pdf=button>

34. KRAMER, MD., et al., 2022. Resuming social contact after months of contact restrictions: Social traits moderate associations between changes in social contact and well-being. *Journal of Research in Personality*. 98 (1042223). Doi: 10.1016/j.jrp.2022.104223.
35. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi. Studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-764-5.
36. KRUPKOVÁ, S., HAVRDOVÁ, Z., 2013. Napětí mezi přisuzovaným významem a možnostmi realizace pracovní role všeobecné sestry. *Kontakt*. 15(4), 359-369. ISSN 1212-4117.
37. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
38. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80--247-2713-4.
39. LABORDE, P., WILLIAMS, V., 2022. The Surprising Effects of Social Isolation and Loneliness on Physical Health in Older Adults. *Advances in Family Practise Nursing*. 4(1), 13-2 5. [Doi: 10.1016/j.yfnp.2021.12.001](https://doi.org/10.1016/j.yfnp.2021.12.001).
40. LAI, J., et al., 2020. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 3(3), e203976. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
41. LEAH, V., 2017. What approach should I take if I think an older person is lonely? Nurses need the skills to identify loneliness so they can choose appropriate services or interventions. *Nursing Older People*. 29(2), 18. 10.7748/nop.29.2.18.s19.
42. LIM, M., et al., 2016. Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*. 125(5), 620-630. [Doi: 10.1037/abn0000162](https://doi.org/10.1037/abn0000162).
43. MALL, M., 2022. Loneliness and boredom in residential care: Voices of older adults. *Aotearoa New Zeland Social Work*. 34(1), 88-89. ISSN 2463-4131.
44. Medical Advisory Secretariat. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis, 2008. [online]. *Ont Health Technol Assess Ser*. 8(5), 1-49. [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23074510/>
45. [MIRHAGHI, A., et al., 2017.](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104223) Therapeutic relationship: Is it still heart of

- nursing? *Nursing reports*. 7(1), 6129. Doi: 10.4081/nursrep.2017.6129.
46. MITCHELL, M., AITKEN, L., 2017. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Australian Critical Care*. 30(2), 91-97. Doi: 10.1016/j.aucc.2016.01.001.
47. [MO, S., SHI, J., 2020.](#) The Psychological Consequences of the COVID-19 on Residents and Staff in Nursing Homes. *Work, Aging and Retirement*. 6(4), 254-259. Doi: 10.1093/workar/waaa021.
48. MOORHEAD, S., et al., 2018. *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes, 6th Edition.* [Elsevier: Health Sciences Division](#). 696 s. ISBN: 0323497640.
49. [MOTILLON-TOUDIC, C., et al., 2022.](#) Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European Psychiatry*. 65(1), e65, PII S0924933822023203. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2320.
50. [MUSTRIWATI, K., et al., 2021.](#) The impact of self-leadership and organizational commitment on the performance of Covid-19 nurses. *Kontakt / Journal of nursing and social sciences related to health and illness*. 23(1), 40-44. Doi: 10.32725/kont.2021.005.
51. NANDA, 2020. *Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
52. NIKMAT, A., et al., 2015. Depression and loneliness/social isolation among patients with cognitive impairment in nursing home. *Aesan Journal of Psychiatry*. 16(2), 222-231. ISSN 2231-7791.
53. NIU, L., et al., 2020. Loneliness, hopelessness and suicide in later life: a case-control psychological autopsy study in rural China. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 29, e119. Doi: 10.1017/S2045796020000335.
54. NIU, W., et al., 2021. The psychological effects of nursing interventions on patients with suspected COVID-19 during isolation. *Annals of Palliative Medicine*. 10(6), 6344-6350. Doi: 10.21037/apm-21-516.
55. NOTA, J., 2021. Onemocnění covid-19 v domově sociálních služeb pohledem zaměstnanců. *Caritas et veritas*. 11(1), 173-187. Doi: 10.32725/cetv.2021.016.
56. NUNEZ, C., et al., 2022. Empathy and loneliness in the context of healthcare professions: a scoping review. *Cuadernos de Bioetica*. 33(109), 303-316. Doi:

10.30444/CB.135.

57. O'LEARY, K., J., et al., 2021. Clinicians' Knowledge of Hospitalized Patients' Health-Related Social Needs. *Journal of General Internal Medicine*. 36(11), 3587–3588. Doi: 10.1007/s11606-020-06521-7.
58. PALAZ, S., KAYACAN, S., 2022. The relationship between the level of trust in nurses and nursing care quality perceptions of patients treated for Covid-19. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1-9. Doi: 10.1111/scs.13114.
59. PAQUE, K., et al., 2018. Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32(4), 1477-1484. Doi: 10.1111/scs.12599.
60. PECHOVÁ, K., et al., 2021. *Reflexe dopadů covidu-19 na poskytování paliativní péče pro uživatele pobytových sociálních služeb pro seniory*. Domov Sue Ryder. 63 s. ISBN 978-80-907190-5-7.
61. PETZOLD, MB., et al., 2020. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid19-Pandemie [Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia]. *Nervenarzt*. 91(5), 417–421. Doi: 10.1007/s00115-020-00905-0.
62. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
63. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
64. POKORNÁ, A., BLAŽKOVÁ, R., 2012. Sociální vztahy ve stáří. *Geriatric a gerontologie*. 1(1), 24-28. ISSN 1803-6597.
65. POSPÍŠILOVÁ, A., et al., 2012. Znalost pojmů NANDA International, NIC a NOC s ohledem na vzdělání všeobecných sester. *Kontakt*. 14(4), 421-433. ISSN 1212-4117.
66. PROSEN, M., 2021. Strengthening nurses' resilience and reducing burnout during the COVID-19 pandemic. *Kontakt*. 23(1), 1-2. Doi: 10.32725/kont.2021.001.
67. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
68. PTÁČKOVÁ, H., et al., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-271-0876-3.
69. QUAN, G., et al., 2019. A systematic review of interventions for loneliness

- among older adults living in long-term care facilities. *Aging & Mental Health. Advanced online publication.* 24(12), 1945-1955. Doi:10.1080/13607863.2019.1673311.
70. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
71. RAWAL, P., et al., 2021. Anxiety among COVID-19 Patients during Their Stay in Isolation Ward in a Tertiary Care Center: A Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of Nepal Medical Association.* 59(242), 992-995. Doi: 10.31729/jnma.7069.
72. RICHARD, A., et al., 2017. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS ONE.* 12(7), 1-18. Doi: 10.1371/journal.pone.0181442.
73. ROSS, J., 2020. The Exacerbation of Burnout During COVID-19: A Major Concern for Nurse Safety. *J Perianesth Nurs.* 35(4), 439-440. Doi: 10.1016/j.jopan.2020.04.001.
74. RŮŽIČKOVÁ, P., et al., 2022. Pohled na hospitalizaci očima dětských pacientů – kvalitativní šetření. *Pediatric pro praxi.* 23(1), 73-76. ISSN 1213-0494.
75. SAIBERTOVÁ, S., POKORNÁ, A., 2021. Nejčastější chyby při používání osobních ochranných pomůcek. *Medicina pro praxi.* 18(1), 75-78. ISSN 1214-8687.
76. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů.* Praha: Grada. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
77. SANTINI, Z. I., et al., 2020. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health,* (5)1, 62-70. Doi: 10.1016/S2468-2667(19)30230-0.
78. SERTBAS, G., et al., 2022. Effects of Creative Arts Intervention on Anxiety, Depression and Sleep Quality Among Bone Marrow Transplantation Patients During Protective Isolation. *Cancer Nursing.* 46(1), E1-E10. Doi: 10.1097/NCC.0000000000001127.
79. SOUSA, L., et al., 2019. Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 72(4), 1136-1143. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0609.

80. SUCHÁ, J., et al., 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262- 0335-3.
81. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
82. ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J., 2007. Sesterská profesní role „advokáta pacienta“. *Medicina pro praxi*. 1, 32-34. ISSN 1214-8687.
83. ŠUPÍNOVÁ, M., et al., 2022. Factors affecting nurses' mental health during the COVID-19 pandemic. *Kontakt / Journal of nursing and social sciences related to health and illness*. 24(3), 205-211. Doi: 10.32725/kont.2022.022.
84. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
85. TOMĚŠ, I., et al., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum Press. 256 s. ISBN 978-80-246-3612-2.
86. TÓTHOVÁ, V., et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-256-1.
87. TRACHTOVÁ, E., et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCO NZO. 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
88. TYLOVÁ, V., et al., 2014. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110(3), 151-157. ISSN 1212-0383.
89. UHLÍŘ, J., 2022. Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*. 22(6), 370-372. ISSN 1213-0494.
90. VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
91. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3., aktualizované vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
92. VÝROST, J., et al., 2019. *Sociální psychologie. Teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. 759 s. ISBN 978-80-247-5775-9.
93. WAGNER, M., 2021. *Social Isolation Nursing Diagnosis & Care Plan*. [online]. Nurse Together. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://www.nursetogether.com/social-isolation-nursing-diagnosis-care-plan/>
94. WEISS, R. S., 1973. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: The MIT Press. ISBN 978-02-627-3041-9.

95. WINCH, G., 2014. *Loneliness. 10 surprising facts about loneliness* [online]. Psychology Today. [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/the-squeaky-wheel/201410/10-surprising-facts-about-loneliness>
96. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978_80-271-0155-9.
97. ZENG, Y., et al., 2022. Activity Patterns and Loneliness in Later Life: The Mediating Effects of Social Support and Attitudes Toward Aging. *Journal of Gerontological Social Work*. 66(2), 303-318. Doi: [10.1080/01634372.2022.2103761](https://doi.org/10.1080/01634372.2022.2103761).
98. ZENGIN, N., et al., 2020. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nursing in Critical Care*. 25(2), 109-116. Doi: 10.1111/nicc.12465.
99. ZHANG, Y., MA, ZF., 2020. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 17(7), 2381. Doi: 10.3390/ijerph17072381.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 1 – Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

Skupina 1 – sestry

1. Identifikační údaje:
 - Pohlaví?
 - Jaká je délka Vaší praxe?
 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Na jakém oddělení pracujete?
2. Co podle vás znamená termín osamělost?
3. Jaký rozdíl vidíte v termínech osamělost a samota?
4. Jaké typy lidí/klientů osamělost dle vašeho názoru nejvíce ohrožuje? A proč?
5. Čemu/ jakým varovným příznakům by sestra měla věnovat v souvislosti s rozpoznáním osamělosti klienta pozornost?
6. Na uspokojení, kterých potřeb je u klienta ohroženého sociální izolací třeba brát největší zřetel? Daří se z Vašeho pohledu tyto potřeby klientům uspokojovat?
7. Jaké může mít z Vašeho pohledu sociální izolace pro klienta důsledky?
8. Setkala/a jste se během Vaší praxe s konkrétními dopady osamělosti na klienta? Uveďte prosím s jakými.
9. Jaký dopad na klienta má dle Vašeho názoru opatření v podobě zákazu návštěv?
10. Co můžete jako sestra udělat pro zmírnění osamělosti klienta?
11. Jaké z těchto intervencí v praxi skutečně realizujete?
12. Myslíte si, že je v praxi riziku osamělosti/sociální izolace klientů věnována dostatečná pozornost a co by bylo vhodné podle Vás zařadit/změnit?
13. Dostalo se Vám v této oblasti (prevence sociální izolace klienta) odpovídajícího vzdělání? Jakou formou (škola, kurz)? Zjišťujete si sám/sama informace ohledně této problematiky?
14. Jak z Vašeho pohledu poznamenala sociální izolaci klientů koronavirová pandemie? Naučila Vás tato nestandardní situace něco?
15. Je v souvislosti s tématem ještě něco, co nezaznělo a co byste chtěl/a dodat?

Skupina 2 – klienti

1. Identifikační údaje:
 - Pohlaví?
 - Oddělení/ sociální zařízení?

- Kolik je Vám let?
 - Jak dlouho jste tady hospitalizován/a? / Jak dlouho zde žijete?
2. Zažil/a jste se během vaší hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení pocit osamělosti? (V případě, že ano, jak často? Popište prosím, jak přesně jste se v těchto chvílích cítil/a. Co Vám nejvíce scházelo?)
 3. Co konkrétně si myslíte, že ve Vás tento pocit vyvolalo?/ Případně co si myslíte, že Vás před těmito pocity uchránilo?
 4. Vnímáte nějaký rozdíl mezi termíny osamělost a samota? Jaký prosím?
 5. Do jaké míry byly během hospitalizace naplněny všechny vaše potřeby včetně těch psychických a sociálních? Měl/a pocit, že Vám něco schází? (Případně co?)
 6. Co nejvíce potřebujete, abyste se v nemocnici/ sociálním zařízení necítil/a osamělý/á?
 7. Jaké sociální kontakty jste během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení udržoval/a? Bylo to z Vašeho pohledu dostatečné?
 8. Jak často jste během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení v kontaktu s Vaší rodinou a známými? O jakou formu kontaktu se jedná? (návštěva, telefonáty...?)
 9. V jaké míře Vám byl během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení umožněn kontakt s rodinou a známými (návštěvní hodiny, počet návštěvníků apod.)? Považujete to za dostatečné?
 10. Setkal/a jste se se zákazem návštěv? V případě, že ano, jaký to Vás mělo vliv? Jak jste se snažil/a absenci tohoto kontaktu vykompenzovat?
 11. Věnovaly sestry během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení dostatečnou pozornost Vaším pocitům a potřebám? Jak konkrétně to vypadalo?
 12. Jakou roli sestry plnily ve vztahu k Vaším pocitům osamělosti? Vnímal/a jste je jako zdroj sociálního kontaktu?
 13. Jaký přínos pro Vás má přítomnost sester a komunikace s nimi? Je to pro Vás důležité/nápomocné?
 14. Myslíte, že na Vás sociální izolace během hospitalizace zanechala nějaké následky? Uveďte prosím konkrétně jaké.
 15. Co konkrétně dělaly sestry pro to, abyste se během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení necítil/a osamělý/á?
 16. Je něco, co si myslíte, že by Vám ke zmírnění pocitu osamělosti během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení pomohlo, ale nikdo Vám tuto možnost nenabídl?

17. Co byste v chování a aktivitě sester uvítal/a abyste se cítil/a méně osamělá?
18. Je v souvislosti s tématem ještě něco, co nezaznělo a co byste chtěl/a dodat?

Skupina 3 - příbuzní

1. Identifikační údaje:
 - Pohlaví?
 - Kolik je Vám let?
 - Na kterém oddělení je hospitalizován Váš příbuzný? Pobývá v sociálním zařízení?
 - Jak dlouho je Váš příbuzný hospitalizován/ pobývá v sociálním zařízení?
 - V jaké příbuzenském vztahu k hospitalizovanému klientovi jste?
2. Jak moc, pokud vůbec, jste si uvědomoval/a riziko osamělosti a sociální izolace u Vašeho příbuzného během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení?
3. Pozoroval/a jste u Vašeho příbuzného nějaké známky osamělosti či sociální izolace během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení? Uveďte prosím konkrétně jaké.
4. Svěřil se Vám příbuzný s pocity osamělosti či neuspokojením nějakých svých potřeb během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení? O jaké konkrétní pocity a potřeby se jednalo?
5. Měla omezená sociální interakce na Vašeho příbuzného nějaké dopady? Uveďte konkrétně jaké prosím.
6. Do jaké míry byly během hospitalizace/pobytu v sociálním zařízení z Vašeho pohledu uspokojeny všechny potřeby Vašeho příbuzného, včetně těch psychologických a sociálních?
7. Co jste vy sám/sama dělala pro to, aby se Váš příbuzný v nemocnici/sociálním zařízení necítil osaměle?
8. Myslíte, že je ještě něco, co byste mohl/a udělat navíc? Co konkrétně?
9. Věnují z Vašeho pohledu sestry dostatek pozornosti prevenci a zmírnění osamělosti u Vašeho příbuzného? Co konkrétně pro to dělaly?
10. Jak vnímáte zákaz návštěv? Setkal/a jste se s ním osobně? (V případě, že ano: Pozorovala jste nějaký vliv tohoto zákazu na Vás osobně a Vašeho příbuzného?)
11. Co/jaké chování nebo konkrétní intervence byste v chování sester ve vztahu k Vašemu příbuznému ocenila/ ráda viděla, co se týče zmírnění pocitů osamělosti?

12. Jak moc s Vámi sestry komunikují ohledně rizika osamělosti u Vašeho příbuzného? Spolupracovaly s Vámi? Popište prosím, jak Vaše komunikace a spolupráce probíhala.
13. Zajímáte se vy sám/sama o možnosti, jak Vašeho příbuzného podpořit v sociální interakci? Jak tyto možnosti hledáte?
14. Je v souvislosti s tématem ještě něco, co nezaznělo a co byste chtěl/a dodat?

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2023

9 Seznam použitých zkratk

OOP – osobní ochranné pomůcky

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP – jednotka intenzivní péče

ČR – Česká republika

NIC – Nursing Interventions Clasification (Klasifikaci ošetrovatelských intervencí)

NOC – Nursing Outcomes Clasification (Klasifikace očekávaných výsledků ošetrovatelské péče)