



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce  
z pohledu pacienta**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Kateřina Blažková

**Vedoucí práce:** Mgr. Inka Kratochvílová

České Budějovice 2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....

*Kateřina Blažková*

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ince Kratochvílové za vedení mé bakalářské práce, za její trpělivost a pomoc v nesnázích. Také bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za podporu při psaní práce a při shánění informantů.

# Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta

## Abstrakt

Tato bakalářská práce popisuje ošetrovatelskou péči na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta. S ohledem na téma práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky: 1. Jak vnímají ošetrovatelskou péči pacienti na standardní covidové jednotce? 2. Jaké potřeby popisují pacienti, kteří byli hospitalizováni na standardní covidové jednotce? 3. Jaké informace pacienti postrádají od sester v souvislosti s onemocněním Covid-19 během hospitalizace na standardní covidové jednotce?

V teoretické části se zabýváme onemocněním Covid-19, popisem ošetrovatelské péče na standardní covidové jednotce, zjišťováním změn v potřebách pacientů na tomto oddělení a informovanosti pacientů o onemocnění Covid-19.

Praktická část přednáší výzkum z covidových jednotek z nemocnic okresního nebo krajského typu. Pro výzkumnou část byla vybrána kvalitativní metoda formou polostrukturovaných rozhovorů, při kterých byli dotazováni pacienti po prodělaném onemocnění Covid-19. Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování technikou „tužka-papír“. Výsledky jsou rozděleny do 3 kategorií. První kategorie se zabývá zmapováním ošetrovatelské péče z pohledu pacienta. Mapuje režim na covidové jednotce, ošetrovatelské intervence a také hodnocení pobytu pacientem. Druhá kategorie popisuje uspokojování potřeb pacientů. Nastiňuje pohled na pacientovo prožívání nutnosti být v izolaci a na potřeby popsané pacienty během hospitalizace. Třetí kategorie mapuje informovanost pacientů o onemocnění a poskytuje pohled na informace, které v souvislosti s tímto onemocněním postrádali. Na základě získaných informací je možné zjistit, jak probíhá ošetrovatelská péče u pacientů na covidových jednotkách, ale také kde jsou mezery a prostor pro zlepšení. Výsledky je možné aplikovat do praxe za účelem zkvalitnění péče či mohou sloužit jako zdroj informací pro studenty ošetrovatelství.

## Klíčová slova

Ošetrovatelská péče; Covid-19; covidová jednotka; SARS; potřeba

# **Nursing Care at a Standard Covid Unit from the Point of View of the Patient**

## **Abstract**

This Bachelor thesis describes nursing care in a standard covid unit from a patient's perspective. The following research questions have been identified with regard to the thesis: 1. How do nursing care patients in a standard covid unit feel? 2. What needs do patients who have been hospitalized in a standard covid unit describe? 3. What information do patients lack from nurses related to Covid-19 disease during hospitalization in a standard covid unit?

In the theoretical part, we deal with Covid-19 disease, the description of nursing care in the standard covid unit, the identification of changes in the needs of patients in this unit and the awareness of patients about Covid-19 disease.

The practical part lectures research from covid units from hospitals of the district or county type. For the research part, a qualitative method was selected in the form of semi-structured interviews in which patients after covid-19 disease were interviewed. The data obtained was processed by the open-coding method using the pencil-paper technique. The results are divided into 3 categories. The first category deals with mapping of nursing care from the patient's perspective. It maps the regime at the covid unit, the nursing interventions, as well as the assessment of the stay by the patient. The second category describes meeting patients' needs. It outlines the patient's experience of having to be in isolation and the needs described by patients during hospitalization. The third category maps patients' awareness of the disease and provides a look at the information they lacked in relation to the disease. Based on the information gathered, it is possible to see how nursing care is carried out in patients in covid units, but also where there are gaps and room for improvement. The results can be applied in practice to improve care or serve as a source of information for nursing students.

## **Key words**

Nursing Care; Covid-19; covid unit; SARS; need

## **Obsah**

<b>Úvod .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>8</b>
1.1 Koronaviry .....	8
1.2 SARS-CoV-2 .....	10
1.2.1 Klinický průběh .....	12
1.2.2 Komplikace .....	13
1.2.3 Rizikové skupiny .....	15
1.2.4 Diagnostika .....	15
1.2.5 Terapie .....	18
1.2.6 Prevence .....	22
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty na standardní covidové jednotce .....	25
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>30</b>
2.1 Cíle práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
2.3 Operacionalizace pojmů .....	30
<b>3 Metodika práce .....</b>	<b>32</b>
3.1 Metoda sběru dat .....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	33
<b>4 Výsledky .....</b>	<b>34</b>
4.1 Struktura výzkumného souboru .....	34
4.2 Kategorizace získaných dat .....	35
<b>5 Diskuse .....</b>	<b>46</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>52</b>
<b>Seznam literatury .....</b>	<b>54</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>61</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>62</b>

## Úvod

Téma bakalářské práce je zaměřené na nové onemocnění Covid-19 a ošetrovatelskou péči spojenou s ním. Zvolila jsem si téma s novým onemocněním, pro zdravotníka je to velký předmět zájmu. Chtěla jsem psát o onemocnění Covid-19, abych se dostala co nejbližší k ověřeným informacím o novém „nepříteli“. Také je toto téma již dva roky součástí našich každodenních životů. Jako sestra v první linii, jsem měla možnost sledovat pacienty na izolacích a věděla jsem, že ani oni to nemají lehké.

I přes vysokou nakažlivost této nemoci je snahou každé nemocnice poskytovat kvalitní péči všem nakaženým. Zdravotnický personál si prošel zátěží, kterou nikdo neočekával. Vysoký nárůst pacientů a nedostatek personálu dostával zaměstnance nemocnic do nelehkých situací. V první vlně pandemie byl nemocniční personál ohrožen i nedostatkem ochranných pracovních pomůcek. Nejen zdravotníci, ale i pacienti se obávali přetížení nemocničních systémů a s tím přicházel strach, že nebude péče dostupná pro všechny, kteří jí potřebují. Díky velkému úsilí všech se podařilo nemocnicím nával pacientů ustát.

Pandemie onemocnění Covid-19 začala jako chaos s neustále se měnícími pravidly proti šíření nemoci, se kterými každá nemocnice musela udržovat krok, a to i přes nedostatek ochranných pomůcek. Covidová oddělení neměla kapacitu pro všechny nakažené pacienty, a tak někteří z nich s nejlhčím průběhem zůstávali na standardních odděleních v části vyhrazené pro izolaci. Postupem času se situace začala uklidňovat. Začalo se vyrábět více ochranných pomůcek a nemocniční systém se naučil žít se vzniklou pandemií. Covid-19 poukázal na nedostatky ve zdravotnictví a dle mého názoru budou nemocnice, díky této pandemii a zkušenostech v boji s ní, lépe připraveny na krizové situace, než tomu bylo před Covidem.

# 1 Současný stav

## 1.1 Koronaviry

Název „*Koronavirus*“ je odvozen od jeho tvaru konkrétně z korunkových výstupků na jeho povrchu. Latinsky „*corona*“ znamená „*koruna*“ (Heller, 2020). Koronaviry jsou RNA viry patřící do řádu *Nidovirales* a podčeledi *Coronaviridae*. Byly objeveny v šedesátých letech a jsou známy jako původci onemocnění u různých druhů zvířat a savců. Napadají dýchací a trávicí trakt (Centrum epidemiologie a mikrobiologie, 2020b). U lidí způsobují mírná až středně těžká onemocnění horních dýchacích cest jako je například rýma (Štulma, 2020). Běžné lidské koronaviry způsobují infekce během zimních měsíců a časně z jara. Opět se koronavirem můžeme nakazit přibližně o 4 měsíce později, protože protilátky proti koronaviřům nezůstávají dlouho. Protilátky pro jeden kmen koronaviřů mohou být také neúčinné proti jinému (Heller, 2020). O běžných lidských koronavirech neslyšíme prakticky nic, jelikož nejsou pro člověka nebezpečné (Štulma, 2020). Existují ale takové typy koronaviřů, které dokážou způsobit celosvětovou pandemii. V první vlně se hlásí o slovo SARS, který se objevil koncem roku 2002. Ten způsobuje akutní respirační selhávání (Konvalinka a Machala, 2012). Smrtnost onemocnění SARS se pohybuje kolem 10 %. V druhé vlně jde o infekci MERS, kdy virus nenapadá pouze respirační trakt, ale také ledviny. Smrtnost tohoto onemocnění je děsivých 35 % (Heller, 2020). A ve třetí vlně se nacházíme dnes, kdy celý svět zužuje pandemii kvůli onemocnění Covid-19 (Štulma, 2020). Toto onemocnění je podle vědců mnohem nakažlivější než SARS, ale méně smrtící (Heller, 2020).

Za první pandemii 21. století je považováno onemocnění SARS. SARS znamená syndrom akutního respiračního selhání s rozvojem těžké pneumonie (Prymula a Špilňo, 2006). Nemoc se objevila v únoru roku 2003 a postihla 32 zemí všech kontinentů. Onemocnění SARS se šířilo z jihovýchodní Asie do celého světa. Nejvíce pak postihlo Čínu, Hongkong, Tchaj-wan, Singapur a Kanadu (Konvalinka a Machala, 2012).

Kdy se svět dozvěděl o nemoci SARS? 28. února 2003 hlásila malá francouzská nemocnice v Hanoji pacienta s neobvyklou nemocí, která se podobala ptačí chřipce a požádala Světovou zdravotnickou organizaci (World Health Organization – dále jen WHO) o pomoc (Konvalinka a Machala, 2012). Žádost přijal lékař Carlo Urbani, který se do této nemocnice nechal spolu s nakaženými uzavřít, aby mohl nemoc prozkoumat. Zřídil izolační pokoje, dokumentoval nálezy a staral se o pacienty. Carlo Urbani se



nedožil toho, aby viděl úspěch své práce. 11.3 se u Urbaniho projeví první příznaky SARS, umírá 29. 3. 2003 (Reilley et al., 2003). Díky Urbaniho práci WHO včas zareagovala na novou nebezpečnou nemoc a přijala řádná opatření (Konvalinka a Machala, 2012).

Tato pandemie postihla kolem 8000 lidí, při čemž na nemoc zemřelo 812 osob. Pandemie končí koncem léta 2003 díky velkému úsilí WHO a Centru pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Disease Control and Prevention – dále jen CDC) (Prymula a Špilňo, 2006).

Původ nového viru zajímal většinu virologů a lékařů na celém světě. I proto byl původ nového viru tak rychle objeven. Zjistilo se, že se jedná o nový koronavirus u lidí, který dostal označení SARS-CoV (Konvalinka a Machala, 2012). Koronaviry jsou původci nemocí hlavně u zvířat jako jsou cibetkovité šelmy a vepři. Jako takové vyvolávají nemoci dýchacích cest a průjmovitá onemocnění (Heller, 2020). Dodnes známé koronaviry způsobovaly pouze lehké onemocnění dýchacích cest. Nový koronavirus však může mít původ právě animální a může způsobovat vážné onemocnění dolních dýchacích cest (Prymula a Špilňo, 2006).

WHO definovala dva pojmy týkající se onemocnění SARS. Podezřelý případ SARS a pravděpodobný případ SARS. Podezřelý případ SARS je definován následovně: u pacienta se vyskytují vysoké horečky, postižení dolních dýchacích cest, osoba byla v kontaktu s osobou druhou s podezřením na nákazu SARS, osoba pobývala v lokální oblasti s výskytem SARS. Pravděpodobný případ SARS byl vymezen takto: osoba má objektivně potvrzený rentgenový (dále jen – RTG) nález pneumonie, osoba má přítomné symptomy těžkého respiračního selhání (Prymula a Špilňo, 2006).

Inkubační doba nemoci je 2 až 11 dnů. Poté následují první příznaky jako jsou horečka nad 38 °C, zimnice, třesavka, bolest kloubů, suchý kašel, celková slabost a myalgie. Může se vyskytovat průjem a další příznaky jako například rýma, bolesti v krku, závratě a noční pocení. Po prvním týdnu nemoci vychází pozitivní rentgenový snímek na atypické pneumonie různého rozsahu. V druhém týdnu nemoci mohou mít pacienti dechové potíže, které se stupňují do stavu akutní dechové tísně, kdy je potřeba podpůrné ventilace (Poljak, 2003). Třetí týden nemoci se objevují nejtěžší průběhy respiračního selhání u téměř 20 % pacientů a dochází k syndromu akutní dechové tísně (Acute respiratory

distress syndrome – dále jen ARDS). Při těchto stavech dochází u pacientů k zavedení umělé plicní ventilace (Prymula a Špilno, 2006).

Diagnostika SARS byla v té době náročná. Nejprve byly k dispozici pouze nespecifické příznaky, které jsou ovšem shodné u většiny respiračních onemocnění (Prymula a Špilno, 2006). Poté se prováděly odběry krve, stolice, moči, sputa a nazofaryngeální výtěr (Poljak, 2003). Na začátku onemocnění a poté za 21 dnů se odebírala krev na průkaz protilátek. Lékaři vycházeli hlavně z fyzikálního vyšetření, z RTG snímků hrudníku a z průběžně založených laboratorních testů (Prymula a Špilno, 2006). Kolem května 2003 byl vyroben RT-PCR test, (polymerázová řetězová reakce s reverzní transkripcí (reverse transcription polymerase chain reaction) – dále jen RT-PCR) k rychlé diagnostice koronaviru, založený na průkazu genomu koronaviru (Jindrák et al., 2003).

Léčba u SARS byla na začátcích pandemie spíše empirická, s léčbou symptomů atypické pneumonie. Později se jako účinná farmakoterapie koronaviru ukázala léčba Ribavirinem, který se již používal u virů obsahujících RNA (Konvalinka a Machala, 2012).

## **1.2 SARS-CoV-2**

Koronaviry jsou příčinami respiračních onemocnění (Vašut a Vránová, 2020). Většinou mají za následek nekomplikované infekce horních či dolních dýchacích cest. Jak nám ale od roku 2002 ukazují, mohou způsobovat i závažné respirační onemocnění vedoucí k pneumonii až k akutní respirační tísní (Trojánek, 2020).

Tento virus je původně nositelem nemocí u netopýrů, u nichž způsobuje právě lehké respirační onemocnění. Člověk se tedy stal až druhotným nositelem viru. Pro nestabilitu vztahu mezi člověkem a virem jsou formy infekce různé. Od bezpříznakového průběhu po těžké a závažné stavy (Beneš a Nováková, 2021). Netopýři jsou též hostiteli viru, který způsobuje SARS-CoV a MERS. Z netopýrů se vir přenese na jiné savce a poté na člověka. V těchto případech u SARS na cibetkovité šelmy, u MERS na velbloudy (Trojánek, 2020). Na celkový průběh nemoci má ovšem vliv hlavně tělo hostitele, u nějž záleží na různých faktorech jako je genetika, životospráva a momentální okolnosti (stres,...) (Beneš a Nováková, 2021).

SARS-CoV-2 nebo také Covid-19 (CORona VIRUS Disease 2019) je onemocnění, které se objevilo koncem roku 2019 v čínském městě Wu-chan. Odtud se poté rozšířil do celého světa (Vašut a Vránová, 2020). V několika málo následujících měsících dokázal tento virus způsobit světovou pandemii, která bude mít socioekonomický dopad na celý svět (Hubáček, 2020). 30. ledna vyhlásila WHO stav veřejného ohrožení zdraví a 11. března vyhlásila světovou pandemii (Trojánek, 2020).

I přes vážnost situace čísla úmrtí a nakažených nejsou větší než při onemocnění chřipkou. Dle CDC v USA bylo v roce 2020 chřipkou nakaženo 40 milionů lidí z nichž 40 000 zemřelo. Ke stejnému datu bylo celosvětově koronavirem nakaženo 125 000 lidí z nichž zemřelo 4500 nakažených (Vašut a Vránová, 2020). Samotná Světová zdravotnická organizace varuje před šířením paniky. Většina nakažených onemocněním Covid-19 má pouze lehké příznaky. Vážné zdravotní potíže se objevily pouze u pěti procent nakažených a dvě procenta přišla o život. Z toho byli téměř všichni pokročilého věku a měli přidružené onemocnění jako je například rakovina, obezita, ateroskleróza nebo jiné chronické onemocnění (Heller, 2020). Na tyto nepřenositelné choroby ve světě umírá ročně 41 milionů lidí, což činí 71 % všech úmrtí. A právě tyto nemoci jsou hlavní příčinou smrti na infekci SARS-CoV-2 (Honzák et al., 2020).

Viry mají schopnost mutovat. Tedy i SARS-CoV-2 během své cesty již zmutoval. Kvůli mutaci se také mění jeho nebezpečnost, ta většinou časem klesá. Přenos z člověka na člověka, z člověka na zvíře a zpět, postupně virus oslabuje a ředí. A právě díky oslabenému viru dojde k promoření populace, což můžeme nazvat přírodním očkováním (Honzák et al., 2020).

Pro ještě lepší orientaci v pandemii SARS-CoV-2, můžeme tuto nemoc porovnat s chřipkou. Chřipka má reprodukční číslo (index nakažlivosti – dále jen  $R_0$ ) 2-3, jako je tomu dnes u onemocnění Covid-19. Reprodukční číslo nám ukazuje, kolik lidí dokáže nakazit jeden nakažený člověk (Májek et al., 2020). Přenos obou onemocnění je stejný. Obě nemoci se přenášejí kapénkami z člověka na člověka nebo kontaminovanými povrchy. Odlišnost najdeme v inkubační době, kdy u chřipky jde o cca 3 dny a u SARS-CoV-2 o 5-6 dní (Centrum epidemiologie a mikrobiologie, 2020a). Mezi společné nejčastější příznaky chřipky a Covidu-19 patří horečka, únava a suchý kašel. U chřipky zde dále zařazujeme bolest hlavy, schvácenost, bolest kloubů a svalů. Mezi časté příznaky chřipky patří bolest v krku, nechutenství, rýma a bolest očí. U Covidu-19 do této skupiny

řadíme zánět spojivek, ztrátu čichu a chuti, obtížné dýchání a svědivou vyrážku (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

Každoročně chřipkou onemocní až 10 % dospělých a až 30 % dětí. V roce 2019 trvala chřipková epidemie v České republice 6 týdnů a za tuto dobu vyhledalo pomoc 996 tisíc lidí (Kynčl, 2020). Chřipka je onemocnění vyskytující se celosvětově a každý rok má za následek těžké respirační onemocnění téměř u 3-5 milionů osob. Z toho 290 000 - 650 000 osob zemře v důsledku respiračního onemocnění způsobeného chřipkou. Smrtnost chřipky je kolem 0,1 % (Centrum epidemiologie a mikrobiologie, 2020a).

Od konce roku 2019 do května 2020 se celosvětově onemocněním Covid-19 nakazilo 4 097 158 osob, z toho nemoci podlehl 282 495 osob (Trojánek, 2020). Z námi dostupných dat vyplývá, že 80 % nakažených Covidem-19 má pouze lehký průběh, 14 % nakažených má závažný průběh a 6 % pacientů je v kritickém stavu (Vašut a Vránová, 2020). Smrtnost onemocnění Covid-19 bývá uváděna mezi 1 až 3 % (Trojánek, 2020).

### **1.2.1 Klinický průběh**

Inkubační doba nemoci bývá uváděna mezi 2-14 dní. U většiny pacientů s onemocněním Covid-19 je průběh nemoci s mírnými příznaky nebo zcela asymptomatický. Avšak u některých pacientů se tato nemoc může rozvinout v závažné komplikace (Trojánek et al., 2020). Pokud dojde k symptomatickému onemocnění je nejčastějším příznakem kašel, horečka, únava a bolest kloubů. Nejspecifičtějším příznakem infekce virem SARS-CoV-2 je ztráta chuti a čichu. Tento příznak se objevuje až u 80 % pacientů (Hubáček, 2020). Dále mohou být přítomny nespecifické potíže jako jsou bolesti hlavy a gastrointestinální potíže například nauzea, zvracení, průjem apod. K obvyklým projevům nemoci nepatří rýma což značí, že virus se množí až v dolních cestách dýchacích (Beneš a Nováková, 2021).

Pro klinický průběh onemocnění Covid-19 byla vytvořena klasifikace. Ta se rozděluje na mírný, středně závažný, závažný a kritický průběh. Mírný průběh se projevuje jako akutní respirační onemocnění s klinickými příznaky, přičemž pacient nemá RTG nález pneumonie na plicích. U středně těžkého průběhu má pacient navíc potvrzenou pneumonii RTG snímkem. A u závažného průběhu onemocnění musí pacient splňovat jedno ze 3 kritérií, a to saturace hemoglobinu kyslíkem <93 %, dechová frekvence > 30/min nebo respirační index <300 mmHg. Kritický průběh zahrnuje jakékoliv orgánové

selhání nebo rozvinutou pneumonií s respiračním selháním vyžadující umělou plicní ventilaci (Trojánek et al., 2020).

### 1.2.2 Komplikace

Mezi nejčastější komplikace onemocnění Covid-19 jsou řazeny ARDS, septický šok a renální selhání. Čím dál častěji se také vyskytují kardiální postižení a myokarditida (Trojánek et al., 2020). Myokardiální léze se objeví až u 20 až 30 % hospitalizovaných pacientů. Myokardiální lézi rozumíme například infarkt myokardu, mikroinfarkt nebo fibrózu komorového myokardu (Pařízek, 2021). Dále mezi komplikace řadíme trombotické potíže, které u nemocných s Covid-19 postihují cévy plic, sleziny, srdce, mozků a ledvin. U trombotických komplikací nejčastěji dochází k plicní embolii a k hluboké žilní trombóze. I přes antikoagulační profylaxi zůstává riziko žilní tromboembolie vysoké. Až u 30 % kritických a uměle ventilovaných pacientů se objeví žilní tromboembolická příhoda. U 5-20 % hospitalizovaných pacientů trombotické komplikace zahrnují mozkové příhody, akutní ischemie dolních končetin a akutní poškození myokardu (Vojáček, 2021).

Vraťme se, ale k ARDS. ARDS neboli syndrom akutní dechové tísně je akutní stav, při kterém je snižená koncentrace kyslíku v krvi a oboustranné zastínění na RTG plic (Astapenko a Černý, 2020). Jde o syndrom zánětlivého postižení plic, jehož důsledkem jsou funkční a strukturální změny plicní tkáně, které mají za následek poruchu oxygenační funkce plic (Dostálová a Dostál, 2019). Dodnes nemáme žádnou dostupnou metodu léčby ARDS (Astapenko a Černý, 2020). Postup při ARDS je identifikovat pacienty s vysokým rizikem smrti a včas u nich stanovit podpůrné metody. Cílem podpůrných metod je získat čas do odeznění plicní dysfunkce (Dostálová a Dostál, 2019).

U dětí se též může vyskytnout závažná komplikace v souvislosti s onemocněním covid-19 nazývaná multisystémový zánětlivý syndrom. Objevuje se přibližně 4 týdny po nákaze infekcí SARS-CoV-2. Tento syndrom zahrnuje horečku, přítomnost zánětu a poruchu funkce některého z orgánů (Nečas, 2020). Pacienti s tímto syndromem mají horečky, vyrážky, gastrointestinální a respirační potíže, a také se u nich může objevit olupování kůže na dlaních a nohách. Mohou se také objevit neurologické potíže jako například podrážděnost, bolesti hlavy a svalová slabost (David et al., 2021). K těžkým příznakům řadíme šok, až u 90 % pacientů se vyskytuje některá forma poškození srdce nebo selhání ledvin, a až u poloviny pacientů dochází k respiračnímu selhání vyžadující invazivní či

neinvasivní ventilační podporu (Nečas, 2020). Multisystémový zánětlivý syndrom také zvyšuje riziko koagulopatie u dětí (Vojáček, 2021).

Jak se ukázalo onemocnění Covid-19 nemá jen akutní průběh, ale může způsobit dlouhodobé komplikace jako je post-covid syndrom. Po druhé vlně pandemie se začali objevovat pacienti, které měli různé příznaky, a to i po skončení akutní fáze tohoto onemocnění. Dnes už rozlišujeme podle délky trvání příznaků, o jakou formu Covidu-19 se jedná. Do 4 týdnů od příznaků jde stále o akutní formu Covidu-19, příznaky trvající 4-12 týdnů je pokračující symptomatický Covid-19 a příznaky nad 12 týdnů bez vysvětlení jiné příčiny je právě post-covid syndrom (Kossárová et al., 2021).

Post-covid syndrom způsobuje širokou škálu potíží a může postihnou zřejmě každý orgán. Nejčastěji postihuje respirační trakt a způsobuje snížení tolerance fyzické zátěže. Dále může zapříčinit dermatologické, neurologické, ale i psychické potíže (úzkost, deprese, apod) a spoustu dalších potíží (Kopecký et al., 2021). Post-covid syndrom a všechny tyto obtíže se netýkají jen pacientů, kteří měli závažný průběh nemoci, může se týkat též pacientů, kteří měli pouze lehký průběh. Alespoň jeden ze symptomů přetrvává u 80 % pacientů až 2 týdny po prodělání akutní fáze nemoci. Nejčastěji je to únava, která postihuje až 54 % pacientů, dále bolesti hlavy, poruchy pozornosti, zadýchávání apod. Symptomy jako únava, deprese, poruchy spánku a bolest svalů mohou přetrvávat i roky (Kossárová et al., 2021).

Diagnostika syndromu začíná vždy u obvodního lékaře k vyloučení jiných onemocnění. Při plicních obtížích přebírá péči ambulantní pneumolog. Ten poté provede různá vyšetření jako RTG plic a plicních funkcí včetně plicní difúze. Při komplikovaných případech post-covid syndromu jsou pacienti posláni do mezioborových center post-covid péče. Tato centra vznikla ve většině krajských nemocnic při zvyšujícím se počtu pacientů s post-covid syndromem (Kopecký et al., 2021). V rámci léčby se doporučuje Relax, zdravý životní styl, užívání vitamínů a antioxidantů, postupné zvyšování fyzické zátěže, aerobní a dechová cvičení. Popřípadě podle příznaků symptomatická léčba (Kossárová et al., 2021).

### 1.2.3 Rizikové skupiny

U onemocnění Covid-19 se pravděpodobnost úmrtí zvyšuje úměrně s věkem pacienta. Kritický stav se tedy týká spíše starších lidí s věkem nad 65 let a lidí s chronickým onemocněním jako je diabetes, vysoký krevní tlak, dále onkologičtí pacienti a pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí atd. (Centrum epidemiologie a mikrobiologie, 2020a). U dětí bývá infekce covid-19 poměrně vzácná, většinou s mírným průběhem. Děti do 19 let tvořily pouze 2,4 % z celkového počtu nakažených. Z toho v kritickém stavu skončilo 0,2 % nakažených (Vašut a Vránová, 2020).

Těhotné ženy podle dostupných informací nejsou ohroženější skupinou než běžná populace, rovněž u nich nebyl prokázán vážnější průběh onemocnění (Vašut a Vránová, 2020). Ohroženou skupinou těhotných jsou ženy s následujícími rizikovými faktory – hypertenze, obezita, věk nad 35 let a ženy s pregestačním diabetem. Rizikovější skupinu tvoří i ženy ve vyšším stádiu těhotenství nad 28 týdnů. Těhotenství také způsobuje vyšší riziko trombozy, stejně jako onemocnění Covid-19, proto se u pacientek doporučuje antikoagulační profylaxe (Mlezivová et al., 2021). U těhotných žen s infekcí SARS-CoV-2 je vyšší počet předčasných císařských řezů a to až 65 %. Předčasně rodí 17 % žen iatrogeně a 5 % pacientek rodí předčasně spontánně. Jde zřejmě o rozhodnutí porodníků ulevit organismu v kritickém stavu kvůli onemocnění Covid-19 (Nečas, 2020).

### 1.2.4 Diagnostika

Mezi diagnostické metody u onemocnění Covid-19 řadíme detekci viru SARS-CoV-2 přímou a nepřímou metodou, dále laboratorní vyšetření a zobrazovací metody.

#### **Detekce viru SARS-CoV-2**

V současnosti máme k dispozici přímou a nepřímou detekci viru SARS-CoV-2 (Státní zdravotní ústav, 2021a). Přímí průkaz je polymerová řetězcová reakce s reverzní transkripcí v reálném čase neboli rRT-PCR. Tento test detekuje nukleové kyseliny viru SARS-CoV-2 (Štefan et al., 2021a). PCR test se provádí výtěrem z nosohltanu a při umělé plicní ventilaci se provádí z dolních cest dýchacích. Pozitivní výsledek nám ukazuje přítomnost nukleové kyseliny viru v dýchacích cestách, to ovšem neznamená aktivní průběh infekce. Je nutné přihlížet ke klinickému stavu pacienta (Státní zdravotní ústav, 2021a). Pozitivní PCR test může mít i pacient několik týdnů po prodělání nemoci, kdy se již nepovažuje za nakažlivého. Stejně tak pokud přetrvávají symptomy onemocnění

Covid-19, ale test vychází negativně je vhodné test za 2-5 dnů zopakovat. Na průkaz jednotlivých mutací, ať už z epidemiologického důvodu nebo v rámci výzkumu, se provádí takzvaný diskriminační PCR test (Štefan et al., 2021a).

Jako druhý přímý průkaz viru SARS-CoV-2 je testování antigenním testem. Tento test má výhodu v rychlosti získání výsledku a v cenové dostupnosti (Beneš a Nováková, 2021). Test je hotový během 15 minut a bez nutnosti transportu vzorku do laboratoře (Státní zdravotní ústav, 2021a). Zatímco pozitivita PCR testu ukazuje pouze na přítomnost viru, antigenní test ukazuje na aktuální nakažlivost pacienta. Antigenní testy se provádějí též výtěrem z nosohltanu. Pokud ale budeme akceptovat menší výtěžnost, dá se vzorek získat i výtěrem z úst, vyšetřením slin a výtěrem z nosu (Beneš a Nováková, 2021). U symptomatických osob mají tyto testy senzitivitu 95,4 % a specifitu 89 %. Antigenní testy svojí pozitivitou u pacientů s příznaky infekce potvrzují, avšak negativní výsledky testu přítomnost infekce nevyklučují. Jsou také určeny pro testování občanů bez příznaků, k zachycení přenašečů, a to hlavně v místech s vysokým výskytem infekce. Pozitivní test u asymptomatických pacientů je nutné potvrdit PCR testem (Štefan et al., 2021a).

PCR test lze také provádět ze vzorku krve. Nyní máme k dispozici vyšetření na přítomnost antigenu v krvi, tedy kvantitativní průzkum nukleoproteinu v séru metodou ELISA (enzyme-linked immuno sorbent assay). ELISA je imunologická metoda na průkaz určitého antigenu. Pokud je hladina antigenu v krvi vysoká, značí to účinnost terapie antivirotyky. Pokud je hladina antigenu nízká, až neměřitelná u pacientů v kritickém stavu, je vhodné použít jiný terapeutický postup (Štefan et al., 2021a).

Nepřímou metodou pro detekci viru SARS-Cov-2 je odběr krve na přítomnost protilátek. Tento test neslouží k zjištění aktuální probíhající infekce, ale slouží k potvrzení prodělané infekce. IgG protilátky by se měly stanovovat přibližně po 2-3 týdnech po potvrzení pozitivitu PCR testem (Štefan et al., 2021a). IgG protilátky se v organismu tvoří jako poslední a jsou nejvíce specifické. Množství protilátek v krvi je individuální a závisí na různých faktorech jako jsou průběh infekce, virová nálož, věk pacienta a genetické predispozice. Protilátky se tvoří různě rychle a v různém množství u různých osob. Čím je menší koncentrace protilátek, tím dříve klesají, proto není možné určit přesnou dobu, kdy protilátky nebudou prokazatelné. Test na protilátky se provádí ze séra v laboratoři nebo rychlotestem z kapilární krve (Krátká et al., 2021).



Při infekci virem SARS-CoV-2 se provádí laboratorní vyšetření. Mezi hematologickými nálezy se objevuje normální počet leukocytů, velmi málo se objevuje mírná leukocytopenie a často bývá přítomna lymfocitopenie a relativní neutrofilie. Dalším vyskytujícím se parametrem jsou vysoké D-dimery, které mohou poukazovat na přítomnost tromboembolické nemoci (Trojánek et al., 2020). U biochemických nálezů můžeme pozorovat zvýšení jaterních enzymů, minerálovou dysbalanci a při dehydrataci vzestup urey a kreatininu (Štefan et al., 2021a). Mírné zvýšení zánětlivých parametrů se vyskytuje u 90 % pacientů (Trojánek et al., 2020). U pacientů s poklesem SpO<sub>2</sub> (nasyčení krve kyslíkem) pod 93 % a u pacientů s dušností je žádoucí provést test na vyšetření krevních plynů (ASTRUP) (Štefan et al., 2021a).

### **Zobrazovací metody**

U některých pacientů s onemocněním Covid-19 dochází k závažnému plicnímu onemocnění a k jeho včasnému odhalení je potřeba zobrazovací diagnostiky (Ferda et al., 2020). Základní zobrazovací diagnostikou je rentgenový snímek plic. U virové pneumonie se objeví oboustranné infiltráty. Rentgenové nálezy mohou být velice diskrétní nebo naopak mohou překvapit svojí rozsáhlostí nálezu. RTG je méně citlivý ve srovnání s výpočetní tomografií (computed tomography - dále jen CT), ale má také své výhody jako menší radiační zátěž, větší dostupnost a možnost snímkování i na nemocničním lůžku (Štefan et al., 2021a).

Výpočetní tomografie nám poskytuje nejpřesnější zobrazení plicní tkáně (Ferda et al., 2020). CT vyšetření má vysokou citlivost a při diagnostice onemocnění Covid-19 dosahovala až 95 %. Nejčastější CT nálezy u pacientů s Covid-19 jsou denzity mléčného skla. V průběhu nemoci tato ložiska rostou a objevují se nová (Trojánek et al., 2020). Tyto nálezy ovšem nejsou specifické jen pro pozitivní pacienty s Covid-19. Mohou se objevit i u asymptotických pacientů a mohou předcházet pozitivě PCR testu z nosohltanu. CT snímek plic se provádí k zjištění komplikací, ne za účelem diagnostiky onemocnění Covid-19 (Štefan et al., 2021a). Avšak na počátku epidemie sloužilo CT k úvodnímu vyšetření k odlišení SARS-CoV-2 od ostatních plicních nemocí. Později se povedlo zjistit odlišnosti v projevech viru SARS-CoV-2 a hodnotit indikaci k CT (Ferda et al., 2020).

Mezi další zobrazovací metody využívané při onemocnění Covid-19 patří ultrasonografie. Ta se používá jako doplňková metoda ke kontrole rozsahu poškození plic a k diagnostice nahromadění tekutiny v pleurální dutině. Ultrasonografie má hlavní využití při zavádění hrudní drenáže a u rychlé diagnostiky pneumothoraxu (Štefan et al., 2021a).

### **1.2.5 Terapie**

Léčbu u onemocnění Covid-19 rozdělujeme na symptomatickou a cílenou léčbu, při které se používají především antivirotika. Ale ne každý stav onemocnění Covid-19 vyžaduje hospitalizaci.

Pokud má pacient mírné příznaky a nemá žádný rizikový faktor lze zvládnout léčbu Covidu-19 v domácí izolaci. V domácí izolaci musí pacient dodržovat pravidla, aby nedošlo k šíření nemoci (Arias Anaya, 2021). Tato pravidla zahrnují pobyt v samostatném dobře větraném pokoji, kdy je pacient oddělený od zbytku rodiny. V domácnosti by měli zůstat pouze členové, kteří se o pacienta starají. Při pobytu ve společných prostorech by měl nakažený i ostatní členové nosit ochranu dýchacích cest. Nakažený by měl používat své vlastní kuchyňské náčiní, ručníky, ložní prádlo apod. Nákupy a pochůzky vyřizuje zdravý člen rodiny, přátelé nebo sociální pracovník (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Důležité je pravidelné mytí rukou a dezinfekce povrchů v domácnosti. Léčba v domácím prostředí spočívá v zmírňování příznaků nemoci. Pacient tedy může užívat léky na horečku, bolest, nosní sprej na ucpaný nos a další léky podle příznaků. Léky by měl telefonicky konzultovat s lékařem. Je dobré, aby měl pacient zajištěný dostatečný příjem tekutin (Arias Anaya, 2021).

### **Symptomatická léčba**

Symptomatická léčba je určena nemocným pacientům s projevy nemoci Covid-19. Terapie symptomů může probíhat jak ambulantně, tak i za hospitalizace podle stavu pacienta. K symptomům onemocnění Covid-19 patří zvýšená teplota. Při teplotě nad 38 °C jsou pacientovi podávány antipyretika, tedy léky na snížení teploty, které často mají i analgetický účinek. Mezi tyto léky patří paracetamol, ibuprofen a další (Dlouhý et al., 2020). V dostatečných dávkách podáváme antitusika jejichž účinek spočívá v potlačování suchého dráždivého kašle. Antitusika můžeme podávat v kombinaci s mukolytiky jako například ambroxol nebo erdostein. Mezi taková antitusika patří například kodein,

butamirát nebo dropropizin. Důležité je také dbát na hydrataci. Při dehydrataci je pacientům indikována infuzní terapie (Štefan et al., 2021a).

Důležitou součástí symptomatické léčby je oxygenoterapie. Nejlepší způsob je podání nosní kanylou. Tato terapie je indikována při saturaci hemoglobinu kyslíkem <93 % (Trojánec et al., 2020). Nedílnou součástí oxygenoterapie je aktivní polohování. Hlavním cílem polohování je strávit co nejméně času vleže na zádech. Pravidelné polohování na boky a břicho zabraňuje hromadění zánětlivé tekutiny v dorzální části plic (Štefan et al., 2021a). U pacientů s těžkou formou respiračního selhání se používá pronační poloha, která má sloužit ke zlepšení saturace kyslíku v krvi, snížit dechovou frekvenci a poskytuje lepší drenáž sekretů z dýchacích cest. Jde o polohu, kdy pacient leží na břiše, což má pozitivní efekt v snížení riziku vzniku dekubitů na zadních částech těla (Škulec a Kalina, 2020).

Pokud pacient nedosahuje dostatečné oxygenace pomocí oxygenoterapie maskou, nastupuje na řadu vysokoprůtoková nosní oxygenoterapie (high-flow nasal oxygenation – dále jen HFNO). Tato péče je spíše určena pro intenzivní péči, ovšem v době pandemie je tato metoda používána na pomezí standardní a intenzivní péče. HFNO nám poskytuje průtok zvlhčeného a ohřátého plynu nosní kanylou, který má až 90 % podíl kyslíku. Dále nám poskytuje průtok plynu rychlostí 60 l/min (při normální oxygenoterapii používáme průtok 5-10 l/min) (Štefan et al., 2021a). Jak už bylo zmíněno výše HFNO je možné použít i na standardní jednotce. Je ovšem nutná častá monitorace pacienta z důvodu možného akutního zhoršení stavu pacienta. Výhody HFNO jsou ve větším pohodlí, než je tomu u neinvazivní ventilace a v menší svalové únavě, dále je zde menší riziko šíření infekčního aerosolu do prostoru, než je tomu u neinvazivní ventilace. Je zde také možnost polohovat pacienta do pronační polohy (Škulec a Kalina, 2020).

### **Cílená léčba**

U onemocnění Covid-19 používáme léky s antivirotickým účinkem. Ty mají u různých nemocí různé účinky. Například u chronických virových infekcí očekáváme úplné vymizení infekce. U respiračního onemocnění při užívání antivirotik sledujeme různá kritéria. Sledujeme dobu do vymizení viru ve vzorku z nosohltanu, vliv na zlepšení stavu a vliv na smrtnost (Štefan a Grebenyuk, 2020). Nyní je nám k léčbě onemocnění Covid-19 k dispozici pouze jediný lék remdesivir. Lékaři také používají lék favipiravir, který se dříve používal na těžké stavy při onemocnění chřipkou (Trojánec et al., 2020).

K dispozici je nám také rekonvalescentní plazma, která se podává pacientům do 3 dnů od stanovení diagnózy. Cílem rekonvalescentní plazmy je předejít těžkému průběhu nemoci Covid-19 u rizikových pacientů. Podobný účinek nám poskytují neutralizační monoklonální protilátky. Tyto protilátky jsou též určeny pro pacienty z rizikových skupin, u kterých je možné očekávat závažný průběh nemoci. Podávají se ambulantně co nejdříve po zjištění infekce. Při pokročilé infekci jsou pacientům podávána imunosupresiva. Nejčastěji používaným imunosupresivem v léčbě Covidu-19 u hospitalizovaných pacientů se stal dexamethason. (Štefan et al., 2021a). Mezi cílenou léčbu lze také řadit antikoagulační léčbu, jelikož onemocnění Covid-19 způsobuje hyperkoagulační stavy (Dlouhý et al., 2020).

### **Remdesivir**

Účinnost tohoto léku byla zkoumána několika studiemi. Konkrétně společností Glead, která lék vyvinula. Tato studie prokázala, že lék remdesivir je účinnější, pokud se podává 5 dní. Studie obsahovala dvě skupiny jednu pětidenní a druhou desetidenní. Z pětidenní skupiny bylo po 14 dnech propuštěno 60 % z 200 pacientů. Z druhé desetidenní skupiny bylo propuštěno 52,3 % z 197 pacientů. Druhá studie sponzorovaná National Institutes of Health obsahovala 1063 pacientů. Tato studie prokázala, že pacienti na remdesiviru se zotavují rychleji než pacienti s placebem. Také byla prokázána nižší mortalita u těchto pacientů. Na základě studií úřad pro kontrolu potravin a léčiv 1. 5. 2020 schválil tento lék pro děti a dospělé s těžkou formou onemocnění Covid-19 (Holmannová, 2020).

Remdesivir má širokospektrý antivirotický účinek. Působí jak na koronaviry, tak na další spektrum virů jako jsou paramyxoviry, pneumoviry a filoviry. Dokonce byl zkoušen i na léčbu eboly. Remdesivir je podáván intravenózně (Štefan et al., 2021a). Měl by být podáván co nejdříve od stanovení diagnózy. U pacientů v kritickém stavu nemá takový efekt (Štefan a Grebenyuk, 2020).

Remdesivir je určen dětem a dospělým s onemocněním Covid-19 je-li u nich rozvinutá pneumonie a u pacientů s potřebou oxygenoterapie. Lék je doporučeno užívat 5-10 dní. Remdesivir také nemá žádné kontraindikace kromě alergické reakce (Štefan a Grebenyuk, 2020).

Mezi nežádoucí účinky patří elevace jaterních testů, zažívací obtíže jako jsou nauzea a zvracení. Také je možné, že se u pacientů užívajících remdesivir objeví bradykardie, která se objevuje hlavně v nočních hodinách, kdy srdeční frekvence může klesat až k 35 tepům/min (Štefan et al., 2021a).

Těhotné ženy by měly lék užívat pouze v případě, že to jejich klinický stav opravdu vyžaduje. Během užívání remdesiviru by ženy měly přestat kojit (Štefan a Grebenyuk, 2020).

### **Monoklonální protilátky**

Monoklonální protilátky se používají u rizikových pacientů, aby zabránily těžkému průběhu infekce SARS-CoV-2. Musí být ovšem podány v časně fázi infekce. Monoklonální protilátky se nepodávají pacientům s těžkým průběhem infekce, jelikož zde nebyla prokázána jejich účinnost. Mezi jejich zástupce patří například bamlanivimab, casirivimab, imdevimab, a etesevimab (Černý et al., 2021). Bamlanivimab je neutralizační monoklonální protilátka, navržena tak aby se vážala na S-protein viru SARS-CoV-2. Tím, že se naváže na S-protein dojde k zabránění vstupu koronaviru do lidské buňky. Tato protilátka byla vyrobena podle přirozené lidské protilátky od jednoho z prvních vyléčených pacientů. Bamlanivimab je určený k ambulantnímu podání pro dospělé a děti od 12 let s mírným až středně těžkým průběhem, dále lidem s rizikovými faktory (Štefan et al., 2021a).

### **Rekonvalescentní plazma**

Rekonvalescentní plazma se v medicíně používá už mnoho let u pestré škály infekčních nemocí jako například u těžkých průběhů chřipky a u eboly. Jde o plazmu od dárců, kteří již infekci prodělali (Štefan a Grebenyuk, 2020). Jejich plazma obsahuje protilátky proti SARS-CoV-2 a jedná se o takzvanou pasivní imunizaci (Holmannová, 2020). Studie prokázaly, že rekonvalescentní plazmu je nejlepší podávat co nejdříve od prvních příznaků, a to nejlépe do 3 dnů od začátku symptomů. Cílem podání této plazmy je ochrana rizikových skupin před těžkým průběhem nemoci (Štefan et al., 2021a). V ČR se plazma odebírá ideálně 4-10 týdnů od prodělání infekce a pacientům je podávána jako transfuzní přípravek s dostatečnou hladinou protilátek. Aplikuje se 250–300 ml maximálně 3x v průběhu 5 dnů (Dlouhý et al., 2020).

## **Antikoagulační léčba**

U onemocnění Covid-19 byly prokázány časté hyperkoagulační stavy, díky kterým dochází k mikrotrombotizaci v ledvinách a plicích. Dále také dochází k hluboké žilní trombóze, plicní embolii a dalším (Dlouhý et al., 2020). Proto hospitalizovaní pacienti dostávají nízkomolekulární heparin. U ambulantních pacientů se středně těžkým průběhem nemoci se doporučuje nefarmakologická prevence tromboembolické nemoci. Do této prevence patří dostatečný pitný režim, cvičení dolních končetin na lůžku, chůze a bandáž dolních končetin. Dále u pacientů s více než jedním rizikovým faktorem je vhodné indikovat kyselinu acetylsalicylovou (Štefan et al., 2021a).

## **Vitamín D a C**

Vitamín C je antioxidant a má za úkol potlačovat velké zánětlivé stavy a cévní poškození, díky jeho protizánětlivému účinku (Štefan et al., 2021a). Při nedostatku vitamínu D je snížena lidská obranyschopnost. T-lymfocyty se bez vitamínu D nejsou schopny aktivovat. Pokud tedy T-lymfocyty narazí na cizí antigen, nejsou schopny bez vitamínu D adekvátně reagovat (Vašut a Vránová, 2020).

### **1.2.6 Prevence**

Každá respirační infekce má svoji sezónnost výskytu. Tedy dobu, kdy je respirační infekcí zasaženo nejvíce lidí. Tato sezóna bývá nejčastěji v zimě, tedy v období, kdy je chladno. V tropickém pásmu je tomu podobně. Jelikož je tam stále teplo, viry se projeví například v období dešťů, kdy se ochladí. Tak je tomu i onemocnění Covid-19, kdy dnes můžeme říct, že má svůj sezónní výskyt. Infekce Covid-19 se sice v menším množství šíří celoročně, ale v období chladna se její výskyt rapidně zvyšuje, což poukazuje na sezónnost této nemoci (Stejskal, 2020).

K ovlivnění sezónnosti respiračních onemocnění přispívají další faktory jako jsou větší shlukování osob v uzavřených prostorách a kvůli zimě omezení větrání vnitřních prostorů. V letních měsících, díky ultrafialovému záření a větší rychlosti zasychání kapének, je životaschopnost viru mnohem menší než v zimě (Stejskal, 2020). Virus SARS-CoV-2 se přenáší kapénkami z člověka na člověka. Vir se přenáší kontaminovanými předměty a povrchy nebo vzduchem. Do těla vstupuje přes dutinu nosní, ústní a přes sliznici očí. Proto mezi nejúčinnější ochranné pomůcky patří

jednorázové rukavice, respirátory a brýle nebo štít, který chrání oči (Vašut a Vránová, 2020).

Prevenici jako takovou rozdělujeme na specifickou a nespecifickou. Nespecifickou prevencí používáme k zabránění šíření jakékoliv infekce, v tomto případě šíření viru SARS-CoV-2. Specifická prevence bojuje přímo proti konkrétní nemoci. Nejčastěji spočívá v očkování (Státní zdravotní ústav, 2021b).

Mezi nespecifickou prevencí patří tzv. pravidlo 3 R – respirátory, rozestupy, ruce. Respirátor chrání naše dýchací cesty a snižuje tedy riziko nákazy. Pokud je jedinec nakažený a nosí respirátor, zmírňuje riziko nakažení dalších lidí. Pokud je jedinec zdravý a nosí respirátor, chrání sebe před infekcí od jiných lidí. To platí i pro očkované jedince (Státní zdravotní ústav, 2021b). Rozestupy mezi jednotlivými jedinci by měl být minimálně 1,5-2 metry (Vláda České republiky, 2022). Pokud je totiž člověk nakažený a kýchne z nosní a ústní dutiny vyletí kapénky s obsahem viru SARS-CoV-2. Pokud stojíte blízko, tak tyto kapičky vdechnete a mohou vás nakazit (Heller, 2020). Lidé by se též neměli dotýkat rukama svého obličeje. Důvod je jednoduchý. Přes den se dotýkáme povrchů a různých věcí prakticky pořád. Naše ruce na sebe nachytají viry, které následně mohou přenést do očí, úst nebo nosu. Proto je velice důležitá hygiena rukou. Ruce by se měly umývat teplou vodou a mýdlem po minimální dobu 20 sekund. Poté se ruce řádně opláchnou a otřou ručníkem na jedno použití (Státní zdravotní ústav, 2021b).

Prevence před nakažením virem SARS-CoV-2 je tedy nosit respirátory jako ochranu dýchacích cest, vyhýbání se větším davům a lidem, kteří vykazují příznaky onemocnění Covid-19 (Heller, 2020). Dále důkladná hygiena a dezinfekce rukou virucidní nebo alkoholovou dezinfekcí, která by měla obsahovat minimálně 60 % ethanolu (Vašut a Vránová, 2020). Důležité je dodržovat pitný režim. Pokud totiž máme dostatek vody v organismu vyplavuje škodliviny z těla a přispívá tak ke správné funkci imunitního systému (Heller, 2020).

### **Očkování proti Covidu-19**

V současné době máme v České republice k dispozici čtyři vakcíny proti onemocnění Covid-19. Dvě vektorové a dvě mRNA vakcíny. Očkování je nejvýznamnější u rizikových skupiny, tedy u osob nad 60 let a u lidí s chronickým onemocněním. Mělo by chránit osoby před těžkým průběhem nemoci, před hospitalizací a úmrtím na onemocnění

Covid-19. Aby bylo očkování co nejúčinnější, měl by se dodržovat pravidelný interval mezi dávkami. Očkování proti Covidu-19 nemá žádné kontraindikace, to znamená, že mohou být očkovány všechny osoby od 12 let věku. Prioritně by měly být očkovány osoby starší 60 let, aby při další pandemické vlně nedocházelo k takovému zatížení zdravotnictví (Štefan et al., 2021b). Pro osoby, které prodělaly onemocnění Covid-19, je doporučeno počkat 90 dní od prodělání nemoci, než se nechají naočkovat (Jeseňák et al., 2021).

Vakcíny založené na mRNA fungují jako nosič informace. Podle mRNA buňky v lidském těle vyrobí S-protein. Tato bílkovina se nachází na povrchu každého koronaviru. Naše tělo a imunitní systém běžně tuto bílkovinu vyhledávají a po identifikaci tento virus zničí. Vakcína pomáhá našemu tělu a buňkám naučit se rozpoznávat tyto bílkoviny, tedy i samotný koronavirus, a poté ho zničit (Státní ústav pro kontrolu léčiv, ©2021). Mezi mRNA vakcíny patří vakcína BNT162b2 (Pfizer/BioTech) a vakcína mRNA-1273 (Moderna) (Štefan et al., 2021b).

Vakcína Pfizer/BioTech byla vyrobena na základě dřívějších experimentálních očkovacích látek proti onemocnění jako jsou chřipka, Ebola a Zika virus. Díky mRNA vzniká buněčná i humorální imunita (Jeseňák et al., 2021). U této vakcíny jsou zapotřebí dvě dávky v odstupu 21 dní. Ochrana poté nastupuje 7-14 dní po druhé dávce. Vakcína je určena pro osoby starší 12 let. Vakcína Moderna funguje stejně jako Pfizer. Též jsou potřebné dvě dávky a účinnost nastává 14 dní po podání druhé dávky (Štefan et al., 2021b).

Dále máme k dispozici adenovirové vektorové vakcíny. Účinnost těchto vakcín je testována více než 10 let pro různé infekční nemoci jako jsou Ebola, malárie, HIV apod. Mezi tyto očkovací látky patří vakcína AZD1222 (Astra Zeneca/University of Oxford) a vakcína Ad26.COVS.2 (Janssen/Johnson&Johnson). Astra Zeneca obsahuje šimpanzí adenovirus se spike proteinem SARS-CoV-2. V Evropské unii (dále jen EU) je určena pro osoby starší 18 let (Jeseňák et al., 2021). Je podáván ve dvou dávkách s odstupem 84-91 dnů. Astra Zeneca může způsobovat trombózy a trombocytopenii, a proto není doporučována osobám mladším 60 let. U pacientů nad 60 let převyšuje benefit z vakcíny, který převyšuje riziko trombóz. U vakcíny Janssen je to velice podobné jako u Astra Zeneca. Janssen obsahuje lidský adenovirus s S-proteinem SARS-CoV-2. Je též určený



pro osoby starší 18 let. Jako u předešlé vakcíny se nedoporučuje osobám mladším 60 let. Janssen vakcína se podává pouze v jedné dávce (Štefan et al., 2021b).

Nyní je k dispozici posilující 3 dávka očkování, která je určena osobám s imunosupresí a rizikovým skupinám (Štefan et al., 2021b).

Nežádoucí účinky mRNA vakcín je lokální a celková reakce. Mezi ně patří zarudnutí, otok a bolest v místě pichu, únava a bolest hlavy. Většina reakcí odezní spontánně během několika dní (Jeseňák et al., 2021). Mezi projevy celkové reakce patří horečka, zimnice, únava, bolest svalů a kloubů. Nejzávažnější nežádoucí účinek je anafylaktický šok, který může ohrozit pacienta na životě. Projevuje se kožní reakcí jako vyrážky nebo začervenání, otoky dýchacích cest, dušností, opocení, nervozitou, úzkostí apod. Mohou se také objevit vzácné komplikace spojené s očkováním proti Covidu-19. K těmto komplikacím řadíme myokarditidy a perikarditidy, Guillainův-Barrého syndrom a syndrom kapilárního úniku (Štefan et al., 2021b).

### **1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty na standardní covidové jednotce**

#### **Standardní covidová jednotka**

Standardní covidová jednotka, neboli oddělení pro pacienty s onemocněním Covid-19, je rozdělena na dvě části. Část suspektní, tedy část, kde jsou pacienti s podezřením na Covid a část pro potvrzené pacienty s onemocněním Covid-19. Pacienti s podezřením na Covid musí být uloženi na jednolůžkový pokoj v suspektní části s vlastním sociálním zařízením a jejich pohyb by měl být omezen v rámci covidové jednotky. Pacienti s již potvrzeným onemocněním mohou být na pokoji ve více osobách (Liang et al., 2020). Každý pokoj na standardní covidové jednotce by měl mít přívod kyslíku, jelikož většina hospitalizovaných pacientů má indikovanou oxygenoterapii a bez kyslíku se neobejdou. Z důvodu, že jsou covidová oddělení zřizována na standardních odděleních, je nutné na každém takovém oddělení vytvořit prostor pro filtry, kde se personál obléká a svléká z ochranných pomůcek (Kratochvílová a Hellerová, 2021).

Po přijetí pacienta na standardní covidovou jednotku by měl být informován, že pokud se pacient někde přesouvá mimo svůj pokoj, například na vyšetření, musí mít na sobě vždy respirátor FFP2. Dále je edukován o signalizačním zařízení, přes které lze komunikovat s personálem. Tato komunikace by měla být častá, jelikož personál nesmí být v častém přímém kontaktu s pacientem. Komunikační zařízení slouží ke kontrole pacienta a

k dotazům na jeho potřeby (Dlouhý et al., 2021). Důležitá je edukace pacienta o zákazu návštěv. Proto by měl mít pacient u sebe komunikační zařízení, aby mohl komunikovat s rodinou. Pacienti musí být informováni, jak zabránit dalšímu šíření nemoci, o správné hygieně rukou, o významu izolace apod (Liang et al., 2020).

Po propuštění pacienta ze standardní covidové jednotky se pacienti vrací do péče obvodních lékařů. Ten následně posuzuje pacientův stav a na jeho základě ukončuje či prodlužuje pracovní neschopnost (Husa et al., 2021). Pokud je to potřeba, provede vyšetření, které zahrnuje kontrolu jater a ledvin, krevní obraz, CRP a dle potřeby RTG plic (Liang et al., 2020). Obvodní lékař může také provést funkční vyšetření plic. Pokud má pacient závažné přetrvávající komplikace, obvodní lékař indikuje návštěvu speciality (Husa et al., 2021). Jestliže z oddělení propouštíme stále infekčního pacienta, podléhá poté pravidlům domácí izolace, viz kapitola terapie (Liang et al., 2020).

Práce zdravotnického personálu tak jako na ostatních odděleních probíhá podle provozních opatření, to znamená podle pracovního řádu a bariérové ošetrovatelské péče. Cílem karanténního režimu je zabránit přenosu infekce z pacienta na pacienta nebo na personál (Rozsypal et al., 2014). Sestra při jakémkoliv kontaktu s pacientem musí mít na sobě osobní ochranné pracovní pomůcky (dále jen – OOPP). Jelikož jsou pacienti s Covid-19 infekční, měla by sestra na pokoj nosit pouze pomůcky, které opravdu využije. Pokud se z pokoje něco odnáší, musí být předmět řádně vydezinfikován. Pokud jde o materiál od pacienta (například odběry krve) musí být řádně uložen do uzavíratelného sáčku (Kratochvílová a Hellerová, 2021).

Pracovníci na covidové jednotce jsou rozděleni do dvou týmů. Týmy by se měly po 4 hodinách střídat v kontaminovaných zónách (Liang et al., 2020). Důležité také je dodržovat pořadí pacientů při práci sestry. Postupuje se od suspektní zóny, tedy od pacientů s podezřením na Covid-19, k pacientům pozitivním. Od pozitivních pacientů se sestra nesmí vracet zpět k suspektním pacientům, jelikož má znečištěný ochranný oděv (Kratochvílová a Hellerová, 2021).

### **Bariérová ošetrovatelská péče**

Bariérová ošetrovatelská péče je soubor opatření zabráňující šíření infekce na pacienta nebo personál. Tato opatření zahrnují dezinfekci, sterilizaci, manipulaci s ložním prádlem, hygienu rukou, používání ochranných pomůcek, manipulaci s biologickým materiálem, manipulace s použitými nástroji apod. (Kopáčiková, 2021). V rámci

bariérové techniky musejí pracovníci dodržovat určitá pravidla. Mezi ně patří nenosit hodinky, prsteny ani jiné šperky, nesmějí mít nalakované dlouhé nehty nebo nehty gelové, musejí dodržovat osobní hygienu, hlavně hygienu rukou, udržovat čistotu na pracovišti, upřednostňovat používání jednorázových pomůcek, vždy nosit ochranné pomůcky apod (Kober et al., 2021).

Zdravotníci v době pandemie jsou jednou z nejhroženější skupin, která může být zasažena onemocněním Covid-19. V České republice bylo nakaženo až 11 % zdravotnických pracovníků ze všech nakažených (Ministerstvo zdravotnictví, 2020a). OOPP jsou efektivním nástrojem, jak předejít šíření nákazy a infikování personálu při výkonu profese (Kober et al., 2021). Na standardním covidovém oddělení pracovníci využívají tyto pomůcky – respirátor FFP2/N95, jednorázový ochranný plášť, rukavice, jednorázová čepice, brýle nebo obličejový štít (Ministerstvo zdravotnictví, 2020a). Pro svlékání a oblékání OOPP mají doporučené postupy. Zdravotnický personál se obléká vždy v čisté zóně, kde by měl viset fotonávod, jak se správně obléct. Před vstupem do špinavé zóny si každý pracovník musí zkontrolovat správnost nasazení OOPP. Svlékání probíhá ve špinavé zóně ve vyhrazeném prostoru. Zde se nachází nádoba určena k dekontaminaci ochranných brýlí nebo štítu. Také je zde umístěný koš na odpad s víkem. Čistou a špinavou zónu odděluje na zemi přilepená dezinfekční rohož (Ministerstvo zdravotnictví, 2020b). Oblékání začíná pracovní uniformou následuje hygiena rukou. Poté nasazení jednorázové čapky, respirátoru a jednorázových rukavic. Dalším krokem je nasazení ochranného štítu, empíru a návleků na nohy. V posledním kroku se oblékají ještě jedny jednorázové rukavice (Liang et al., 2020). Sundávání OOP začíná výměnou první vrstvy rukavic, které se nahradí čistými rukavicemi. Následuje sundávání empíru s nově přidanou vrstvou rukavic. V dalším kroku sundáváme ochranný štít, čapku a respirátor. Poslední se sundávají rukavice, po kterých následuje důkladná hygiena rukou (Bartoš, 2020).

Práce sestry na standardním covidovém oddělení spočívá hlavně v monitorování fyziologických funkcí jako je měření tělesné teploty, tlaku, saturace a podle potřeby EKG. Dále pak v polohování pacienta, podávání léku jak v tabletách, tak intravenózně, monitoraci příjmu a výdeje tekutin, převazu chronických ran a dekubitů a v monitoraci bolesti. Také se u pacientů hlídají glykemické profily s následným podáním inzulinu (Kratochvílová a Hellerová, 2021). U pacientů s rizikem vzniku dekubitů je dobré zavést polohovací harmonogram. Pacienti s dušností a slabostí mají riziko aspirace, proto je

dobré, aby sestra asistovala u jídla (Liang et al., 2020). Většina pacientů přijatých na toto oddělení trpí dušností z důvodu infekčního onemocnění projevující se nepravidelným povrchním dýcháním (Gavalierová et al., 2021). V těchto případech sestra zajišťuje podávání kyslíku brýlemi dle ordinace lékaře a pravidelnou monitoraci saturace kyslíku v krvi (Liang et al., 2020). Sestra také může pacientovi poradit, aby se posadil do ortopnoické polohy, ve které se bude pacientovi lépe dýchat (Gavalierová et al., 2021). Velmi specifický příznak, se kterým se zde sestra setkává je ztráta čichu a chutě (Hubáček, 2020). v tomto případě ztráta čichu a chutě v souvislosti s infekčním onemocněním, která se projevuje neschopností rozeznat různé pachy a chutě. Při ztrátě čichu sestra může s pacientem provádět čichový trénink v rámci, kterého pacient denně čichá k pěti různým vůním. Také je dobré užívat antioxidanty a vitamín B. U ztráty chutě sestra poskytuje alternativy ochucovadel, aby pacient něco snědl (Gavalierová et al., 2021). Častý příznak objevující se na standardní covidové jednotce je únava v důsledku probíhající infekce. Projevuje se sníženou fyzickou výkonností pacienta. U únavy sestra doporučí pacientovi pravidelný spánek, odpočinek a postupné zvyšování zátěže. Popřípadě podává pacientovi dle ordinace lékaře vitamíny a antioxidanty na zmírnění únavy (Kossárová et al., 2021). S únavou je spojeno riziko pádu pacienta. V tomto případě sestra provede zhodnocení rizika pádu a identifikuje u pacienta individuální rizikové faktory pádu. Poté pacientovi dle potřeby dopomáhá v denních úkonech nebo zajišťuje dohled a provádí edukaci pacienta o použití kompenzačních pomůcek (Miertová, 2019).

Samostatnou skupinu pacientů na covidovém oddělení tvoří paliativní pacienti. U těchto pacientů je po konzultaci s lékařem oddělení povolena návštěva rodiny, aby se mohli rozloučit. Rodina i v tomto případě musí mít na sobě ochranné pomůcky. Ošetrovatelská péče spočívá hlavně v symptomatické léčbě, prevenci dekubitů a oxygenoterapii (Kratochvílová a Hellerová, 2021).

Vhledem k množství používaných ochranných pomůcek, ve kterých personál pracuje, je komunikace s pacientem náročná. Nejenže pacienti nerozumí personálu kvůli respirátoru, ale personál špatně slyší pacienty kvůli zakrytým uším (Kratochvílová a Hellerová, 2021), přičemž komunikace na tomto oddělení je velice důležitá. Zdravotnický personál podáváním správných a přesných informací o onemocnění Covid-19 a pandemii, může zmírňovat strach a nejistotu pacientů. Správnou komunikací zmírňují obavy a dodávají naději pacientům v těchto těžkých časech (Finset et al., 2020). V době plné dezinformací

na sociálních sítích poskytují sestry povědomí o prevenci a šíření onemocnění Covid-19 a vyvracení mýtů (Fawaz et al., 2020). Jelikož jde o novou nemoc s vysokou nakažlivostí a jedná se o „neviditelného“ nepřítele v pacientech mohou tyto fakta vyvolat pocit ztráty kontroly nad vlastním životem, a tedy pocit ztráty bezpečí (Finset et al., 2020). Komunikace s rodinou je velmi důležitá, jelikož jsou ale návštěvy zakázány, zprostředkovává zdravotnický personál spojení s rodinou přes telefon nebo počítač. Personál též může nahrazovat návštěvu, krátkým rozhovorem s pacientem. Pacienty může také znervózňovat odlišnost péče na covidové jednotce, je dobré si jeho obavy vyslechnout a zodpovědět dotazy o péči (Curie, 2021).

Ošetrovatelská péče je zaměřena na uspokojování primárních i sekundárních potřeb pacienta (Šamánková, 2011) bez ohledu na jejich infekční stav (Fawaz et al., 2020). U všech pacientů se snažíme uspokojovat jeho potřeby, které se s příchodem onemocnění mohou měnit. Sestra pomáhá pacientovi zorientovat se a přijmout novou situaci pomocí naslouchání, respektování názorů a potřeb pacienta. Všechny výše uvedené potřeby jsou důležité k udržení duševního zdraví. Pokud nedochází k uspokojování potřeb, mohou se u pacienta objevit obecné příznaky jako nervozita, úzkost a neklid. Tyto stavy vyústí ve frustraci a stres, které pacient může dávat najevo agresí slovní nebo fyzickou (Šamánková, 2011).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem práce bylo popsat ošetrovatelskou péči na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jak vnímají ošetrovatelskou péči pacienti na standardní covidové jednotce?
2. Jaké potřeby popisují pacienti, kteří byli hospitalizováni na standardní covidové jednotce?
3. Jaké informace pacienti postrádají od sester v souvislosti s onemocněním Covid-19 během hospitalizace na standardní covidové jednotce?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

Ošetrovatelství je vědecká disciplína zabývající se péčí o člověka. Jde o aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb člověka v nemoci i ve zdraví. Péče je zaměřena jak na jedince, tak na rodiny i celou společnost, aby byli schopni co nejdéle samostatně uspokojovat své potřeby. Lidem, kteří nejsou schopni se o sebe postarat, zajišťuje profesionální péči. Cílem ošetrovatelství je upevňovat a navracet zdraví. Ošetrovatelské činnosti by měly vést k udržení a rozvoji soběstačnosti pacientů nebo ke snížení utrpení a důstojnému umírání nevléčitelně nemocných (Burda a Šolcová, 2015). Lidské potřeby lze definovat jako pocit nedostatku nebo přebytku něčeho v biologické, psychologické, sociální nebo duchovní oblasti (Šamánková et al., 2011). Tyto potřeby jsou individuální a mění se podle faktorů, které na člověka působí. Dělíme je na primární tedy základní a sekundární tedy potřeby vyšší. Podle Abrahama Maslowa amerického psychologa nemůžeme uspokojovat potřeby vyšší, pokud nemáme uspokojeny potřeby nižší. Mezi nižší potřeby patří fyziologické potřeby (hlad, žízeň...) a potřeba bezpečí a jistoty (jistota rodiny, fyzická bezpečnost...). Mezi potřeby vyšší řadíme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace. Vyšší potřeby jsou součástí lidské přirozenosti, ale přednost mají biologicky naléhavější potřeby (Krátká, 2018). Při neuspokojování potřeb může dojít až k frustraci člověka projevující se neustálým vztekem, napětím a zklamáním z neúspěchu. Frustrace s sebou přináší agresi slovní i fyzickou. Dlouhodobá frustrace vede k deprivaci, což je závažný stav ovlivňující vývoj

jedince. Nejhorším důsledkem dlouhodobého neuspokojení potřeb je deprese. Dochází zde k silné nespokojenosti s kvalitou života a hrozí, že úzkostné reakce povedou k tělesnému a duševnímu selhání (Šamánková et al., 2011).

### **3 Metodika práce**

#### **3.1 Metoda sběru dat**

Ke zpracování empirické části bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Pro sběr dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Tyto rozhovory probíhaly anonymní formou. Informanti byli informováni o možnosti odmítnutí rozhovoru a také o možnosti neodpovědět na kteroukoliv z položených otázek. Předem byla stanovena jednotlivá témata rozhovoru. Rozhovor pro pacienty obsahoval 9 základních otevřených otázek s možností rozvést rozhovor o další otázky dle potřeby (viz příloha 1). Dotazy byly pokládány tak, aby byl pacient, co nejvíce schopen popsat ošetrovatelskou péči na standardní covidové jednotce. Data byla získávána od pacientů, kteří byli hospitalizováni na covidové jednotce v nemocnicích krajského nebo okresního typu. Rozhovory byly uskutečňovány na místech vybraných pacienty v Jihočeském a Středočeském kraji. Výzkumné šetření probíhalo v březnu 2022.

Rozhovor s pacienty probíhal po jejich ústním souhlasu. Po domluvě s informanty byl rozhovor nahráván na diktafon. Informanti vyslovili ústní souhlas se záznamem rozhovoru na diktafon. Pouze v jednom případě nebyl udělen souhlas s nahráváním rozhovoru, proto bylo přistoupeno k záznamu rozhovoru detailním popisem do Microsoft Wordu. V úvodu rozhovoru se tazatel informantům představil a seznámil je s výzkumným šetřením a jeho cíli, dále byly zjišťovány identifikační údaje pacientů. V další části konverzace tazatel zjišťoval, jaké informace mají pacienti o novém onemocnění Covid-19 a jaké informace postrádali pacienti od sester v souvislosti s Covidem-19. V druhé části rozhovoru se tazatel zaměřil na uspokojování potřeb pacientů na covidové jednotce a celkově na ošetrovatelskou péči z jejich pohledu. Také se v rozhovoru zaměřil na pacientovo prožívání nutnosti být v izolaci, bez možnosti návštěv rodiny a blízkých. Ke konci konverzace bylo zjišťováno, jak byli pacienti spokojeni s péčí a s personálem na standardní covidové jednotce. V průběhu rozhovoru byla ověřována srozumitelnost pokládaných otázek. Pokud došlo k nejasnostem bylo pacientům vše náležitě dovysvětleno.

Získaná data byla doslovně přepsána do programu Microsoft Word a následně byla provedena analýza dat pomocí otevřeného kódování metodou tužka-papír. U autorky práce jsou archivovány zvukové záznamy vzniklé během rozhovoru, stejně tak jako klíč k identifikaci informantů. Tato data jsou uchovávána bez přístupu třetí osoby.



### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří lidé, kteří byli v minulosti hospitalizováni na standardním covidovém oddělení. Pacienti byli vybráni na základě kriteriálního výběru, pomocí techniky snowball. Při výběru informantů byla rozhodující tato 2 kritéria: doba hospitalizace pacientů nesměla být kratší než 7 dní a věková hranice informantů byla nejméně 40 let. Kritérium 40 let bylo stanoveno z důvodu vyššího rizika komplikací při onemocnění Covid-19. Tento soubor tvoří 3 ženy a 3 muži, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor. Počet pacientů byl stanoven kritériem teoretické saturace. Informanti jsou dále ve výzkumné části označeni jako „P1“ až „P6“.

## 4 Výsledky

### 4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Identifikační údaje pacientů

Informanti	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka hospitalizace
Pacient 1	Žena	77	Středoškolské	19 dní
Pacient 2	Žena	44	SOU	14 dní
Pacient 3	Žena	65	SOU	8 dní
Pacient 4	Muž	71	SOU	14 dní
Pacient 5	Muž	55	Středoškolské	15 dní
Pacient 6	Muž	68	Středoškolské	7 dní

Tabulka 1 je přehledem informací o informantech vybraných k výzkumnému šetření. Lze zde najít informace o věku, pohlaví a vzdělání informantů. Také lze zde najít, po jakou dobu byli pacienti hospitalizováni na covidové jednotce.

Pacientka 1 je 77letá žena se středoškolským vzděláním. Na covidovou jednotku byla přijata v dubnu 2021. Do nemocnice pacientka přijela s podezřením na plicní embolii. Po vyloučení plicní embolie byl pacientce udělán PCR test, který vyšel pozitivně a poté byla přijata na covidovou jednotku. Pacientka 2 je 44letá žena. Pacientka byla do nemocnice odvezena rychlou záchrannou službou s podezřením na Covid. Podezření se potvrdilo a byla tedy přijata na covidovou jednotku. Vzdělání má střední odborné. Pacientka 3 je 65letá žena se středním odborným vzděláním. Na covidovou jednotku byla přeložena z interního oddělení po pozitivním výsledku PCR testu. Pacient 4 je 71letý muž přivezený na covidovou jednotku rychlou záchrannou službou z domova pro seniory. Pán je vyučený jako zámečnick kolejevých vozidel. Pacient 5 je muž ve věku 55 let. Pán byl přijat s Covidem-19, kdy po týdnu domácího léčení se jeho stav zhoršoval. Vzdělání má středoškolské. Pacient 6 byl přeložen na covidovou jednotku z interního oddělení. Pacientovi při kontrolním antigenním testování vyšel test pozitivní a byl tedy pro ochranu ostatních pacientů přeložen na covidové oddělení.

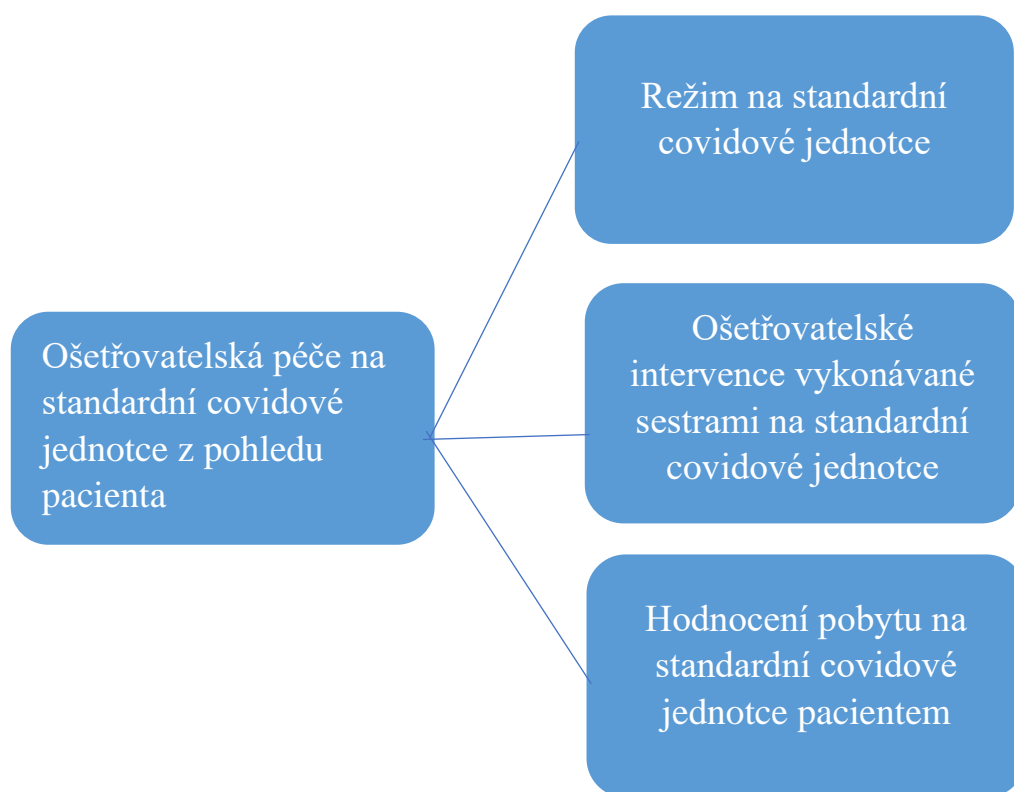
## 4.2 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky získané v průběhu rozhovorů s pacienty. Výsledky jsou členěny do kategorií a podkategorií. Základní rozdělení kategorií:

- Kategorie 1 - Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta.
- Kategorie 2 - Uspokojování potřeb pacienta na standardní covidové jednotce.
- Kategorie 3 - Informovanost pacientů o onemocnění Covid-19.

### Kategorie 1 - Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta

Diagram 1: Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta



Kategorie 1 „Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta“ je rozdělena do 3 podkategorií, které jsou znázorněny v diagramu 1. První podkategorie se zabývá režimem na standardní covidové jednotce, tedy popisuje pacientův den. Druhá podkategorie se zaměřuje na intervence, které sestry vykonávaly v rámci komplexní péče na covidové jednotce. Třetí podkategorie popisuje spokojenost pacientů s pobytem na standardní covidové jednotce.

## Režim na standardní covidové jednotce

Následující podkategorie poskytuje pohled na denní režim covidové jednotky z pohledu pacienta. Z poskytnutých odpovědí je zřejmé, že se denní režim z pohledu pacientů nijak výrazně neodlišuje. U většiny informantů den začíná ranní hygienou a končí večeří. Režim na covidové jednotce vycházel z potřeb pacientů. Informanti odpovídají na otázku, jaký byl režim na standardní covidové jednotce. Dotazovaná pacientka P2 na tento dotaz odpověděla velice specificky: *„Den začínal měřením teploty, nějaká ta ranní hygiena, kdy nám sestřičky ustlaly postel, občas před snídaní byl odběr krve, taky jsem si nechávala každý ráno vyměnit košili, protože jsem jí každou noc propotila. Pak nám nosily léky a potom snídaně. Po snídaních mi přinesly kapačku a pustily mi kyslík. Pak jsem spala a najednou byl oběd. Po obědě zase přenášely léky. Já dost spala, takže je možný, že jsem něco vynechala. Po obědě si pamatuju hlavně kyslík a spánek a pak už jen večeři.“* Informantka P1 odpovídá s úsměvem: *„Tak ráno jsem si došla do sprchy, pak mi takovej veselej pán přinesl snídaní...“* poté ještě dodala: *„...sestřičky mi přinesly léky a když jsem chtěla tak mi pustily kyslík. No, a to ještě ráno, když jsem chtěla, tak mi převlekly postel a taky mi jí ustlaly. Pak už byl nějak oběd. Po obědě zase nějaký tabletky. Noo a tak po obědě klid, člověk odpočívá a pak už jen ta injekce na ředění krve a zase jídlo.“* Pacientka P3 kromě léku a jídla také zmiňuje pravidelnou chůzi s rehabilitační sestrou: *„...a taky jsem chodila odpoledne s rehabilitační sestrou.“* Také jako jediná zmiňuje něco málo k nočnímu režimu covidové jednotky: *„...taky občas v noci jsem si zazvonila, když jsem chtěla kyslík.“* Pacientovi P4 nepřišel režim na covidové jednotce odlišný od ostatních oddělení nemocnice, popsal režim na covidové jednotce následovně: *„Normální režim jako jinde, akorát jsem nemohl opustit pokoj no“*, poté to ještě specifikoval: *„Tak ráno se umeju, přijdou kosmonauti dají mi tabletky a snídaní. No, co pak? Postel mi taky ustlali, když jsem chtěl a když sem měl motolici, tak mi pomohli na záchod i do sprchy.“* Dále k režimu ještě dodává nespokojenost s umělohmotným příborem, kterým musejí pacienti na covidové jednotce jíst: *„... Pak oběd, s umělohmotným příborem. To jsem nedával teda, jako já jsem hodně šikovnej o tom žádná, ale s tím jsem bojoval.“* Informant P5 kromě již zmíněných informací také zmiňuje únavu, díky které celý den hodně odpočíval stejně jako informantka P2. Pacient P5 konkrétně odpovídá: *„... po obědě jsem většinu dne prospal, já jsem byl hodně unavený z tý nemoci. Snědl jsem večeři a šel jsem zase spát. Dopoledne to ušlo to jsem si vydržel občas i číst, ale odpoledne jsem musel odpočívat.“* Pacient P6 do svého denního

zařazoval pohyb, k tomuto tématu dodává: „... občas jsem si šel protáhnou kosti na chodbu, ale jen tak rychle ven rychle zpátky na pokoj a hodně jsem koukal přes den na televizi.“

### **Ošetrovatelské intervence vykonávané sestrami na standardní covidové jednotce**

Tato podkapitola je věnována zkoumání intervencí, které sestry vykonávají na covidové jednotce v rámci komplexní péče. Pacienti byli dotazováni na to, jaké ošetrovatelské intervence sestry vykonávaly v rámci komplexní péče.

Někteří dotazovaní pacienti ve svých odpovědích uvedli čistě výkony, které sestry vykonávaly, konkrétně pacienti P3, P5 a P6. Informanti P1, P2 a P4 do svých odpovědí zahrnuli intervence v podobě naslouchání při strachu a úzkosti. Mezi nejčastější jmenované intervence prováděné na covidové jednotce, o kterých pacienti mluví patří podávání léků, úprava lůžka, podávání kyslíkové terapie, odběry krve a podávání infuzí. Informantka P1 zmiňuje výkony prováděné sestrou: „...tak převlékaly mi tu postel, když bylo třeba, podávaly mi léky a ten kyslík, injekce mi píchaly, stolek umývaly, jídlo přinášely až pod nos já už opravdu nevím“ a zmiňuje právě i snahu sester o psychickou podporu v době, kdy prožívala smutek z odloučení od rodiny. Také se zmiňuje o náročnosti komunikace přes osobní ochranné pomůcky personálu: „...já si o tom povídala s jednou sestřičkou, ale tak člověk si promluví s někým, ale stejně domu nemůže tak ten smutek nepřejde. A taky oni mají ty náhubky a já už prd rozumím a přes ty náhubky ještě hůř tak ta komunikace s nima byla taková náročná.“ Dotazovaná pacientka P2 také zodpověděla tuto otázku z širší perspektivy: „...měření teploty, odběry krve, podávání léku a infuzí, ten kyslík mi dávaly, postel převlékaly, jídlo mi nosily no. Komunikace byla taková běžná zeptaly se, jak mi je a jestli něco nepotřebuju a víc jsem se bavit ani nechtěla.“ Informantka P3 kromě již zmíněných intervencí poznamenala ještě: „...pak zapisovaly, kolik vypiju a kolik mám moči v cévce, taky mě mazaly pod prsama a v tříselech...“ Dotazovaný pacient P4 zmínil v rámci intervencí mazání bolavého ramena a ochotu personálu: „...ale víš ty co, to jsem ti byl jednou tak mile překvapený. Jak mám ty pahýly, tak tam mám suchou kůži a jedna sestra si dala práci našla krém pro mě abych si je mohl mazat. To jsem byl tak rád, protože mě to jinak hrozně tahá. Prostě si na mě našla čas v týhle době, a ještě v tom obleku. Stejně máte můj obdiv opravdu.“ Informant P5 přispěl intervencemi, které ještě nezazněly: „...měřily mi cukr a píchaly inzulín. Taky mi občas nějaká sestřička dala led, abych si ho dal do třísel na sražení horečky.“

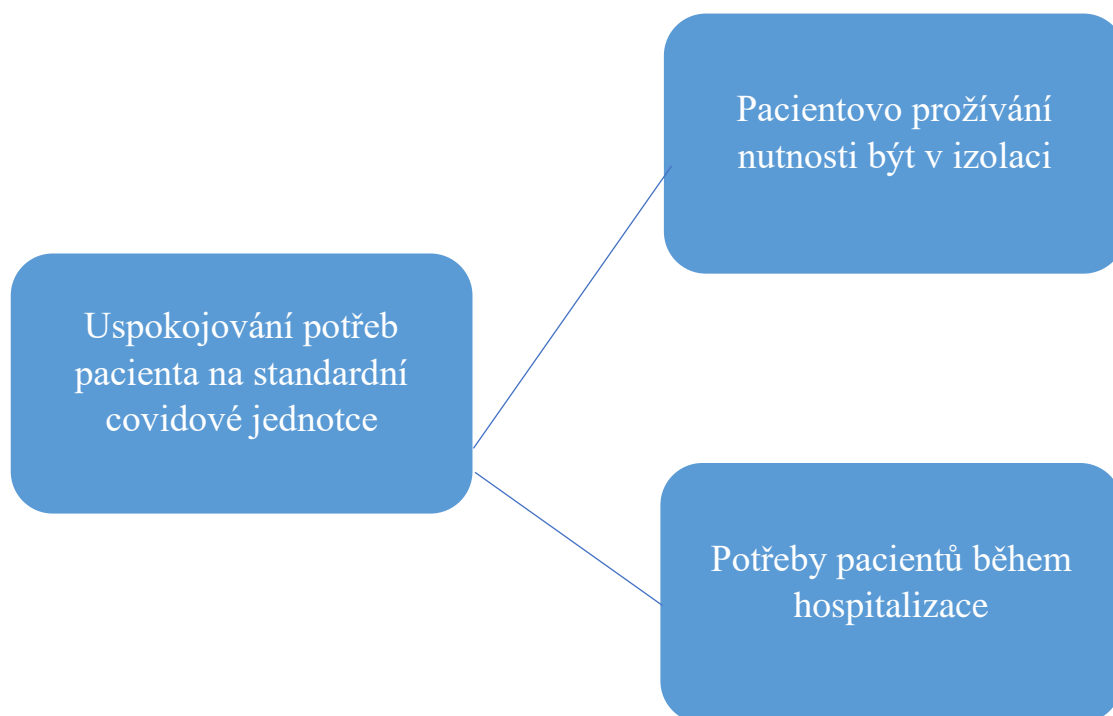
## Hodnocení pobytu na standardní covidové jednotce pacientem

Následující podkapitola je zaměřena na hodnocení pobytu pacientem. Dotazovaným pacientům byla položena otázka, jak by hodnotili svůj pobyt na standardní covidové jednotce.

Všichni dotazovaní pacienti byli s pobytem na covidové jednotce spokojeni. Většina informantů, tedy P2, P3, P5 a P6 se shodla, že osobní ochranné pomůcky na ně nepůsobily nejlépe. Pacientka P1 hodnotí svůj pobyt kladně a zmiňuje i stále usměvavý personál: *„Dobry, tak ja nejsem náročná, mě stačí málo abych byla spokojená. Personál byl moc příjemný, na to kolik toho mají, tak furt byly sestřičky usměvavý a příjemný. I jídlo bylo moc dobrý, prostě si nemám na co stěžovat.“* Dotazovaná pacientka P2 také hodnotí pobyt kladně, ale měla pocit, že v ochranných pomůčkách vypadá všechn personál stejně: *„Jak říkám, měla jsem se tam dobře, personál byl ochotný a všechno co jsem potřebovala jsem dostala. V obleku vypadaly všechny sestřičky stejně, ale člověk se je naučil postupně rozeznávat. I jídlo bylo dobrý, nebyla to chyba v kuchyni, že jsem moc nejedla.“* Pacientka P3 k hodnocení pobytu přidává zážitek z jedné noci: *„Kdybych neměla covid, ale jinou nemoc tak dobrý. Ale opravdu nebylo to špatný, personál byl moc hodnej. Akorát občas v noci šla za mnou na pokoj sestřička nebo doktorka v tom obleku a jak to člověk vidí rozespalej, tak mě to párkrát opravdu vyděsilo.“* Dotazovaný pacient P4 dodává k této otázce obdiv k zdravotnickému personálu: *„Obdivuju celý zdravotnický personál za to, jak zvládali tu zátěž. Věděl jsem, že to musím vydržet a na vše jsem nahlížel, že zase bude dobře. Doufal jsem, že ta nemoc odezní s všichni jí přijmeme a vytvoříme si imunitu.“* Informant P5 v souladu s informantem P6 při hodnocení zmiňuje nelibost k ochranným pomůčkám: *„Já jsem se toho docela bál. Jako ty obleky na mě nepůsobily nejlíp teda a ani jídlo v těch jednorázových obalech. Ale samozřejmě to člověk dokáže pochopit. Každopádně celkově ten pobyt tam nebyl úplně špatnej“,* pacient P6 dodává: *Jako dobrý, ale ty obleky jsou trošku divný. Taky ten omezený pohyb mi dost vadil, ještě když mi nic nebylo no, ale personál byl moc fajn.“*

## Kategorie 2 - Uspokojování potřeb pacienta na standardní covidové jednotce

Diagram 2: Uspokojování potřeb pacienta na standardní covidové jednotce



Kategorie 2 je rozdělena do 2 podkategorií. Kategorie se zabývá uspokojováním potřeb pacienta na standardní covidové jednotce. Popisuje prožívání pacientů nutnost být v izolaci. Také poskytuje pohled na potřeby pacientů během hospitalizace a na to jaké potřeby uspokojovány nebyly.

### **Pacientovo prožívání nutnosti být v izolaci**

Tato podkapitola mapuje pocity pacientů z povinné izolace na covidovém oddělení. Zaměřuje se na chybějící kontakt s rodinou a omezený kontakt s personálem. Pacientům byla pokládána otázka, jak prožívali nutnost být v izolaci.

Dotazovaní pacienti P2, P3 a P6 se shodují, že izolace pro ně nebyla velká psychická zátěž. Také se shodují, že kontakt s rodinou po telefonu byl pro ně dostačující a stejně tak i kontakt s personálem. Informantce P2 bylo velice zle a neměla potřebu s nikým komunikovat: „...mně bylo opravdu hodně špatně, takže to že nejsou návštěvy a nemůžou za mnou děti, jsem víceméně ještě uvítala. Mně úplně stačilo se s nima vidět přes videochat. Ono opravdu jak je člověku zle, tak nemá vůbec náladu na lidi. To jsem tam

*měla ukecanou spolubydlící, tak to už mi až vadilo. Díky bohu tam byla jeden den a pak jsem měla zase klid.*“ Dotazované pacientce P3 také dostačoval kontakt s rodinou přes mobilní telefon: „...*Je to nová nemoc a bylo mi jasné, že ta izolace musí být. S rodinou jsem byla v kontaktu přes telefon, takže mi nijak zvlášť nechyběla.*“ Informant P6 vypovídá, že mu nechyběl kontakt s rodinou, ale být na covidové jednotce mu nedělalo dobře: „*Na to, že jsem tam byl jen týden tak nic moc. Rodina mi až tak nechyběla, ale celkově být na covidovém oddělení mi nedělalo dobře.*“

Dotazovaní pacienti P1, P4 a P5 se shodli, že nutnost být v izolaci pro ně byla veliká psychická zátěž. Pacientku P1 trápila placená televize, přesně tuto situaci popsala: „*No takle mě vadilo, že jsem tam zavřená a musím si platit televizi...*“ Dále popsala smutek z absence rodiny a blízkých: „...*ale řeknu ti pak, když už to bylo dýl tak jsem měla takovej smutek bez rodiny bez televize, spolubydlící byla taková divná, ale jako alespoň měl člověk s kým mluvit...*“, také popsala pocit beznaděje a věci, které jí přinášely radost: „...*člověk pak dělal všechno, aby se úplně nezbláznil. To jsem ti každé den sledovala na balkoně holuba a přísahám byl tam každý den, a to mi dělalo takovou radost.*“ Pacient P4 dle jeho odpovědi nenesl izolaci od lidí dobře, po pár dnech mu již nedostačoval kontakt s rodinou a blízkými ani po telefonu: „*Pro mě to bylo strašné. Nebylo mi tak zle abych si neuvědomoval, že jsem někde zavřenej. Bylo to dlouhý a samota byla pro mě hodně zlá. Rád si povídám s lidma a tohle bylo opravdu těžký. Po pár dnech už mi nestačilo ani si s někým zavolat. No prostě hrozný.*“ Na otázku, jestli mu nepomáhal alespoň kontakt s personálem odpověděl: „*Trošku jo, ale ty mají taky svoji práci hodně, a navíc to prostě není rodina, ptaly se, jak se mi daří na což jsem po týdnu už neměl sílu odpovídat. Jako jo byly ochotný, jedna sestra si o tom se mnou i povídala o tom, jak mi je, ale to je prostě bezvýhodná situace...*“ Informant P5 první týden hospitalizace nesl bez kontaktu s rodinou dobře, byl v kontaktu s manželkou i vnoučaty. V druhém týdnu se již projevil smutek: „...*to už jsem se začínal těšit domů, na můj klid a samozřejmě na ženu. Začínalo mi to lézt na mozek, a tak jsem měl nějaký splín taky chvíli. Ono pohybovat se jen mezi čtyřma stěnami dva týdny udělá s člověkem svý.*“

### **Potřeby pacientů během hospitalizace**

Podkapitola mapující potřeby pacientů, kteří byli hospitalizováni na covidové jednotce. Podkapitola také mapuje potřeby, které v průběhu hospitalizace nebyly uspokojovány. Pacientům byla nejdříve pokládána otázka, jaké potřeby pocítovali v průběhu



hospitalizace a následně otázka, jaké potřeby nebyly uspokojovány v průběhu hospitalizace.

V odpovědích pacientů se objevily jak potřeby nižší jako potřeba jídla, pití, odpočinku, spánku, pohybu a potřeba jistoty a bezpečí, tak i potřeby vyšší jako sociální interakce. Potřebu pohybu uvedli pacienti P1, P4 a P6, důvodem neuspokojení této potřeby byla hlavně izolace. Dotazovaná pacientka P1 vypověděla, že její potřeba pohybu nebyla uspokojena z důvodu nejistoty: „...*ty a víš co mi chybělo pohyb. To vidíš, jak jsem neohrabaná jo a tam jsem chodila jen po pokoji, protože jsem si sama dál netroufla, ale to ti člověk tak zleniví. Já se musím furt hýbat, jinak mě dostihne ta moje neuropatie, a to mi tam teda chybělo.*“ Pacient P4 ve shodě s pacientem P6 zmiňuje potřebu pohybu, pacient P4 popisuje potřebu pohybu: „...*mohl jsem se pohybovat jen na malém prostoru. Trpím klaustrofobií a ten prostor byl pro mě čím dál menší. Každý den jsem se modlil, ať to skončí. Musel jsem si to hodně srovnat v hlavě. Ale víš, co hlavou zeď neprorazíš.*“

Další potřeba popisovaná na covidové jednotce byla potřeba odpočinku a spánku, kterou popsali pacienti P2 a P5. Informantka P2 popisuje velkou fyzickou únavu a s tím související potřebu odpočinku: „*Hlavně odpočívat a spát, to jsem opravdu potřebovala. Byla jsem hodně fyzicky unavená, tak odpočinek byl prioritou každého dne. Já se ráda hýbu, ale tady jsem došla k oknu a byla jsem ráda že jsem ráda...*“ Informant P5 popisuje potřebu odpočinku: „...*já měl hlavně jednu potřebu pořádně spát...*“, poté ještě dodává důvody, kvůli kterým byla potřeba spánku přerušována: *spíš mi vadilo, když k nám na pokoj chodili kolem páté ráno. Já chtěl ještě spát, ale těžko usínám, když mě někdo vzbudí.*“

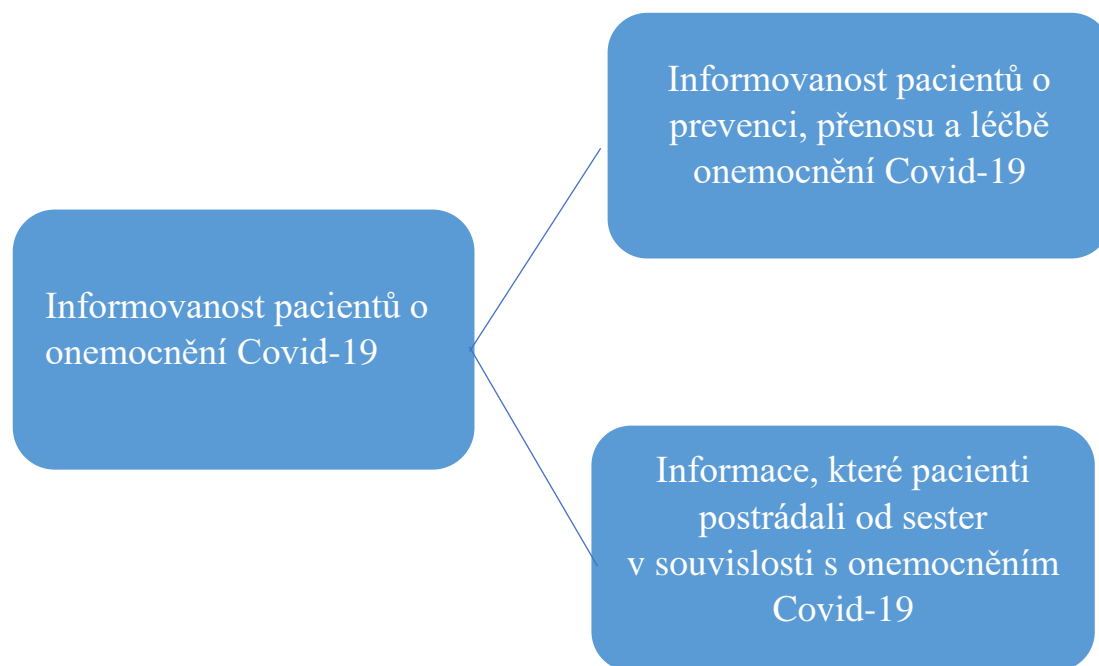
Potřeba sociální interakce je další potřeba popisována během hospitalizace na covidové jednotce. Tuto potřebu popisují pacienti P1, P4 a P6. Pacient P4 potřebu sociální interakce popisuje: „*Potřeboval jsem svobodu a s někým si popovídat o normálních věcech nejen o nemocech a o tom jaký je dneska počasí. To je to o čem jsem mluvil, se sestrama si popovídáš, ale tak jako o počasí. Já potřeboval řešit i osobní intimní věci, víš?*“ Pacient P6 se k potřebě komunikace vyjádřil: „...*ke konci týdne už jsem se i dost nudil. Byl jsem na pokoji sám, tak jsem si neměl ani s kým povídat, jak říkám takový divný a jsem rád, že jsem tam nemusel být dýl.*“

Informanti P2 a P5 popisují potřeby jídla a pití. Pacientka P2 popsala problémy s uspokojováním potřeby jídla, říká: „...*co se jídla týče, já vůbec neměla chuť jíst, takže něco málo mi stačilo*“, poté ještě k otázce stravování dodává, že jídlo nebylo špatné: „...*jídlo bylo dobrý, nebyla to chyba v kuchyni, že jsem moc nejedla*.“ Pacient P5 popsal zvýšenou potřebu příjmu tekutin, říká: „...*taky jsem dost pil. Asi jak jsem se potil, tak jsem byl pořád žíznivý*“, na otázku, zda se někdy stalo, že neměl co pít, odpovídá: „*Ne to se nestalo, vždycky když přišla sestřička, tak mi dolila, a když třeba ne, tak jsem si řekl*.“

Dotazovaná pacientka P3 popisuje narušení potřeby bezpečí a jistoty. Pacientka P3 popsala svůj strach z nemoci. Onemocnění Covid-19 prodělala v minulosti již vícekrát a říká: „...*měla jsem strach a to pokaždý*“, na otázku, z čeho konkrétně měla pacientka strach, odpovídá: „*Z té nemoci, doted' nikdo neví, jak moc to může být zlý a já už covid měla 2x a pokaždý se bojím, že to nepřežiju*.“ Tazatel se informantky P3 dále ptal na postoj sester k její potřebě, pacientka říká: „*Ano mluvila jsem s jednou sestřičkou. Udělala si na mě čas, a to mi hodně pomohlo. Pak mi dokonce nosila časopisy, abych si mohla číst a nemyslela jen na tu nemoc*.“

### **Kategorie 3 – Informovanost pacientů o onemocnění Covid-19**

Diagram 3: Informovanost pacientů o onemocnění Covid-19



Kategorie 3 „Informovanost pacientů o onemocnění Covid-19“ je rozdělena do 2 podkategorií, které jsou znázorněny v diagramu. Tato kategorie se soustředí na zmapování informovanosti pacientů o onemocnění Covid-19. Přednáší představu o tom, kolik informací mají pacienti o novém onemocnění, které sami prodělali. Zaměřuje se hlavně na prevenci a léčbu onemocnění Covid-19, ale také na způsob přenosu tohoto onemocnění. Také v této kategorii zmapujeme, jaké informace pacienti postrádali od sester v souvislosti s onemocněním Covid-19.

### **Informovanost pacientů o prevenci, přenosu a léčbě onemocnění Covid-19**

V této podkapitole zkoumáme množství informací, které mají pacienti o onemocnění Covid-19.

Celý svět ví o onemocnění Covid-19, ale když zazní otázka – víte, co tato nemoc způsobuje, tak někteří lidé již tápou. Informanti P2, P4 a P5 věděli, že onemocnění Covid-19 způsobuje pneumonii. Informant P5 zmínil jak pneumonii, tak i další důsledky Covidu-19: „*Vím, že způsobuje zápal plic, ale i nějaký mírnější formy kašle.*“ Dotazovaný pacient P4 sděluje informace, které o onemocnění má: „*Celosvětová pandemie propukla v Číně, očkování mi bylo houby platný. Říká se, že to způsobuje kašel, rýmu a zápal plic. Někdo to snáší dobře někdo ne.*“ Informanti P1, P3 a P6 otevřeně přiznávají, že nevědí, co přesně Covid-19 způsobuje. Pacient P6 přesně neví, co nemoc způsobuje, ale dodává: „*Vím, že napadá plíce, ale co přesně způsobuje to nevím.*“ Poté ještě s úsměvem dodává: „*Ani mě to moc nezajímá.*“ Pacientka P1 se zamyslí a upřímně říká: „*Ne tak to nevím, ale asi nic dobrého.*“

Všichni pacienti se shodli, že onemocnění Covid-19 se přenáší hlavně vzduchem. Pacienti (P1, P2 a P6) dodali, že přenos onemocnění Covid-19 je možný přes kontaminované povrchy. Informantka P1 říká: „*Rukama, jakože na něco sáhnu a pak to mám na ruku.*“ Informantka P2 se k přenosu onemocnění vyjádřila: „*Tak přenáší se rychle, hlavně vzduchem a přes kontaminované předměty ne?*“ Informant P4 s humorem dodává: „*Přenos je rychlý a kvalitní.*“

Téma prevence proti nakažení virem SARS-CoV2 bylo po celý rok vysíláno celostátně v televizích i v rádiích. Prevence se dotkla všech občanů už jen tím, že jsme byli povinni všude nosit respirátor FFP2. A to byla odpověď, která zazněla u všech informantů. Pacientka P3 zmiňuje respirátor i již zmíněnou mediální propagaci prevence, říká:

„Musíme nosit ty jejich respirátory, vždyť to pořád někde vysílají nebo píšou.“ Druhou nejčastější odpovědí v rámci prevence byla dezinfekce rukou. Dezinfekci rukou zmínili jako prevenci onemocnění informanti P1, P2, P6. Pacientka P1 na otázku prevence odpověděla takto: „No to je ten respirátor a dezinfekce rukou, jinak nic víc nevím.“ Informanti (P2, P3 a P4) také k tématu prevence zařazovali hygienu rukou a sociální distanc. Pacientka P2 odpovídá na dotaz prevence: „Udržovat sociální distanc, nosit respirátor a taky si často dezinfikovat ruce tou dezinfekcí.“ Stejný postřeh měl i pacient P4, který odpovídá: „Prevence jasný, respirátory a izolace od lidí, taky mytí rukou.“

Další otázka pokládána pacientům se týkala léčby onemocnění Covid-19. I přes velké spekulace ve světě kolem léčby, byly odpovědi některých pacientů velmi přesné. Pacientka P2 vyjmenovala různé možnosti léčby: „Já dostávala kortikoidy a kyslík a myslím, že vitamín C někde doporučovali.“ Pacientka P3 dokonce věděla konkrétní název antivirotik, na otázku léčby odpověděla: „...no to byl ten Remdesivir, taky nějaký antibiotika a kyslík do nosu třeba brýlema.“ Informant P5 ve shodě s informantem P6 odpovídá: „...Léčí se nějakýma antivirotikama.“ Dotazovaný pacient P4 o léčbě onemocnění Covid-19 nic nevěděl, přesto jeho odpověď na tuto otázku byla zajímavá: „Spíš ne, já se o to nezajímám. Doktorům věřím, dostali mě hrobníkovi z lopaty už tolikrát, takže jim věřit musím.“ Informant P5 ve shodě s informantem P6 odpověděli jednoslovně: „Antivirotikama.“ Pacientka P1 jediná o léčbě Covidu-19 neměla žádné informace, odpověděla: „No to opravdu nevím.“

### **Informace, které pacienti postrádali od sester v souvislosti s onemocněním Covid-19**

Tato podkapitola zjišťuje, jaké informace pacienti postrádali od sester v souvislosti s onemocněním Covid-19. Dále zjišťuje, jestli byli pacienti seznámeni s chodem standardní covidové jednotky.

Dotazovaní pacienti odpovídali na otázku, jestli byly nějaké informace, které postrádali od sester v souvislosti s onemocněním Covid-19. Velká většina informantů, tedy P1, P2, P3 a P4 sdělují, že nebyly informace, které by postrádali a pokud taková informace byla, zeptali se personálu. Informantka P1 vysvětluje svoji odpověď: „To si nemyslím, všichni tam byli ochotný a když jsem něco nevěděla tak jsem se zeptala.“ Pacientka P2 na otázku odpověděla: „Já toho dost věděla, tak jsem ani nic vědět nepotřebovala, navíc mi bylo tak zle, že jsem byla ráda, že ležím a žiju.“ Informant P4 ještě k otázce dodává: „...a kdybych

*nějakou postrádal, tak se zeptám, mám pusy.“ Dva dotazovaní pacienti P5 a P6 měli nějaké nejasnosti v poskytovaných informacích. Informantovi P5 nebylo jasné po jakou dobu zůstává infekční pro své okolí, konkrétně odpovídá: „...akorát mi nebylo moc jasné, jak je to s těma PCR testama. Já se chtěl nechat otestovat ještě než půjdu domů, abych nenakazil manželku a nějaká sestra mi ve spěchu řekla, ať to nedělám, že můžu vyjít pozitivně, ale už nikoho nenakazím. Já si to pak našel na internetu, díky téhle informaci. Každopádně si myslím, že nám jako pacientům by tyhle informace měl někdo říkat.“ Pacient P6 postrádal informaci o době, kterou měl být hospitalizován na covidové jednotce, vyjádřil se takto: „Ano byla jedna věc, kterou jsem moc nepochopil. Já neměl, žádný příznaky, takže mi bylo víceméně dobře. A teď teda jsem nevěděl, jak dlouho tam budu, že jo. Já myslel, než mi vyjde negativní test, ale nakonec to dopadlo tak, že to bylo na počet dní, co jsem tak pochopil. To byla informace, kterou jsem postrádal.“*

Další informaci, kterou zde kapitola mapuje, je seznámení pacientů s chodem oddělení. Jelikož jde o infekční oddělení, kde jsou lidé v izolaci, tazatel se zajímal hlavně jestli bylo pacientům sděleno o omezení pohybu. Na otázku, zda bylo pacientům řečeno, že se smějí pohybovat pouze po oddělení, bylo odpovězeno různě. Informantka P1 odpovídá: „*To ne, ale to jsem si domyslela, stejně kam bych chodila.*“ Pacientka P2 odpovídá podobně: „*Ne neřekli, ale to ani není potřeba říkat.*“ Byli také informanti, kteří na tuto informaci upozornění byli. Informantka P3 se na otázku vyjádřila: „*Ano na to mě upozornily sestřičky hned, když jsem si vybalila.*“ Pacient P4 dodává: „*Ano, velice důrazně.*“ Informant P5 byl na tuto informaci upozorněn ve chvíli, kdy chtěl opustit oddělení. Na otázku informací o omezeném pohybu odpovídá: „*Až když jsem si chtěl jít koupit kafe z automatu.*“

## 5 Diskuse

Covid-19 je nemoc, kterou způsobují viry, takzvané koronaviry. Příznaky tohoto onemocnění jsou podobné běžné chřipce a objevují se po 2-4 dnech po nakažení koronavirem. Intenzita příznaků se u různých lidí může lišit. Od mírných příznaků až po příznaky s neblahými následky (Heller, 2020). Cílem bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelskou péči u pacienta na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta.

První výzkumná otázka zněla: **Jak vnímají ošetrovatelskou péči pacienti na standardní covidové jednotce?** V průběhu výzkumu nás zajímal režim covidové jednotky a intervence poskytované sestrou v rámci komplexní péče. Také nás zajímalo hodnocení pobytu na covidové jednotce pacientem. Po vyhodnocení rozhovorů jsme došli k závěru, že popis dne na covidové jednotce se z pohledu pacientů nijak výrazně neliší. Den dotazovaných pacientů začínal ranní hygienou, stláním lůžka, snídaní a podáním ranních léků a infuzí. Některým pacientům dle výpovědí byl dopoledne podáván kyslík anebo kyslík s inhalací. Poté následoval oběd a polední léky. Několik informantů uvádí, že po obědě převážně spali nebo odpočívali. Mezi odpolední aktivity dotazovaných pacientů patřilo také sledování televize, čtení nebo telefonování s rodinou. Dále pacienti popisují podání večeří, léků a injekcí. Stejně to bylo s intervencemi, které sestry na covidové jednotce vykonávaly. Realizace ošetrovatelských intervencí je 4. krok ošetrovatelského procesu, který pomáhá k dosažení pacientových cílů. Dle Kudlové (2016) zahrnuje tento krok zhodnocení pacientových potřeb, uskutečnění sesterských činností vedoucích k dosažení cílů pacienta, dokumentaci těchto činností a kontrolu účinnosti prováděných intervencí. Pacienti nejčastěji intervence sester popisují jako podávání léků, kyslíku, infuzí, prevenci dekubitů a odběry krve. Podobně popisují práci sester i Kratochvílová a Hellerová (2021), které uvádějí kromě již zmíněných činností i další činnosti sester na covidové jednotce jako jsou polohování, monitorace příjmu a výdeje tekutin, monitorace bolesti a glykemických profilů, převazy ran a dekubitů a měření fyziologických funkcí. Informant P5 ve své dopovědi na otázku týkající se intervencí zmiňuje podávání inhalací, činnosti zmírňující horečku, měření glykemie i podávání inzulínu: „*No nosily mi léky, ty kapačky a něco přidávaly k tomu kyslíku taky. Jídlo mi nosily, občas mi odebíraly krev, měřily mi cukr a píchaly inzulín. Taky mi občas nějaká sestřička dala led, abych si ho dal do třísel na sražení horečky.*“ Z vlastních zkušeností z práce na covidové jednotce mají sestry také snahu o psychickou podporu při zjištění špatného psychického stavu pacienta. Patientka P1 tuto snahu zmiňuje, také ale

uvádí náročnost komunikace přes ochranné pomůcky personálu: „...*a taky oni mají ty náhubky a já už prd rozumím a přes ty náhubky ještě hůř tak ta komunikace s nima byla taková náročná.*“ Kratochvílová a Hellerová (2021) popisují komunikaci, která je náročná pro oba zúčastněné, tedy pro sestru i pacienta, kdy sestra špatně rozumí díky zakrytým uším a pacient špatně rozumí kvůli zakrytým ústům sestry. Dle vlastních zkušeností můžeme náročnost komunikace potvrdit. Přes zakrytý obličej štítem sestra slyší hlavně svůj dech a komunikace je ještě náročnější, než když má sestra například ochranné brýle. Samotné hodnocení pobytu na covidové jednotce od pacientů bylo velice kladné. Všichni dotazovaní pacienti byli spokojeni s personálem i stravou. Několik informantů při hodnocení uvedlo nelibost k ochranným pomůckám, které má personál na sobě. Jedné z informantek vadilo, že personál vypadá v pomůckách stejně a nelze je dobře rozeznat, další informantka popsala šok, kdy v polospánku zahlédla na pokoji sestru v ochranných pomůckách a ta ji vyděsila: „...*občas v noci šla za mnou na pokoj sestřička nebo doktorka v tom obleku, a jak to člověk vidí rozespalej tak mě to párkrát opravdu vyděsilo.*“ Myslíme si, že každý pacient, který uvedl nelibost k ochranným pomůckám chápe nutnost jejich používání a akceptuje to. Jde jen o nepříjemný pocit, které tyto pomůcky v pacientech vzbuzují. Dotazovaní pacienti také při hodnocení uváděli obdiv vůči zdravotnickému personálu a obdiv poskytování péče v ochranných pomůckách v těchto těžkých časech pandemie.

Druhá výzkumná otázka zní takto: **Jaké potřeby popisují pacienti, kteří byli hospitalizováni na standardní covidové jednotce?** Potřeba je pocit nedostatku nebo přebytku něčeho. Pokud nejsou potřeby uspokojovány mohou u pacienta nastat psychické i somatické potíže (Šamánková et al., 2011). Potřeby ovlivňují lidské chování a jsou tedy nástrojem k jeho pochopení (Krátká, 2018). Většina pacientů při rozhovoru zmínila hlavně potřeby nižší, jako je potřeba pohybu a spánku. Tři informanti popsali i potřebu vyšší, a to potřebu sociální interakce. Potřeby na nižší a vyšší rozdělil Abraham Maslow, který tvrdí že pokud nemáme uspokojeny potřeby nižší nemůžeme uspokojovat potřeby vyšší, biologické potřeby jsou vždy naléhavější (Maslow, 2014). Z výpovědí pacientů se lze dozvědět, že nejčastější potřeba, která nebyla uspokojována, je potřeba pohybu. Tato potřeba dle výpovědí nebyla uspokojena z důvodu izolace při onemocnění Covid-19. Informantka P1 k tomuto dodává: „...*a tam jsem chodila jen po pokoji, protože jsem si sama dál netroufla, ale to ti člověk tak zleniví. Já se musím furt hýbat jinak mě dostihne ta moje neuropatie.*“ Zvýšená potřeba spánku nebo odpočinku je druhou nejčastější

zmiňovanou potřebou. Borzová (2009) ve své knize zmiňuje potřebu hlubokého spánku k podpoře obnovy tkáně a buněk. Také zmiňuje psychickou náročnost některých onemocnění, která pak může vést ke snížené nebo zvýšené potřebě spánku (Borzová, 2009). Dle našeho názoru je únava, častým příznakem onemocnění Covid-19 a může tedy vést ke zvýšení této potřeby. Informantka P2 říká: „*Hlavně odpočívat a spát, to jsem opravdu potřebovala. Byla jsem hodně fyzicky unavená tak odpočinek byl prioritou každého dne...*“ Ze základních potřeb byla pacienty ještě zmíněná zvýšená potřeba příjmu tekutin a snížená potřeba příjmu jídla. V publikaci Krátké (2018) se můžeme dočíst, že potřebu hydratace a výživy ovlivňují hlavně faktory fyziologicko-biologické a psychicko-duchovní. Podle výpovědi pacientky P2 se sníženou potřebou jídla šlo o její zdravotní stav spojený se ztrátou chuti, šlo tedy o faktor fyziologicko-biologický. Právě ztráta chuti a čichu je jedním z projevů onemocnění Covid-19 (Hubáček, 2020). Dle výpovědi pacienta P5 se zvýšenou potřebou hydratace, docházelo během onemocnění ke zvýšenému pocení a ke zvýšené teplotě, a to pravděpodobně vedlo i ke zvýšené potřebě hydratace. Onemocnění Covid-19 je nová nemoc, která s sebou přinesla i narušení potřeby bezpečí a jistoty. Narušení jistoty a bezpečí se může u pacienta projevit strachem nebo úzkostí. V publikaci Krátké (2018) se můžeme dočíst, že úkolem zdravotníka je v takovém případě naslouchat pacientovi, být mu nablízku a zajistit pocit, že na to není sám. Je to také další činnost sestry vykonávaná v rámci intervencí. Sociální interakce jako součást potřeby lásky a sounáležitosti, to je další potřeba, která nemohla být na covidové jednotce uspokojována z důvodu zakázaných návštěv. Dle výpovědi některých pacientů, zákaz návštěv nesli velice těžko. Chyběl jim jak kontakt s rodinou, tak i konverzace s někým, kdo není zdravotník, ale jeho osoba blízká. Pacient P4 říká: „*...se sestrama si popovídáš, ale tak jako o počasí, já potřeboval řešit i osobní intimní věci víš*“, dále dodává: „*...po pár dnech už mi nestačilo ani si s někým zavolat...*“ Domníváme se, že sestra sice plně nenahradí přítomnost rodinného příslušníka, může ovšem terapeutickým rozhovorem zmírnit pacientův smutek i úzkost. Podle Zacharové (2016) má terapeutická komunikace pomáhat pacientovi v těžkých chvílích a také při adaptaci na změnu. Velmi pozitivní pro nás je informace z výpovědi všech pacientů, kdy je zřejmé aktivní vyhledávání potřeb a kvalitní uspokojování základních potřeb sestrou. Toto potvrzuje i hodnocení jedné z informantek: „*Jak říkám měla jsem se tam dobře, personál byl ochotný a všechno co jsem potřebovala jsem dostala...*“



Poslední výzkumná otázka zní: **Jaké informace pacienti postrádají od sester v souvislosti s onemocněním Covid-19 během hospitalizace na standardní covidové jednotce?** V rámci výzkumu nás zajímalo, jaké informace o onemocnění Covid-19 pacienti již mají a jaké informace postrádali během hospitalizace. Komunikace je nepostradatelná součástí práce sester a s tím i související poskytování informací. Dle Zacharové (2016) je dobré pro sdělování důležitých informací používat strukturovanou komunikaci, která klade důraz na naplánovaný postup rozhovoru. Dle našeho názoru je nepochopení informací prvním krokem pro změny chování pacienta, který se může cítit bezmocný a ztracený. Informovanost pacientů v oblasti prevence dle výpovědí byla velice dobrá. Možná i proto, že prevence proti onemocnění Covid-19 se dotýkala našich každodenních životů. Podle státního zdravotního úřadu (2021) platí pro prevenci pravidlo 3-R, to znamená respirátory, ruce – hygiena, rozestupy. Nejčastěji zmiňovanou prevencí byl respirátor FFP2. Druhá nejčastější odpověď byla právě hygiena a dezinfekce rukou. Rozestupy nebo izolaci od velkých davů lidí zmínili pouze dva informanti. Tyto informace shrnuje ve své odpovědi pacientka P2: *„Udržovat sociální distanc, nosit respirátor a taky si často dezinfikovat ruce tou dezinfekcí.“* Onemocnění Covid-19 může způsobit horečky, kašel, dušnost, únavu až zánět plicního parenchymu (Trojánec et al., 2020). Toto jsou i nejčastější důvody pro přijetí pacienta na covidovou jednotku. Polovina dotazovaných pacientů nevěděla, co onemocnění Covid-19 způsobuje. U ostatních dotazovaných zazněl právě zápal plic i mírnější formy onemocnění. Pacient P5 vypovídá: *„Vím, že způsobuje zápal plic, ale i nějaký mírnější formy kašle...“* Léčba onemocnění Covid-19 byla dlouho celosvětově diskutovanou věcí. Hledali se různé způsoby léčby od vhodné symptomatické léčby až po léčbu cílenou. Dle Trojánka et al. (2020) se k cílené léčbě používají antivirotika jako Remdesivir a v rámci symptomatické léčby se často používá oxygenoterapie. Z výpovědí pacientů jsme se dozvěděli, že v rámci léčby se pacientům podávají antivirotika, kortikoidy, vitamín C a oxygenoterapie. Pacientka P3 zná i konkrétní název antivirotik, na otázku léčby onemocnění Covid-19 odpovídá: *„...no to byl ten Remdesivir, taky nějaký antibiotika a kyslík do nosu třeba brýlema.“* Mezi cílenou léčbu lze zařadit antikoagulační léčbu, z důvodu hyperkoagulačních stavů, které onemocnění Covid-19 způsobuje (Dlouhý et al., 2020). Pacientka P1 při své odpovědi antikoagulační léčbu zmínila, odpovídá: *„...měla jsem kyslík, protože se mi špatně dýchalo a ty injekce na ředění krve...“* Při zaměření se na informace, které pacienti během hospitalizace postrádali v souvislosti s onemocněním Covid-19, jsme došly k závěru dobré informovanosti pacientů. Domníváme se, že tato skutečnost souvisí i s moderní

dobou a s rychlým přístupem k informacím pomocí internetu. Pouze dva z dotazovaných informantů měli pocit nedostatku některých informací. Pacientovi P5 scházela informace týkající se ochranné lhůty po pozitivním výsledku PCR testu. Na stránkách Ministerstva zdravotnictví k datu 1. 3. 2022 vyšly informace o testování na Covid-19 a informace ohledně certifikátů. Ochranná lhůta v tuto chvíli činní 180 dní od potvrzení pozitivního PCR testu. Během těchto 180 dní může pacientův test vyjít pozitivně, není však hrozbou pro své okolí. Pacient P6 neměl žádné výrazné příznaky Covidu-19, byl v nemocnici hospitalizován kvůli jinému zdravotnímu problému. V době jeho hospitalizace pravidla Ministerstva zdravotnictví nakazovala testování všech neočkovaných pacientů 1x týdně antigenním testem. Pokud antigenní test vyšel pozitivní, byl pacientům udělán PCR test na potvrzení onemocnění Covid-19. Pokud i tento test vyšel pozitivně byli pacienti přeloženi na covidovou jednotku pro ochranu nenakažených pacientů na oddělení. Pacientovi P6 vyšly oba testy jak antigenní, tak PCR test pozitivně, proto byl přeložen na covidovou jednotku. Informace, kterou postrádal se týkala počtu dní, které musel na covidové jednotce strávit, říká: „...*ted' teda jsem nevěděl, jak dlouho tam budu že jo. Já myslel, než mi vyjde negativní test, ale nakonec to dopadlo tak, že to bylo na počet dní, co jsem tak pochopil...*“ Nyní se můžeme dočíst na Covid portále, kam jsou umístěvány informace ohledně nemoci Covid-19 Ministerstvem zdravotnictví, že minimální doba izolace je 7 dní. Izolaci není možno ukončit dříve než za 7 dní s tím, že dva dny již člověk nesmí mít žádné příznaky. Dle našeho názoru se pravidla Ministerstva zdravotnictví měnila velice rychle a bylo velice náročné s množstvím neustále se měnících pravidel udržet krok. Každopádně se domníváme, že tato informace měla být pacientovi sdělena již při jeho přijetí na covidovou jednotku.

Z výzkumu byl zjištěn pohled pacientů na ošetrovatelskou péči na covidové jednotce. Dále byly zjištěny potřeby, které pacienti pocítují během hospitalizace a potřeby, které nebyly uspokojovány. Výzkum nám také poskytl pohled na informovanost pacientů v souvislosti s onemocněním Covid-19 a na informace, které jim scházely od sester. V rámci výzkumu byl zmapován denní režim a sesterské intervence na covidové jednotce z pohledu pacienta. Hodnocení péče pacienty dopadlo velice pozitivně. Informanti byli spokojeni s personálem i stravou. Někteří dotazovaní pacienti uváděli nelibost k ochranným pomůckám, kdy personál od sebe nelze dobře rozlišit. Jedna z pacientek uvedla také občasný šok, kdy v polospánku zahlédla sestru v ochranných pomůckách, a to jí vyděsilo. Dle našeho názoru obleky nepůsobí na nemocné dobře, ale myslíme si, že

pacienti chápají nutnost jejich nošení. Nejvíce neuspokojenou potřebou byla potřeba pohybu z důvodu izolace a potřeba sociální interakce z důvodu zakázaných návštěv. Některými pacienty bylo dále popisováno navýšení některých potřeb jako potřeba spánku, odpočinku a potřeba hydratace. Pozitivní zjištění bylo dle výpovědí aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb pacientů zdravotnickým personálem. Velice pozitivní pro nás byla také informovanost pacientů ze strany sester. Pouze dva z dotazovaných pacientů pocítovali nedostatek, některých informací. Konkrétně se jednalo o informace týkající se ochranného období po pozitivním výsledku PCR testu a o dobu, kterou je nutno strávit v izolaci. Dotazovaní pacienti byli dobře informovaní v oblasti prevence a léčby Covidu-19. Domníváme se, že dotazovaní pacienti byli s ošetrovatelskou péčí na covidové jednotce spokojeni i přes komplikace spojené s izolačním režimem.

## **Závěr**

Tato bakalářská práce s názvem „Ošetrovatelská péče na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta“ se zabývala pohledem pacientů na ošetrovatelskou péči v průběhu jejich hospitalizace. Také se zabývala novým onemocněním Covid-19 a informacemi, které mají pacienti o této nemoci. V bakalářské práci byl stanovený jeden hlavní cíl, a to popsat ošetrovatelskou péči na standardní covidové jednotce z pohledu pacienta. V rámci tohoto cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky, které byly zaměřeny na ošetrovatelskou péči z pacientova pohledu, na potřeby pacienta a jejich uspokojování během hospitalizace a na informace, které pacienti měli nebo jim chyběli v souvislosti s onemocněním Covid-19.

Z výzkumu bylo zjištěno, jaký pohled mají pacienti na ošetrovatelskou péči na standardní covidové jednotce. Dále byly zjištěny jejich potřeby během hospitalizace, jejich uspokojování, popřípadě důvody, proč potřeby uspokojeny nebyly. Také jsme si mohli udělat představu o tom, do jaké míry jsou pacienti obeznámeni s nemocí, se kterou jsou na covidové jednotce léčeni a jaké informace jim chybějí. Příjemně nás překvapilo, že i přes náročnost práce na tomto oddělení a velké vytíženosti personálu, se sestry aktivně zajímaly o potřeby pacientů a o jejich uspokojování. Dle výzkumu k neuspokojování potřeb pacientů docházelo z důvodu izolace, nikoliv z důvodu špatné péče. Nejvíce postrádanou potřebou byla potřeba pohybu. Pacienti ale chápali, že je toto opatření nutné. Pozitivně dopadlo i hodnocení pacientů ošetrovatelské péče na covidové jednotce. Byly zmíněny klady i zápory pobytu zde. Mezi zápory můžeme zařadit nelibost pacientů k ochranným pomůckám a jednorázovým plastovým přístrojům. Informovanost pacientů o onemocnění Covid-19 byla také příjemným překvapením. Na to, že se jedná o novou nemoc a o léčbě se dlouho příliš informací nevědělo, byli pacienti dobře orientovaní v prevenci a léčbě onemocnění Covid-19. Mezera v informacích byla zjištěna v důsledcích a komplikacích Covidu-19, v ochranné lhůtě PCR testů a počtu dní izolace.

Význam této práce spatřujeme hlavně v pochopení, jak pacienti prožívají hospitalizaci s novou nemocí, ze které má strach celý svět, a jak prožívají izolaci od rodiny a přátel. V současné době existuje nepřeberné množství zdrojů informací, jak poskytovat ošetrovatelskou péči u covid pozitivních pacientů. Tato práce se však dívala na tuto problematiku odlišnou optikou a sice z pohledu pacienta. Konkrétně, jaké bylo jeho prožívání a vnímání všeho, co se dělo během hospitalizace na standardní covidové

jednotce. Tento vzácný a upřímný náhled z perspektivy pacientů nám může pomoci zkvalitnit ošetrovatelskou péči poskytovanou u pacientů s onemocněním Covid-19.

## Seznam literatury

1. ARIAS ANAYA, R., et al., 2021. Rady pacientům: domácí léčba covid-19. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 58-60. ISSN 1211-264X.
2. ASTAPENKO, D., ČERNÝ, V., 2020. Zvláštnosti syndromu akutní dechové tísně dospělých u pacientů s COVID-19. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 31(5), 256-257. ISSN 1214-2158.
3. BARTOŠ, H., 2020. *Doporučení pro oblékání a svlékání osobních ochranných pomůcek (OOP) v nemocnici při péči o pacienty se suspektním či potvrzeným onemocněním COVID-19*. In: infekce.cz [online]. 03. 03. 2020 [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/Covid2019/OOPcovid19.pdf>.
4. BENEŠ, J., NOVÁKOVÁ, D., 2021. Patogeneze covid-19: principy virové infekce a imunitní odpovědi. *Intervenční a akutní kardiologie*. 20(2), 73-77. ISSN 1803-5302.
5. BORZOVÁ, C. et al., 2009. Nespavost a jiné poruchy spánku pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
6. BOYLE, E., L., 2022. *Let's talk about the novel Coronavirus*. In: healthcentral.com [online]. © 2022 Remedy Health Media [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.healthcentral.com/condition/coronavirus#treatment>.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. Centrum epidemiologie a mikrobiologie, 2020a. *Chřipka versus koronavirus*. In: Szu.cz [online]. 18. 3. 2020 [cit. 03.01.2022]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chripka-versus-koronavirus-podobnosti-a-zasadni-rozdily-k-18>
9. Centrum epidemiologie a mikrobiologie, 2020b. *Koronaviry-přehled*. In: Szu.cz [online]. 22. 1. 2020 [cit. 03.01.2022]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/koronaviry-prehled-1>
10. CURIE, M., 2021. *Getting end of life care and support during coronavirus*. In: mariecurie.org.uk [online]. 08. 07. 2021 [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://www.mariecurie.org.uk/help/support/coronavirus/end-of-life-coronavirus>.

11. ČERNÝ, V., et al., 2021. *Mezioborové stanovisko k použití monoklonálních protilátek v léčbě pacientů s covid-19*. In: mzcr.cz [online]. 1.4. 2021 [cit. 31.01.2022]. Dostupné z: [https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/Mezioborove\\_stanovisko\\_\\_monoklonalni\\_protilatky\\_1\\_ecba\\_pacientu\\_covid-19.pdf](https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/Mezioborove_stanovisko__monoklonalni_protilatky_1_ecba_pacientu_covid-19.pdf)
12. DAVID, J., et al., 2021. *Závažná komplikace COVID-19 u dětí*. In: zezdravotnictvi.cz [online]. 17. 3. 2021 [cit. 07.01.2022]. Dostupné z: <https://zezdravotnictvi.cz/profi-medicina/zavazna-komplikace-covid-19-u-deti/>
13. DLOUHÝ, P., et al., 2020. COVID-19: diagnóza, terapie a prevence. *Acta medicae*. (8-9), 36-46. ISSN 1805-398X.
14. DLOUHÝ, P., et al., 2021. Manuál pro lékaře covidových oddělení. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 41-46. ISSN 1211-264X.
15. DOSTÁLOVÁ, V., DOSTÁL, P., 2019. Syndrom akutní dechové tísně. *Časopis vnitřní lékařství*. 65(3), 196-203. ISSN 0042-773X.
16. FAWAZ, M., et al., 2020. *Nurses at the Front Line of COVID-19: Roles, Responsibilities, Risks, and Rights*. In: ncbi.nlm.nih.gov [online]. 11. 8. 2020 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7543802/>.
17. FERDA, J., et al., 2020. Využití výpočetní tomografie v diagnostice covid-19. *Farmakoterapeutická revue*. 5(Suppl. 1), 46-49. ISSN 2533-6878.
18. FINSET, A., et al., 2020. *Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic*. In: sciencedirect.com [online]. 27. 3. 2020 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399120301853?via%3DiHub>.
19. GAVALIEROVÁ, Z., et al., 2021. Covid-19, edukácia dospelého pacienta. Poprad: Vydavateľství Popradská tlačiareň s.r.o. 142 s. ISBN 978-80-973660-1-8.
20. HELLER, V., 2020. *Pandemie od starověku po současnost*. Havlíčkův Brod: Nakladatelství Petrklíč. 133 s. ISBN 978-80-7229-810-5.
21. HOLMANNOVÁ, D., 2020. Současné a budoucí možnosti léčby a prevence covid-19. *Zdravotnictví a medicína*. 2020(5), 27-29. ISSN 2336-2987.
22. HONZÁK, R., et al, 2020. *Doba koronavirová*. Praha: Zeď. 280 s. ISBN 978-80-907674-4-7.

23. HUBÁČEK, P., 2020. Nově popsany koronavirus SARS-CoV-2 a jeho biologické souvislosti. *Farmakoterapeutická revue*. 5(Suppl. 1), 15-22. ISSN 2533-6878.
24. HUSA, P., et al., 2021. Následná péče o pacienty po covidu-19, odborné stanovisko. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 47-48. ISSN 1211-264X.
25. JESEŇÁK, M., et al., 2021. *Základné informácie v súvislosti so začatím očkovania proti ochoreniu Covid-19*. In: ssaki.eu [online]. 04. 03. 2021 [cit. 2022-02-07]. Dostupné z: [http://www.ssaki.eu/wp-content/uploads/2020/12/INFOLETTER\\_COVID19\\_1.pdf](http://www.ssaki.eu/wp-content/uploads/2020/12/INFOLETTER_COVID19_1.pdf)
26. JINDRÁK, V. et al., 2003. SARS. In: Szu.cz [online]. 28. 4. 2003 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/sars-3>
27. KOBER, L., et al., 2021. Ochrana dýchacích ciest v prevencii šírenia respiračných infekcií. In: ŠEVČOVIČOVÁ, A., KOBER, L. (eds.). *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľstva*. Nakladateľství VERBUM. 126-137 s. ISBN 978-80-561-0846-8.
28. KONVALINKA, J., MACHALA, L., 2012. SARS – kapesní pandemie. *Vesmír*. 91(1), 41-44. ISSN 0042-4544.
29. KOPÁČIKOVÁ, M., 2021. Nemocničné nákazy – stále aktuálny medicínsky a ošetrovateľský problém. In: ŠEVČOVIČOVÁ, A., KOBER, L. (eds.). *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľstva*. Nakladateľství VERBUM. 136-145 s. ISBN 978-80-561-0846-8.
30. KOPECKÝ, M., et al., 2021. *Post-COVID syndrom/postižení*. In: koronavirus.mzcr.cz [online]. 29. 6. 2021 [cit. 2022-02-08]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/10/Postcovidov%C3%BD-syndrom-a-p%C3%A9%C4%8De-v-pneumologick%C3%BDch-ambulanc%C3%ADch-aktualizovan%C3%A1-verze-ze-z%C3%A1%C5%99%C3%AD-2021.pdf>
31. KOSSÁROVÁ, K., et al., 2021. *Post-kovidový syndróm*. In: ssaki.eu [online]. 14. 2. 2021 [cit. 2022-02-08]. Dostupné z: [https://www.ssaki.eu/wp-content/uploads/2021/02/LONG\\_COVID19.pdf](https://www.ssaki.eu/wp-content/uploads/2021/02/LONG_COVID19.pdf)



32. KRATOCHVÍLOVÁ, I., HELLEROVÁ, V., 2021. Specifika práce sestry na standardní covidové jednotce – ošetrovatelská péče u Covid+ pacientů od těhotných až po paliativní péči. In: ŠEVČOVIČOVÁ, A., KOBER, L. (eds.). *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľstva*. Nakladateľství VERBUM. 146-152 s. ISBN 978-80-561-0846-8.
33. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potreby človeka v ošetrovateľskej praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 156 s. ISBN 978-80-7454-764-5.
34. KRÁTKÁ, Z., et al., 2021. Protilátkové repetitorium – vyšetření protilátek proti koronaviru v běžné praxi. *Časopis lékařů českých*. 160 (2-3), 52-56. ISSN 0008-7335.
35. KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovateľský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 131 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
36. KYNČL J., 2020. *Chřipka v kontextu aktuálních opatření u koronaviru*. In: Szu.cz [online]. 10.3. 2020 [cit. 03.01.2022]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/je-koronavirus-jako-chripka>
37. LIANG, T., et al., 2020. *Příručka pro prevenci a léčbu Covid-19*. In: kniha.covid.cz [online]. Copyright © [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://kniha.covid19cz.cz/covid19cz/>.
38. MASLOW, H., A., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
39. MÁJEK, O., et al., 2020. *Význam a výpočet reprodukčního čísla*. In: mzcz.cz [online]. 27. 03. 2020 [cit. 15. 01. 2022]. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/doc/2020-03-27-cislo-R.pdf>
40. MIERTO VÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovateľskej praxi u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. 429 s. ISBN 978-80-271-0850-3.
41. Ministerstvo zdravotnictví, 2020a. *Doporučení k používání osobních ochranných prostředků a pomůcek (OOPP) a doporučené třídy ochrany pro zdravotnické pracovníky v případě výskytu epidemie/pandemie infekčního onemocnění*. In: koronavirus.mzcr.cz [online]. 17. 06. 2020 [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/06/Doporu%C4%8Den%C3%AD-k-pou%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD-osobn%C3%ADch-ochran%C3%BDch-prost%C5%99edk%C5%AF-a-pom%C5%AFcek-a->

- doporu%C4%8Den%C3%A9-t%C5%99%C3%ADdy-ochrany-pro-zdravotnick%C3%A9-pracovn%C3%ADky-v-p%C5%99%C3%ADpad%C4%9B-v%C3%BDskytu-epidemie-infek%C4%8Dn%C3%ADho-onemocn%C4%9Bn%C3%AD.pdf
42. Ministerstvo zdravotnictví, 2020b. *Osobní ochranné pracovní pomůcky (OOPP)*. In: koronavirus.mzcr.cz [online]. 12. 10. 2020 [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: [https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Osobn%C3%AD-ochrann%C3%A9-pracovn%C3%AD-pom%C5%AFcky.pdf?fbclid=IwAR0qAZd2rpJ5ERVemaak7IhE5Qa3DTYh4\\_FN0p07IEfwiNMVyqeGKhT0p2w](https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Osobn%C3%AD-ochrann%C3%A9-pracovn%C3%AD-pom%C5%AFcky.pdf?fbclid=IwAR0qAZd2rpJ5ERVemaak7IhE5Qa3DTYh4_FN0p07IEfwiNMVyqeGKhT0p2w).
  43. Ministerstvo zdravotnictví, 2021. *Chřipka vs Covid-19*. In: mzcr.cz [online]. 21. 09. 2021 [cit. 02.01.2022]. Dostupné z: [https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/09/chripka\\_vs\\_covid.pdf](https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/09/chripka_vs_covid.pdf)
  44. Ministerstvo zdravotnictví, 2022. *Co to je izolace?*. In: covid.gov.cz [online]. 31. 1. 2022 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/onemocneni-obecne-o-opatrenich/izolace>.
  45. MLEZIVOVÁ, S., et al., 2021. Onemocnění Covid-19 a těhotenství. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 13, 26-31. ISSN 1803-9588.
  46. NEČAS, T., 2020. Covid-19 u dětí a těhotných. *Farmakoterapeutická revue*. 5(Suppl. 1), 50-56. ISSN 2533-6878.
  47. PAŘÍZEK P., 2021. Kardiovaskulární komplikace infekce covid-19. *Intervenční a akutní kardiologie*. 20(2), 78-80. ISSN 1213-807X.
  48. POLJAK V., 2003. SARS. *Interní medicína pro praxi*. 5(7), 330-331. ISSN 1803-5868.
  49. PRYMULA R., ŠPLIŇO M., 2006. *SARS – Syndrom akutního respiračního selhání*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1550-3.
  50. REILLEY, B., et al., 2003. *SARS and Carlo Urbani*. In: nejml.org [online]. 15. 5. 2003 [cit. 2022-03-07]. Dostupné z: <https://www.nejml.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp030080?articleTools=true>.
  51. ROZSYPAL, H., et al., 2014. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Nakladatelství Karolinum. 396 s. ISBN 978-80-246-2197-5.
  52. Státní ústav pro kontrolu léčiv, ©2021. *Otázky a odpovědi o očkování proti nemoci COVID-19* [online]. Copyright ©2021 Magistrát hlavního města Prahy a

- Operátor ICT [cit. 07.02.2022]. Dostupné z: [https://ockovani.praha.eu/sp\\_faq/z-neho-presne-se-skladaji-mrna-vakciny/](https://ockovani.praha.eu/sp_faq/z-neho-presne-se-skladaji-mrna-vakciny/)
53. Státní zdravotní ústav, 2021a. *Covid-19: diagnóza a léčba*. In: nzip.cz [online]. 21. 12. 2021 [cit. 2021-12-21]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1070-covid-19-diagnoza-a-lecba>.
54. Státní zdravotní ústav, 2021b. *Covid-19: možnosti prevence*. In: nzip.cz [online]. 21. 12. 2021 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1069-covid-19-moznosti-prevence>.
55. STEJSKAL, F., 2020. Covid-19 – devět měsíců zkušeností. Jsou přístupy ke kontrole této infekce racionální?. *Farmakoterapeutická revue*. 5(suppl 1), 8-14. ISSN 2533-6878.
56. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
57. ŠKULEC, R., KALINA, M., 2020. Oxygenační a ventilační podpora u pacientů s Covid-19. *Urgentní medicína*. 23(4), 21-25. ISSN 1212-1924.
58. ŠTEFAN, M., GREBENYUK, V., 2020. Terapeutické možnosti infekce covid-19. *Farmakoterapeutická revue*. 5(suppl 1), 65-68. ISSN 2533-6878.
59. ŠTEFAN, M., et al., 2021a. Covid-19: diagnostika a léčba. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 61-87. ISSN 1211-264X.
60. ŠTEFAN, M., et al., 2021b. Očkování proti covidu-19. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 49-57. ISSN 1211-264X.
61. ŠTULA M., 2020. Koronaviry známé a neznámé. *Pharma News*. (3-4), 8. ISSN 2695-0359.
62. TROJÁNEK M. et al., 2020. A novel coronavirus (SARS-CoV-2) and COVID-19. *Časopis lékařů českých*. 159(2), 55-66. ISSN 1805-4420.
63. VAŠUT K., VRANOVÁ V., 2020. Koronavirus COVID-19. *Via practica*. 17(4), 185-188. ISSN 1336-4790.
64. Vláda České republiky, 2022. *Protiepidemická opatření – co aktuálně platí*. In: vlada.cz [online]. 14. 2. 2022 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/mimoradna-a-ochranna-opatreni-\\_co-aktualne-plati-180234/](https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/mimoradna-a-ochranna-opatreni-_co-aktualne-plati-180234/).
65. VOJÁČEK J., 2021. Trombotické komplikace covid-19. *Intervenční a akutní kardiologie*. 20(2), 98-101. ISSN 1213-807X.

66. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 474 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

## **Přílohy**

### **Příloha 1: Podklad pro rozhovor s pacienty**

#### A. Základní informace o pacientech

1. Pohlaví:
2. Věk:
3. Vzdělání:
4. Délka hospitalizace:

#### B. Vlastní rozhovor

1. Jaký byl důvod vaší hospitalizace?
2. Co víte o onemocnění Covid-19? (prevence, přenos, léčba)
3. Byly nějaké informace, které jste postrádal od sester v souvislosti s onemocněním covid-19 během hospitalizace na standardní covidové jednotce?
4. Jaký byl režim na standardní covidové jednotce?
5. Jak jste prožíval nutnost být v izolaci?
6. Jaké ošetrovatelské intervence sestry vykonávaly v rámci komplexní péče?
7. Jaké potřeby jste pocíťoval v průběhu hospitalizace? (bio-psycho-socio-spirituální)
8. Jaké potřeby byly/nebyly uspokojovány v průběhu hospitalizace? (jaké byly důvody)
9. Jak hodnotíte svůj pobyt na standardní covidové jednotce? (doporučení pro praxi)

## **Seznam zkratek**

ARDS	Syndrom akutní dechové tísně
CDC	Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí
CT	výpočetní tomografie
ELISA	metoda využívaná ke kvantitativnímu stanovení antigenů
EU	Evropská unie
FDA	Úřad pro kontrolu potravin a léčiv
HFNO	vysokoprůtoková kyslíková nasální terapie
OOPP	osobní ochranné pracovní pomůcky
RTG	rentgen
RT-PCR	polymerázová řetězová reakce s reverzní transkripcí
WHO	Světová zdravotnická organizace