

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Prožívání pandemie covid-19 u příslušníků
zdravotnické záchranné služby**

Natálie Sanvenero

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie, prezenční forma studia

vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Praha 2022

Prague College of Psychosocial Studies



**Emergency medical service members'
experience with pandemic of COVID-19**

Natálie Sanvenero

The Bachelor Thesis

Study program: Psychology, full - time study

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Prague 2022

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Ing. Evě Dubovské, Ph.D. za všechny praktické rady i připomínky, které mě posouvaly dál. Velmi si cením poskytnutí volnosti při realizaci této práce a zároveň pocitu podpory, že se na ni mohu obrátit, kdykoli jsem se cítila ztracená a potřebovala nasměřovat.

Dále bych chtěla poděkovat všem participantům výzkumu za otevřené sdílení svých vzpomínek.

Anotace:

Cílem bakalářské práce je detailně analyzovat a porozumět prožívání pandemie covid-19 u příslušníků zdravotnické záchranné služby. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část představuje základní informace o problematice stresu a jeho zvládnání. Zahrnuje nejen charakteristiku těchto oblastí, ale především doplnění o nové poznatky současných výzkumů vzniklých v důsledku pandemie. Naopak výzkumná část popisuje kvalitativní výzkum a shrnuje výsledky získané ze sedmi polo-strukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova:

příslušníci zdravotnické záchranné služby, zdravotníci, pandemie covid-19, stres, copingové strategie, PTSD, ASR, SV

Abstract:

The aim of this bachelor's thesis is a detailed analysis and understanding of Emergency medical service members' experience with pandemic of COVID-19. The thesis is divided into two parts. The theoretical part introduces basic information about stress and the ways of coping with it. It includes not only the characteristics of these topics, but mainly new findings from today's research carried out as a result of the pandemic. The empirical part describes qualitative research and summarizes the results obtained from seven semi-structured interviews.

Key words:

Emergency medical service, Health care workers, COVID-19, Stress, Coping strategies, PTSD, ASR, SV

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Stres	10
1.1 Základní charakteristika	10
1.2 Stres jako fyziologická reakce	11
1.2.1 Koncept homeostázy	12
1.2.2 Obecný adaptační syndrom	13
1.3 Akutní stresová reakce	14
1.4 Posttraumatická stresová porucha	14
1.5 Stres během pandemie covid-19	16
2 Zvládání stresu	17
2.1 Odolnost	17
2.1.1 Měření odolnosti	18
2.2 Coping	18
2.3 Strategie zvládání stresu	19
2.4 Fenomén druhé oběti	20
2.5 Zvládání stresu u zdravotníků	20
EMPIRICKÁ ČÁST	22
3 Metodika výzkumu	22
3.1 Kvalitativní výzkum	22
3.2 Reflexe vlastního předporozumění zkoumanému tématu	22
3.3 Zkoumaná problematika a výzkumná otázka	23
3.4 Výběr participantů, sběr dat a rozhovor	23
3.5 Etické zásady výzkumu	25
3.6 Metoda analýzy dat	25
4 Výsledky	28
4.1 Fyzická náročnost	28
4.1.1 Neuspokojení základních fyziologických potřeb	29
4.1.2 Nevhodné ochranné pomůcky	30
4.2 Nepřipravenost a nevědomost	30

4.3 Emoční zátěž	31
4.3.1 Strach o sebe i nejbližší a ztráta blízkého kontaktu s rodinou	31
4.3.2 Od smutku po vztek	32
4.3.3 Zvládání zátěžových situací	33
4.3.4 Konfrontace se smrtí	33
4.3.5 Beznaděj	34
4.4 Specifika práce záchranáře	35
4.4.1 Přístup k práci záchranáře	35
4.4.2 Změna vztahu k pacientům	35
4.5 Pozitivní aspekty	37
4.6 Odpovědi na výzkumné otázky	38
5 Diskuze	40
ZÁVĚR.....	42
SEZNAM LITERATURY.....	43
SEZNAM PŘÍLOH.....	47

ÚVOD

Problematika pandemie covid-19 byla a je aktuálním tématem. Ačkoliv už to vypadá, že pomalu doznívá, stále se jedná o globální problém, jehož dopad lze vidět v různých oblastech od vzdělávání, přes kulturu až po nejvíce zasažené zdravotnictví. Tato doba, ať chceme nebo ne, ovlivnila nás všechny. Doslova ze dne na den se nám změnila naše běžné životy, někomu se úplně zastavil, jiným naopak dvojnásobně zrychlil. Ve zprávách, novinách i na internetu se nemluvílo a nepsalo o ničem jiném.

Vzhledem k těmto okolnostem jsem se rozhodla na tuto, svým způsobem jedinečnou, situaci podívat a to pokud možno z jiného úhlu pohledu, než jaký mi poskytovala právě masmédia. Za výzkumný vzorek jsem zvolila příslušníky zdravotnické záchranné služby, protože v době největší krize pandemie to byla profese sloužící v první linii a přesto téměř opomenutá. Na rozdíl od učitelů, zdravotních sestřiček i lékařů se o záchranářích skoro nikdo nezmiňoval, i když to byli oni, kteří se s covid pozitivními pacienty setkávali mezi prvními. Proto jsem si za hlavní výzkumnou otázku své bakalářské práce zvolila: *Jak prožívali pandemii covid-19 členové zdravotnické záchranné služby?*

V teoretické části této práce představuji základní teoretické přístupy a nejnovější informace, které jsou dle mého názoru nezbytné při následném čtení výsledků v empirické části a umožňují tak čtenáři si vytvořit ucelený obraz a trochu jiný pohled na toto období, které jsme všichni prožili, i když každý úplně jinak.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stres

Ačkoliv se se stresem a zátěžovými situacemi setkáváme velmi často, prožíváme a zvládáme jej každý jinak. Doprovází nás nejen v průběhu negativních událostí, ale velmi často i v situacích, které jsou svým způsobem pozitivní jako je například narození dítěte nebo svatba. Nepříjemné projevy stresu, a to především ty fyziologické, jako je pocení, červenání se, zvýšená či naopak snížená chuť k jídlu a mnoho dalších, zná každý. Proto se v této kapitole budu snažit propojit tyto známé informace o problematice stresu se současnými výzkumy, které přinesly nepřeborné množství nových poznatků a to nejen v období pandemie, které samo o sobě lze považovat za velmi stresující.

1.1 Základní charakteristika

Termín stres je s ohledem na člověka definován jako negativní emocionální zážitek, který je provázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, které jsou zaměřeny na změnu nebo přizpůsobení se situaci ohrožující člověka (Křivohlavý, 2001). Naopak psychologický slovník pojem stres popisuje jako *„nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám; liší se od neurotické reakce, v níž somatické poškození či porucha může být vyřešena únikovým mechanismem; u tělesné zátěže jde o přehřátí, podchlazení, infekci, otravu, poranění, šok či operační trauma; rozšířit fyziologickou zátěž na psychologickou naráží na problémy, především vzhledem k povaze stresoru; rozsah psychologických stresorů je individuálně rozdílný a vlastně nekonečný, může jím být i silná radost“* (Hartl & Hartlová, 2000, s. 568).

Zdrojem stresu může být nespočetné množství událostí, charakteristické změnou pro jedince i skupiny lidí. Tyto stresory mohou trvat jen krátce, naopak jiné stresory jsou chronické a působí delší dobu, někdy i trvale (Atkinson et al., 2012). Mezi situace, které člověk vnímá jako stresové, se řadí i traumatické události, v jejichž důsledku vzniká psychické trauma, které je charakteristické extrémně děsivou příčinou

přicházející z vnějšku a navozující pocit ohrožení života a bezmoci provázené strachem ze ztráty tělesné či duševní integrity. Pokud člověk zažívá takto vyhocenou situaci, běžně využívající adaptační mechanismy selhávají a sebezpožívání je provázeno pocitem ztráty moci a vlivu (Vodáčková, 2007).

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje tři druhy příznaků stresu: fyziologické (bušení srdce, úporné bolesti hlavy, časté nucení na močení, zvýšené svalové napětí), psychologické (prudké a výrazné změny nálady, nadměrné pocity únavy, nadměrné starosti o vlastní zdraví, omezování kontaktu s druhými lidmi) a behaviorální (změněný denní rytmus, nerozhodnost, zvýšená nepozornost, změny ve vztahu k potravě i k práci).

1.2 Stres jako fyziologická reakce

Obvykle akutní stresové reakce nepředstavují zdravotní zátěž a mohou být adaptivní, pokud je však ohrožení trvalé, může dlouhodobé působení stresorů poškodit zdraví (Schneiderman et al., 2005). Selye (1956) použil termín „stres“ k vyjádření účinků čehokoli, co vážně ohrožuje homeostázu a přestože se stresové reakce vyvíjely jako adaptivní procesy, pozoroval, že závažné a především dlouhodobě působící stresové reakce mohou vést k poškození tkání a rozvinutí vážného onemocnění. Tělo na každý stresor reaguje složitým řetězcem reakcí, pokud ohrožení rychle odezní, reakce ustoupí, pokud se ale jedná o dlouhodobý nebo dokonce chronický stres, organismus se mu snaží přizpůsobit a objevují se tak jiné další reakce, které nadále vysilují organismus (Atkinson et al., 2012).

Křivohlavý (2010) uvádí, co vše může stres negativně ovlivnit. Do tohoto přehledu patří negativní vliv na kardiovaskulární systém, práci gastrointestinálního systému, činnost imunitního systému, urogenitálního systému, svalový systém i dýchání. Vzhledem k tomu, že stále více současných výzkumů zdůrazňuje, že optimální úroveň stresu je pro zdraví klíčová, zatímco nadměrná nebo nepřiměřená úroveň stresu může narušit vývoj, růst a složení těla a vést tak k patologickým stavům, je třeba stres rozdělit na: eustres, distres a sustres. Eustres, uváděný jako dobrý stres, znamená, že homeostáza byla mírně narušena středními úrovněmi stresorů, může vyvolat mírnou stresovou reakci, a tím zvýšit kapacitu homeostázy a prospívat zdraví. Distres, nebo-li špatný stres, naopak znamená, že homeostáza byla silně

narušena vysokými úrovněmi stresorů, které mohou vyvolat silnou stresovou reakci, narušit homeostázu a ohrozit zdraví. Sustres je odvozen z latinského „sus“ (asimilovaná forma latinského „sub-“ před „-s-“), což znamená „méně než normálně“ a chápeme jej jako nedostatečný stres. Sustres tedy může stejně jako distres zmenšovat kapacitu homeostázy a může ohrozit zdraví narušením normální fyziologické funkce, a dokonce vést k patologickým stavům (Lu et al., b.r.).

1.2.1 Koncept homeostázy

Americký profesor fyziologie W.B. Cannon v roce 1915 ve své knize „Bodily changes in pain, hunger, fear and rage“ uvádí dvě teorie velmi významné pro dnešní oblast stresu. V první objevil význam sympatoadrenálního systému, který vede k obraně proti hrožícímu nebezpečí vznikem emocí strachu, úzkosti a vzteku. Tento základní typ obrany „fight or flight“ (útok nebo útěk) je reakcí organismu na stres (Baštecká & Goldman, 2001).

Druhým významným konceptem je homeostáza, kterou chápe jako stálost vnitřního prostředí organismu umožněnou zpětnovazebnými regulačními mechanismy. Popisuje ji jako protipól k reakci organismu na ohrožení, které nese své typické fyziologické projevy jako je tachykardie nebo hyperglykémie. Tyto změny nás mají ve stresujících chvílích udržet v pozoru a umožnit rychlý výdej tělesné energie v případě boje či útěku (Baštecká & Goldman, 2001). Dle tohoto rámce původního významu dochází k udržování dynamické stability vnitřního prostředí prostřednictvím stálosti. Avšak dnešní studie toto tvrzení zpochybňují, protože základní linie homeostázy je spíše dynamická než konstantní. Hromadné důkazy naznačují, že mnoho fyziologických ukazatelů a činností, včetně krevního tlaku, tělesné teploty i sekrece hormonů, vykazují typický cirkadiánní rytmus. Proto již v roce 1988 Sterling a Eyer vytvořili nový termín „allostáza“ (z řec. „allo“ znamenající proměnný a „stasis“ znamenající stabilní) což znamená „zůstává stabilní tím, že je proměnlivý“, který lépe znázorňuje většinu vnitřního prostředí (Lu et al., b.r.). Současná definice homeostázy ji tudíž popisuje jako samoregulační proces, kterým biologické systémy udržují stabilitu a zároveň se přizpůsobují měnícím se vnějším podmínkám. Narušení homeostatických mechanismů vede k onemocněním a účinná terapie musí směřovat k obnovení těchto homeostatických stavů. Jedná se o tedy dynamický, nikoli stagnující proces, jak už bylo

řečeno, jehož výsledkem je zdraví a vitalita organismu (Billman, 2020). Nové výzkumy stále více naznačují úzké propojení mezi zánětlivými a stresovými reakcemi. Jedna z hypotéz nahlíží na zánět jako konec spektra mechanismů, které udržují a brání homeostázu. Toto stresové spektrum, které tvoří stresové a obranné reakce, stresová reakce na úrovni tkáně a další, za normálních podmínek fungují, avšak v případě, že jsou nedostatečné nebo neschopné udržet homeostázu, mohou vyvolat i vlastní zánět (Chovatiya & Medzhitov, 2014).

1.2.2 Obecný adaptační syndrom

Hans Selye v roce 1936 popsal obecný adaptační syndrom (GAS) jako biologickou reakci organismu, který se snaží přizpůsobit tlaku. Rozpracoval ho do tří fází:

1. poplachová reakce, kdy je aktivován autonomní nervový systém, a pokud je tento tlak dostatečně silný, začínají se tvořit vředy v gastrointestinálním traktu, zvětšují se nadledviny a atrofuje brzlík,
2. odpor, odolnost (rezistence) je charakteristická buď přizpůsobením se na stres, pokud je to možné, nebo se organismus snaží s přetrvávajícím stresem vyrovnat,
3. vyčerpání nastává v případě, že organismus není schopen účinně reagovat na stresor (zátěžový podnět) a může dojít i k nevratnému poškození až smrti organismu (Baštecká & Goldman, 2001).

Dále se Selye domníval, že stres je nespecifická a sdílená reakce, bez ohledu na povahu stresorů (Selye, 1975). Později byl však tento úhel pohledu na nespecifickou stresovou reakci zpochybněn, protože tato reakce není univerzální, zejména neexistuje v izolovaných buňkách a tkáních a v jistém smyslu mohou všechny stresy po překročení určité hranice intenzity způsobit systematickou stresovou reakci související s osou hypothalamo-pituitárně-adrenální (HPA) (Chrousos, 2009).

Optimální bazální aktivita a reakce na stresový systém jsou nezbytné pro pocit pohody, úspěšné plnění úkolů a vhodné sociální interakce. Oproti tomu nadměrná nebo neadekvátní bazální aktivita a schopnost reakce tohoto systému mohou narušit vývoj, růst a složení těla a vést k řadě behaviorálních i somatických patologických stavů (Chrousos, 2009).

1.3 Akutní stresová reakce

Akutní stresová reakce (ASR) narozdíl od posttraumatické stresové reakce musí být bezprostřední, se zřejmým časovým spojením mezi neobvykle silnou zátěžovou situací a nástupem příznaků, ke kterým dochází buď hned nebo zpravidla do jedné hodiny po události. Příznaky mohou být smíšené nebo měnící se, ale vždy rychle odezní, když přestane působit stresující faktor (Karel Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Akutní stresová reakce se může rozvinout nejen do posttraumatické stresové poruchy, ale může vést i k různým psychiatrickým problémům jako jsou poruchy nálad (depresivní, úzkostné i panické poruchy) a poruchy užívání návykových látek (porucha užívání alkoholu a závislosti na nelegálních drogách) (Kliem & Kröger, 2013). Do kategorie akutní reakce na stres můžeme shrnout mnoho různorodých projevů a procesů v důsledku podnětu jako náhlé úmrtí blízké osoby, fyzické ohrožení vlastní či blízké osoby, ztráta základních životních jistot apod. (Vodáčková, 2007).

V případě včasného dostavení vhodné léčby lze snížit riziko dalšího rozvoje PTSD. Z psychologické oblasti je za účinnou považována psychoterapie ve formě kognitivně-behaviorální terapie se zaměřením na trauma (Kliem & Kröger, 2013).

1.4 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je jedinou závažnou duševní poruchou, jejíž příčina se považuje za známou, totiž událost, která zahrnuje ohrožení fyzické integrity sebe sama nebo druhých a vyvolává reakci intenzivního strachu, bezmoci nebo hrůzy (Pitman et al., 2012). PTSD se může rozvinout po dlouhodobém vystavení traumatu jako je například sexuální zneužívání v dětství, ale může se objevit i jen po jedné traumatické události (Bisson et al., 2015).

MKN-10 charakterizuje posttraumatickou stresovou poruchu jako opožděnou nebo protahovanou stresovou událost nebo situaci, pro kterou jsou typické stále se vracející epizody oživaného traumatu ve formě nedobytných snů, vzpomínek („flashbacks“) nebo nočních můr. Doprovází je pocitem úzkosti, deprese i nespavost a anhedonie. Jedná se tudíž o poruchu zařazenou do skupiny psychických poruch, které vznikly na základě závažného stresujícího zážitku a poruchy přízpůsobení (F43). Jedno z diagnostických kritérií je, že porucha vzniká do šesti měsíců po závažné traumatické

události. Další důležité kritérium je neschopnost vybavit si některé momenty z období působení této stresové situace (Karel Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Mezi preventivní zásahy, které se snaží předejít rozvinutí posttraumatické stresové reakce lze zařadit psychologické, behaviorální intervence i farmakologické intervence. Jednou z psychologických metod je tzv. debriefing, který obvykle zahrnuje jen jediné sezení bezprostředně několik hodin, maximálně několik dní, po vystavení traumatu. Často užívaná metoda je založená na sdílení jednotlivců, avšak studie příznivé účinky této metody neprokázaly. Naopak za účinnou metodu je považována kognitivně-behaviorální terapie a farmakologická intervence zaměřená na stresový hormon (Qi et al., 2016). Kognitivně-behaviorální terapie (CBT) založená na expozici, nabízená individuální skupinovou formou, prokázala středně pozitivní výsledky při snižování PTSD. V rámci studie byla využita metoda prodloužené expozice u osob, které přežili znásilnění, autonehody nebo podobné traumatické situace a to přibližně 12 hodin po traumatu (Rothbaum et al., 2012). V případě farmakologické prevence byla zkoumána různá léčiva a jejich účinnost, potvrzená byla u užívání hydrocortisonu a to především u pacientů, kteří nikdy nebyli léčeni pro psychiatrické poruchy. Základní mechanismus však dosud nebyl stanoven (Amos et al., 2014).

Naopak jednou z již ověřených metod v léčbě posttraumatické stresové poruchy je psychoterapeutický přístup Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), který zahrnuje osm fází a bilaterální stimulaci k desenzibilizaci diskomfortu způsobeného traumatickými vzpomínkami. Cílem této terapie „desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů“ je dosáhnout jejich přepracování a integrace do standardních biografických vzpomínek pacienta (Valiente-Gómez et al., 2017). Nedávné systematické přehledy a metaanalýzy potvrdily, že EMDR účinně snižuje nejen symptomy PTSD, ale byly nalezeny i významné výsledky pro užití této metody u fobií a úzkostí (Cuijpers et al., 2020). Vzhledem k pandemii covid-19 a jejím omezením bylo mnoho terapeutů zaměřených na desenzibilizaci a přepracování očního pohybu nuceno přesunout svou praxi do online prostředí. V návaznosti na tuto změnu bylo provedeno několik průzkumů přijatelnosti EMDR jako online terapie (Bursnall et al., 2022). Tyto studie ukázaly slibné výsledky internetově poskytované CBT a EMDR na PTSD, nicméně je nutné hlubší ověření (Lenferink et al., 2020).

1.5 Stres během pandemie covid-19

Pandemie covid-19 přinesla mnoho změn a svými faktory (rychlost šíření, nejisté znalosti, závažnost, smrt) vyvolala velkou úzkost. Mezi zdroje stresu patří organizační faktory jako je nedostatek ochranných pomůcek, nedostatek komunikace, narušování každodenního rodinného a společenského života, ale i rizikové faktory jako je strach z nakažení milovaného člověka, izolace, úroveň stresu v práci (El-Hage et al., 2020). Kromě obecných stresorů existují také pandemicky specifické stresory jako jsou:

- riziko nakažení sebe a ostatních, zejména v situaci, kdy přenos viru ještě není zcela objasněn,
- nesprávná interpretace příznaků jiných onemocnění (např. nachlazení) jako příznaků onemocnění covid-19 s následnými obavami z nákazy,
- péče o rodinné příslušníky a děti, které jsou samy doma (např. v důsledku uzavření škol),
- obavy ze zhoršení fyzického a duševního zdraví zdravotnických pracovníků, kteří mají již ohrožující onemocnění nebo rizikové faktory (Petzold et al., 2020).

Zdravotníci, zejména zdravotní sestry jsou v důsledku psychické tísně během pandemie covid-19 považováni za zranitelnou skupinu a to především v případě akutní stresové reakce. Tuto hypotézu potvrzuje kvantitativní výzkum jordánských sester, při kterém bylo zjištěno, že většina sester (64 %) trpí v důsledku pandemie akutní stresovou reakcí a jsou ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou (Shahrour & Dardas, 2020). Dalším faktorem, který výrazně ovlivnil psychiku zdravotnického personálu v nemocnicích, je vyšší úmrtnost pacientů, kterému musí čelit. Riziko PTSD pro zaměstnance první linie tak může být vyšší než 10 % (Walton et al., 2020).

Výzkumy ukazují, že jedním z nejdůležitějších aspektů je zajištění uspokojování základních potřeb jako je zdravé stravování, dodržování pravidelných přestávek a to i v extrémních podmínkách pandemie. Zároveň by měly být všechny silné emoce, včetně hněvu a podrážděnosti pochopeny, aby nedošlo k jejich špatnému zpracování a pocitu provinilosti za jejich prožívání na straně zdravotníků. Normalizace psychické zátěže je v tomto případě nezbytná (Petzold et al., 2020).

2 Zvládání stresu

V předchozí kapitole jsem se snažila popsat důsledky působení stresu a to nejen na fyziologické, ale i psychické úrovni. Rozlišila jsem v ní základní teorie a pojmy vzniklé v minulém století a doplnila je o informace ze současných výzkumů. V této kapitole bych se naopak ráda zaměřila na zvládání a aktivní práci se stresem i zátěžovými situacemi, které přináší.

2.1 Odolnost

Lidé jsou vystavováni stresujícím událostem od každodenního chronického stresu po traumatické události měnící celý život. Schopnost odpoutat se od devastování chronickým stresem a přejít do stavu obnovy, prosperity se nazývá odolnost (z angl. resilience). Současná společnost je však nesprávně zaměřená na snahu snižování stresu, místo cesty zaměřené se na zvyšování odolnosti a obnovy (Liu & Boyatzis, 2021). Atkinson (2012) definuje nezdolnost (z angl. hardiness) jako vlastnost jedinců, kteří jsou vůči stresu velmi odolní a to i v těžkých stresových situacích, aniž by projevili jakékoli známky tělesného či emočního oslabení. A popisuje její tři složky: odhodlání angažovat se v boji proti obtížím, schopnost chápat obtíže jako výzvu a schopnost vidět možnosti řízení a řešení událostí.

Emoční inteligence je schopnost zvládání svých vlastních emocí i emocí druhých, vztahů mezi nimi a je úzce propojená právě s odolností vůči stresu (Boyatzis, 2018). Odolnost koreluje se stavem pohody, napomáhá adaptivnímu zvládání i usnadňuje mobilizaci užitečných reakcí ve stresových situacích. Jednou z takových strategií je i zvládání stresu na základě úkolů se zaměřením na zdroj stresu, změnu prostředí, osoby nebo změny vztahu mezi proměnnými stresoru. Výzkumy prokázaly pozitivní souvislost mezi zvládáním a strategií plánování řešení problémů i pozitivním přehodnocováním. Dále studie ukazují, že strategie zaměřené na emoce jako je popírání/vyhýbání se, hledání smyslu, rozptýlení, sebeobviňování i vybíjení pocitů, negativně korelují s odolností, životní spokojeností a naopak pozitivně s depresí a úzkostí (Konaszewski et al., 2021).

2.1.1 Měření odolnosti

Mezinárodní výzkum v oblasti odolnosti se v posledních dvou desetiletích podstatně zintenzivnil a to nejen v souvislosti s potenciálním vlivem odolnosti na zdraví, pohodu a kvalitu života. Avšak současná studie porovnávající jednotlivé metody používané k měření odolnosti dnes, došla k závěru, že žádná z patnácti identifikovaných není ideální. Nejlepší hodnocení získaly: Connor-Davidsonova škála odolnosti, škála odolnosti pro dospělé a krátká škála odolnosti (Windle et al., 2011).

Nejčastěji užívaným měřítkem k identifikaci povahy strategií zvládání je Brief COPE, které je založené na teoretických modelech od Lazaruse, Carvera a Scheiera. Jedná se o multidimenzionální měřítko obsahující čtrnáct škál hodnotících dimenzí zvládání: seberozptylování, aktivní zvládání, popírání, užívání návykových látek používání emocionální podpory, používání instrumentální podpory, behaviorální odpoutání, ventilace, pozitivní přesměrování, plánování, humor, přijetí, náboženství a sebeobviňování. Francouzská studie došla k uspokojivých psychometrickým vlastnostem tohoto měřítka, nicméně za účelem zlepšení metody navrhuje úpravu na pouze čtyř faktorovou strukturu namísto čtrnácti složkové (Baumstarck et al., 2017).

2.2 Coping

Anglický termín coping lze přeložit jako “zvládání”. Jedná se o slovo, které pochází z řeckého „colaphos”, znamenající v zápasnické terminologii „přímý úder na ucho”. Copingové, nebo-li vyrovnávací strategie jsou tudíž způsob a forma chování, kterým se přizpůsobujeme nárokům života a obvykle se odvozují od základních reakcí na zátěž: útok, útěk a zamrznutí (Baštecká & Goldman, 2001). V psychologii lze nalézt různá pojetí těchto přirozených vyrovnávacích mechanismů.

Americký psycholog Richard Stanley Lazarus zásadně přispěl k rozšíření psychologických poznatků v kognitivní psychologii a to především v oblasti stresu definováním pojmu „zvládání” (coping). Klade důraz na čtyři skutečnosti:

1. Zvládání je dynamický proces, ne jednorázová záležitost.
2. Zvládání není automaticky reakcí.
3. Zvládání vyžaduje určitou (vědomou) snahu a námahu jednající osoby.
4. Zvládání je snahou řídit dění (Křivohlavý, 2001).

2.3 Strategie zvládání stresu

Jelikož jsou stresové situace velmi nepříjemné, nutí nás k jejich zmírnění, nejlépe úplnému vymizení. Tento proces, kterým se lidé snaží vyrovnat se stresem vyvolávající onen nepříjemný stav, se označuje pojmem zvládání. Dle typu zaměření se rozlišuje:

1. strategie zaměřené na problém, kdy se dotyčný soustředí na daný problém, situaci a snaží se najít způsob, jak jej změnit nebo se mu v budoucnosti vyhnout,
2. strategie zaměřené na emoce se naopak zaměřují na zmírnění emocí, které se stresující situací souvisí, i když ji nelze změnit (Atkinson et al., 2012).

Křivohlavý (2010) doporučuje hned několik postupů zvládání stresu. Mezi tyto strategie patří plánování a hledání řešení problému, zklidňování rozrušených emocí, konfrontování se s těžkou situací, distancování se od stresové situace, hledání pozitivní stránky na dané situaci, hledání sociální opory, přijetí osobní odpovědnost za zátěžovou situaci i snaha se vyhnout se jí.

Vodáčková (2007) za vyrovnávací strategie považuje i vědomé adaptivní postupy, které lze při zátěži nebo v krizi použít:

1. uvědomění si svých pocitů, jejich autentické vyjádření a zároveň respektování emocí u druhých lidí,
2. schopnost sdílet své emoce i prožívání druhých,
3. vnímat prožívání na svém těle,
4. nezapomínat na své potřeby, které jsou často ve chvílích krize opomenuty,
5. schopnost vymezit si a udržovat si své hranice,
6. zorientovat se ve svých vlastních zdrojích a dostupných prostředcích,
7. schopnost využít starší zkušenosti a to nejen ty pozitivní,
8. schopnost využít pomoc druhých nebo zkušenosti okolí,
9. schopnost využít pomoc komunity,
10. schopnost využít společenských i přechodových rituálů,
11. inspirovat se literárními příběhy,
12. otevřít se neobvyklým tvořivým řešením a zapojení fantazie,
13. víra a naděje,
14. smysl utrpení.

2.4 Fenomén druhé oběti

Docent Albert Wu přišel před více než dvaadvaceti lety s označením druhé oběti (SV). Snaží se tím zdůraznit paradox, který v dnešní moderní medicíně plně přesných laboratorních testů a inovací nepřipouští možnost jakékoli chyby ze strany zdravotníků. Naopak každým dalším hmatatelným obrazem nemoci jen ve skutečnosti vytvoří očekávání dokonalosti (Wu, 2000). Fenomén druhé oběti nastává, když osoba poskytující zdravotní péči prožívá značnou profesní tíseň (syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres) a psychickou tíseň (úzkost a deprese) v důsledku lékařských chyb nebo nepříznivých výsledků pacienta (Merandi et al., 2017). Tento jev, který je veřejnosti stále do značné míry neznámý, ale velmi rozšířený, se výrazně zhoršil pandemií covid-19 a přinesl tak s sebou riziko dalšího tlaku na ošetřující zdravotnické systémy v důsledku výrazného psychického přetížení (Strametz et al., 2020).

Současné výzkumy se snaží zaměřit na copingové strategie u poskytovatelů zdravotní péče, kteří jsou tímto fenoménem zatíženi. Shodují se v tom, že SV potřebují podporu ze strany kolegů, vzdělávací a podpůrné programy s poučením o nežádoucích účincích. Dále označují za pozitivní alternativy pro řešení fenoménu druhé oběti ve formě strategií zvládání na osobní i organizační úrovni obsahující šest fází: identifikace chyby, profesní sebereflexe, hledání podpory u kolegů, zjišťování pracovních, právních aspektů a jejich vliv na profesi dotyčného, emoční podpora a poslední fáze dle výsledku celého procesu je buď posunutí dál s výčitkami, opuštění zaměstnání nebo prosperování ze získané zkušenosti (Kappes et al., 2021).

2.5 Zvládání stresu u zdravotníků

Pandemie covid-19 postavila zdravotníky po celém světě před velkou výzvou, která mohla způsobit emoční potíže a problémy s duševním zdravím. Studie analyzující emoční stav pracovníků ve zdravotnictví přinesly poznatky, že nejrizikovějším faktorem spojeným s velkou psychickou tísní byla práce v přímém kontaktu s pacienty covid-19 bez dostatečné osobní ochrany a tím riskování zdraví svého i blízké osoby a vystavování se tak neustálému strachu (Erquicia et al., 2020).

Z důvodu nedostatku pracovníků ve zdravotnictví během pandemie byli vyzváni studenti zdravotnických oborů na pomoc nemocnicím. Na základě tohoto faktu vzniklo

i několik srovnávacích studií. Jedna z nich zjistila, že sestry v první linii vykazují silnější úzkost, strach, smutek a hněv než právě studenti zdravotnických oborů. I když obě skupiny podstupují extrémní psychický stres, sestry však kvůli svému pracovnímu prostředí čelí mnohem většímu psychickému stresu, mají obavy z nakažení během úzkého kontaktu s pacienty, neznalost nových specializovaných pracovních prostředí a postupů, fyzické nepohodlí způsobené zvláštní ochranou, svědky utrpení a smrti pacienta a dlouhodobé odloučení od rodinných příslušníků – všechny tyto faktory způsobují sestřím extrémní psychický stres (Huang et al., 2020). Dále bylo při porovnávání zjištěno, že vysokoškolští studenti si často vyvinou nezralé nebo negativní strategie zvládání namísto pozitivních metod řešení problémů, když čelí tlaku způsobenému mimořádnými událostmi v oblasti zdraví (Gao Y et al., 2004). Naopak zdravotnický pracovník s klinickými pracovními zkušenostmi má více znalostí, jak čelit stejné krizi a jsou v používání zvládání zaměřeného na problém aktivnější než studenti. Tato studie také zjistila, že ženy častěji volí mechanismy zvládání zaměřené na problém než muži a méně často volí strategie zvládání zaměřené na emoce (Huang et al., 2020). I další výzkumy toto zjištění potvrdily, italská studie jej doplňuje o konkrétní strategie zvládání jako je aktivita, plánování a přijímání i strategie s pozitivním přístupem a zaměřené na podporu. Nicméně byla v ní zjištěna vysoká prevalence nespavosti u žen zaměstnaných ve zdravotnictví a vzhledem ke zranitelnosti této kategorie, která je více náchylná pro vyvinutí duševních poruch, byly doporučeny preventivní a intervenční programy zaměřené na psychosociální podporu s cílem zmírnit dopady stresujících událostí během pandemie (Italia et al., 2021).

EMPIRICKÁ ČÁST

3 Metodika výzkumu

V této kapitole bych ráda představila svou výzkumnou otázku, výběr participantů a metodu tematické analýzy, podle jejichž pravidel jsem následně analyzovala přepisy rozhovorů. Neopomím zde ani etické aspekty, které jsou nezbytnou součástí výzkumu.

3.1 Kvalitativní výzkum

Jelikož téma bakalářské práce vyžaduje hlubší porozumění jednotlivým participantům, konkrétně jejich prožívání, byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, která umožňuje detailní prozkoumání a pochopení dané problematiky.

3.2 Reflexe vlastního předporozumění zkoumanému tématu

Pandemie covid-19 se promítla do všech oblastí každodenního života. Doslova ze dne na den se uzavřely školy, divadla, knihovny a další zařízení každodenního života. Média šířila negativní zprávy o rychle se šířící nemoci, kterou nikdo neznal. Nikdo nevěděl, jak dlouho bude tato situace trvat a co budeme dělat, až skončí. Jednalo se o období velké nejistoty, které ovlivnilo a změnilo nás všechny. Každý si musel přeplánovat svůj čas úseky zahrnující práci, rodinu i osobní život. Vzhledem k těmto a dalším okolnostem jsem se rozhodla na toto téma se podívat a více prozkoumat její dopady na lidi, kteří se stýkali s touto nemocí mezi prvními. V televizi i v novinách se neustále objevovalo jak lékaři, zdravotní sestry a učitelé jsou na tom velmi špatně, ale nikdo se nezmiňoval o lidech, kteří přicházeli do kontaktu s covid pozitivními pacienty mezi prvními. Proto jsem se jako svůj zkoumaný vzorek rozhodla zvolit právě příslušníky zdravotnické záchranné služby.

Z počátku jsem žádná velká očekávání neměla, pouze jsem tušila, že se v nich objeví mnoho smutku, zlosti i nejistoty a proto jsem se snažila na tyto prožitky zaměřit a zjistit, jak je chápou a pracují s nimi ve své práci záchranáři. Jako nejvhodnější formou mi připadalo vyslechnout si jejich vzpomínky a bez většího zasahování nechat jednotlivé participanty vyprávět.

3.3 Zkoumaná problematika a výzkumná otázka

Rychle se šířící pandemie covid-19 zasáhla celý svět. Souvisí nejen s různými oblastmi zdravotnictví, ale i se vzděláváním, politikou a pracovní schopností nás všech. Mezi velmi diskutovaná témata patří morbidita a mortalita (Gacche et al., 2021). Naopak jednou z nejméně diskutovaných oblastí jsou problémy s duševním zdravím spojené s velkou psychickou zátěží v rámci vysokých nároků, které jsou kladeny na zdravotnický personál během pandemie (Vindegaard & Benros, 2020).

Koronavirové onemocnění (covid-19) vzniklo v prosinci 2019 v čínské provincii Chu-pej (Spoorthy et al., 2020), odkud se začalo rychle šířit do zbytku světa. Během tří měsíců bylo virové onemocnění označeno Světovou zdravotnickou organizací za pandemii (WHO, 2020). Zdravotničtí pracovníci zůstávají i nadále po uplynutí více než 15 měsíců hlavními osobami podílející se na léčbě osob postižených onemocněním covid-19. Péče o tyto pacienty klade velkou zátěž na pracovníky v první linii. Mezi významné faktory zatěžující pracovníky při práci patří nedostatek ochranných pomůcek, který je přivádí do neustálého strachu z nakažení, nadměrné pracovní zatížení bez možnosti odpočinku i absence osobního života až po neustálý nátlak ze stran médií. Vzhledem k těmto okolnostem jsem zaměřila výzkum na členy zdravotnické záchranné služby, konkrétně na jejich prožívání, emoční i fyzickou zátěž v náročném období pandemie. Hlavní výzkumná otázka byla: *Jak prožívali pandemii covid-19 členové zdravotnické záchranné služby?*

3.4 Výběr participantů, sběr dat a rozhovor

Zkoumané osoby byly vybírány dle techniky snowball, která je založena na získávání nových kontaktů od osob, které se již výzkumu zúčastnily. Všichni oslovení respondenti museli splňovat kritérium být členy Zdravotnické záchranné služby, kam spadají absolventi bakalářských programů Zdravotnické záchranné služby a sestry se specializací ARIP¹.

První tři respondenti byli Agáta, Jakub a František, každý nominoval minimálně další tři osoby, které splňovaly výše popsané kritérium. Z všech oslovených jedenácti možných respondentů se podařilo uskutečnit rozhovory se sedmi z nich, těchto sedm

¹sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu

participantů je uvedeno v následující tabulce. Jednalo se o dvě ženy a pět mužů se zkušenostmi z různých pracovních pozic. Tabulka se základními údaji o participantech podílejících se na výzkumu obsahuje jméno, pohlaví, věk a místo výkonu práce v době pandemie covid-19. Z důvodu etického aspektu zachování anonymity jsou původní jména zúčastněných osob pozměněná.

Tabulka č. 1: Základní údaje o participantech

Jméno	Pohlaví	Věk	Místo výkonu práce
Agáta	žena	37	terén (výjezdy v sanitce)
Jakub	muž	27	nemocnice
František	muž	43	nemocnice a terén (výjezdy v sanitce)
Antonín	muž	37	terén (výjezdy v sanitce)
Petr	muž	28	terén (výjezdy v sanitce)
Patrik	muž	24	nemocnice a terén (výjezdy v sanitce)
Karolína	žena	30	nemocnice

Participantů byli kontaktováni telefonicky nebo prostřednictvím sociálních sítí. Před zahájením rozhovoru byli informováni o etických pravidlech včetně ochrany osobních údajů i následným zacházením se zvukovým záznamem a přepisem rozhovoru. Dále byli krátce seznámeni s účelem a cílem výzkumu. Pokud participanté neměli otázky či výtky, naplánovalo se místo i čas setkání, kdy a kde rozhovor proběhne. Většina rozhovorů se uskutečnila na veřejných místech jako je kavárna či park, ale výjimkou nebylo ani domácí prostředí nebo hasičská stanice, kde participant působil jako dobrovolník. Všechny tyto lokality musely splňovat podmínku klidného prostředí, aby nebyl rušen účastník rozhovoru a cítil se bezpečně ke sdílení někdy i citlivých témat a zvuková nahrávka neztratila na své kvalitě. Průměrná délka rozhovorů byla 50 minut. Následně byly rozhovory přepsány dle manuálu pro

přepisování audiovizuálních záznamů rozhovoru (Kaderka & Svobodová, 2006). V transkripci rozhovoru byla pozměněna všechna jména či jiné osobní údaje osob, aby bylo zabráněno jakékoliv identifikaci zúčastněných.

Rozhovor byl polo-strukturovaný, což znamená, že zahrnoval prvky narativního rozhovoru a připravených otázek. Otázky byly směřované do oblastí: nejtěžší okamžiky, krize v osobním životě, změna náplně práce v době pandemie, vypořádání se s každodenním vystavováním se zátěžovým situacím, zvládání stresu, pocity strachu i pozitivní okamžiky.

3.5 Etické zásady výzkumu

Každý participant podepsal informovaný souhlas, ve kterém byl seznámen s účelem rozhovoru, cílem výzkumu i ochranou a zpracováním osobních údajů. Dále jim byl v tomto dokumentu sdělen průběh, délka rozhovoru a právo odmítnout odpověď na jakoukoli otázku, včetně možnosti úplného odstoupení od účasti ve výzkumu do tří dnů od uskutečnění rozhovoru. Participantům bylo popsáno zpracování zvukového záznamu i následné transkripce rozhovoru. Obeznámeni byli také o znemožnění identifikace jejich osoby jakýmikoli údaji v celé práci.

3.6 Metoda analýzy dat

Cílem tohoto výzkumu je analýza vzpomínek přímých účastníků v boji proti pandemii covid-19. Konkrétně se jedná o členy systému záchranné zdravotnické služby (ZZS) na území České republiky, jejíž hlavním úkolem je poskytování tzv. přednemocniční neodkladné péče (PNP). Aby bylo možné se i v rozsáhlých rozhovorech orientovat, je nutné informace v nich uspořádat do témat a subtémat, která budou srozumitelná i pro laiky. Právě to poskytuje metoda tematické analýzy, která systematicky identifikuje, organizuje a nabízí možnost nahlédnutí do vzorců témat v rámci souboru dat (Braun & Clarke, 2012). Postup tematické analýzy je rozdělen do šesti kroků (Braun & Clarke, 2006):

1. Seznámení se s daty: v této části jsem četla přepisy rozhovorů, pročítala je stále dokola, znovu jsem si pouštěla zvukové záznamy a snažila se v jednotlivých částech transkripce zorientovat a pochopit myšlenky participantů.

2. Kódování: v další části analýzy jsem se při detailnějším čtení snažila nalézt možná budoucí témata, části, které mě oslovily a celkově se snažit zkrátit rozhovory do menších úseků s obecnějším pojmenováním. Všechny rozhovory jsem kodovala ručně, na fotografii přiložené v příloze je příklad jedné strany kódovaného rozhovoru, snažila jsem se využívat, co nejvíce značek, které by mi usnadnily pozdější hledání témat a orientaci v textu.
3. Hledání témat: při vytváření témat jsem si znovu pročetla jednotlivé kódy získané v předchozím kroku a snažila se mezi nimi najít souvislosti, vzory a klíče, jak by mohly či nemohly zapadat do sebe.
4. Posouzení témat: fáze, kdy jsem se zastavila v práci s textem a pouze kontrolovala, zda-li témata odpovídají hlavní výzkumné otázce a celé problematice, kterou zkoumám.
5. Definování a pojmenování tématu: po překontrolování vhodnosti témat jsem se pustila do jejich konkrétního a finálního pojmenování, zároveň jsem se jim snažila dát pevné hranice, aby bylo na první pohled rozeznatelné, co ještě do tohoto tématu spadá a co už ne. Níže je příklad jedné z tabulek, do kterých jsem si vypisovala jednotlivá témata a citace respondentů, abych si později dokázala přesně představit, kam jsem svým pojmenováním mířila.

Tabulka č. 2: Ukázka tabulky s tématy

Téma	Konkretizované	Příklad
počáteční nevědomost	nedostatek informací; naivita, že to brzy skončí a že se nás to netýká; neznalost nemoci i léčby	„... že jsme nevěděli úplně, co to způsobuje, co to dělá, a že jsme brali všechny, jakékoli výjezd jako potenciální covid.“
emoční zátěž	strach o sebe i rodinu; pocit ztracenosti; panika; respekt k nemoci a situaci; konfrontace se smrtí	„Ty odměny sou krvavý peníze v podstatě, vykoupení, že si to ty lidi neuvědomují, za co sme to dostali, co sme viděli a absolvovali.“

beznaděj	nemožnost nějak zabránit úmrtí mladých lidí; beznadějná nekonečnost; nemožnost říct lidem, že už se možná domů nevrátí	„Kdyby nám dali pevný datum, kdy to skončí, že pro nás byla nejhorší ta vidina jako nevidět to světlo na konci tunelu.”
dopady na osobní život	náročné skloubit děti na on-linu a starat se o domácnost; upouštění nahromaděných emocí	„... až přijdu domů, budu hrozně hodná. Pak sem přišla domů, bouchla sem dveřmi a už to ze mě lítalo. Jak sem v práci nemohla,…”
nesouhlas s něčím až naštvání	nesouhlas s vládními nařízeními; naštvání na média, sociální sítě; neochota lidí pomoci; nepříjemné vztahy na pracovišti	„... protože strašně mě iritovalo číst některý články…”
fyzická náročnost	únava; špatná strava; nedostatek odpočinku; péče o obézní pacienty; menstruační cyklus u žen	„Doba menstruace úplně tragédie, to bylo jako prostě, sem si říkala, jak to tělo může ještě menstruat, když nepiju.”
pozitiva	lidé přestali zneužívat záchranku a začali si více vážit práce záchranářů; větší tolerance na pracovišti	„... nevolali si lidi kvůli kravinám. Po dlouhé době nezneužívali záchranku, po hodně dlouhé době sem zažila, že si z nás lidi nedělali taxíka.”
ztráta důstojného umírání a zacházení s pacienty	kvalita na úkor kvantity	„Takže prostě tam lidi seděli vyloženě každý stylem, že byli o sebe opřený. To bylo jako. Ta lidská důstojnost šla úplně někam do háje.”
opora při zvládnání zátěže	částečné stýkání se s přáteli; rodina; procházky; odpojení se od sociálních sítí	„Ale byla sem ráda sama, třeba jako prostě hodně sem chodila na procházky a nebo na procházky s mojí kamarádkou, co dělá na aru…”
vytěšňování situací/ vzpomínek (copingová strategie?)	snaha na to zapomenout	„Ale už si to nepamatuju, už sem to vytěšnila, ... A takže to už si moc nepamatuju, to už sem vytěšnila to psycho.”

6. Psaní závěru: v posledním kroku jsem všechna témata porovnávala navzájem v jednotlivých rozhovorech, snažila jsem se najít rozdílnosti a podobnosti v jejich pojmenování respondenty.

4 Výsledky

Po dokončení tematické analýzy jednotlivých rozhovorů jsem si sepsala získaná témata do tabulky. Následně jsem si je přeskládala do podkategorií dle souvislostí a vzniklo pět hlavních témat a několik jejich subtémat. Není však pravidlo, že každé hlavní téma obsahuje i podtéma. Témata přecházejí od na první pohled viditelných až po ty s hlubším významem, nicméně navzájem se velmi prolínají a domnívám se, že až při jejich čtení jako celku, je lze úplně pochopit.

V následující stránkách se budu snažit shrnout výsledky tohoto výzkumu, důkladně popsat hlavní témata a pomocí citací je konkretizovat a lépe dovysvětlit. Pro větší přehlednost píší citace participantů kurzívou.

Tabulka č. 3: Výsledná témata a subtémata

Téma	Subtéma
Fyzická náročnost	Neuspokojení základních fyziologických potřeb Nevhodné ochranné pomůcky
Nepřipravenost a nevědomost	
Emoční zátěž	Strach o sebe i nejbližší a ztráta blízkého kontaktu s rodinou Od smutku po vztek Zvládání zátěžových situací Konfrontace se smrtí Beznaděj
Specifika práce záchranáře	Etika záchranáře Změna vztahu k pacientům Přístup k práci záchranáře
Pozitivní aspekty	

4.1 Fyzická náročnost

Zdravotnická záchranná služba je nejen psychicky, ale i fyzicky velmi náročné zaměstnání. Málokdo si uvědomuje obtížnost systému střídání nočních služeb s denními a narušení tak celého cirkadiánního rytmu, ale i třeba manipulaci s mnohdy mohutnými pacienty. „*Na výjezdu na záchrance vlastně taky, tam to teda bylo daleko horší, ale potom když už to vlastně byla ta třetí noční, kdy člověk už vlastně vůbec nespál a*

celou noc musel bejt vlastně na nohou, tak už se to pak projevovalo, jo potom na psychice” (Patrik). To vše období pandemie covid-19 pouze zhoršilo. Přibýlo více případů, prodloužily se časy strávené s pacienty a z důvodu karantén se muselo přejít k navýšení počtu směn a ubrání tak volna na odpočinek, času s rodinou nebo jen sám se sebou.

Přesto, že toto téma je velmi obsáhlé, pokusila jsem se jej rozdělit a shrnout do dvou subtémat: Neuspokojení základních fyziologických potřeb a Nevhodné ochranné pomůcky.

4.1.1 Neuspokojení základních fyziologických potřeb

Ať chceme nebo ne, velmi často nás naše fyziologické potřeby a jejich uspokojování ovlivňují. Když si vzpomenu na chvíli, kdy jsem nemohla dokončit zrovna probíhající činnost, protože jsem nutně potřebovala na toaletu, jde mi mráz po zádech při představě, že někdo v takové chvíli prostě musel zatnout zuby a fungovat dál, protože to jinak v danou chvíli nešlo. Už Maslowova pyramida potřeb řadí na úplně první místo právě fyziologické potřeby bez jejichž uspokojení se nelze posunout dál. Do tohoto tématu patří nemožnost dodržovat běžný pitný a stravovací režim, velká únava z nedostatku odpočinku a další důležité potřeby, jejichž uspokojování často bereme za samozřejmé. *„My sme nečůrali, nejedli, nepili, naše strava byla támhle párek v rohlíku na benzině, všichni sme strašně přibrali, protože sme jedli takovýhle kraviny a přitom paradoxně nejedli jakoby...” (Agáta). Další zátěží byla mnohonásobně navýšena náročnost práce a to nejen z důvodu učení se novým léčebným postupům, ale i manipulace s nehybnými pacienty, někdy i velmi obézními, připojenými na přístrojích. „Jako my sme oddělení o devíti lůžcích, a jestli prostě sedum z toho byli pacienti s mega nadváhou tak prostě, to bylo jako hrozný, to přijdeš jako do práce a prostě jenom vidíš ty jo, jako my sme tam většina kolegyň jako drobný...” (Karolína).*

Respondenti zmiňují nejen aktuální únavu během výkonu práce, ale i únavu po skončení nejnáročnějších období. *„Že v tu dobu sem se dokázal jako zapřít a ňák jako to zvládnout tu situaci, ale pak je vlastně pravda, že sem byl docela unavenej, a že sem potřeboval tak měsíc na odpočinek a vůbec si tak jako vyvětrat hlavu a konečně jít s kamarádama přesně na pivo a pokecat a socializovat se, protože to chybělo po celou dobu” (Jakub).*

Jelikož mezi mými participanty byly i dvě ženy, zmiňují v souvislosti s fyzickou zátěží i navýšení náročnosti zejména v době, kdy se necítily úplně dobře nebo v době menstruačního cyklu. „*Nevím co k tomu ještě víc říct, jak říkám ty technický věci byli strašný, nemoc se jít vyčůrat, jako najíst se, napít se. Doba menstruace úplně tragédie, to bylo jako prostě, sem si říkala, jak to tělo může ještě menstruat, když nepiju*” (Agáta).

4.1.2 Nevhodné ochranné pomůcky

S fyzickou náročností úzce souvisí i snaha zajištění si alespoň nějakého pohodlí a tím částečně vykompenzovat ostatní nedostatky. To se však zdálo někdy až nemožné vzhledem k ochranným pomůckám, které byly nezbytné k zajištění bezpečnosti. Participanti velmi často zmiňují neprodyšnost ochranných oblaků. „*... tak po třech minutách sem byl tak zpocenej, že se z toho nedalo ani vysvlíst. To sem se musel sprchovat třeba i třikrát denně, protože v tom se nedalo vůbec bejt*” (Jakub). Dalším aspektem, který jim práci neulehčoval bylo číslování velikostí, které mnohdy neodpovídalo evropskému, tudíž museli dotyční pracovat v příliš velkých a nebo naopak v těsných ochranných pomůckách, což jim ještě více znemožňovalo jemnou motoriku, která je k výkonu práce záchranáře nepostradatelná. „*Strašnej v tom byl diskomfort, co se týče jako toho obleku, protože jelikož to bylo v období zimy, tak ten oblek my nemohli oblíknout na uniformu, na bundu, protože to se v tom hned zpotíte, obrovský diskomfort a ani jako ty obleky nešly. Protože my sme museli všichni fasovat XXL, jak to šlo z Číny, protože L odpovídalo tomu, že když sem teďka jen v tričku, tak bych to mohl jen tak tak mít*” (Antonín).

4.2 Nepřipravenost a nevědomost

Členové zdravotnické záchranné služby se v rámci svého studia učí rozsáhlé léčebné postupy, na které následně spoléhají ve své praxi. Období pandemie přineslo nemoc, kterou nikdo neznal, nevěděl jak ji má léčit, ani co bude s pacienty, kteří si touto nemocí projdou. Najednou se nedalo spoléhat na dříve získané znalosti a zkušenosti. „*Když odcházel tenhle kluk, tak jedna plíce mu vůbec nefungovala a druhá jenom z pŕlky, tak jsme si říkali... jestli se to časem obnoví. Což se do teď neví, nikdo neví, jak vážně to poškozuj, ten covid ty plíce*” (Jakub).

Tím, že pandemie přišla nečekaně, nikdo na to nebyl připravený, výjimkou nebyl ani zdravotnický systém, v nemocnicích chyběly ochranné pomůcky, přístroje, ale především místo, kam všechny ty pacienty uložit. S tím souvisela nejistota, co bude, či nebude i naivita a naděje v lepší dny. *„Takže sme byli takový prostě vyplašený, to bylo nepříjemný a teda se musím smát té naší naivitě, že v květnu sme řešili. Sme si říkali, že tak možná v létě se ještě párkrát oblíkneme, ale s tím létem to vodejde a už to tady nebude, to jako přejde” (Agáta).*

4.3 Emoční zátěž

V předchozích tématech jsem se zaměřovala na fyzickou zátěž a vše s ní spojené, v této bych naopak ráda popsala psychickou stránku, kterou období pandemie přineslo. Téma je rozděleno do pěti podtémat dle zaměření buď na okolí, participanty a jejich zvládání zátěžových situací nebo na všechny možné emoce, které se v rozhovorech vyskytly a považují je za podstatné ke zmínění.

4.3.1 Strach o sebe i nejbližší a ztráta blízkého kontaktu s rodinou

Tím, že se členové zdravotnické záchranné služby setkali téměř každý den s velmi těžkými případy a smrtí pacientů, měli opravdu velký strach o své nejbližší. Báli se, že by se nakazili nejen oni sami, ale především jejich rodina. O to větší strach měli, když si uvědomili, že v případě nakažení starších členů domácnosti by to mohlo být smrtelné. *„... to musím říct, to bylo blbý a ve mně byl pořád hroznej strach, to že to chytne někdo jako z rodiny, a že to nepřežije. To bylo prostě jako, protože všichni kolem nás tady jako umírali, že prostě to tu bylo opravdu hodně zasažený a umírali tady hodně jako dost mladý lidi” (Agáta).*

Vzhledem k těmto okolnostem se rodiny v době pandemie přestaly stýkat, vzdálily se sobě navzájem, především ti v ohrožené skupině. Kontakt se buď velmi omezil, nebo se přesunul do online prostředí, v nejhorší podobě se přerušil na nějakou dobu úplně. *„Protože pak sme se jednu dobu ani nestýkali s rodinou myslim, takže to bylo takový, v tom největším, když to zakázali, tak sme to i dost dodržovali no” (Jakub).*

V rámci setkávání se s rodinou byl i druhý protipól, kdy se rodina setkávat chtěla, ale kvůli časové vytíženosti si v jedné domácnosti spíš jen podávali dveře, než že by spolu trávili čas. *„Takový jako vyčerpání a pak samozřejmě doma, že jo tam sem neviděl*

děti a úplně se mi jakoby odcizily. Jako já když sem pak jenom přišel domů... sem byl jenom naštvanej, nevrlej, ospalej. Vlastně sem se chodil domů jenom vyspat a ještě sem byl nepříjemnej, protože už sem neviděl žádný jakoby volno... odcizily se mi děti a to bylo jako hodně špatně” (František).

Respondenti také popisují, že přicházeli domů tak unavení a negativně naladěni, že čas s rodinou už ani trávit moc nechtěli, protože si uvědomovali, že to nemá smysl, protože by stejně byli nepříjemní. „... tady děti měly samozřejmě ponorku mezi sebou, protože byly pořád doma spolu v intenzivním kontaktu, no a já přišla domů a oni mi chtěly něco vyprávět a jakoby na sebe žalovat. No a to já sem bouchla už úplně” (Agáta).

4.3.2 Od smutku po vztek

Smutek, lítost, panika ale i zlost, mrzutost a pocit nepochopení, to vše se objevovalo v rozhovorech s participanty. Jednou z nejvíce převažujících emocí byl smutek z časté ztráty pacientů a lítost nad jejich příbuznými, kteří se často nemohli ani naposledy rozloučit se svými blízkými.

Na druhou stranu velmi výrazný byl i vztek a naštvání na reakce okolí. „Ale kolikrát i vztek, ale ten nebyl jako k pacientům, ale když se jako staráte dvanáct hodin o člověka, kterej sotva dechá a pak vidíte, že se parta lidí vypraví demonstrovat proti rouškám a naschvál si ji v MHD sundají tu roušku nebo respirátor...” (Patrik). Někdy bylo nepochopení tak výrazné, že participanti museli na nějaký čas omezit nátlak ze strany masmédií a vyhnout se sociálním sítím. „... sociální sítě. To sem absolutně musela jako vypustit, protože strašně mě iritovalo číst některý články... Vymazala sem z přátel strašně moc lidí...” (Agáta).

Opomenout nemohu ani strach, obavy a frustraci z nejisté budoucnosti. „byla to hrozná jako nejistota a cejtla sem to na sobě, strašně mi bušilo srdce a byla sem prostě ve stresu, fakt sem na sobě cejtla ten stres, jo” (Karolína).

V rozhovorech se ale objevovala i radost a nadšení, když se někdo ve vážném zdravotním stavu uzdravil a o to víc, když přišel poděkovat a byl vděčný za svou záchranu. „Co se mi na něm líbilo, tak že on měl takovej jako, on se furt usmíval a děkoval jo, to že si takový přístup jako udržel, to tam moc jako není vidět u pacientů, jo” (Karolína).

4.3.3 Zvládání zátěžových situací

Jelikož bylo období pandemie velmi stresující, jedna z mých otázek směřovala do oblasti opor, které jim pomáhaly tuto zátěž překonat. Odpovědi lze shrnout do dvou skupin. První, kde byla opora rodina a přátelé. Respondenti často popisovali, že jim pomáhalo sdílení s partnery a to nejen smutných zážitků z práce, ale i jen si povídat na nějaké odlehčené téma. „*Jak sem říkal, mně jako největší oporou byla žena, s tou sem se mohl jako vyříkat...*” (Antonín). Někdy jim však pomáhal i jen pocit, že někoho takového mají, nebo že na ně někdo čeká doma. Nemuselo se ale jednat jen o partnery, stejně to cítili i k rodičům, nebo kamarádům. Několik participantů také zmiňovalo úlevu v možnosti promluvit si s někým z podobné profesní oblasti. „*... hodně sem chodila na procházky a nebo na procházky s mojí kamarádkou, co dělá právě na áru, že tam sme si mohly navzájem povyprávět o tom, kdo má větší psycho, nebo co máme a takhle no. Takže to bylo jako dobrý*” (Agáta).

Druhou skupinou, byla pomoc ve formě velkého odpočinku, čtení, koukání na seriály. Možnost relaxace v tichém a především klidném místě po těžkém dni. „*... já potřebuju spíš odpočívat. Takže pro mě je důležitý odpočinek a to platí obecně o mé práci, že musím odpočívat, abych nabral energii na další*” (Jakub).

4.3.4 Konfrontace se smrtí

To, že jsou lékaři, zdravotní sestry a záchranáři konfrontováni se smrtí je přirozené. I když se snaží ze všech sil, ne vždy se jim podaří zachránit pacientův život. Období pandemie však přineslo dva nové aspekty spojené s umíráním. Jedním z nich je, že začali umírat i mladí lidé. Přeci jen, když umře člověk v pozeňnaném věku, je to něco úplně jiného, než když zemře sedmdesátý ročník a výše. Zvláště, když pak zdravotník musí přihlížet na to, jak dotyčný trpěl, nebo se nemohl ani rozloučit se svými blízkými, protože byl někdy i dobrovolně uveden do umělého spánku s vidinou, že si tělo na mimotělním oběhu odpočine a už se z něj neprobudil. „*Já sem jako schopná se vyrovnat s tím, že mi jako umře ten pacient, jo s tím si řeknu, že už nic nenadělám. Ale mně dělají blbě ty rodiny, jako ve smyslu, že nesu špatně tu jejich bolest, jo... No i když jako ve spoustě případů sem si říkala díky bohu... mně pak přijde, že se ty lidi jako hrozně trápej a jakože přesně tam leží jako sedumdesáti letej pán jako na ventilátoru, prostě je den ode dne horší, ani nereaguje, nic a jako naděje, že ho uzdravíme, je jako*

mizivá. Takže když se pak jako dozvím, že prostě umřel, tak pro mě je to jakoby vysvobození, protože si říkám, že jako už mu je konečně dobře, že už se tam prostě jako nebude trápit. Samozřejmě jiný to bylo v případech, kdy právě umřel někdo, kdo umřít prostě neměl, jakože ve smyslu do padesátky, to mi bylo třeba hodně nepříjemný” (Karolína).

Druhým významným aspektem, je mnohonásobně větší množství úmrtí, které v době pandemie přibýlo. Pro zdravotníky bylo vždy těžké, když umírali mladí lidé, o to ale těžší to bylo během pandemie, kdy se počet těchto zemřelých navýšil. Několik respondentů popisuje, kdy přišli pouze druhý den na směnu do práce a na většině lůžek byli úplně jiní pacienti, protože ti předchozí, o které se dotyčný zdravotník staral, jsou pryč.

4.3.5 Beznaděj

Pocit beznaděje je úzce propojen se snahou dosáhnout maximálního výkonu a s konfrontací se smrtí. Mnoho záchranářů mi v rozhovorech popisuje jak se v době pandemie snažili za každou cenu navýšit svou výkonnost ještě o kousek dál, aby zachránil třeba i jen o jeden lidský život více. Mnohokrát však záchranáři přijížděli pro pacienta do bytu a věděli, že se už s velkou pravděpodobností nevrátí domů a rodina se s dotyčným už neuvidí. Protože záchranáři už viděli nespočet předchozích případů, kdy někoho přivezli do nemocnice a do dvou hodin dotyčný zemřel, nebo ho někdy ani už nestihli dovést. „... jako věděl sem jak tady ty pacienti končí, tak sem prostě řekl tomu manželovi to jako na rovinu, no že jako koukejte ten stav je hrozně vážněj, že je jako velmi malá šance, že ta paní jako přežije, nepřežila mimochodem. A prostě v téhle chvíli měl jako pravděpodobně poslední chvíli se s ní jako vidět a rozloučit” (Petr).

Ve chvílích, kdy počty nakažených rostly opravdu rychle, docházelo dokonce k tomu, že záchranáři neměli místo v nemocnici, kam by mohli pacienta přivést. V největší špičce museli čekat i několik hodin, než je nějaké zařízení přijme. „... nejhorší jako pocit ten psychický je, když máte domluvený místo, v autě máme jenom dvě láhve kyslíku, děláte první a poslední u člověka, který nemůže dejchat, a pak přijdete na oddělení a oni vám řeknou, že ho nevezmou, že nemají místo. I když sem měl nařízeno přijet sem, a že se o toho pána postarají a oni že mají stopstav” (Antonín).

4.4 Specifika práce záchranáře

Každá práce má svá psaná i nepsaná pravidla. Zvyky, které se vždy dodržovaly a výrazné prvky, kterými je daná oblast charakteristická. To vše zahrnuje toto téma, které je rozdělené do dvou podtémat dle zaměření buď na záchranáře nebo na vztah k pacientům, který se v důsledku situace změnil.

4.4.1 Přístup k práci záchranáře

Jedním ze specifíků práce záchranáře je jeho přístup k pacientům i smrti. Do této podkategorie patří i etika záchranářů, taková pravidla slušnosti, zároveň možnost případné ventilace po návratu z výjezdu. *„Protože to mají jako záchranáři takovou tendenci, že nadávají před a po výjezdech, v rámci výjezdů jako ne” (Petr).*

Když dlouho vykonáváme nějakou činnost, přejde to v automatismus. Zároveň pokud tato činnost je svým způsobem pro nás nepříjemná, časem se nám emoce jí vyvolané otupí, jakoby se jednalo o vyrovnávací systém, který se snaží vykompenzovat negativní vliv na nás s touto činností spojený. Tento mechanismus popisuje každý participant rozhovoru, někdo ho popisuje jako odosobnění, kdy se snaží brát svou práci a každý případ profesionálně. *„Hele to já jako fakt neberu. Já to spíš беру jako fakt jen profesionálně, mě to nezasahuje” (František).* Další jej popisuje jako strojové chování. *„Ale tak jako já už k tomu asi přistupuju dost jako strojově, jo já už se tím prostě nemůžu takhle zabývat, představa... ještě je řeším doma” (Karolína).* Ostatní se na náročné případy snaží zapomenout. *„A takže to už si moc nepamatuju, to už sem vytěsnila to psycho” (Agáta).* Co ale tyto mechanismy spojuje, je jejich funkce ochrany, zabránění přílišnému psychickému zahlcení vcítěním se do situace nebo osob s těžkým osudem. *„Protože vlastně na transplantační chirurgii se vozili vlastně dárci orgánů s potvrzenou mozkovou smrtí, takže jako vidání takhle se se smrtí a zemřelými, to sem se fakt jako dost pak obrnil. To musíte pouštět za hlavu, jinak by vám z toho přeskočilo za chvíli...” (Patrik).*

4.4.2 Změna vztahu k pacientům

Doba pandemie přinesla mimo jiné i roušky, respirátory a jiné ochranné pomůcky, které často zakrývaly většinu obličeje a znemožňovaly se třeba jen na někoho usmát, protože to druhý člověk neviděl. Zdravotnický personál se bál o svůj život, měl strach, že by

přinesl často smrtící onemocnění domů ke svým nejbližším. Proto se omezil kontakt nejen rodinných příslušníků v nemocnicích, ale i kontakt zdravotníka s pacientem. Pokud rodina měla svého člena na tzv. boxu, což bylo místo s lůžkem, kam se umisťovali v nemocnici nakažení, mohla se s ním velmi často rozloučit jen přes sklo, často však ani to nestihla, protože dotyčný zemřel na následky onemocnění. Členové zdravotnické záchranné služby si museli všechny své úkony dobře naplánovat a omezit tak dobu u pacienta na nezbytně nutnou. „... musela sis hodně plánovat jo, ve chvíli, kdy prostě vim, že mám tady já nevím v jednu léky podávat tomu pacientovi, takže si všechno naplánuju tak, kouknu se jestli mi něco nedochází, nějaký infuze a tak a už si to všechno nachystám, abych tam potom šla jenom na tu nejnnutnější dobu a abych tam prostě za deset minut nemusela jít znova” (Karolína).

V důsledku těchto pravidel, která měla zabránit dalšímu šíření onemocnění, se velmi změnil i vztah zdravotníků k pacientům, dříve si zdravotní sestřičky šly vyslechnout příběh pacienta, znaly jména jeho nejbližších, na které se po propuštění z nemocnice těšil. Věděly mnoho osobních informací a sdílely radosti s lidmi, o které se někdy i dlouho staraly. Naopak tato doba nejen, že přinášela mnoho úmrtí, takže se pacienti na oddělení střídali velmi rychle, ale většina z nich byla v umělém spánku z důvodu napojení na přístroje a jakákoli komunikace byla zrychlená nebo žádná. „A navíc pro ni ta práce byla jako daleko psychicky náročnější, protože je sice arová sestra, a řekněme velmi jako zvyklá na ty jako akutní stavy, ale u nich to bylo jako tak, že když byl jako někdo velmi vážnej tak byl rovnou zaintubovaný, takže u nich jako neměli tu možnost poslechnout si ten životní příběh toho pacienta a něk s ním trávit jako čas, poslechnout si kolik má dětí a jak je to doma jako hrozně super a že vůbec jako nechápe proč je v nemocnici, když se mu jen trochu hůř dýchá a trochu pokašlává” (Petr).

K tématu změny vztahu k pacientům bohužel patří i ztráta humánního zacházení s lidmi a otázky morálky až etického selhání. To se promítlo do několika rovin, jedna z nich byla spojena s nedostatkem místa v nemocnicích. Pacienti, kteří byli sanitkou přivezeni do tzv. covidária, kde čekali než na ně přijde řada a budou vyšetřeni. Často se však stávalo, že byli v tak těžkém zdravotním stavu, že se museli opírat o další pacienty, či zdi, aby se ušetřilo místo, které by zabrali dotyční ležením. „To bylo strašný, že sme přivezli člověka, prostě covidárium, to bylo opravdu, přitáhly se židle prostě z čekáren

a kyslíkový bomby byly úplně všude a kabely. Bezpečnost práce šla totálně do háje... když sme přivezli někoho, tak se ptali, jestli může sedět nebo ležet a já sem říkala, že když vedle něj posadí ještě někoho, tak bude i sedět. Takže prostě tam lidi seděli vyloženě každý stylem, že byli o sebe opřeny. ((povzdech)) To bylo jako. Ta lidská důstojnost šla úplně někam do háje” (Agáta).

Druhou rovinou bylo zacházení se starými nebo infaustními² pacienty. Jelikož nebyl dostatek lůžek a pacientů přibývalo, muselo se začít rozlišovat, koho ošetřit dříve, nebo jestli léčba má vůbec smysl. Ačkoliv se taková selekce dělala vždy, pandemie to akorát umocnila. Zdravotnický personál byl vyčerpaný, podrážděný a nejspíš si často ani neuvědomoval své chování před pacienty, i kolegy, ale snaha zanechat důstojnost i v nejtěžších chvílích, měla být zachována. „*To ještě jeden takový příběh, že my sme přivezli babičku, ona byla polymorfní, měla cukrovku, spoustu jiných nemocí, srdce měla nemocný, snad každý jako důležitý orgán byl nemocný, ale jako dobře my sme jí jako i přesto podali všechno, co je v mých kompetencích a zlepšil se ten stav, když sme jako přijeli do špitálu a to mě jako taky hodně silně zasáhlo, pohádal sem se s lékařem jo, protože on se jako podíval a řekl, že je infaustní a že ji máme dát na chodbu, to znamená, že jako o ní nemá zájem, že jako pro ní už nic udělat nemůže... Ale tohle říct, když tam jako přijede posádka, ten pacient je při vědomí a říct na plnou pusu tohle, ještě jako lékař, který tam jako deset let studuje, dává přísahu, to je nepřípustný. Pořád jako ta morálka musí být zachovaná... můžeme zachovat tu morálku toho, že toho člověka... takovou tu naději v to umírání. Měli bychom se snažit dopřát bezbolestně a důstojně odejít” (Antonín).*

4.5 Pozitivní aspekty

Aby výsledky výzkumu nenesly pouze negativní nádech, věnovala bych tuto část pozitivním aspektům, které tato doba přinesla. Jedním z nich je velmi často zmiňovaná soudržnost, kolegové v práci více drželi při sobě, více se respektovali a chápali, když třeba někdo něco opomenul. „... *asi sme se v té době k sobě chovali i hezky, nebo jako že sme měli různý pochopení, že není někde něco udělanýho, že absolutně se*

infaustní diagnóza (nemoc) znamená, že nemocného již nelze vyléčit a onemocnění skončí úmrtím

nestíhali harmonogramy, takže se to tak neřešilo, že někdo něco neudělal, a že to byli lidi, který si to opravdu zasloužili, tu péči” (Agáta).

Dalším výrazným pozitivem bylo postavení práce záchranářů, respondenti několikrát zmiňovali, že si jich lidé začali více vážit, snažili se jim pomáhat, například jim minimálně na začátku zajistili stravu během dne, na kterou v té době členové zdravotnické záchranné služby čas neměli. *„A to ještě byla taková ta první vlna tý solidarity, takže vlastně sme ještě byli jakoby za hrdiny. To nám lidi ještě vozili obědy a sladkosti, takže jako sponzoři” (František).*

S tím souvisí i to, že lidé přestali zneužívat záchrannou službu, báli se, a tak raději například s bolestí zad, dojeli do nemocnice sami. *„Po dlouhé době nezneužívali záchranku, po hodně dlouhé době sem zažila, že si z nás lidi nedělali taxíka” (Agáta).* Nejvíce ohroženou skupinou byli staří lidé, i ti přestali volat záchranáře na každý vysoký tlak, protože si jich rodina začala více všimát a dali svým starým členům možnost své obavy o zdravotním stavu prokonzultovat s nimi, případně s praktickým lékařem a předešli tím zbytečným výjezdům sanitky. *„Takže mi sme jako přestali jezdit na ty lidi, který byli doma sami, že jako stará paní si změřila po šesté vysoký tlak... prostě lidi byli v těch rodinách, tam to začalo víc fungovat... ta rodina se jako začala aktivně bavit s tím seniorem, jo byli schopný si třeba zajít k praktikovi, kde se tolik jako nebáli” (Petr).*

V neposlední řadě bylo velkým přínosem získání nových zkušeností. Ačkoli tato doba byla sebevíc nepříjemná a přinesla mnoho smutku, záchranáři se díky ní naučili nové léčebné postupy. *„Naučili sme se spoustu nových věcí, sice nedobrovolně, ale přesně jak sem už říkal ty respirační a hyperventilační režimy a přesně tyhle stavy těch pacientů, co měli fakt jako těžký selhání toho dýchacího ústrojím tak sme se jako naučili spoustu nových věcí” (Patrik).*

4.6 Odpovědi na výzkumné otázky

Prožívání pandemie covid-19 u členů zdravotnické záchranné služby bylo velmi různorodé. V rozhovorech se prolínalo nepřeborné množství emocí od znechucení, překvapení, naštvání, soucitu i radosti. Slyšela jsem spoustu velmi smutných příběhů, jedna respondentka je nazvala „srdceryvnými”, které ne vždy měly šťastný konec. Popravdě většina z nich končila smrtí pacientů, velkou lítostí ze strany záchranářů

k pozůstalé rodině, která se často ani nestihla rozloučit s milovanou osobou i neutěšitelnými pocity bezmoci po vydání, co nejvíce sil na záchranu lidského života. Nicméně, i když byla velká část odpovědí v rozhovorech spíše s melancholickým až negativním zabarvením a vyvolávala nezastavitelný tok emocí, myšlenek a mráz po zádech jen při poslechu, našly se v nich i pozitivní momenty, které o to víc zářily právě v pochmurně laděném vyprávění.

Participantů ve svých odpovědích velmi často zmiňovali nejen emocionální stránku, ale především i tu hmatatelnou, na první pohled viditelnou, v podobě nedostatků ochranných pomůcek, nebo nenaplnění běžných aktivit považovaných velmi často za samozřejmost jako jsou pravidelné pauzy mezi směny atd. Tímto popisováním například fyzické náročnosti a zároveň pocitů bezmoci při péči o pacienty lze lépe porozumět jejich prožívání této doby a přiblížit se k pocitům, které se v nich v takto náročných chvílích odehrávaly.

5 Diskuze

Cílem této práce bylo hlubší porozumění prožívání pandemie covid-19 u příslušníků zdravotnické záchranné služby. Po zpracování sedmi polo-strukturovaných rozhovorů tematickou analýzou vzniklo pět hlavních témat reprezentujících emoční zátěž, nepřipravenost systému, specifickou práci záchranáře, pozitivní aspekty i fyzickou náročnost související s lidskými potřebami, které byly v této době nenasycené. K těmto poznatkům se přiklání i nejnovější zahraniční studie, jedním takovým je i německé shrnutí, jehož autorem je Petzold a kol. (2020), ve kterém je zdůrazněna důležitost uspokojování základních potřeb v nejkritičtějších obdobích i nutnost normalizace všech emocí s touto dobou spojenými.

Dalším významným tématem, které se touto náročnou dobou pouze umocnilo je často opomíjený fenomén druhé oběti. Strametz a kol. (2020) ve své studii zdůrazňují zhoršení tohoto fenoménu nevhodnými pracovními podmínkami a tím místo toho, aby se tomuto problému předcházelo, se jeho pravděpodobnost výskytu v době pandemie zvyšuje. I respondenti několikrát v rozhovorech zmiňují, jak se snaží ohlídat svou, případně i kolegovu chybu, které by mohla mít fatální dopad na pacientovo zdraví. *„já mezi kolegama říkám, když nikoho nezabijem, tak jako sem v pohodě, když udělám všechno, co máme... Hlavně mě strašně jako vadí, když jako naší chybou, třeba mou, nebo kolegů, nebo jako chybou zdravotníků, nebo nás, nebo naší firmy jako záchranky, když někoho jako poškodíme nebo když něco jako zanedbáme” (František).*

Předností této práce jsou autentické příběhy, které vyprávějí lidé z první linie v boji proti pandemii. Nicméně za limity lze považovat omezený počet respondentů, který by bylo vhodné v dalších studiích navýšit. Bohužel v době realizace rozhovorů se epidemiologická situace opět začínala zhoršovat, tudíž původní představa minimálně deseti rozhovorů byla nemožná. S tím souvisí i nediferencování participantů z hlavního města a naopak záchranáře z menších měst, kde by se dalo předpokládat, že toto období probíhalo odlišněji a mohlo by to tak odhalit rozdíly v prožívání. Avšak i přes tuto komplikaci jsou dle mého názoru rozhovory rozsáhlé a poskytují dostatek informací pro naplnění stanoveného cíle.

Dalším poměrně výrazným limitem této práce je stále velký nedostatek současných výzkumů a poznatků zabývacích se problematikou pandemie a to především

v rámci zdravotnictví z psychologického pohledu. Ačkoli se tento aspekt stále zlepšuje, je mnoho zajímavých oblastí neprobádaných. Jedním z takových témat je konfrontace se smrtí, která byla v této době mnohonásobně častější. V rozhovorech jsem se několikrát setkávala se specifickým přístupem k práci záchranáře, který je založený na odosobnění, strojovém prožívání, který má určitou formu ochrany pro tyto jedince. Domnívám se, že by právě tato oblast stála za zvážení k dalšímu zkoumání, případně navázání na tuto práci porovnáním různých profesí ve zdravotnictví, zda-li to mají stejně? Nebo propojit s výše zmíněným fenoménem druhé oběti a zjistit, jak se k jeho prevenci staví v různých zemích světa? S tím souvisí i další nezodpovězená otázka: Jak zdravotnické zařízení pečuje a pečovalo z hlediska psychické zátěže o své zaměstnance? V teoretické části zmiňuji výzkum, který předkládá fakt, že riziko posttraumatické stresové poruchy u tzv. první linie může být vyšší než 10 % (Walton et al., 2020). Z rozhovorů je psychická zátěž evidentní, nicméně byla následně ošetřena ze strany zaměstnavatele, aby se předešlo rozvinutí psychických obtíží?

Ačkoli má tento výzkum několik omezení, přináší možnost nahlédnout do dané problematiky z jiného úhlu, než se kterým je většina z nás konfrontována vlivem médií. Dále svými nezodpovězenými otázkami otevírá možnost pro další výzkumy a to jak pokračující kvalitativní formou jako jsou rozhovory, tak i kvantitativní cestou, metodou dotazníků.

ZÁVĚR

Stanoveným cílem této práce bylo detailně prozkoumat vzpomínky přímých účastníků v boji proti pandemii covid-19. Uvedená problematika byla řešena pomocí sedmi retrospektivních rozhovorů a následně analyzována tematickou analýzou. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. V teoretické jsem se snažila shrnout aktuální přehled poznatků ze současných výzkumů vzniklých v důsledku pandemie a propojit je s již existujícími teoriemi, které se týkají této oblasti. Ve výzkumné části jsem se snažila popsat sběr dat, výběr participantů, kvalitativní metodu zpracování rozhovorů i najít odpověď na otázku: *Jak prožívali pandemii covid-19 členové zdravotnické záchranné služby?* V kapitole výsledků jsem následně rozepsala pět hlavních témat, z nichž některá obsahovala i svá subtémata. Na závěr jsem své výsledky a nashromážděná data konfrontovala s limity práce a uvedla možné cesty dalšího bádání.

Ačkoliv se může někomu tato práce zdát pesimistická a negativně laděná, na mě to tak nepůsobí. Jako posluchač jsem prožívala každou vzpomínku, kterou se mnou participantů otevřeně sdíleli. Někdy mi běhal mráz po zádech, jindy mi bušilo srdce nedočkavostí, jak daný příběh pacienta pokračoval. Rozhovory přímo překypovaly různorodými emocemi včetně radosti, a ano, byla to doba pro každého náročná, ale tuto práci bych spíše než pochmurnou označila za autentickou.

SEZNAM LITERATURY

- Amos, T., Stein, D. J., & Ipser, J. C. (2014). Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006239.pub2>
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). Stres, zdraví a zvládání. In *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (s. 584–619). Portál.
- Baštecká, B., & Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie* (1.). Portál.
- Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: A new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 8. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0581-9>
- Billman, G. E. (2020). Homeostasis: The Underappreciated and Far Too Often Ignored Central Organizing Principle of Physiology. *Frontiers in Physiology*, 11, 200. <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.00200>
- Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *The BMJ*, 351, h6161. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6161>
- Boyatzis, R. E. (2018). The Behavioral Level of Emotional Intelligence and Its Measurement. *Frontiers in Psychology*, 9, 1438. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01438>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Burns, M., Thomas, B. D., Berntsson, H., Strong, E., Brayne, M., & Hind, D. (2022). Clinician and Patient Experience of Internet-Mediated Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s40737-022-00260-0>
- Cuijpers, P., Veen, S. C. van, Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O., & Auouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): Quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encephale*, 46(3), S73–S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., & Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clinica*, 155(10), 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2.). Portál.

- Gacche, R. N., Gacche, R. A., Chen, J., Li, H., & Li, G. (2021). Predictors of morbidity and mortality in COVID-19. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(3), 1684–1707. https://doi.org/10.26355/eurev_202102_24880
- Gao, Y., Xu, M. Z., & Yang, Y. F. (2004). Research on coping style and related factors of college students during SARS outbreak. *Chinese Medical Ethics*, 2, 60-63.
- Hartl, P., & Hartlová, A. (2000). *Psychologický slovník* (1.). Portál.
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLoS ONE*, 15(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Chovatiya, R., & Medzhitov, R. (2014). Stress, Inflammation, and Defense of Homeostasis. *Molecular cell*, 54(2), 281–288. <https://doi.org/10.1016/j.molcel.2014.03.030>
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews. Endocrinology*, 5(7), 374–381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>
- Italia, S., Costa, C., Briguglio, G., Mento, C., Muscatello, M. R. A., Alibrandi, A., Larese Filon, F., Spatari, G., Teodoro, M., & Fenga, C. (2021). Quality of Life, Insomnia and Coping Strategies during COVID-19 Pandemic in Hospital Workers. A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12466. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312466>
- Kaderka, P., & Svobodová, Z. (2006). *Jak přepisovat audiovizuální záznam rozhovoru? Manuál pro přepisovatele televizních diskusních pořadů*. 43(3 a 4), s. 18-51.
- Kappes, M., Romero-García, M., & Delgado-Hito, P. (2021). Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *International Nursing Review*, 68(4), 471–481. <https://doi.org/10.1111/inr.12694>
- Karel Dušek, & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2.). Grada Publishing, a.s.
- Kliem, S., & Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 753–761. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.005>
- Konaszewski, K., Niesiołędzka, M., & Surzykiewicz, J. (2021). Resilience and mental health among juveniles: Role of strategies for coping with stress. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 58. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01701-3>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví* (1. vyd.). Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu* (1. vyd.). Grada Publishing, a.s.
- Lenferink, L. I. M., Meyerbröker, K., & Boelen, P. A. (2020). PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. *Psychiatry Research*, 293, 113438. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113438>
- Liu, H., & Boyatzis, R. E. (2021). Focusing on Resilience and Renewal From Stress: The Role of Emotional and Social Intelligence Competencies. *Frontiers in Psychology*, 12, 685829. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.685829>

- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (b.r.). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76–85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>
- Merandi, J., Liao, N., Lewe, D., Morvay, S., Stewart, B., Catt, C., & Scott, S. D. (2017). Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. *Pediatric Quality & Safety*, 2(4), e031. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000031>
- MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020
- Petzold, M. B., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, 91(5), 417–421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological Studies of Posttraumatic Stress Disorder. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 18, 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0655-0>
- Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., Lang, D., & Houry, D. (2012). Early Intervention May Prevent the Development of PTSD: A Randomized Pilot Civilian Study with Modified Prolonged Exposure. *Biological psychiatry*, 72(11), 957–963. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.002>
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37–44. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940406>
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.
- Shahrour, G., & Dardas, L. A. (2020). Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1686–1695. <https://doi.org/10.1111/jonm.13124>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). STRESS AND HEALTH: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual review of clinical psychology*, 1, 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Smith, J. (2015). Thematic Analysis. In *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (s. 222–248). SAGE Publications Ltd.
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Strametz, R., Raspe, M., Ettl, B., Huf, W., & Pitz, A. (2020). Handlungsempfehlung: Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der COVID-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. *Zentralblatt Für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz Und Ergonomie*, 70(6), 264–268. <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00405-7>
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1668. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>

Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence: Krize v životě člověka: Formy krizové pomoci služeb* (2. vyd.). Portál.

Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241–247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>

Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>

Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 726–727. doi: [10.1136/bmj.320.7237.726](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru

Příloha č. 3: Fotografie č. 1 (Ukázka kódování)

Příloha č. 4: Přepis rozhovoru č. 1

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru č. 2

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru č. 3

Příloha č. 7: Přepis rozhovoru č. 4

Příloha č. 8: Přepis rozhovoru č. 5

Příloha č. 9: Přepis rozhovoru č. 6

Příloha č. 10: Přepis rozhovoru č. 7

Na základě informovaného souhlasu zde nejsou přístupné přepisy rozhovorů.

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely bakalářské práce: Prožívání pandemie covid-19 u příslušníků záchranné zdravotnické služby

Svým podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro výzkumnou část bakalářské práce Natálie Sanvenero s názvem Prožívání pandemie covid-19 u příslušníků ZZS. Cílem výzkumu je analýzování vzpomínek přímých účastníků v boji proti pandemii covid-19. Výzkum je prováděn v rámci bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií.

Bylo mi sděleno, jak dlouhý bude rozhovor a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně do 3 dnů od uskutečnění rozhovoru odmítnout účast ve výzkumu.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, části citované v textu práce budou volně dostupné v anonymní podobě.

Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po ukončení rozhovoru, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, kterým bych mohl/a být identifikován/a. Dávám své svolení k tomu, aby studentka použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce. Přepis rozhovoru bude uchován u autorky práce.

Já (jméno a příjmení) narozen/á (datum narození)
(telefonním číslem) souhlasím s výše uvedenými podmínkami.

Datum a místo:

.....

.....

podpis respondenta

podpis studentky

držitel souhlasu: Natálie Sanvenero; tel.: 606 381 274; email: natalie.sanvenero@email.cz

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru

1. Seznámení s výzkumem, informovaným souhlasem, nahráváním a začátek rozhovoru.
2. Stat' rozhovoru:
 - Byla to těžká doba, každý ji prožíval jinak, vyprávějte mi o ní? Jaké to pro Vás bylo?
 - Jaké to pro vás bylo, když začal lockdown? Co se pro vás změnilo?
 - Jaké to pro vás bylo, když byl nedostatek informací, málo nakažených? Jaké pro vás bylo střetávat se s lidmi, kteří byli o dost víc vyděšení?
 - Co bylo nejtěžší? Co naopak pozitivního byste mohla zmínit?
 - Jak jste se s tím vyrovnával/a? Co vám pomohlo?
 - Jaké to pro vás bylo, když jste si poprvé oblékl/a ten ochranný oblek?
 - Jak se změnila práce záchranáře v době covidu?
 - Mohl/a byste mi vyprávět nejhorší/nejlepší zážitek?
 - Museli jste se setkávat s velkým strachem, jaké to pro vás bylo v osobním životě?
 - Myslíte si, že je něco, co byste změnil/a? Co byste doporučil jiným záchranářům v podobné situaci?
 - Chtěl/a byste ještě něco dodat? Co je důležité a ještě jsme o tom nemluvili?
3. Ukončení rozhovoru, poděkování a rozloučení se s respondentem.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Natálie Sanvenero
Studijní program: Psychologie (Bc.)

Název práce: Prožívání pandemie covid-19 u příslušníků zdravotnické záchranné služby
Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D

Rok dokončení práce: 2022

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 590

Ostatní text (bez nepřímých citací): 58 781

Celkový počet znaků: 83 721

Počet pramenů a literatury: 50

Názvy souborů

Text práce ve formátu PDF: bp_sanvenero_2022.pdf

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Natálie Sanvenero

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prožívání pandemie covid-19 u příslušníků zdravotnické záchranné služby

Vedoucí/opponent práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 46

Počet stránek příloh: 45

Počet titulů v seznamu literatury: 50

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Je podle Vás psychologická péče o pracovníky ZZS dostatečná? Co by se v tomto ohledu mohlo zlepšit?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice stresu a jeho zvládnání a také v poslední podkapitole zvládnání stresu u zdravotníků. Teoretická část je zpracována kvalitně za použití dostatečného objemu odborné literatury, oceňuji i nalezení aktuálních studií již z období pandemie COVID 19.

Praktická část práce si klade za cíl zjistit, jak prožívali pandemii COVID 19 členové záchranné zdravotnické služby a představuje tematickou analýzu polo-strukturovaných rozhovorů se 7 participanty. Oceňuji náročnost získání vzorku a provedení rozhovorů, rozhovory jdou dostatečně do hloubky, je vidět, že autorce se povedlo navázat dobrý kontakt s participanty. Tematická analýza je realizována pečlivě a metodicky správně, výsledky jsou čtivé a analýza přináší mnohá zajímavá zjištění.

Oceňuji také samostatný a iniciativní přístup autorky.

Silné stránky:

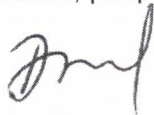
- aktuální téma
- kultivovaná práce s textem a s odbornou literaturou
- náročnost získání vzorku
- pečlivě provedená analýza, zajímavá zjištění
- těžce dostupná vzorka participantů

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace:

Výborný

Datum, podpis:



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Natálie Sanvenero
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Prožívání pandemie covid-19 u příslušníků
 Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 83 721 počet znaků
 Počet stránek příloh:
 Počet titulů v seznamu literatury: 50

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření

(respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny

(citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

(jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice

(samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Co by bylo dle Vás potřeba zkoumat kvantitativně na základě výsledků rozhovorů?

Jak se Vám povedlo zabezpečit nerušený rozhovr s participanty v kavárně?

Jaké téma, které vyšlo z analýzy dat jako nejtěžší/nejbolestivější/ pro respondenty?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Autorka se ve své bakalářské práci věnuje tématu: " Prožívání pandemie covid-19 u příslušníků zdravotnické záchranné služby." Oceňuji výběr tématu a zacílení na respondenty, kteří byli opomíjeni. V teoretické části práce se setkáváme s dvěma kapitolami: Stres a zvládnání stresu. Obě kapitoly mají důležitý podkapitoly, kde jsou témata specificky zpracovány k dané problematice. Uvítala bych v úvodu teoretické části základní informace o prožívání jako takovém. O pandemii autorka píše až v metodologické části, co není na škodu, jenom by to v teoretické části dávalo lepší smysl. Oceňuji jak autorka pracovala s odbornou literaturou a doplnila práci o nové poznatky z oblasti výzkumů, které vznikli v důsledku pandemie.

Ve výzkumné části si autorka kladla hlavní výzkumnou otázku: " Jak prožívali pandemii covid-19 členové zdravotnické záchranné služby?" Celá metodologická část je strukturovaná, přehledná, jsou zde zajímavé a kvalitní výsledky z analýzy rozhovorů, které jsou v diskusi propojené s teorií. Autorka má kritický náhled jak na danou problematiku, tak úskalí výzkumné sondy. V diskusi se taky zamýšlí nad dalším směřováním ve výzkumu na základě svých výsledků.

Celkově hodnotím danou BP jako velmi zdařilou. I když se jedná o bakalářskou práci navrhuji promyslet možnost prezentace výsledků.

Doporučení k obhajobě:

doporučuji

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis: 22.5.2022

