

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

**Normalita a jinakost z perspektivy zdravotnického
personálu v době pandemie Covid-19**

Sabina Mochánová

Plzeň 2022

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

**Normalita a jinakost z perspektivy zdravotnického
personálu v době pandemie Covid-19**

Sabina Mochánová

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Glajchová, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2022

Poděkování

Ráda bych věnovala poděkování Mgr. Aleně Glajchové, Ph.D. za podporu při psaní mé bakalářské práce, její odborné vedení a za mnoho užitečných rad v průběhu jejího zpracování. Dále bych chtěla vyjádřit poděkování všem svým respondentům, za jejich čas, ochotu a cenné informace. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2022

Obsah	
Úvod	1
1 Teoretická část	2
1.1 Sociologie zdraví a nemoci	2
1.1.1 Historie a vývoj sociologie medicíny	2
1.1.2 Vymezení předmětu sociologie medicíny	3
1.1.3 Zdraví	3
1.1.4 Nemoc	4
1.1.5 Zdravotní péče	4
1.2 Zdravotnické profese a dělba práce	5
1.2.1 Role lékaře.....	7
1.2.2 Vztah lékař-pacient	8
1.2.3 Role sestry	8
1.2.4 Spokojenost zdravotnického personálu	10
1.3 Normalita a jinakost v období pandemie Covid-19	12
1.3.1 Co je to norma?.....	12
1.3.2 Norma v otázce zdraví.....	13
1.3.3 Proč normalita v období pandemie?	13
2 Výzkumná část	15
2.1 Etické zásady.....	17
3 Zjištění	17
3.1 Transformace výkonu práce a pracovního prostředí.....	18
3.2 Osobní ochranné pracovní prostředky	19
3.3 Rodina a vztahy v době pandemie Covid-19.....	21
3.4 Emoční a psychický dopad pandemie Covid-19	22
3.5 Metody zvládnání stresu a motivace	23
3.6 Přístup pacientů a společnosti	24
3.7 Vliv pandemie na vnímání svého povolání.....	25
Závěr	26
Použitá literatura	27
Resumé	31
Seznam příloh	32

Úvod

Profese lékaře¹ a zdravotní sestry je velmi náročná a osoby, které se rozhodnou vydat se na tuto karierní dráhu, musí disponovat určitými osobnostními předpoklady pro výkon tohoto povolání. Při výkonu své práce jsou vystaveni řadě nároků, které mají vliv na jejich psychiku. Často jsou osoby, vykonávající tuto profesi, pod vlivem stresu a stres se tak stává v průběhu péče o pacienty jejich denním chlebem. V českém zdravotnictví ubývá zdravotních sester a lékařů z mnoha důvodů. Před dvěma lety zasáhla české zdravotnictví nečekaná rána v podobě pandemie Covid-19. Pandemie přinesla nové nelehké situace, se kterými se zdravotníci museli vyrovnat. Mnohé problémy nastolené touto pandemií mají dopad na přístup zdravotníků k jejich práci. Z tohoto důvodu se ve své bakalářské práci zabývám tématem normality a jinakosti z perspektivy zdravotnického personálu v době pandemie Covid-19. Považuji za žádoucí znát názor skupiny osob, která je jednou z nejvíce dotčených, až přetížených pandemií Covid-19. Ve své bakalářské práci usiluji o zodpovězení výzkumné otázky „Do jaké míry ovlivnila současná pandemie Covid-19 nahlížení zdravotnického personálu na vlastní roli a výkon v rámci každodennosti?“ Cílem mého výzkumu je zjistit, jak personál nahlíží na vlastní roli a zkušenosti během výkonu své práce v kontextu současné pandemie. V empirické rovině výzkumu budu využívat kvalitativních metod polostrukturovaného rozhovoru, jehož cílem je prozkoumání sociálních zkušeností a porozumění podstatě jevů (Mišovič 2019). Uvědomuji si, že zjištění získaná touto metodou není možné generalizovat a že množství dotazovaných respondentů není reprezentativní. Ovšem mým cílem není získání dat, která lze generalizovat, nýbrž, jak jsem již zmiňovala výše, mým cílem je zprostředkovat vhled do zkušeností a názorů lékařů a zdravotních sester v kontextu pandemie Covid-19. Vzhledem k aktuálnosti a novosti problematiky se prožíváním a zkušenostmi zdravotnického personálu v době pandemie Covid-19 nezabývá velké množství výzkumníků.

Má bakalářská práce je rozdělena do tří částí, a to teoretické části, metodologie a výzkumné části. Teoretická část je dále dělena do tří kapitol. V těchto kapitolách se zaměřuji na historický základ spojený s dělbou práce ve zdravotnictví do roku 1989 a od roku 1989 a definování rolí lékaře a zdravotní sestry. V poslední kapitole se zabývám normalitou a jinakostí v kontextu pandemie Covid-19. V neposlední řadě se věnuji metodologii výzkumu. V této části popisuji metodologické postupy použité během svého výzkumu a důvody, proč jsem se tyto kvalitativní postupy rozhodla použít. Současně zde popisuji proces výběru výzkumného vzorku, následné získávání kontaktů a průběh polostrukturovaných rozhovorů. Polemika o etické stránce výzkumu je nedílnou součástí

¹ Ve své bakalářské práci pro označení mužů a žen používám generické maskulinum lékař, z důvodu zjednodušení čtení textu a práce s ním.

metodologie. Výzkumná část se zabývá analýzou dat, které jsem získala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

1 Teoretická část

1.1 Sociologie zdraví a nemoci

1.1.1 Historie a vývoj sociologie medicíny

Z medicínského hlediska se okruhem sociálních problémů ve vztahu ke zdraví zabývala medicínská disciplína, nesoucí název sociální hygiena či sociální lékařství. Tento obor je nejbližší k sociologii. Významným autorem v této medicínské oblasti byl A. Grothjahn (1869-1931). Poukázal na význam sociálních faktorů pro zdraví sociálních, ale také populačních skupin. Zdůvodnil význam sociálního lékařství pro rozvoj péče o zdraví ve 20. století. Dalším významným představitelem lékařského myšlení je R. Virchowa (1821-1902). Zdůrazňuje, že celospolečenské změny podmiňují změny ve zdravotním stavu populace a péči o zdraví. Zároveň upozorňuje na potřebu každého civilizovaného státu zajistit právo na péči o zdraví jeho obyvatelům a možnost demokraticky zasahovat do otázek péče o zdraví (Bártlová 2005).

K významným sociologům, kteří se zajímali o oblast medicíny a zdraví, patří É. Durkheim představitel symbolického interakcionismu. Zpracoval rozsáhlou studii o sebevraždách – *Le Suicide* (1897). Na sebevraždu nahlíží jako na sociální jednání. Max Weber popsal sociální jednání a moderní byrokracii, která je úzce spojená s moderní sociologií organizace a řízení nemocnic, interakcí mezi pracovníky a pacienty, ale také se samotnou prací lékařů a zdravotních sester.

Právě nemocnice, které jsou striktně organizovány, prochází během pandemie covid-19 náročnou zátěží. Nemocnice mohou být považovány za prototyp byrokratické organizace, díky své vnitřní struktuře a rozvrstvení. Na sílící byrokratizaci zdravotnické oblasti nyní upozorňuje E. Křížová, která tento fakt vidí jako hlavní zdroj nespokojenosti lékařů a zdravotních sester (Křížová 2006). Koncepce autorů George H. Meada a Charlese H. Cooleyho se stala základem pro tradiční výzkum lékařské sociologie. Tento výzkum v kontextu společenského hodnocení analyzuje zkušenosti z nemoci prostřednictvím nemocného. Dalším příspěvkem symbolického interakcionismu je poznání o nezdravém způsobu života u dospělých, který se ukázal jako předpoklad k vážnějšímu průběhu nemoci covid-19.

K formulování společenské definice zdraví a nemoci přispěl symbolický interakcionismus prací autorů F. Znanieckého a W. I. Thomase. Oblast medicíny, tak obohatili o myšlenku, že sociálně a kulturně definované situace mají značný vliv na chování jednotlivce. Současně se v těchto situacích uskutečňuje spojení individuálních a společenských hodnot (Bártlová 2005). Všechny tyto práce jsou základem poznání sociologie medicíny. Disciplína sociologie medicíny vznikla po II. světové válce v USA, jako reakce na zvýšený zájem sociologů o medicínu, a to ve vztahu k institucionalizaci a

byrokratizaci zdravotnictví, ale také ke zkoumání lidského chování během nemoci a jejího léčení. Zakladateli jsou Talcott Parsons, Anselm Strauss, Robert Merton, Howard Becker a Eliot Freidson. Do Evropy se sociologie medicíny dostala ve druhé polovině padesátých let. V Československu se rozvinula na začátku 60. let (Bártlová 2005).

Ke značnému rozvoji sociologie medicíny došlo díky Světové zdravotnické organizaci (SZO). Ta přijala definici zdraví v následující formulaci: „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (Holčík J, Žáček A, 1991). V této době se zájem sociologie medicíny soustřeďuje na analýzu kulturních, sociálních, psychologických a sociálních vlivů na zdraví. Zaměřuje se na otázky zdravotnické politiky a na strategie medicínské praxe. Do středu pozornosti se dostal zdravý způsob života a edukace veřejnosti v péči o své zdraví. Avšak až po listopadové revoluci 1989 je možný trvalý vývoj sociologie medicíny v souvislosti s celospolečenskými změnami (Bártlová 2005).

1.1.2 Vymezení předmětu sociologie medicíny

Sociologie medicíny je vědeckou disciplínou, která využívá sociologických metod a teorií pro analýzu fenoménů týkajících se zdraví, nemoci a dále také pro analýzu vztahů zdravotnické zařízení a zdravotnické povolání v interakci s pacientem. Pojednává o vzniku a průběhu nemoci, působení sociálních vlivů na zdraví a medicínských výkonech. Záběr sociologie medicíny zasahuje nejen na úroveň jedince, ale také na úroveň celé společnosti. Zabývá se otázkami časného rozpoznání nemocí, vyváženosti lékařské péče, účinnosti prevence, požadavky a potřebami pacientů. (Bártlová 2005)

V roce 1957 se pokusil systematicky rozdělit lékařskou sociologii R. Straus, který ji rozdělil na dva okruhy, a to na sociology of medicine a sociology in medicine. První okruh nahlíží na medicínu jako na společenskou instituci. Zabývá se tedy zdravotnictvím jako společenskou institucí. Zkoumá jeho vztah ke společenské struktuře. Na své otázky se snaží odpovědět prostřednictvím sociologických metod. Druhý okruh se zabývá sociálními podmínkami vzniku nemocí. Sociologie v tomto okruhu zastává roli pomocné vědy určené k zodpovězení medicínských otázek. (Bártlová 2005)

1.1.3 Zdraví

Jedna z mnoha oblastí, kterým se sociologie medicíny věnuje, se týká vymezení pojmu zdraví a jeho subjektivního hodnocení. Názory na vymezení předmětu zdraví se různí. Talcott Parsons na zdraví pohlíží jako na optimální stav, ve kterém je individuum, prostřednictvím svých kapacit schopno účinně vykonávat své role a povinnosti (Parsons 1972). Velmi rozšířenou definicí, která chápe zdraví jako určitý potenciál člověka, který mu pomáhá vyrovnávat se s nároky působícími z vnitřního i zevního prostředí, tak aby nedošlo k narušení životních funkcí (Bureš 1960). Podle toho, jak se organismus dokáže přizpůsobit různě náročným prostředím, rozeznáváme stupně zdraví. V současné době se pozornost při výkladu zdraví upíná na aktivní úlohu individua ve vztahu lidského organismu a prostředí. Důraz je kladen právě na individuální identitu, která je základem

pro určité typy chování a schopnosti, kterými člověk kontroluje sebe samého. Stává se tak zdrojem odpovědi na podnět (Bártlová 2002).

Dalším důležitým pojmem v oblasti sociologie medicíny je nemoc. Na zdraví a nemoc lze nahlížet z několika odlišných úhlů (Siegrist 1988). Oblast jedince se soustřeďuje na to, zda se jedinec cítí být zdravý či nemocen. Podle oblasti medicíny je zdraví a nemoc buď splnění nebo odchýlení se od objektivních organických funkcí. Poslední oblast společnosti se zaměřuje na speciální systémy pojištění, zdraví a nemoci. Tato třetí oblast na tuto problematiku nahlíží z hlediska snížení výkonnosti a poskytování pomoci (Bártlová 2002).

1.1.4 Nemoc

Další z hlavních oblastí je konceptualizace nemoci a její pojmání jako sociálního stavu. Tento sociální stav předpokládá biologickou poruchu. Přední představitelka ošetrovatelství I. M. Kingová přichází s konceptuálním rámcem ošetrovatelské péče, do kterého se snaží zapojit všechny aspekty života člověka. Důležitým se jí jeví funkce a vztahy. Díky tomuto rámci se vytváří megasystém ošetrovatelství (Bártlová 2002).

Tento megasystém se skládá ze tří dynamických struktur. První strukturou je tzv. osobnostní systém, který vidí pacienta jako celistvý osobnostní systém. Druhým systémem je interpersonální systém, který je tvořen skupinou jednotlivců, kteří jsou součástí ošetrovatelského procesu. Třetím je systém sociální. Hlavní myšlenou tohoto systému je společenské zázemí, kde se odehrává ošetrovatelský proces. Autorka ve svých pracích apeluje na sociální funkce lidského života v nemoci a také zdůrazňuje spojitost s Parsonsovou systémovou teorií. Ten nahlíží na nemoc jako na neschopnost člověka plnit úkoly a role, které jsou od něj očekávané (Bártlová 2002). Nemoc je tedy dle něj odchylka od běžné sociální role, po které ovšem nepřichází negativní sankce.

Nový pohled na původ a léčbu nemocí přineslo moderní lékařství. Zaměřuje se na fyzické příčiny a za použití vědeckých pojmů se je snaží objasnit. Základním rysem v rozvoji moderních zdravotnických systémů se stala věda uplatňovaná v diagnostice a léčení chorob. Léčitel samouk už nebyl relevantní. Vědecké pojetí nemoci začalo vyžadovat systematické a dlouhodobé přípravy adeptů medicíny (Giddens 1999).

1.1.5 Zdravotní péče

Podle zákonů České republiky je zdravotní péče poskytována osobami s patřičným vzděláním vycházejícím ze zákonů. Probíhá ve státních, nestátních a sociálních zařízeních nebo také v domácnostech (Plevová 2018). Druhy zdravotní péče, které zákon rozlišuje, se nachází v ustanovení § 5 zákona č.372/2011 Sb. zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Druhy zdravotní péče zákon dělí podle časové naléhavosti poskytnutí, a to na neodkladnou péči, akutní péči, nezbytnou péči a plánovanou péči. Dále je zdravotní péče dělena podle účelu poskytnutí, a to na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou,

posudkovou péči, léčebně rehabilitační péči, ošetrovatelskou péči, paliativní, lékařskou a klinickofarmaceutickou péči. V určité podobě ovlivnila pandemie Covid-19 všechny tyto jednotlivé druhy zdravotní péče, které se musely přizpůsobit těmto novým podmínkám (Zákon č.372/2011 Sb.).

Zákon definuje formy zdravotní péče jako ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péči, která je poskytována ve vlastním sociálním prostředí daného pacienta. V ustanovení § 11 výše uvedeného zákona, jsou definovány obecné podmínky pro poskytování zdravotnických služeb. Podle tohoto paragrafu může poskytovat zdravotní služby pouze poskytovatel, který má oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zdravotní služby je možné poskytovat pouze prostřednictvím osob, které jsou způsobilé k výkonu zdravotnických povolání či k výkonu činností, které souvisejí s poskytováním zdravotnických služeb. Zdravotnické služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnickém zařízení, které má oprávnění k poskytování těchto služeb. Toto zdravotnické zařízení musí být pro účely poskytování zdravotnických služeb řádně vybaveno a musí disponovat odpovídajícími dopravními prostředky. Zároveň činnost poskytování zdravotnických služeb musí být oznámena na krajském úřadu příslušnému podle místa poskytování těchto služeb (Zákon č.372/2011 Sb.).

Pandemie zapříčinila změnu fungování zdravotnických institucí, nemocnice nevyjímaje. Pro ochranu všech osob, které se podílejí na léčbě vysoce infekčních pacientů, ale i ostatních pacientů, řada nemocnic přistoupila k různým opatřením a omezením. Jedním ze zavedených opatření byly zákazy návštěv, transformace lůžkových oddělení či masivní snaha informovat veřejnost v případech, že se dostala do kontaktu s nakaženým (Černý 2020).

1.2 Zdravotnické profese a dělba práce

V oboru ošetrovatelství lze historicky vysledovat tři hlavní vývojové směry v oblasti péče o nemocné a to, neprofesionální ošetrovatelství (péče o sebe, o rodinu, laická pomoc), charitativní ošetrovatelství (pomoc trpícímu člověku vycházející z víry v Boha a humanitních tradic) a profesionální ošetrovatelství (související s rozvojem medicíny) (Plevová 2018).

V hluboké historii byli lidé přesvědčeni, že jejich osud a zdraví mají v rukou nadpřirozené síly. V případě ohrožení zdraví, tak byly praktikovány různé magické rituály, a náboženské obřady. Léčení se pak postupně přesunulo do chrámů. Domácí léčba byla zajišťována obvykle matkami nebo členy domácnosti. Koncem 11. století se rozvíjí laická péče o nemocné a vznikají ošetrovatelská společenstva. Po vzniku špitálů se z ošetrovatelství stává profesní směr (Plevová 2018).

V českých zemích lze za počátek ošetrovatelství považovat vznik prvních hospiců za vlády knížete Boleslava v 10. století, v nichž charitativní pomoc poskytovaly civilní sestry. Také některé náboženské kongregace a řády zakládaly vedle svých klášterů i

špitály. Některé z nich sloužily jako útulky, jiné pak výhradně nemocným. Za zakladatelku českého ošetřovatelství je považována Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava II (Plevová 2018).

S rozvojem medicíny dochází nezbytně i k rozvoji ošetřovatelství. Od pol. 18. stol. byly při lékařských fakultách zakládány první všeobecné nemocnice, ve kterých péči o nemocné a úklid zajišťovali opatrovníci, kteří nedisponovali zdravotnickým vzděláním a byli na nejnižší pozici v hierarchii zdravotníků. Ve 2. pol. 19. stol. dochází k založení prvních ošetřovatelských škol (Plevová 2018).

Na počátku 20. století se v ošetřovatelství rozvíjí orientace na samostatnou práci sester v primární péči v terénu, která po roce 1948 zaniká a až v 70. letech je znovu obnovena. V meziválečném období vznikají základy českého ošetřovatelství a s ním souvisejícího školství. V době fašistické okupace v letech 1939–1945 byl velký nedostatek pracovních sil v ošetřovatelství. Proto došlo např. k otevření civilní české ošetřovatelské školy v Brně a poté v dalších městech. V roce 1940 byla poprvé ustanovena funkce „vedoucí sestry ošetřovatelské služby v nemocnici“. V roce 1942 zasáhlo proti zdravotníkům gestapo a výrazně eliminovalo jejich počty (Plevová 2018).

Po roce 1945 se, i v souvislosti s odsunem německých ošetřovatelek a lékařů, s uzavřením vysokých škol a nedostatkem škol pro ošetřovatelky, znovu výrazně projevila potřeba kvalifikovaného zdravotnického personálu. Nemocnice proto organizovaly odborné rychlokurzy. Vznikaly také státní ošetřovatelské školy. Po komunistickém převratu v únoru 1948 došlo ke sloučení všech ošetřovatelských škol do středních zdravotnických škol. Až v roce 1973 je pak založena Československá společnost sester, která vydává vlastní odborný časopis. Období socialismu omezilo vývoj základního kvalifikačního vzdělávání českých sester, práce se zaměřovala na technickou stránku profese. Byly vytvořeny základy pomaturitního specializačního a univerzitního vzdělání sester a současně i teoretické základy českého ošetřovatelství. Mezi významné osobnosti českého ošetřovatelství patřily mimo jiné i Karolína Světlá, Eliška Krásnohorská a PhDr. Alice Masaryková (Plevová 2018).

Vzdělání sester probíhalo z počátku předáváním zkušeností z generace na generaci v charitativních institucích a středověkých hospitálech. Náplň práce v hospitálech zprvu nevyžadovala odborné znalosti. Až ve druhé polovině 19. století, kdy se do nich přesunulo těžiště výkonu lékařské činnosti a vědění, vznikla potřeba odborného spolupracovníka lékaře a tím se stala právě profese sestry. Již koncem 18. století lze zaznamenat první přednášky pro ošetřovatelky. V Londýně byla v roce 1860 otevřena první ošetřovatelská škola na světě. V českých zemích byla tato škola založena v roce 1874. V roce 1914 bylo nařízením rakouského ministerstva vnitra legalizováno zakládání ošetřovatelských škol. Nová česká zemská státní dvouletá ošetřovatelská škola při VFN v Praze byla otevřena v roce 1916 (Plevová 2018).

V roce 1946 pak v Praze vzniká Vyšší ošetrovatelská škola. Po socialistické revoluci v roce 1948 je přejat východní vzdělávací systém a vznikají střední zdravotnické školy. V roce 1960 je umožněno vysokoškolské magisterské studium sester a v roce 2003 pak vzniká Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Politické změny probíhající v roce 1989 ovlivnily i změny v chápání sociální a zdravotní péče. Po roce 1990 se cílem transformace vzdělávání v ošetrovatelství stává zvýšení úrovně ošetrovatelské péče a zajištění kompatibility vzdělávání sester v souladu s kritérii Evropské unie. Kvalifikační příprava všeobecných sester je od roku 2004/2005 realizována na vyšších odborných zdravotnických školách a na vysokých školách či univerzitách v souladu s příslušnými sektorovými a oborovými směrnicemi EU v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Plevová 2018).

1.2.1 Role lékaře

První zmínky o lékařské profesi lze najít již ve středověku. Role lékaře v takové podobě, v jaké jí známe v současné době, se zformovala až v poslední třetině 19. století. Díky modernímu technickému vybavení v budovách nemocnic se začala zvyšovat šance na uzdravení pacienta. V nemocnicích, které původně sloužily jako azyl pro chudé, začala být poskytována odborná kvalitní a kvalifikovaná lékařská pomoc (Bártlová 2002). V odborné literatuře se můžeme dočíst, že k posílení šance na uzdravení pacienta přispěly zlepšené podmínky hygieny, výživy, vybudování kanalizací a vodovodů. Všechny tyto změny přispěly k celkovému poklesu úmrtnosti (Giddens 1999).

Předmětem činnosti současného lékaře je člověk. Parsons vymezil hlavní znaky role lékaře, a to funkční specifitu, emocionální neutralitu, univerzalismus a kolektivní orientaci (Parsons 1951). Funkční specifita je hlavním znakem lékařské role, která vyjadřuje nutnost formální i faktické odborné kompetence, důležité pro výkon tohoto povolání. Kompetence je vymezována horizontálně pomocí druhu oddělení, na kterém lékař působí a vertikálně pomocí postavení ve struktuře organizace. Například primář má jiné rozhodovací právo na rozdíl od vedoucího oddělení.

Vztahy nadřazenosti, podřazenosti a hluboká specializace jsou nezbytnou součástí role lékaře. Na lékaře je tak kladen nárok na ochotu komunikace se všemi zdravotnickými pracovníky, kteří se podílejí na diagnostice a terapii pacienta. Praktický lékař disponuje širokou odbornou kompetencí v oblasti druhu onemocnění. Jeho kompetence je omezena závažností onemocnění. Pokud závažnost onemocnění znalosti či možnosti praktického lékaře překračuje, je povinen spolupracovat s dalšími odbornými lékaři či nemocnicí. Funkční specifitou lze tedy označit odborné kompetence lékaře (Bártlová 2002).

Emocionální neutralitu lze definovat jako omezení emocionality. Vztahuje se na emoce, které by mohly narušit roli lékaře a mít tak negativní dopad na pacienta. Ačkoliv je emocionální angažovanost pro člověka přirozená, lékař musí umět jednat bez citové

angažovanosti. Na druhou stranu musí umět jednat tak citlivě, aby se pacient necítil jako objekt (Parsons 1991). Univerzalismus jako jeden z hlavních znaků lékaře, je to možná vztahová oblast lékaře a zahrnuje všechny členy společnosti. Tato oblast se zužuje vlivem specializace lékaře a z tohoto důvodu se přenáší na instituce, jako je například nemocnice.

Posledním znakem role lékaře je kolektivní orientace. Lékař by měl jednat vždy v zájmu pacienta a neměl by ho využívat pro svůj prospěch. Lékař musí jednat tak, aby zajistil optimální péči, blaho, terapie a ošetřování pacienta. Zároveň je povinen pomlčet o všem co se během výkonu povolání dozvěděl o pacientovi, aby nedošlo k narušení lidské důstojnosti pacienta (Bártlová 2002).

1.2.2 Vztah lékař-pacient

Tímto vztahem se oblast výzkumu zabývá již od 50. let 20. století. Talcott Parsons využil vztahu lékař – pacient k ilustraci své představy o sociálním systému. Nahlíží na vztah jako na reciproční. Lékaři mají povinnost uzdravit pacienta za pomoci svých znalostí a dovedností. Zároveň musí být altruističtí a musí se vzdát svých soukromých zájmů, musí být nezaujatí a v neposlední řadě se musí řídit profesionálním etickým kodexem. Pokud budou svědomitě plnit tyto závazky, tak jim společnost garantuje práva, a to: právo na autonomii během jejich profesionální praxe, právo na fyzické i emocionální vyšetření pacienta a právo být v postavení autority ve vztahu k pacientovi (Parsons 1991).

Tento vztah je nerovnocenný z toho důvodu, že je lékařům udělen status, moc a prestiž. Pacientům ale tyto vlastnosti nenáleží. Parsons tuto nerovnováhu nevidí jako problematickou. Každý člověk je oprávněn vstoupit do role nemocného a má právo na poskytnutí nutné pomoci spojené s léčbou a oporou. Bez ohledu na pohlaví, rasu, věk a společenskou třídu (Parsons 1991). Ovšem tato myšlenka nerovnocenného vztahu, který má pozitivní důsledky se nyní jeví jako sporná. Pacient může disponovat většími znalostmi o jeho zdraví než zdravotník. Pacienti si často shromažďují odborné informace o svém těle. Pomocí svých získaných zkušeností v oblasti zdraví a nemoci (Nettleton 2000).

Na utváření rozsáhlé sociální sítě zdravotnictví participuje řada zdravotnických profesí a jiných odborných pracovníků. Například zdravotní sestry, pro jejichž roli platí stejné znaky chování jako pro lékaře, a to emocionální neutralita, funkční specifita, kolektivní orientace a univerzalismus.

1.2.3 Role sestry

Ve vědním oboru sociologie je na sociální roli nahlíženo, jako na soubor vyžadovaného a očekávaného chování, které je spojeno s určitým postavením člověka ve společnosti (Bártlová 2002). Role zdravotní sestry, a s ní související očekávání, prošla v relativně krátkém období mnoha změnami. Zprvu osoba nesoucí tuto roli vykonávala charitativní činnost provozovanou církevními řády. V druhé polovině 19. století se postupně začíná vyvíjet a více prohlubovat medicínské poznání. Tento vývoj umožňuje

položení prvních základů pro novodobou profesi sestry. Lékař potřeboval k vykonávání své činnosti schopného komunikativního pomocníka (Bártlová 2002).

Vývoj role sestry byl ovlivněn mnoha faktory. Je důležité zmínit, že dřív byly nemocnice určeny pouze pro chudou část obyvatelstva. Až druhá světová válka zapříčinila to, že se nemocnice staly místem nejkvalitovanější lékařské pomoci. Další velká zátěž, která na dlouho ovlivnila vývoj této role, byl kompromis dvou časově po sobě jdoucích subkultur, a to nábožensko-charitativní a medicínsko-racionální. Vliv těchto subkultur zapříčinil, že novodobé nemocnice vznikaly personálně i místně z původních špitálů, tudíž na ně byla převáděna charitativní (Bártlová 2002).

Velkou roli v rozvoji ošetřovatelství hrála ošetřovatelka Florence Nightingalová, která jako první založila ošetřovatelskou školu v roce 1860, aby se tak zvýšila úroveň ošetřovatelského personálu. V její koncepci ošetřovatelství se spojují ony dva trendy zmíněné výše, a to charitativní a medicínský, jenž se postupně prolínají do výchovně vzdělávacího procesu. Na ošetřovatelství nahlížela jako na autonomní povolání spojené s podřízeným lékařským povoláním. Dále prosazovala nutnost aktivního přístupu pacientů a společnosti k nemocným a jejich prostředí (Bártlová 2002).

Medicína samotná také podpořila rozvoj role sestry a to tím, že se její pozornost začala upínat k jednotlivým orgánům a k popisu nemocí jako izolovanému jevu. Ošetřovatelství se soustředilo spíše na realizaci jednotlivých úkolů než na péči o pacienta jakožto bio-psycho-sociální bytost. Rozvoj medicínských věd, technické prostředky v nemocnicích a postupné zvyšování specializace tento fakt jen umocnilo (Bártlová 2002).

Ke změně došlo ve 20. století. V. Hendersonová se zaměřovala na základní funkci sestry, a tou byla pomoc zdravému či nemocnému člověku a také vykonávání činností spojených se zdravím, jeho ochranou, a to v situaci, kdy nemá potřebnou sílu, znalosti, vůli či kdy toho není sám schopen. Profesní činnost sester se tak soustředí na zdraví jako na celek (Plevová 2018). Pozornost je kladena na zdraví, primární péči, udržování zdraví, prevenci nemocí. Pro objasnění tohoto zaměření v činnosti sester byl uskutečněn rozsáhlý výzkum lidských potřeb z pohledu ošetřovatelské péče, který proběhl v jedenácti evropských zemích v letech 1978–1985 (Bártlová 2002).

Tento vývoj role sestry je ve 21. století stále více rozvíjen. Také WHO definovalo charakteristiku role sestry. Dle WHO je sestra osoba, která řádně dokončila předepsaná studia ošetřovatelství a má tak požadovanou kvalifikaci k výkonu ošetřovatelské praxe, dále sestry pomáhají nejen pacientům, ale i jejich rodinám či skupinám k dosažení jejich sociálních, mentálních a fyzických ambic a zároveň je jejich úkolem podněcovat pacienty k samostatnému rozhodování a k sebedůvěře, v neposlední řadě jsou zdravotní sestry jako členky zdravotnického týmu kompetentní pracovat autonomně (MZ ČR 2000).

O roli sestry se také zajímalo v 50. letech 20. století mnoho sociologů. I ti se snažili definovat a charakterizovat znaky této profese. Sociology získané poznatky se stávají součástí vzdělání sester. Tyto poznatky pomáhají zdravotním sestřám pochopit různé hodnoty a postoje pacientů, jejich rodin a skupin, se kterými přichází do kontaktu během výkonu své práce (Bártlová 2002).

V minulém roce 2021 vznikla v České republice studie, která se zaměřila na zkoumání prožívání a zkušenosti zdravotních sester, získaných prostřednictvím péče o pacienty nakažené Covid-19. Cílem této studie bylo prohloubit porozumění zkušenostem a psychickým prožitkům zdravotních sester, které pečovaly o pacienty pozitivní na Covid-19. Bylo zjištěno, že pro zdravotní sestry je péče o pacienty nakažené Covid-19 emočně i psychicky více náročná než péče o neinfikované pacienty. Tuto zátěž prohlubovaly ochranné pomůcky, častá obměna pracovního kolektivu, směnnost práce a nutnost pracovat ve speciálním režimu vzhledem k probíhající pandemii Covid-19. Zároveň studie prokázala, že zkušenosti nasbírané během péče o nakažené pacienty měly dopad na osobní život respondentek (Mašek 2021).

1.2.4 Spokojenost zdravotnického personálu

Fenomén pracovní spokojenosti se v odborné literatuře objevuje již od 30. let 20. století. Existuje celá řada studií, které se zabývají pracovní spokojeností zdravotnického personálu. Například Karolína Ondrová vypracovala v roce 2016 studii týkající se pracovní spokojenosti sester (Ondrová 2016). Dále se touto problematikou zabývala Silvie Haroková ve své práci z roku 2014 (Haroková 2014). Pracovní spokojenost se odvíjí od nastavení systému, který je specifický pro daný kontext. Z tohoto důvodu v této části práce uvádím studie z českého prostředí.

Podle Harokové pracovní spokojenost vyplývá z hodnocení práce a pracovních zkušeností. Stává se tak pozitivním emocionálním stavem. Zahrnuje vše, co s prací souvisí. Na pracovní spokojenost nahlíží jako na určitou emoční odpověď na pracovní situaci jedince (Haroková 2012). Jiný pohled na pracovní spokojenost definuje pracovní spokojenost pomocí tří faktorů, a to intra-personální, inter-personální a extra-personální faktor (Hayes 2010).

K intra-personálním faktorům, které pozitivně ovlivňují pracovní spokojenost, se řadí zájem, strategie zvládání a věk (Hayes 2010). Tomuto nasvědčují i zjištění studie nesoucí název Job satisfaction among intensive care nurses from the Peoples Republic of China, ve které se prokázalo, že vyšší míra pracovní spokojenosti je značná u profesně starších sester (Li 2008). Dále Haroková zjistila, že existuje určitá kladná souvislost mezi celkovou délkou klinické praxe, věkem a pracovní spokojeností (Haroková 2012). Pracovní spokojenost souvisí se stresem, který zdravotničtí pracovníci musí během výkonu své práce zvládat. Podle Li se sestry, které mají nízkou pracovní spokojenost, hůře vyrovnávají s pracovním stresem. Naopak sestry, které mají vysokou míru pracovní spokojenosti, se dokáží se stresem na pracovišti lépe vyrovnat (Li 2008). Se stresem musí

bojovat všechny zdravotnické profese během výkonu své práce, a to i během pandemie covid-19. Vysoká míra stresu a pracovní nespokojenost způsobují různé emoční prožívání. Jedním z těchto prožitků může být syndrom vyhoření. Autorka Lai zmiňuje, že syndrom vyhoření je zapříčiněn stigmatizací, která může měnit emoční prožívání pracovníků. Rodinné zázemí a okolí jedince mohou být v boji proti syndromu vyhoření hlavní oporou (Lai 2020).

Do inter-personálních faktorů pracovní spokojenosti se řadí například pracovní interakce uskutečňovaná v péči o pacienty a autonomie. V interakci mezi spolupracovníky je důležitá důvěra, sdílení znalostí a dovedností a hodnoty, které napomáhají k péči o pacienta (Hayes 2010). Dobré vztahy s kolegy na pracovišti jsou velmi důležitým faktorem, který ovlivňuje pracovní spokojenost (Hayes 2010). Mezi problémy, které mohou ovlivňovat tyto pracovní vztahy, patří nervozita, která se vlivem pandemie covid-19 a obtíží s nimi spojenými může stupňovat. Bártlová řadí právě nervozitu jako nejčastější problém, který může ovlivnit pracovní vztahy s kolegy (Bártlová 2009).

Extra-personální faktory zahrnují jednak počty zaměstnanců, ale i podporu vzdělání, postupný karierní růst, možnost rozpisu služeb a dostatek volna na odpočinek (Hayes 2010). Tento faktor se soustředí na prostředí spojené s pracovní spokojeností. Podle Li má negativní dopad na pracovní spokojenost přetíženost a přesuny mezi různými ošetrovatelskými jednotkami (Li 2008). Právě k těmto častým přesunům docházelo v reakci na pandemii covid-19, kdy se lékaři ze specifikovaných pracovišť přesouvají na covidová oddělení z důvodu velkého zatížení nemocnic nakaženými pacienty.

Ovšem vztah pracovní a životní spokojenosti není v literatuře jednoznačně definován. Vědecké teorie se neshodují. Některé vědecké teorie poukazují na pozitivní vztah mezi těmito dvěma oblastmi, ale některé naopak předpokládají negativní vztah. V literatuře můžeme najít i hypotézu, která říká, že pracovní a životní spokojenost jsou na sobě naprosto nezávislé (Mlčák 2005). Životní spokojenost je jedním z konstruktů pozitivní psychologie. Vyjadřuje aspekty kvality života jedince. Je na ní nahlíženo jako na komplex komponentů. Například spokojenost s vlastní osobou, se zdravím, s partnerstvím, přáteli, sexualitou, bydlením, s vlastními dětmi a volným časem (Mlčák 2005).

Pracovní spokojenost je také spjata s motivací. V současné době je na motivaci nahlíženo jako na velmi důležitý faktor, který vede k úspěchu (Vévoda 2013). Autorka Tureckiová vymezuje pracovní motivaci. Pracovní motivace je přístup jednotlivce ke své práci. Zahrnuje ochotu pracovat a vychází z vnitřních motivů jednotlivce (Tureckiová 2004).

1.3 Normalita a jinakost v období pandemie Covid-19

Pandemie Covid-19 přinesla mnoho změn a odchýlila nás tak od toho co, bylo normální před touto pandemií. Ale co je normální? Husserl se na tuto otázku pokouší odpovědět. Podle tohoto autora je „normální“ vše, co je podle daného společenství běžné, obvyklé, žádoucí a očekávané. Ovšem v podobách, které se odvíjí od zvyků a nevyžadují hlubší zamyšlení. To, co je pro danou společnost závazné, určuje kolektivní myšlení konkrétní společnosti. To zahrnuje normy chování, počínání lidí i průběh událostí. Autor upozorňuje, že tohle vše, tedy pojetí toho, co je „normální“, se mění během chodu dějin. Ono „normální“ je tedy v rámci jazykového úzu něco přirozeného, zdravého, nevzbuzuje to v jedinci odpor a je přijímané s vnitřním souhlasem (Mokrejš 2002).

Naopak nenormální (anomální) je neobvyklé, nesamozřejmé, nevšední, mimořádné, vyvolávající odpor. Proces vytváření hranic mezi normálním a nenormálním je dynamický. Uskutečňuje se přímo pomocí vytyčování této hranice. Tento proces vyjevování hranice mezi normálním a nenormálním představuje důležitou úlohu v oblasti duchovního života člověka. Jedinec by si měl opakovaně osvětlovat jeho důvodnost. Na druhou stranu je s tímto procesem spojeno rozeznávání pokušení a hrozeb, které s sebou většinou nese. Tento proces je pro společnost zdravý a nepostradatelný. Nelze ho vyloučit. Rozvíjí tak spolupráci v daném společenství. Příslušnost k většině autor nevnímá jako ostudu, ale zároveň upozorňuje na to, že to nese s sebou samozřejmé výsady ani právo na uplatňování vlastních hledisek či nároků.

V psychopatologii je norma pojímána několika způsoby. Statické pojmání normality považuje za normální to, co je průměrné. Všechny jevy, které se vychylují z průměru, jsou považovány za nenormální (Svoboda 2012). Normativní pojetí normality souvisí s odchýlením se od dříve dohodnuté normy. V oblasti psychopatologie existují i další hlediska chápání normality. Například je normalita chápána jako optimální stav (Svoboda 2012). Tento proces je patrný i během pandemie Covid-19, kde se společnost dělila na dvě skupiny podle toho, zda podporují či nepodporují očkování proti nákaze (Mokrejš 2002).

Příkladem může být právě pandemie Covid-19. Pokud je během vlny této nákazy většina lidí nemocná, neznamená to, že toto koronavirové onemocnění je normální jen proto, že je statisticky čtenější. Funkční pojetí normality staví na předpokladu, že určitý systém správně vykonává svou funkci. Například pokud lékař diagnostikuje dlouhodobou nepravidelnou tepovou frekvenci pacienta, označí činnost daného orgánu za nenormální (Svoboda 2012).

1.3.1 Co je to norma?

Základem normy jako optimálního stavu jsou vlastnosti, které jsou připisovány ideálu konkrétní osoby. Neopírá se tedy o představu průměrného jedince. Naopak vytváří model dokonalosti, ideálu nebo optimálního stavu. Jedná se o jedince, který absolutně správně reaguje a přizpůsobuje se aktuálním situacím. Jeho strategie jsou vždy optimální

a neupadá tak do pochybností, úzkostí a vnitřních konfliktů. Ovšem podle tohoto chápání normy jako optimálního stavu by nebyl žádný člověk zcela normální (Svoboda 2012). Syřišťová vymezuje několik kritérií normality. Jedním z těchto kritérií normality je pocit identity, který jedinec získá díky zkušenostem v průběhu vývoje osobnosti. Dále uvádí další znak, a to směřování jedince k seberealizaci (Syřišťová 1972).

Někteří autoři také hovoří o nezávislosti jedince a autonomii. Nezávislý jedinec si je vědom vlastní hodnoty, je vybaven schopností sebekontroly, samostatného rozhodování a respektuje sám sebe. Jedním z nejdůležitějších kritérií normální psychické činnosti je kontinuita osobnosti. Dalším kritériem normální psychické činnosti je správné a realistické vnímání společnosti. V jiném pojetí normality hraje významnou roli schopnost přežití. Zdraví a nemoc jsou tak určité stavy organismu a dochází k jejich plynulým přechodům (Syřišťová 1972). Velmi časté měřítko normality je sociální adaptace, kterou je možno měřit stupněm podílu individuálních potřeb a norem chování, které jsou požadovány normami určité společnosti. Všechna tato kritéria, která napomáhají při diagnostice abnormálního chování, nastiňují představu o tzv. ideálním stavu, který je naší společností chápán jako normální.

1.3.2 Norma v otázce zdraví

Často je normalita chápána jako nepřítomnosti nemoci čili jako protiklad zdraví. Normalita je takto vymezená pomocí negace, která je populární v lékařství (Svoboda 2012). Zdraví a norma ne vždy musí splývat. V některých případech se termín norma používá v souvislosti se stavy, které jsou skutečně nebo potenciálně chorobné. Příkladem může být porucha paměti nebo zpomalené reflexy u starých lidí. Pokud tyto poruchy nepřekročí jistou hranici, jsou považovány za normální (Svoboda 2012).

Je patrné, že normalita úzce zasahuje do oblasti medicíny. Norma je tedy optimální stav, který je určován vlastnostmi, které jsou charakteristické pro ideál určité doby, a to i v prostředí zdravotní péče. Pandemie Covid-19 měla zásadní vliv na ideály současnosti. To, co bylo dříve normální, se díky vlivem pandemie mohlo proměnit. Zdravotnictví je jednou z oblastí, která byla zasažena touto pandemií, a to co bylo dříve normální, se muselo přizpůsobit novým podmínkám, které přinesla pandemie. Například nastaly změny v procesu zdravotní péče – přizpůsobení dříve neinfekčních oddělení na oddělení pro pacienty s vysoce infekčním onemocněním (Lesková 2020).

1.3.3 Proč normalita v období pandemie?

První zmínky o pandemii Covid-19 přichází v prosinci roku 2019. První ohnisko nákazy, které je způsobeno novým typem koronaviru, je hlášeno v čínském Wu-chanu. Následně se tato nákaza začala šířit do dalších regionů v Číně, ale i po celém světě (Marek 2020). Nárůst počtu onemocnění rapidně rostl i v České republice. V březnu 2020 se v Česku objevily první případy této nákazy. Vláda na to reagovala vyhlášením nouzového stavu, což obnášelo různá opatření, která se dotkla všech sfér lidského života. Například došlo k uzavření hranic, omezení volného pohybu a povinnému nošení roušek. Jedním

z nástrojů, jak zamezit šíření této pandemie je zavedení klíčového systému sloužící pro trasování nakažených, který se ovšem v září 2020 hroučí. Jedním z dalších nástrojů je protiepidemický systém (PES), který je zaveden po listopadu 2020, kdy v souvislosti s koronavirem umírá rekordní počet lidí. Vláda odmítá zpříšňovat opatření i přes zhoršující se situaci (Marek 2020). Kvůli nedostatku a masivní poptávce respirátorů i roušek si Češi začínají šít roušky z vlastních materiálů. Zásobují jimi i nemocnice, kterých se také dotkl nedostatek ochranných pomůcek (Nič Husárová 2020).

V prosinci 2020 bylo zahájeno očkování proti tomuto onemocnění, které se postupem času zpřístupnilo pro všechny. V březnu 2021 se epidemická situace v České republice výrazně nelepší, až v následujícím měsíci dochází k lehkému zlepšení situace a vláda přistupuje k rozvolněním. Tyto stoupavé a kolísavé tendence počtu nakažených se výrazně proměňují až do prosince 2021. Začátkem tohoto měsíce jsou nemocnice silně vytiženy. Pomoc zdravotníkům přichází ze strany hasičů a armády. Zároveň musejí zdravotníci bojovat s agresí ze strany odpůrců očkování a protiepidemických opatření (Marek 2020).

Zhruba v polovině prosince 2021 klesá počet nově nakažených, ale od nového roku je zdravotnický personál nucen bojovat s novou masivně šířící se variantou omikron. Tato varianta je nakažlivější, ale není tak nebezpečná (Marek 2020). Od potvrzení první nákazy v České republice uplynuly dva roky. Nakazilo se zhruba přes 3,80 milionů lidí a zemřelo 39 800 lidí (MZČR 2022). Na přelomu roku 2021 a 2022 v Česku převládala varianta omikron. Dokončené očkování má cca 7 milionů lidí (COVID očkování 2022).

Jako odpověď na pandemii Covid-19 muselo mnoho zemí refinancovat své dosavadní rozpočty, aktivovat pohotovostní rezervy a přijmout dodatečné finanční rezervy. Náklady spojené se zdravotní péčí se během pandemie Covid-19 zvýšily (Rahim 2020). Zdravotnictví v České republice pandemie zasáhla v době relativního dostatku. Příjmy zdravotních pojišťoven se mezi lety 2004 a 2019 zvýšily. Tento nárůst byl způsoben růstem mezd a nízkou nezaměstnaností. Podle zakladatele Institutu zdravotní ekonomiky iHeta se tento trend díky pandemii Covid-19 zastaví a dojde k ochlazení ekonomiky (Doležal 2020). Doležal uvádí tři rizika, která hrozí českému zdravotnictví, která jsou zapříčiněna pandemií. Prvním rizikem je zanedbání zdravotního stavu a omezení zdravotní péče pacientů. Toto riziko je nejvíce pravděpodobné u chronicky a onkologicky nemocných pacientů. Pandemie Covid-19 může překonat závažnost těchto nemocí a zdravotní stav takto nemocných pacientů, se tak může zhoršit. Zadruhé podle Tomáše Doležala může současná pandemie zapříčinit propad financování českého zdravotnictví. K tomuto propadu dojde v důsledku snížení výběru zdravotního pojištění. Posledním třetím rizikem je zpomalení či úplné zastavení reformy kvality péče v českém zdravotnictví (Doležal 2020).

Tato pandemie ukázala na mnoho problémů v různých oblastech. Například pandemie ukázala na problém týkající se nedostatku zdravotních sester v České republice.

Během pandemie se stupňovalo riziko hromadných odchodů personálu z nemocnic vlivem stresu a dalších obtíží spojených s výkonem tohoto povolání (Přádová 2022). To, jaký vliv měla tato pandemie Covid-19 na zdravotníky, konkrétně na lékaře a zdravotní sestry, se budu zabývat v metodologické části.

2 Výzkumná část

Přestože pandemie Covid-19, do které se na několik let ponořil celý svět, na některých místech stále intenzivně probíhá, vznikají studie, které se zabývají dopady této pandemie na zdravotnický personál. Výsledky těchto studií mohou být klíčové pro budoucí překonání jiné pandemie či jiných náhlých událostí, které vyžadují změny v nastavení organizace a pracovních podmínkách.

Lékaři a zdravotní sestry nepochybně čelí novým náročným situacím, které mohou být navíc problematizovány v důsledku chybějících ochranných prostředků. Na jistou souvislost mezi ochrannými prostředky a stresem ošetřujícího personálu během pandemie Covid-19 poukazuje například rakouská studie publikovaná již v roce 2020 (Hoedl 2020). Výsledky studie zdůrazňují, že delší doba nošení ochranných roušek vede ke zvýšenému stresu. Studie zaměřená na psychickou pohodu egyptských lékařů během pandemie Covid-19, uveřejňuje alarmující zjištění, že většina lékařů, kteří se účastnili tohoto výzkumu, měla těžkou nebo extrémně těžkou depresi, přičemž 77,6 % z nich mělo extrémně těžkou úzkost (Abdelmaksoud 2020).

Ochrana a udržení zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví, je prvořadým úkolem, a to nejen ve světle pandemie. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla v mé bakalářské práci zabývat tématem normality a jinakosti z pohledu zdravotnického personálu, který má mnohé zkušenosti s léčbou pacientů pozitivních na onemocnění Covid-19. Cílem mého výzkumu je zjistit, jak personál nahlíží na vlastní roli a zkušenosti získané během výkonu své práce v kontextu současné pandemie Covid-19 na území České republiky. Na výzkumnou otázku „Do jaké míry ovlivnila současná pandemie covid-19 nahlížení zdravotnického personálu na vlastní roli a výkon v rámci každodennosti?“ jsem se rozhodla odpovědět prostřednictvím kvalitativního přístupu založeného na polostrukturovaných rozhovorech.

K výběru tohoto přístupu mě vedlo několik důvodů, které vychází ze samotné podstaty kvalitativního výzkumu. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, zdravotníci se během pandemie museli potýkat s novými situacemi, které virová nákaza přinesla. Tyto subjektivní významy, na něž se kvalitativní přístup zaměřuje, tak odhalují sociální skutečnost jedince. V neposlední řadě tento přístup umožňuje zachycení kvalitativních informací, které se kvantitativními metodami obtížně zachycují. Ovšem z toho také pramení nevýhoda kvalitativní metody, která vychází z povahy dat, která nemohou být uplatnitelná na celou populaci a ani v jiném prostředí (Mišovič 2019).

Nezbytným krokem při využití metody rozhovoru je realizace pilotní studie (Mišovič 2019). Tuto studii jsem realizovala v listopadu 2021. Šetření jsem prováděla na relevantním vzorku respondentů. Celkem se této části účastnili 4 respondenti, a to dva lékaři a dvě zdravotní sestry. Všichni respondenti pilotní studie pečovali o pacienty pozitivní na onemocnění Covid-19. Na základě získaných zjištění jsem mohla lépe specifikovat výzkumnou otázku a lépe definovat konkrétní oblasti, na které se ve své práci zaměřuji. Současně mi tato zjištění pomohla konstruovat znění otázek do osnovy mnou navrženého polostrukturovaného rozhovoru.

Kontaktování výzkumného vzorku zdravotnického personálu bylo stěžejní pro empirickou část mé práce. Tato skupina respondentů je velmi časově vytížená a v období probíhající pandemie Covid – 19 se tato vytíženost ještě více prohloubila. Abych získala maximum kontaktů, využila jsem různých způsobů k jejich získání. Kontakt na první respondenty jsem získala od svých známých. Následující kontakty jsem získala pomocí metody sněhové koule. Celkem jsem tedy oslovila 12 potencionálních respondentů prostřednictvím chatových zpráv na síti Facebook a e-mailů. Všem respondentům byl sdělen účel výzkumu, kolik času by si měli rezervovat, kde a za jakých podmínek je možné rozhovor uskutečnit a proč je žádám o jejich čas. Z celkového počtu 12 oslovených respondentů, jich 6 souhlasilo s účastí na polostrukturovaném rozhovoru. Ostatní oslovení odmítnutí participace na rozhovoru zdůvodnili nedostatečnou kapacitou volného času a osobními důvody.

Výzkumný vzorek se skládal ze dvou skupin. První skupinu tvoří dva lékaři a jedna lékařka. Druhou skupinu tvoří tři zdravotní sestry – ženy. Obě skupiny pečovaly o pacienty zasažené onemocněním Covid-19. Dva lékaři a dvě zdravotní sestry pracovali na covid oddělení a jedna lékařka a zdravotní sestřička působí v soukromé praxi praktického a odborného lékaře, současně se zapojily do celorepublikového testování obyvatel na onemocnění Covid-19 tím, že transformovaly svou ordinaci na odběrové místo. Nejdelší praxe v oboru činila 28 let, byť tento údaj nehrál při výběru respondentů zásadní roli. Zásadní byl dlouhodobý kontakt s pacienty pozitivními na onemocnění Covid-19. Respondenti pocházeli z různých krajů, a to z Plzeňského kraje, Středočeského kraje a Pardubického kraje. Z důvodu zachování anonymity účastníků výzkumu nikde ve své práci neuvádím jejich jména a příjmení, abych tak zamezila identifikaci participanta. Místo jmen a příjmení využívám abecední označení A-F. Ze stejného důvodu ve své práci neidentifikuji konkrétní pracoviště jednotlivých respondentů.

Jak jsem již zmiňovala výše, ve své bakalářské práci mapuji názory, postoje a potřeby respondentů, pro které je dotazníkové šetření nevhodné. Z tohoto důvodu jsem při sběru vlastních dat využívala polostrukturovaných rozhovorů. Během upřesňování průběhu rozhovoru jsem vycházela vstříc požadavkům konkrétního respondenta. Co se týká formy rozhovorů, vždy jsem nechávala volbu na respondentovi v tom, kdy a kde bude rozhovor probíhat. Z důvodu velkého pracovního vytížení respondentů byly

možnosti pro osobní setkání omezené. S některými respondenty proběhl rozhovor prostřednictvím digitálních technologií jako je Skype a Facebook.

Při rozhovorech jsem využívala předem sestavený okruh témat a otázek týkajících se mnou řešené problematiky. Tento okruh otázek jsem sestavila na základě dříve realizované pilotní studie a odborné literatury. Zprvu jsem pokládala otázky na obecnější témata, abych s respondenty upevňovala kontakt. Po bližším poznání respondenta jsem pokračovala k jádru rozhovoru a citlivým otázkám. Průběžně jsem se snažila respondenta citlivě motivovat k pokračování rozhovoru. Každé setkání s respondentem trvalo přibližně hodinu. Rozhovor byl vždy se souhlasem respondenta nahráván na diktafon a mobilní telefon, pro případ ztráty záznamu na diktafonu. Následně jsem si všechny rozhovory přepsala do textové podoby v programu Word a provedla analýzu pomocí metody „tužka a papír“. Po stranách textu jsem si vypisovala poznámky a komentáře, ze kterých jsem později definovala témata. Poté jsem hledala vztahy mezi tématy tak, abych vytvořila nová nadřazená témata. Tato témata obsahují zkušenosti lékařů a zdravotních sester v době pandemie Covid-19.

2.1 Etické zásady

Anonymita a důvěrnost získaných informací zajišťuje ochranu zájmů účastníků jak v průběhu výzkumu, tak i po jeho skončení (Mišovič 2019). Tato pravidla jsem uplatňovala ve všech etapách výzkumu, a to v přípravě, realizaci a interpretaci dat. Na začátku spolupráce jsem každého respondenta seznámila s účelem výzkumu a požádala jej o potvrzení informovaného souhlasu. Současně byli respondenti informováni o tom, že bude pořizován zvukový záznam prostřednictvím diktafonu. Přístup ke všem informacím týkajícím se respondentů měl pouze výzkumník.

3 Zjištění

V této kapitole popisují výsledky z mnou provedeného šetření, jehož cílem bylo získat lepší porozumění zkušenostem lékařů a zdravotních sester, kteří poskytovali zdravotní péči pacientům, jimž bylo diagnostikováno onemocnění Covid-19. Výsledky jsem v této části práce uspořádala podle témat, která vyvstala v průběhu analýzy dat z uskutečněných polostrukturovaných rozhovorů. Zaměřila jsem se na to, jak personál nahlíží na vlastní roli a zkušenosti během výkonu své práce v kontextu pandemie Covid-19.

Jako odpověď na mnou stanovenou výzkumnou otázku je specifikováno celkem sedm společných témat a to: *transformace výkonu práce a pracovního prostředí, osobní ochranné prostředky, rodina a vztahy v době pandemie Covid-19, emoční a psychický dopad pandemie Covid-19 na lékaře a zdravotní sestry, metody zvládnání stresu a motivace, přístup pacientů a společnosti k lékařům a zdravotním sestrám během pandemie, vliv pandemie na vnímání svého povolání.*

Jak jsem již zmiňovala výše, tato témata jsem stanovila během kvalitativní analýzy dle toho, jak respondenti vysvětlovali zkušenosti získané během pandemie Covid-19. Témata se navzájem doplňují, a poskytují tak celkový pohled na zkušenost respondentů.

3.1 Transformace výkonu práce a pracovního prostředí

Toto téma zachycuje skutečnost, jak se změnilo pracovní prostředí a spolu s tím i vykonávaná práce lékařů a zdravotních sester během pandemie Covid-19. Většina respondentů při položení otázky, jak se liší výkon jejich povolání a jaký je rozdíl v obsahu jejich práce v období před a během pandemie, odpovídala výčtem mnoha změn, ke kterým během pandemie Covid-19 docházelo.

Primární reakcí na pandemii v oblasti organizace práce na pracovišti byl nový rozvrh služeb a jejich posílení z důvodu většího počtu vykonávaných činností. Jak sděluje respondentka D, zdravotní sestra: *„...takže zaprvé se musí posílit služby to bylo první fakt, protože když jste šla na ten covid pokoj, který musel být označen, že je covidový, teď všechny vozíky u toho, aby byly všechny ty pomůcky a dezinfekční u toho pokoje a museli jsme sloužit minimálně ve dvou i o nočních službách, což u nás standardně nebývá na tom oddělení, tam sloužíme v jednom, takže se musely posílit služby...“*

Respondent A, lékař uvádí změny, které nastaly v souvislosti s přestavbou oddělení *„Změny spočívaly v tom, že jsme museli to oddělení přestavit, takže přibýly nějaké cely, které byly jako spíš záclony zvukotěsné, ale byly tam nějaké dekontaminační místnosti, nějaké sprchy... vždycky hned potom jsme se svlékali a šli se umýt, abysme někoho nenakazili. A pak samozřejmě se změnilo primárně, že jsme museli na ty oddělení chodit speciálně oblečení, takže jsme se převlékli do těch různých skafandrů a pak víceméně jsme celou dobu na tom oddělení museli vydržet v těch skafandrech, což někdy bylo čtyři hodiny a někdy to bylo třeba osm hodin.“*

Respondentka B, zdravotní sestra, sdílí podobný názor jako respondent A, lékař. *„Určitě, tam nebylo to oddělení připravený. Já dělám v nemocnici, která je stará a tam ten prostor na to není. Ty prostory mají vysoké stropy, tam když se něco oddělilo zástěnou, tak nad tím bylo... Víím, že to zedníci přestavěli a dali tam třeba zeď s dveřma, ale nad nimi byl třeba ještě metr a půl volný prostor. Jo tak, než se tohle všechno udělalo, tak to trvalo několik měsíců, než ty oddělení se dali dohromady. Vždycky se něco jako udělalo. Zjistilo se, jestli to funguje nebo ne a pak při další vlně se to zlepšilo třeba.“* Ke změnám docházelo na mnoha úrovních. Zdravotníci museli přizpůsobit svá pracovní prostředí pacientům se silně infekční nemocí a od toho se odvíjely i změny péči o tyto pacienty. Respondentka D, zdravotní sestra, popisuje péči o pacienty takto: *„No tak během covidu samozřejmě ta práce je náročnější z toho důvodu, že vy na ten pokoj jdete několikrát za den, takže se musíte několikrát za den převlékat oblékat, teď samozřejmě je v tom šílený horko, takže člověk byl zpocený žejo. Ted' musíte neustále mít ty roušky, než jsme si zvykly*

na to, že je musíme mít 24 hodin, tak to bylo takový komplikovaný, protože když tam máte teplo, špatně se v tom dýchá a je to nekomfortní.“

Většina respondentů, lékaři i zdravotní sestry, uvádí, že na ně byly během pandemie kladeny větší nároky na práci a bylo tak nutné vyvinout větší výkonnost. „...ale výkon...klade na nás větší nároky ta práce. Musíme být víc schopný pracovat. Jedině další věc...ty sestry na standardním oddělení se musely naučit pracovat ještě s jinýma přístrojema navíc, který normálně se nepoužívají. To je to vysokoprůtokový high flow. Normálně to nebývá, ale v době pandemie, když byla největší, tak nám ty lidi nechávali na tom oddělení, protože na tu jipku si brali ty, který už potřebovali intubaci. No a ty lidi co potřebovali masku nebo brýle kyslíkové ty nechali nám. Ty brýle nebo ta maska se musela dát do takového přístroje, což normálně běžně na standardním oddělení nebývá.“ Lékaři a zdravotní sestry se tak museli potýkat s přestavbou oddělení i v budovách, které na to nejsou připravené, jak zmiňuje respondentka B, zdravotní sestra.

Změnou prošla i komunikace s pacienty. Tuto skutečnost zmiňuje respondentka C, lékařka. V době pandemie byla rozšířená elektronická komunikace prostřednictvím e-mailu. „Takže my jsme úplně museli předělat celý systém té péče a musím říct, že lidi vytrvale trvali na svém, že si budou chodit, jak oni budou chtít. V první fázi se lekli, takže nechodil nikdo. Telefonovali. Čili nám přibýlo strašných telefonů a emailů, protože mi hodně fungujeme přes email. Ale opravdu ta situace vypadala taková, že budeme pouze fungovat po telefonu.“

Dalo by se říct, že dlouhodobé nedostatky v organizaci pracoviště a improvizace v péči o silně infekční pacienty nakažené novou formou onemocnění Covid-19, mohly přispívat k zesílení pocitů úzkosti, strachu a bezmoci, což mohlo vést ke ztrátě optimismu ve vztahu k budoucnosti lékařů a zdravotních sester. Časté změny v místě výkonu práce jsou také jedním z negativních dopadů na pracovní spokojenost (Li 2008).

3.2 Osobní ochranné pracovní prostředky

Další téma se zabývá ochrannými pomůckami lékařů a zdravotních sester během pandemie. Všichni mnou oslovení respondenti zaznamenali nedostatek ochranných pomůcek na svých pracovištích na začátku pandemie.

Tento nedostatek v některých respondentech vzbuzoval úzkost, jak zmiňuje respondentka C, lékařka: „Že co bylo nejhorší moment, tak moment, který ve mně vzbudil úzkost. Ten si pamatuju naprosto přesně. To bylo na začátku té covidové epidemie, kdy jsme neměli žádný ochranný prostředky. Respektive měli jsme něco málo. Nevýznamně. Respirátory, rukavice jsme nějaký měli. A stát nám zakázal si to koupit, protože všechno od výrobců kupoval stát s tím, že nám to jako dají a řekli, že to jako máme. Tehdejší premiér Babiš vystoupil v televizi a řekl, že všichni mají ochranné prostředky a kdo je nemá, tomu je osobně doveze. Tak to jsem si řekla, že to je malér, že on si fakt myslí, že je máme. My je ale nemáme.“ Z výpovědi respondentky C, lékařky, je patrné, že reálně

v této situaci zažívala úzkost a strach, protože „*Říkala jsem si, jak to budeme dělat a pak jsme hledali cestu, jak přežít.*“ (Respondentka C, lékařka).

Stejný problém s ochrannými pomůckami zmiňuje i respondent A, lékař: „*...s přibývajícímí měsíci, jak tady dlouho ta nákaza byla, tak těch pomůcek bylo postupně víc. Na začátku jsme bojovali s tím, že máme málo respirátorů i obleků, protože to přišlo zničehonic a nestačilo to. To, co jsme měli nestačilo pro jedno oddělení... najednou byla potřeba obrovská a tím pádem se stávalo, že jsme nemohli ty obleky střídat tak jak by bylo potřeba.*“ Současně v odpovědi respondenta A, lékaře, můžeme nalézt fakt, že se tato problematika v průběhu času vyvíjela. Respondentka D, zdravotní sestra, tento vývoj později uvedla jako pozitivum celé pandemie, protože „*Jako co se zlepšilo že máme dostatek těch ochranných pomůcek. Ačkoliv se už to tak moc nepoužívá. To zásobování je daleko lepší. Člověk může objednat daleko větší množství. Je to takový rychlejší. Ze začátku toho bylo opravdu nedostatek, takže se to různě půjčovalo mezi odděleními, ale teďko je to zásobování podstatně někde jinde. V tomhle se to zlepšilo.*“ Na nedostatek ochranných pomůcek pro lékaře a sestry reagovala i veřejnost. Lidé po celé zemi šli roušky a ty pak darovali těm, kteří je potřebovali, jak jsem již zmiňovala v teoretické části.

„*...to byli třeba i naši pacienti. Třeba někdo byl lakýrník tak nám přinesl mundury jo, to byli známí pacienti. Věděli, že my ty ochranné pomůcky nemáme tak prostě přinesli krabici a nikdy za to nikdo nic nechtěl.*“ (Respondentka E, zdravotní sestra)

S tématem ochranných pomůcek souvisí i těžkosti jako jsou únava, stres, horko, nadměrné pocení. Respondent A, lékař, uvádí: „*...s tou maskou jsme se prostě báli, protože ta nemoc je hodně nakažlivá, že ten respirátor nestačí, takže to bylo dost únavný. Máte na sobě takovou tu masku, co vyvinula ČVUT s tím filtrem, tak to bylo fakt jako když člověk šel šnorchlovat... člověk vyleze a je úplně otupělý, unavený chce se mu spát. Tak to bylo dost stresující bych řekl.*“

Lze konstatovat, že jedním z největších dopadů pandemie, se kterým se lékaři a zdravotní sestry museli potýkat, byl nedostatek ochranných pomůcek, a to až v takové míře, že tato skupina osob pociťovala silnou úzkost a strach. Tuto skutečnost uvádí například respondentka C, lékařka. Je zajímavé, že i přes tyto těžkosti si lékaři a zdravotní sestry dokázali poradit například tak, jak uvádí respondentka B, která si dokázala poradit v procesu, kdy pacient musí podepsat dokumenty související s jeho léčbou prostřednictvím kancelářských pomůcek. „*Tak jsem to musela dát do euro fólie. Na té folii jsme vystříhaly okénko, kde to měl pacient podepsat a on to podepsal. Pak ta sestra to jen vystrčí a stáhne ty euro desky a ty nechá v té místnosti s covidem.*“ (Respondentka B, zdravotní sestra) Další nová strategie se ukázala při odběrech krve, jak opět popisuje respondentka B, zdravotní sestra „*...když já tam nabírám krev, tak ta druhá musí čekat za dveřmi s pytlíkem a já jí do něj hodím tu krev. Ona to zabalí v tom pytlíku, pak do dalšího pytlíku a odnese to na sesternu.*“ Ukázali tak, že jsou velmi flexibilní i za

krizových situací, protože se dokázali přizpůsobit nové situaci prostřednictvím nových strategií. Tutéž problematiku spojenou s alarmujícím nedostatkem zdravotních pomůcek, který se jevil být zátěží pro zdravotní sestry zmiňuje ve své diplomové práci Štěpán Mašek. Z jeho práce vyvstalo zjištění, které se shoduje s výsledky mého zkoumání. Nošení ochranných pomůcek ovlivnilo komunikaci a kontakt s pacientem, ale také se tato skutečnost nošení ochranných pomůcek podílí na pracovní zátěži u zdravotních sester (Mašek 2021). Studie publikovaná v roce 2020 uvádí, že zdravotním sestřím taktéž pracujícím s pacienty pozitivními na onemocnění Covid-19, ochranné pomůcky narušovaly pracovní výkon (Jin Young 2020). Z mých a dalších uvedených studií lze konstatovat, že zvýšené používání ochranných pomůcek, během péče o takto silně infekční pacienty, má jistou souvislost s pracovním výkonem zdravotních sester a lékařů.

3.3 Rodina a vztahy v době pandemie Covid-19

V oblasti vztahů někteří respondenti museli bojovat se strachem svých příbuzných. Skutečnost, že pečovali o pacienty pozitivní na onemocnění Covid-19, se pro ně stala jakýmsi stigmatem. Respondentka B, zdravotní sestra, popisuje tuto situaci takto: „...*No měli respekt. Vždycky první otázka mojí mámy byla, jestli máme nějaký covidy na oddělení. Vnímala jsem ten podtext, že se bojí, abych jim tam něco nezanesla. Manžel se třeba hodně bál. Což předtím nedělal, ale ze začátku, než jsme na to přivykli, tak furt chtěl abych se dezinfikovala. Už ode dveří na mě stříkal dezinfekci. Pak ho to ale teda trochu přešlo.*“ Naopak se ale i respondenti báli, aby nenakazili své příbuzné. „...*pak máte strach, abyste si to nedonesla domů mezi rodinu.*“ (Respondentka D, zdravotní sestra). Respondenti také uváděli, že díky velkému pracovnímu vyčerpání nezbýval čas a energie na rodinu a přátele. „...*ale postupem času ta rodina za mnou stála chápala, že doma nejsem třeba jako několik dnů, že se nevracím domů, že jsme se třeba dlouho neviděli...*“ (Respondent A, lékař) Z této výpovědi vyplývá, že respondent svou rodinu neviděl i několik dnů, protože musel setrvat v práci a pečovat o pacienty.

Lze konstatovat, že vlivem vyvíjející se pandemie zdravotníci získali určitou neuvědomovanou formu stigmatizace od společnosti, která mohla zapříčínovat narušení vztahů s příbuznými lékaři a zdravotních sester, což mohlo mít za následek umocnění pocitu stresu a obav zdravotníků. Je pozoruhodné, že ani přes tuto formu stigmatizace a následky, které přináší, se zdravotní sestry a lékaři nezalekli a stále chtěli pečovat o takto silně infekční pacienty. Jak jsem již avizovala v teoretické části, podle autorky Lai, může stigmatizace vést až k syndromu vyhoření (Lai 2019). Tomuto stavu se lze vyhnout díky podpoře rodiny a okolí. Ovšem vlivem pandemie Covid-19 se tato podpora nemusela projevit, a to z důvodu strachu z nákazy od zdravotníků. Tomuto nasvědčuje odpověď respondentky B, zdravotní sestry, jejíž partner pociťoval z nákazy silné obavy. Tato zjištění se shodují se studií autorky Benbenishty, která se v roce 2021 taktéž zabývala sociálním odmítnutím sester pracujících na oddělení Covid-19. U zdravotních sester pracujících na covidovém oddělení byla zjištěna vyšší míra sociálního odmítnutí a nižší blahobyt oproti sestřím, které na tomto oddělení nepracovaly (Benbenishty 2021). Tato

stigmatizace a s ní spojená diskriminace přidává do života zdravotníků, zbytečnou zátěž. Jak jsem již zmiňovala, nadměrná zátěž a stres mohou vést k syndromu vyhoření. Je zajímavé, že během pandemie byli zdravotníci v médiích prezentováni jako hrdinové, ale v běžném životě se jim společnost vyhýbala a nahlížela na ně jako na potencionální přenašeče onemocnění. Dalo by se říct, že byli považováni za osoby, od kterých je dobré si držet odstup. Této problematice si v roce 2020 povšiml Steven Taylor. V rámci jeho výzkumu se až čtvrtina respondentů domnívala, že by zdravotnický personál měl mít přísná omezení svobody a měl by být držen v izolaci (i od svých rodin). Tato přesvědčení pramení ze strachu z nákazy. Lidé, kteří se dopouštěli stigmatizace zdravotníků, měli tendenci se vyhýbat jakémukoliv kontaktu s ostatními lidmi. Výsledky této studie naznačují, že tato stigmatizace souvisí se stresovým covidovým syndromem, který byl hodnocen pomocí pěti covidových škál (Taylor 2020). Dá se říct, že tato stigmatizace může vést k narušení společenské soudržnosti a může tak podpořit sociální izolaci zdravotníků, kteří se už tak vlivem enormního počtu pacientů a dalších dopadů pandemie Covid-19, musí potýkat se stresem. Stigmatizace a s ní spojený strach, cílené vyhýbání se zdravotníkům, jsou sice značně rozšířeným, ale zato nedostatečně uznávaným problémem.

3.4 Emoční a psychický dopad pandemie Covid-19

Jak naznačují dosud interpretovaná zjištění, zdravotníci pociťovali strach a úzkost v rámci výkonu svého povolání v době pandemie Covid-19. Právě tento úsek mé práce se věnuje problematice emočního a psychického prožívání lékařů a zdravotních sester v době pandemie Covid-19. Nejčastějšími emocemi prožívanými respondenty byla úzkost, strach, zlost, bezmoc. Dále se někteří respondenti potýkali s psychickou únavou až vyčerpáním, depresemi a v jednom případě dokonce i se syndromem vyhoření.

Všechny tyto emoce a pocity jsou způsobeny řadou stresových faktorů vyplývajících například z dlouhé pracovní doby, z rizika nákazy sebe i rodiny, nedostatku ochranných pomůcek, pocitu bezmoci při záchraně pacientů, z managementu státu během pandemie, ale i z nepřiměřeného až agresivního chování některých pacientů. V odpovědi na otázku, zda si vzpomínají na moment, když se poprvé dozvěděli, že budou pečovat o pacienty pozitivní na onemocnění Covid-19 a jaké to v nich vyvolalo pocity, tak nejčastější odpovědi byli právě obavy a strach z neznámého. „*No báli jsme se a ted' řekli, že z nás chtějí udělat covidovou jednotku. Tak jsme si říkali, že ted' tady budeme jako nějaký průkopníci, že nás obětují. Tak nějak. Chvilí se člověk bál.*“ (Respondentka B, zdravotní sestra)

Dále museli lékaři a zdravotní sestry bojovat se stresem vyvolaným různými situacemi. Například už výše zmíněný stres z nákazy svých blízkých včetně své vlastní, náhlé navýšení počtu pacientů nad obvyklé množství. „*Další věc nesmělo se na oddělení kýchnout. Ty sestry začaly mít mezi sebou paranoiu, že někdo z nich má covid. Jsem si*

říkala, že už nic není kašel, ale že už je všechno covid. Já pak měla jen stres dojít na autobus. Nesměla jsem popotáhnout nosem.“ (Respondentka B, zdravotní sestra)

Je očividné, že tato pandemie byla náročná na psychiku lékařů a zdravotních sester zejména proto, že vlivem této pandemie umíral větší počet pacientů než obvykle. *„No nejnáročnější je ta psychika asi, protože jste viděla ty lidi umírat a jako já neříkám že to normálně vidět není, ale přitom covidu taková ta bezmoc, jako nedalo se těm lidem pomoci. A bez ohledu na to, kolik jim bylo let. Byli tam i mladý lidi. Takže to bylo takový náročný. Navíc když vidíte ten průběh a že ty lidi mají i následky po tom covidu jo.“* (Respondentka D, zdravotní sestra)

U dotazovaných respondentů docházelo k proměně emočního prožívání. Obavy, strach, bezmoc a neustálý stres se začali transformovat do depresivních stavů a syndromu vyhoření. Respondentka C, lékařka, uvádí, že: *„...a depresivní stavy, ale určitě taky“*. Jeden respondent uvedl, že jeho stav byl natolik vážný, že musel být na pár dní přeložen na jiné oddělení bez pacientů pozitivních na onemocnění Covid-19. *„...takže našťástí mě byli někteří kolegové ochotní vystřídat, ale myslím si, že to byl fakt syndrom vyhoření, protože mi byly některé věci úplně fuk ... jakoby mi to bylo úplně jedno a byl jsem jako laxní co se týče toho ošetřování.“* (Respondent A, lékař)

Z výpovědí mých respondentů vyplývá, že jsou psychicky zdatní a nezalekli se krizové situace vzniklé v důsledku pandemie Covid-19. Nesmíme ovšem zapomenout, že některé dopady této pandemie, se mohou projevit později. Zdá se být pravděpodobné, že krizová situace pandemie Covid-19 není skutečným důvodem k odchodu zdravotníků z jejich pracovních pozic v českém zdravotnictví, protože jejich náhled na svoji profesi a chuť pomáhat se ani přes náročnost pandemie nezměnil, ale naopak upevnil. Právě zmiňovaný stres a náročnost povolání jsou jedny z hlavních faktorů, které hrají roli při odchodu zdravotnického personálu z jejich profese (Li 2008). Vzhledem ke skutečnosti, že má data nemohou být vzhledem ke zvolené kvalitativní metodě brána jako reprezentativní, je otázkou, zda toto platí pro všechny lékaře a zdravotní sestry, kteří museli pečovat o pozitivní pacienty na onemocnění Covid-19 a zda tato skutečnost nepředstavuje jeden z nových důvodů pro odchod zdravotníků z jejich lékařské pozice.

3.5 Metody zvládnání stresu a motivace

Každý z oslovených respondentů se snažil s touto situací vyrovnat dle svých možností. V této části se zabývám strategiemi, které respondenti užívali v boji proti nelehkým situacím nastolené pandemií. Nejčastěji se respondenti vyrovnávali s výše uvedenou zátěží pomocí procházek v přírodě a sportu, případně pořízením domácího mazlíčka z důvodu nedostatku volného času na sportovní aktivity. *„...když pracuje takhle dlouho bez odpočinku, tak si pěstuje insomnií a svým způsobem vyhořívá, ale snažím se mít třeba i nějaké koníčky. Myslím si, že mám hodně koníčků, umím relaxovat, ale i zabrat. Ale myslím si, že kdybych neměl hodně těch koníčků, tak se po té práci asi zhroutím.“* (Respondent F, lékař)

Jeden z respondentů bojoval s touto zátěží pomocí dobrovolnické činnosti a zároveň hledal další způsoby léčby nákazy Covid-19. Respondent A, lékař, uvedl: „*cítil jsem se přetížený a taky hlavně bezradný, takže to byl důvod, proč jsem začal dělat očkovací kampaň, protože mi přišlo, že to nikdo moc nedělá a je toho málo. Nějak mi nepomáhá být jenom v té nemocnici a že by měla být nějaká větší prevence plus jsem odkoukal laser, který se používá v Americe na toto onemocnění, takže jsem hledal něco, jak bych mohl víc pomáhat*“

Dalo by se říct, že zájmová činnost (koníčky) popisované výše, jsou pro povolání lékařů a zdravotních sester tak důležité během krizových situací proto, že by bez jejich udržování nezvládli náročnou situaci nastolenou vlivem pandemie Covid-19, což by mělo za příčinu ještě větší odchod osob ze zdravotnictví. Odchody z pracovních pozic lékařů a zdravotních sester jsou velkým problémem pro české zdravotnictví a jeho budoucí vývoj (Prádová 2022).

3.6 Přístup pacientů a společnosti

Většina respondentů uváděla, že se během výkonu své práce během pandemie setkala se slovní agresí ze strany pacientů, ale i jejich rodin. Nejčastěji k těmto konfliktům docházelo v období zakázaných návštěv, během kterých rodiny pacientů nerespektovaly protiepidemiologická opatření a snažily se získat přístup ke svým příbuzným, kteří se momentálně léčí s onemocněním Covid-19.

„...s rodinou se dostáváme do konfliktu víceméně každou chvíli z důvodu toho, že nejsou ty návštěvy a oni to nechápou. A potom další věc, co bylo strašně častý během covidu. Ty lidi prostě nechtěl...nebo prostě. Jak se muselo ukazovat, zda mají čerstvý test...bylo to na dveřích napsané, že bez předložení antigenního testu, který není starší 72 hodin anebo, že jsou očkovaný nebo, že mají PCR test, který není starší než 7 dní, tak bez toho je nepustíme na návštěvu. To by člověk nevěřil, jak jsou lidi zvláštní, že si myslí, že zrovna jim to projde.“ (Respondentka B, zdravotní sestra)

Toto chování pacientů a rodin, kteří nedodržovali protiepidemiologická opatření, například povinná izolace nebo nošení roušek, negativně působilo na lékaře a zdravotní sestry. Nejčastěji respondenti pociťovali stres a zlost. „*No, že ty lidi nedodržovali karanténu, že nechtěli nosit roušky, že přijdou k okénku jsou nemocní a prostě nevezmou si tu roušku to mě vadilo a stresovalo ze všeho nejvíc, že prostě lidi na to kašlali někteří ne ale prostě... že chtěli obcházet pravidla lidí... chtěli obcházet karantény, chtěli dřív uschnout, aby nebyli doma*“ (Respondent E, zdravotní sestra)

Za zajímavou shledávám skutečnost, že ignorace a cílené obcházení epidemiologických opatření ze strany veřejnosti, zapříčiňuje zvýšení hladiny stresu, obav a pocitů bezmoci na straně zdravotnického personálu, a to může přispívat k nežádoucímu syndromu vyhoření či opuštění pracovní pozice lékaře a zdravotní sestry. Lze konstatovat, že role pacientů a veřejnosti je jeden z možných faktorů, který ovlivňuje

pracovní spokojenost, která je důležitým determinantem pro správně fungující kolektiv na pracovišti zvláště během krizových situací.

3.7 Vliv pandemie na vnímání svého povolání

Nahlížení lékařů a zdravotních sester na své povolání se vlivem pandemie Covid-19 výrazně nezměnilo, ale utvrdili se v tom, co pro ně tato práce znamená. Zdravotní sestry nejčastěji zmiňovaly, že jsou se svojí prací, i přes těžkosti spojené s pandemií, spokojené. Jejich práce je baví.

„No změnilo, jako člověk tomu víc přilnul“ (Respondentka E, zdravotní sestra)

„Ano! já mam svojí práci opravdu ráda. Já jsem spokojená. Vždycky mě potěší, že někomu pomůžu a odchází skoro zdravý“ (Respondentka D, zdravotní sestra)

Jeden z respondentů se utvrdil v tom, že ho lékařská pomoc lidem naplňuje natolik, že se rozhodl stát se členem organizace Lékaři bez hranic. *„...spíš to asi změnilo to, že jsem si řekl, že mě baví asi hodně pomáhat lidem, že mě baví pomáhat v momentu, kde je nějaká krize, takže teď je z toho takový životní rozhodnutí, že jsem se dokopal k doktorům bez hranic a zároveň mně to asi utužilo v tom, že jsem si uvědomil, že ta práce lékaře mě prostě baví, že mi to dává smysl, že ráno vstávám do práce, a když dělám svoji práci dobře, tak to pro mě prostě není odevzdaný den, jako v kanceláři, kdybych dělal faktury.“ (Respondent A, lékař)*

De facto se dá říct, že lékaři a zdravotní sestry si potvrdili, co pro ně toto zaměstnání znamená a utvrdili se v tom, že je to naplňuje. Je zajímavé, že ani přes značnou míru stresu, stigmatizaci, riziko nákazy sebe a příbuzných a již dříve interpretované vyšší nároky na pracovní výkon, žádný z mých respondentů nevyjádřil sebemenší úmysl opustit svou profesi. Ke stejným výsledkům dochází studie z roku 2020, která se zabývala identifikací faktorů, které ovlivňují záměry sester, v kontextu péče o pacienty pozitivní na onemocnění Covid-19. Z výsledků této studie vyplývá, že zdravotní sestry zažívaly osobní riziko a emocionální zátěž, a i přesto projevovaly silnou oddanost své profesi (Sperling 2020). Stejně, jako v mnou uvedených již interpretovaných výsledcích nelitovaly, že pracují v ošetrovatelské profesi. Tato odhodlanost a oddanost pomáhat i navzdory všem rizikům, která se prolínala celou mojí prací, je pozoruhodná. V teoretické části jsem se zabývala důležitými faktory, které ovlivňují pracovní spokojenost jako je například míra stresu, dostatek volna na odpočinek a pracovní interakce uskutečňovaná v péči o pacienty. Tyto faktory by mohly být motivací v péči o covid pozitivní pacienty. Faktory, které ovlivňují záměr zdravotních sester pečovat o pacienty pozitivní na onemocnění Covid-19, se zabývala studie z roku 2022. Z výsledků vyplývá, že mezi tyto faktory patří věk, typ oddělení, dostatečné klinické zkušenosti, dovednosti a pozitivní psychologický kapitál (Jinhee 2022). Respondentka B, zdravotní sestra, zmínila, že jí znervózňovalo, když se musela učit s novým přístrojem přímo před pacientem, protože s tímto přístrojem neměla dostatečné zkušenosti. *„...jsem se musela naučit*

pracovat s tím novým přístrojem přímo před tím pacientem a nebyl čas, aby někdo někoho něco učil. A to mě dost stresovalo.“ Z této výpovědi je patrné, že dostatečné dovednosti hrají důležitou roli v práci této zdravotní sestry. Možným přínosem pro lékaře a zdravotní sestry by tak mohlo být obohacení se o nové znalosti anebo také finanční odměna, kterou uvádí Ralph Villar jako jeden z prediktorů ochoty sester pracovat s pacienty pozitivními na onemocnění Covid-19 (Villar 2020).

Závěr

Nelehký boj proti onemocnění Covid-19 a s ním spojenou celosvětovou pandemií, začal před dvěma lety. Tato pandemie měla vliv na téměř celou populaci. Rychlost šíření a vysoká infekčnost této nemoci zasáhla do fungování složitých systémů prakticky každého státu. Jedním z nejvíce zasažených systémů je zdravotnický systém, který musel na tuto naléhavou situaci okamžitě reagovat. V první bojové linii proti tomuto onemocnění se tak ocitla řada zdravotníků. Pandemie tímto způsobem nenadále zasáhla do jejich každodennosti a přinesla mnoho těžkostí, majících dopad na přístup profesí ve zdravotnictví k jejich práci. Mnohdy se tyto problémy nabyté v pracovním prostředí, prolínají do osobního života zdravotníků. S přibývajícím počtem nakažených pacientů pozitivních na onemocnění Covid-19 se zvyšoval nápor na lékaře a zdravotní sestry. Mým cílem bylo zjistit, jak personál nahlíží na vlastní roli a zkušenosti během výkonu své práce během pandemie Covid-19. Ráda bych svojí bakalářskou prací přispěla k hlubšímu pochopení zkušeností, jichž v této době nabyly zdravotnické profese, lékař a zdravotní sestra, kteří museli čelit těžkým dopadům pandemie Covid-19.

Z výsledků vyvstalo několik tematických celků, které se doplňují. Tyto výsledky tak reflektují celkový pohled lékařů a zdravotních sester na jejich roli a zkušenosti, které získali díky výkonu své práce během pandemie. Jedním z hlavních zjištění, jež se pojí s výkonem práce lékařů a zdravotních sester během pandemie je ta skutečnost, že se změnilo pracovní prostředí a spolu s ním i způsob vykonávané práce související s péčí o pacienty pozitivními na onemocnění Covid-19.

Tyto změny se postupem času vyvíjely v závislosti na funkčnosti a efektivnosti původních nastavení. Významnou změnou byla například transformace nepřipraveného pracovního prostředí. Jak jsem již zmínila, hlavní a primární zkušenost této skupiny zdravotníků spočívá ve změně přístupu v péči o pacienty pozitivní na onemocnění Covid-19. Jednou z těchto změn bylo neustálé nošení ochranných pomůcek.

Nejsilnějším pocitem spojeným s péčí o tyto specifické pacienty, který lékaři a zdravotní sestry vnímali, je silný pocit nepohodlí, horka, stresu, vyčerpání a únavy. Z výsledků je také zřejmé, že pandemie Covid-19 klade větší nároky na intenzitu práce, proto bylo nezbytné vyvinout větší pracovní nasazení a výkonnost. Mezi důležitá zjištění se řadí i fakt, že nedostatek ochranných pomůcek má vliv na psychickou pohodu lékařů a zdravotních sester. Nedostatek ochranných pomůcek nejčastěji vzbuzuje úzkost, již

zmiňovanou únavu a stres. Bylo zjištěno, že v důsledku péče o infekční pacienty musí lékaři a zdravotní sestry bojovat se stigmatem potencionálních přenašečů nákazy. Naopak ze strany zdravotních sester a lékařů byl přítomen strach, aby nenakazili v důsledku péče o pacienty nakažené onemocněním Covid-19, své příbuzné. Rodinný život byl mnohdy potlačen v důsledku nedostatku času a ztráty energie, kterou tato skupina zdravotníků musela vynakládat v procesu péče o pacienty během pandemie.

Mezi důležitá zjištění se řadí i skutečnost, že emoční a psychické prožívání lékařů a zdravotních sester spojené s péčí o pacienty nakažené touto novou nemocí se proměnilo. Nejčastěji prožívanými emocemi jsou obavy, bezmoc a strach. Z výsledků je patrné, že k těmto stavům prožívání dochází v důsledku několika faktorů, které jsou pro lékaře a zdravotní sestry stresové. Nejčastějším stresovým faktorem je riziko nákazy sebe i rodiny, dlouhá pracovní doba s minimem přestávek potřebných k doplnění energie, ale i management státu během pandemie. Tyto výsledky týkající se emočního a psychického prožívání lékařů a sester se shodují se studií Štěpána Maška z roku 2021. Tato shoda nasvědčuje tomu, že se emoční a psychické prožívání zdravotních sester ve spojení s péčí o pacienty pozitivními na onemocnění Covid-19 v průběhu pandemie ani v následujícím roce nezměnilo. Dále výsledky ukázaly, že nejčastějším způsobem, kterým lze bojovat proti těmto náročným stresovým faktorům, je provozování sportu a chození na procházky do klidných míst. Je zřejmé, že koničky a záliby mají pozitivní dopad na emoce a psychiku lékařů a zdravotních sester. Dalším důležitým zjištěním je ta skutečnost, že pohled lékařů a zdravotních sester na vnímání svého povolání se vlivem pandemie výrazně nezměnil. Současně s tím došlo k potvrzení významu a důležitosti jejich práce.

Pokládám za důležité zabývat se názory a zkušenostmi této skupiny osob, na kterou je vyvíjen enormní tlak i mimo krizové situace. Zjištění, plynoucí z mého výzkumu nelze, vzhledem k použití kvalitativního šetření, generalizovat. Jelikož kvalitativní šetření si klade za cíl interpretaci a porozumění významům charakteristickým pro jednotlivce v dané situaci. Věřím, že zjištění plynoucí z mé práce, jsou přínosem pro vhled do problematiky toho, jak zdravotní sestry a lékaři nahlíží na zkušenosti a vlastní roli během výkonu své práce v kontextu pandemie Covid-19. Současně mohou sloužit i jako pobídka pro další výzkumníky, kteří by se chtěli zabývat problematikou zkušeností při výkonu práce v souvislosti s krizovými situacemi, jako jsou epidemie či pandemie.

Použitá literatura

Abdelmaksoud, R; et al. Coping with depression and anxiety in Egyptian physicians during COVID-19 pandemic. *SpringerOpen* [Online] 2020. <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-020-00070-9>

Bárlová, S.; et al. Position of nurse in a multidisciplinary team. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness* [Online] 2009, 11.

https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-200901-0042_postaveni-sestry-v-multidisciplinarnim-tymu.php

Benbenishty, J. Nurses' perceptions of social rejection, resilience and well-being during COVID-19: A national comparative study. *PubMed Central* [Online] **2020**. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8661763/>

Bureš, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*; SZN: Praha, 1960.

COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR, 2022. *Onemocneni-aktualne.mzcr.cz*. <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>.

Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IPDVZ, 2001. 173 s.

Černý, V. Pandemie COVID-19: ještě neskončila, ale co z ní lze využít již nyní.... *Aimjournal.cz* [Online] **2020**. <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2020/05/01.pdf>

Doležal, T. Jaké bude mít dopady pandemie covid19 na české zdravotnictví?. *Otevřené zdravotnictví* [Online] **2020**. <https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/novinky/jake-bude-mit-dopady-pandemie-covid19-na-ceske-zdravotnictvi>

Giddens, A. *Sociologie*; Argo: Praha, 1999.

Haroková, S. Factors affecting satisfaction of Czech nurses with work. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness* [Online] **2010**, *14*, 401-409. https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201204-0001_factory-pracovnej-spokojnosti-ceskych-sestier.php

Haroková, S. *Pracovní spokojenost sester v České republice*. Disertační práce, Ostravská univerzita, 2016.

Hayes, B.; et al. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing management* [Online] **2010**, *18*. <https://www.pubfacts.com/detail/20946216/Factors-contributing-to-nurse-job-satisfaction-in-the-acute-hospital-setting-a-review-of-recent-lite>

Hoedl, M.; et al. Associations between personal protective equipment and nursing staff stress during the COVID-19 pandemic. *MedRxiv* [Online] **2020**. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.06.20164129v1>

Jin Young, L.; et al. Beyond the fear: Nurses' experiences caring for patients with Middle East respiratory syndrome: A phenomenological study. *Wiley Online*

Library [Online] 2020.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15366?saml_referrer

Jinhee, K.; et al. Factors influencing nurses' intention to care for patients with COVID-19: Focusing on positive psychological capital and nursing professionalism. *PLOS ONE* [Online] 2022.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0262786>

Lai, J.; et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open* [Online] 2020, 3.

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>

Lesková, I. Kvůli covidu-19 vzniknou nová oddělení pro nakažlivé pacienty. *idnes.cz* [Online] 2020.

https://www.idnes.cz/ostrava/zpravy/moravskoslezsky-kraj-koronavirus-nemocnice-nova-oddeleni.A200803_562843_ostrava-zpravy_jog

Li, J.; et al. Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. *International Nursing Review* [Online] 2008, 55.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1466-7657.2007.00573.x>

Marek, L. Časová osa pandemie: hlavní události, výroky osobností i kroky států. *Seznamzpravy.cz* [Online] 2020.

<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/casova-osa-pandemie-hlavni-udalosti-vyroky-osobnosti-i-kroky-statu-104061>

Mašek, Š. Prožívání a zkušenosti zdravotnických sester během péče o pacienty nakažené Covid-19. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2021.

Mišovič, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*; SLON: Praha, 2019.

Mlčák, Z.; et al. Work and life satisfaction of social workers and perception of development of their profession competencies. *Kontakt* [Online] 2005, 7.

https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-200503-0020_pracovni-a-zivotni-spokojenost-socialnich-pracovniku-a-percepce-rozvoje-jejich-profesnich-kompetenci.php?l=cz

Mokrejš, A. *Husserl a otázka „Co je normální?“*; TRITON: Praha, 2002.

Nettleton, S. *The sociology of health and illness*; Polity Press: Cambridge, 2000.

Nič, Husárová, K. Ženy začaly šít roušky podomácku. Podporují je i regionální politici
Zdroj: https://kladensky.denik.cz/zpravy_region/zeny-zacaly-sit-rousky-podomacku-podporuji-je-i-regionalni-politici-20200316.html. *Kladensky.denik.cz* [Online] 2020.

https://kladensky.denik.cz/zpravy_region/zeny-zacaly-sit-rouscky-podomacku-podporuji-je-i-regionalni-politici-20200316.html

Ondrová, K. Pracovní spokojenost sester. Bakalářská práce, Masarykova univerzita, 2016.

Parsons, T. *The social system*; Free Press: New York, 1951

Parsons, T. *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure*. In: *Jaco EG. Patients, physicians and illness*; Free Press: New York, 1972.

Plevová, I. *Ošetrovatelství I*, 2nd ed.; Grada: Praha, 2018.

Přádová, D. Pandemie ukázala, jak moc chybí zdravotní sestry. Pomoci má nové studium. *Seznamzpravy.cz* [Online] 2020.

<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/koronavirus-pandemie-ukazala-jak-moc-chybi-zdravotni-sestry-pomoci-ma-nove-studium-188979>

Rahim, F.; et al. COVID-19 Funds in Response to the Pandemic, 2020. Socialprotection.org. <https://socialprotection.org/discover/publications/covid-19-funds-response-pandemic>.

Siegrist, J. *Medizinische Soziologie*, 4th ed.; Urban&Schwarzenberg: München, 1988.

Souhrnné statistiky, 2022. Ockovani.opendatalab.cz. <https://ockovani.opendatalab.cz/statistiky>

Sperling, D.; et al. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. *PubMed Central* [Online] 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7533465/>

Svoboda, M.; et al. *Pojetí normality*; Portál: Praha, 2012.

Syřišťová, E. *Normalita osobnosti*; Praha: Avicenum, 1972.

Taylor, S.; et al. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *PubMed Central* [Online] 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7434636/>

Tureckiová, M. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*; Grada: Praha, 2004.

Vévoda, J.; et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*; Grada: Praha, 2013.

Villar, R.; et al. Nurses' willingness to work with COVID-19 patients: The role of knowledge and attitude. *Wiley Online Library* [Online] 2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.674>

Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Zákon 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Resumé

First know outbreak of diseases nowadays known as Covid-19 is dated two years ago. The impact of the pandemic affected many states and management of their systems. One of the most affected was health care system. Doctors and nurses faced a new and challenging situation. Protection and retention of healthcare workers is important for the healthcare system.

For this reason, I decided to address the topic of normality and otherness from the perspective of medical staff in my bachelor's thesis. My research objective is to find out how doctors and nurses perceive their role and experience gained during the Covid-19 pandemic in the Czech Republic. My research is based on qualitative method. I tried to analyse experiences and opinions of the Czech doctors and nurses gained during the pandemic of Covid-19. It turns out that main experience of doctors and nurses has been the change in care of covid positive patients. From the results we can clearly see that during a pandemic there is higher demand on job intensity of doctors and nurses. Also, it turned out that care for patients infected with Covid-19 causes stigma of them being potential carriers of the disease, with which they must deal. Doctors and nurses often felt fear, anxiety, helplessness, and anxiety during the Covid-19 pandemic. As a result of the pandemic, doctors and nurses have not changed their perception of their profession and at the same time, the significance and importance of their work was confirmed.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Kompletní seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru určený pro zdravotní sestry

Příloha č. 2: Kompletní seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru určený pro lékaře

Příloha č. 1: Kompletní seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru určený pro zdravotní sestry

Zdravotní sestry

Individuální charakteristiky a první kontakt s Covid-19

1. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete? (Státní/soukromé oddělení; typ oddělení (standardní či intenzivní; lůžkové či ambulantní; apro či jip či ldn či chirurgie či interna)
2. Jak dlouho v tomto zařízení pracujete?
3. Setkal/a jste se s pacienty pozitivními na covid-19?
4. Prodělal/a jste onemocnění covid-19? Pokud ano, jak dlouho jste byl/a v karanténě? Jaký jste měl/a průběh? (Vážný či lehký)
5. Vzpomínáte si na moment, když jste poprvé dozvěděl/a, že budete ošetřovat pacienty covid-19 pozitivní? Vyvolalo to ve Vás nějaké obavy?

Pracoviště, oddělení

6. Sepjali jste se díky pandemii covid-19 více jako tým na pracovišti?
7. Zdravotní sestry či zdravotní bratři během výkonu své práce podléhají neustálému stresu. Řekněte mi prosím něco o stresu na Vašem pracovišti během pandemie covid-19? Změnila se v této oblasti něco během pandemie covid-19?
8. V případě, že jste bojovala se stresem, jak jste tuto situaci řešila? Co jste skutečně dělal/a, když jste cítil/a stres?

Interakce (vztah) s pacienty

9. Změnil se Váš pohled na vztah sestra – pacient vlivem pandemie?
10. Setkal/a jste se s větší nedůvěrou ve Vaší práci ze strany pacienta během pandemie covid-19?
11. Podle psychologů (Otakar Fleischmann – ČT24, přenesená agrese) je epidemie covid-19 pro některé z lidí psychicky náročná. Setkáváte se s větší agresí u pacientů během této pandemie? Dostal/a jste se někdy s pacientem či s jeho rodinou do konfliktu?

Výkon práce

12. Jak ovlivnil počátek pandemie chod Vašeho oddělení? Jak to ovlivnilo dění na pracovišti?
13. Jaké jsou pracovní podmínky na Vašem pracovišti v době pandemie covid-19? Změnily se nějak?
14. Co je na práci zdravotní sestry během pandemie covid-19 nejnáročnější?
15. Jaký je rozdíl v obsahu Vaší práce během pandemie covid-19 a před touto pandemií? Liší se výkon Vašeho povolání v porovnání s dobou před pandemií?
16. Pociťoval/a jste nedostatek odborné specializace v souvislosti pandemií Covid-19?

17. Měl/a jste k dispozici vždy ochranné pomůcky? Zaznamenala jste nějaký nedostatek zdravotnických pomůcek na pracovišti během pandemie covid-19? Pokud ano, mělo to na Vás nějaký dopad?
18. Setkáváte se v době pandemie s větším množstvím úmrtí? Jak se s tím vyrovnáváte?
19. Měl/a jste vždy dostatek pracovního prostoru během pandemie covid-19? Pokud ne, stresovalo Vás to?
20. Měl/a jste dostatek pracovních přestávek?
21. Jak byste celkově zhodnotil/a Vaši práci během pandemie covid-19?
22. Cítíte se spokojen(a) se svojí prací? Naplňuje Vás?
23. Cítil/a jste se díky množství pacientů přetížená? Pokud ano, jaký to mělo na Vás a Vaši práci vliv?
24. Co Vás motivovalo k výkonu Vaší práce, i když na Vás byl vyvíjen tlak ze strany pacientů, ale i ze strany společnosti? Pomáhala Vám například rodina či přátelé? Kde nebo v čem jste našel/a oporu?

Dopad na rodinu a přátele

25. Měla pandemie nějaký dopad na Vaše vztahy mimo nemocnici či Vaše zdraví?
26. Jaký dopad měla na Vás tato pandemie v oblasti přátel a Vaší rodiny?
27. Změnila pandemie covid-19 Vaše fungování v rámci každodennosti?

Reflexe, hodnocení zkušenosti

28. Změnila pandemie Váš přístup k Vašemu povolání? Jak se změnil Váš přístup k práci ve zdravotnictví díky pandemii covid-19?
29. Změnilo se vašeho nahlížení na českou společnost díky pandemii?
30. Přinesla Vám osobně pandemie covid-19 nějaká pozitiva v oblasti práce?
31. Přinesla Vám osobně pandemie covid-19 nějaká negativa v oblasti práce?
32. Došlo k nějakým zlepšením ve Vaší práci díky pandemii covid-19? Například zjednodušení některých úkonů?
33. Cítíte podporu od společnosti? Ocenil/a byste ze strany veřejnosti nějakou formu podpory?
34. Existují linky, kam lze zavolat a svěřit. Využila jste této formy pomoci? Pokud ne, ocenil/a byste tuto formu pomoci? Například od zaměstnavatele?

Příloha č. 2: Kompletní seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru určený pro lékaře

Lékaři

Individuální charakteristiky a první kontakt s covid-19

1. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete? (Státní/soukromé oddělení; typ oddělení (standardní či intenzivní; lůžkové či ambulantní; aro či jip či ldn či chirurgie či interna)
2. Jak dlouho v tomto zařízení pracujete?
3. Setkal/a jste se s pacienty pozitivními na covid-19?
4. Prodělal/a jste onemocnění covid-19? Pokud ano, jak dlouho jste byl/a v karanténě? Jaký jste měl/a průběh? (Vážný či lehký)
5. Vzpomínáte si na moment, když jste poprvé dozvěděl/a, že budete ošetřovat pacienty covid-19 pozitivní? Vyvolalo to ve Vás nějaké obavy?

Výkon práce

6. Jaký je rozdíl v obsahu Vaší práce během pandemie covid-19 a před touto pandemií? Liší se výkon Vašeho povolání v porovnání s dobou před pandemií?
7. Jak ovlivnil počátek pandemie chod Vašeho oddělení? Jak to ovlivnilo dění na pracovišti?
8. Jaké jsou pracovní podmínky na Vašem pracovišti v době pandemie covid-19? Změnily se nějak?
9. Stresovalo Vás velké množství pacientů?
10. Co je ve Vaší práci pro Vás největším stresem během pandemie covid-19?
11. Co je na práci lékaře během pandemie covid-19 nejnáročnější?
12. Setkáváte se v době pandemie s větším množstvím úmrtí? Jak se s tím vyrovnáváte?
13. Měl/a jste k dispozici vždy ochranné pomůcky? Zaznamenala jste nějaký nedostatek zdravotnických pomůcek na pracovišti během pandemie covid-19? Pokud ano, mělo to na Vás nějaký dopad?
14. Měl/a jste vždy dostatek pracovního prostoru během pandemie covid-19? Pokud ne, stresovalo Vás to?
15. Měl/a jste dostatek pracovních přestávek?
16. Co Vás motivovalo k výkonu Vaší práce, i když na Vás byl vyvíjen tlak ze strany pacientů, ale i ze strany společnosti? Pomáhala Vám například rodina či přátelé? Kde nebo v čem jste našel/a oporu?
17. Cítil/a jste se díky množství pacientů přetížený/á? Pokud ano, jaké to mělo na Vás a Vaši práci důsledky?
18. Změnila pandemie Váš přístup k Vašemu povolání? Cítíte se například spokojen(a) se svojí prací? Naplňuje Vás? Jak se změnil Váš přístup k práci ve zdravotnictví díky pandemii covid-19?
19. Jak byste celkově zhodnotil/a Vaši práci během pandemie covid-19?

Pracoviště, oddělení

20. Sepjali jste se díky pandemii covid-19 více jako tým na pracovišti?

21. Setkal/a jste se s větší nedůvěrou ve Vaši práci ze strany pacienta během pandemie covid-19?
22. Lékaři během výkonu své práce podléhají stresu a nesou velkou zodpovědnost. Řekněte mi něco o stresu na Vašem pracovišti během pandemie covid-19? Změnilo se v této oblasti něco během pandemie covid-19?
23. Jak jste bojoval/a se stresem, pokud jste nějaký pocit'oval/a?

Interakce (vztah) s pacienty

24. Změnil se Váš pohled na vztah lékař – pacient vlivem pandemie?
25. Setkal/a jste se s větší nedůvěrou ve Vaši práci ze strany pacienta během pandemie covid-19?
26. Podle psychologů (Otakar Fleischmann – ČT24, přenesená agrese) je epidemie covid-19 pro některé z lidí psychicky náročná. Setkáváte se s větší agresí u pacientů během této pandemie? Dostal/a jste se někdy s pacientem či s jeho rodinou do konfliktu?

Dopad na rodinu a přátele

27. Měla pandemie nějaký dopad na Vaše vztahy mimo nemocnici či Vaše zdraví?
28. Jaký dopad měla na Vás tato pandemie v oblasti přátel a Vaší rodiny?
29. Změnila pandemie covid-19 Vaše fungování v rámci každodennosti?

Reflexe, hodnocení zkušenosti

30. Změnila pandemie Váš přístup k Vašemu povolání? Jak se změnil Váš přístup k práci ve zdravotnictví díky pandemii covid-19?
31. Změnilo se vaše nahlížení na českou společnost díky pandemii?
32. Přinesla Vám osobně pandemie covid-19 nějaká pozitiva v oblasti práce?
33. Přinesla Vám osobně pandemie covid-19 nějaká negativa v oblasti práce?
34. Došlo k nějakým zlepšením ve vaší práci díky pandemii covid-19? Například zjednodušení některých postupů?
35. Cítíte podporu od společnosti? Ocenil/a byste ze strany veřejnosti nějakou formu podpory?
36. Existují linky, kam lze zavolat a svěřit se. Využila jste této formy pomoci? Pokud ne, ocenil/a byste tuto formu pomoci? Například od zaměstnavatele?