



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika ošetrovatelské péče o covid pozitivního
pacienta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Monika Marková

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Svidenská, PhD.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Problematika ošetrovatelské péče o covid pozitivního 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

.....

Monika Marková

Poděkování

Poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Tereze Svidenské, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její zájem, spolupráci a cenné rady během celého mého výzkumného procesu.

Chtěla bych také poděkovat všem informantům, bez kterých by tato práce vůbec nebyla uskutečněna.

Problematika ošetrovatelské péče o covid pozitivního pacienta

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o covid pozitivního pacienta. Onemocnění covid-19 je vysoce infekční respirační onemocnění, které je způsobeno koronavirem SARS-CoV-2 šířícím se vzduchem z člověka na člověka. První příznaky se mohou jevit jako obyčejné nachlazení ve formě kašle a rýmy. Při dušnosti a obtížném dýchání je nutná hospitalizace v nemocničním zařízení.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat problémy v péči o covid-19 pozitivního pacienta. Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor tvořilo sedm sester, které pečují či pečovaly o pacienty s onemocněním covid-19. Data byla sbírána pomocí vytvořeného polostrukturovaného rozhovoru. Pro sestry byly vytvořeny otázky, které byly zaměřeny na překážky, které sestry vnímaly v oblasti biologických, psychologických a sociálních potřeb covid pozitivních pacientů. Na základě zrealizovaných rozhovorů a sesbíraných dat byly výsledky zpracovány otevřeným kódováním do sedmi kategorií.

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že v péči o covid pozitivního pacienta je v oblasti psychologických potřeb největší překážkou nedostatečná komunikace personálu s pacienty. V oblasti sociálních potřeb je nejvíce neuspokojena potřeba sociálního kontaktu pozitivních pacientů se svými blízkými. Samotná ošetrovatelská péče je velice specifická. U covid pozitivních pacientů je nutné dodržovat přísné zásady bariérové ošetrovatelské péče. Z oblasti biologických potřeb je dle zjištěných výsledků nejvíce nutná péče o dýchání a péče o dýchací cesty pacienta. Dle informantek je možné využít polohování, kdy pacient v pravidelných intervalech mění svou polohu a ulevuje si tak od dušnosti.

Na základě těchto zjištěných výsledků je vytvořen podklad semináře pro zdravotnický personál pečující o pacienty s onemocněním covid-19. Seminář je zaměřen na péči o potřeby covid pozitivních pacientů.

Klíčová slova

covid-19; hospitalizace; bariérová ošetrovatelská péče; potřeby; pandemie; specifika

Problematic of nursing care for the covid of a positive patient

Abstract

The Bachelor thesis deals with the problematic of nursing care for the covid positive patient. Covid-19 is a highly infectious respiratory disease transferred from human-to-human by airborne droplets with SARS-CoV-2 coronavirus. The first symptoms may appear as a common cold in the form of coughs and runny nose. In case of dyspnea and difficulty with breathing, hospitalization is necessary.

The aim of the bachelor thesis was to map the problems in the care of a covid-19 positive patient. The practical part was processed using qualitative research. The research group consisted of seven nurses who care for the covid-19 positive patients. Data were collected using a semi-structured interview. Questions were created for the nurses with focus on the chalanges that the nurses perceived in the area of biological, psychological and social needs of covid positive patients. Based on the conducted interviews and the collected data, the results were processed by open coding into seven categories.

The results of the research survey found that the biggest obstacle in the care of a Covid positive patient is the lack of communication between staff and patients in the area of psychological needs. In the area of social needs, the need for social contact between positive patients and their loved ones and the complete lack of it is the biggest problem. Nursing care itself is very specific. Strict principles of barrier nursing care must be followed in covid-positive patient environment. According to the research results, in the area of biological needs, the respiratory care and the patient's airway care are the most crucial. According to the informants, it is possible to use positioning, where the patient changes his position at regular intervals and consequently relieves himself from shortness of breath.

Based on these results is created seminar material for medical staff caring for patients with covid-19. The seminar is focused on caring for the needs of covid positive patinents.

Keywords

covid-19; hospitalization; barrier nursing care; needs; pandemic; specifics

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	10
1.1 Etiologie onemocnění covid-19	10
1.2 Klinický obraz.....	11
1.3 Diagnostika	12
1.4 Prevence	13
1.5 Léčba	15
1.6 Bariérová ošetrovatelská péče o pacienta s covid-19.....	17
1.6.1 Dezinfekce a sterilizace	19
1.6.2 Pomůcky k ošetřování pacienta v rámci bariérové péče	24
1.6.3 Izolace pacienta	25
1.7 Vybrané aspekty péče o nemocného s covid-19	27
1.7.1 Biologické potřeby	28
1.7.2 Psychologické potřeby	31
1.7.3 Socio-spirituální potřeby	33
2 Cíl práce a výzkumné otázky	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
3 Metodika	37
3.1 Popis metodiky a technika sběru dat.....	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 Výsledky výzkumu	38
4.1 Identifikační údaje.....	38
4.2 Seznam kategorií.....	39
5 Diskuze	54
6 Závěr.....	63

7 Seznam použitých zdrojů	64
8 Seznam použitých zkratek.....	69
9 Seznam příloh.....	70

Úvod

Onemocnění covid-19 je vysoce infekční respirační onemocnění, které se stalo celosvětovou pandemií. Je způsobeno betakoronavirem SARS-CoV-2. Šíří se vzduchem pomocí kapének z člověka na člověka. Někteří lidé nákazu koronavirem prodělají bezpříznakově, někteří s mírným průběhem a někdo má průběh natolik závažný, že je nutná hospitalizace v nemocničním zařízení. První příznaky se mohou jevit jako nachlazení nebo také jako příznaky chřipky. Patří mezi ně horečka, dušnost, kašel, únava nebo také ztráta chuti či čichu. Rizikovými pacienty jsou lidé staršího věku s chronickým onemocněním, jako je například onemocnění srdce, onkologicky nemocní pacienti, pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí nebo také morbidně obézní pacienti. Diagnostikujeme jej pomocí PCR (polymerázová řetězová reakce) testu, který jednoznačně prokáže, zda je pacient koronavirem nakažený nebo ne. Léčba v domácím zařízení je spíše podpůrného charakteru, kdy se snažíme zmírnit příznaky onemocnění. V nemocničním zařízení se nejčastěji podává nitrožilně antivirotikum zvané např. Remdesivir, kortikosteroid Dexamethason nebo SoluMedrol. Jako prevence toho onemocnění je nošení ochranných pomůcek, které zakryjí ústa a nos (například rouška či respirátor). Dále pravidelné mytí a dezinfekce rukou, omezení kontaktu s lidmi ve větší skupině či možnost očkování.

U hospitalizovaných pacientů je nařízený přísný izolační režim, je u nich prováděna bariérová ošetrovatelská péče, která probíhá za přísných hygienických podmínek. Nejčastěji se s nakaženými pacienty setkáváme na infekčním oddělení, v závažnějších případech na anesteziologickoresuscitačním oddělení, ale i na jiných lůžkových odděleních nejsou výjimkou. Je důležité, aby sestry měly dostatek informací o tomto onemocnění a aby byly seznámeny se specifickou péčí o covid pozitivní pacienty.

Na počátku této pandemie roku 2020 propukla mezi lidmi až hysterie. Lidé, kteří byli pozitivní, se ocitli na okraji společnosti a výrazně byl zasažen jejich sociální život. Jejich sociální potřeby byly velice omezeny, nemohly do obchodů, do práce a pomalu ani k lékaři. Uzavření, ať už do domácí karantény, kdy pacient přišel do kontaktu s pozitivním nemocným a čeká na výsledky testů či na první příznaky, nebo do izolace, kdy pacient má příznaky onemocnění a pozitivní PCR test, či je upoután na nemocniční lůžko, mělo také jisté psychické projevy. Pacienti byli osamoceni, bez jakéhokoliv pro

nás dříve normálního lidského kontaktu a ve většině případů upadali také do těžkých depresí.

Toto onemocnění přichází většinou od podzimu do jara, kdy je zachycen nejvyšší nárůst nakažených za celý rok. Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila problematiku tohoto onemocnění a dopad pandemie na potřeby pacientů pozitivně testovaných, u kterých je nutná hospitalizace v nemocničním zařízení. Sama jsem byla součástí ošetrovatelského týmu v první i druhé vlně covidové pandemie a ráda bych dle svého výzkumného šetření zmapovala specifika a problematiku ošetrovatelské péče o covid pozitivního pacienta nejen na infekčním oddělení, ale také na oddělení standartních.

1 Současný stav

Onemocnění covid-19 je onemocnění respiračního systému. Je vysoce infekční a celosvětově rozšířené. Covid-19 je způsoben SARS-CoV-2, který je těžkým akutním respiračním syndromem (Dugdale, 2022a). V prosinci 2019 byly v hlavním městě čínské provincie Chu-pej v oblasti Wu-chan popsány první případy tohoto nového a závažného respiračního onemocnění, pro které bylo typické postižení dolních cest dýchacích, jež bylo vyvoláno doposud neznámým virovým agens. Původcem onemocnění byl identifikován nový betakoronavirus, který byl později pojmenován SARS-CoV-2 (Trojánek et al., 2020). Koronaviry tohoto rodu mohou postihnout nejen lidi, ale i zvířata. Tyto koronaviry mohou způsobit mírná až středně těžká respirační onemocnění, jako je běžné nachlazení, ale může vést i k závažné pneumonii nebo až k pacientově smrti (Dugdale, 2022a). Jako většina jiných respiračních infekcí představuje kapénkovou nákazu. Hlavním zdrojem tohoto viru je infikovaný člověk, který vir vylučuje zejména respiračními sekrety při kýchaní a kašláním. K samotnému přenosu infekce dochází nejčastěji přímým zasažením sliznice či vdechnutím kapének při úzkém kontaktu s infikovanou osobou nebo nepřímo kontaktem s kontaminovanými předměty (Trojánek et al., 2020). Trojánek et al. (2020) ve svém článku také uvádí, že k vylučování viru dochází i u pacientů s asymptomatickým průběhem. U nemocných před rozvojem příznaků virus zůstává detekovaný v nosohltanu i po ústupu klinických obtíží. K nákaze jsou náchylné osoby všech věkových kategorií nezávisle na etickém původu nebo pohlaví, přičemž bylo prokázáno, že u dětí a mladistvých infekce nejčastěji probíhá subklinicky či zcela asymptomaticky, zatímco u seniorů je riziko závažnějšího průběhu.

1.1 *Etiologie onemocnění covid-19*

Koronaviry rodu beta mohou infikovat i savce. K přenosu zvířecích koronavirů na lidskou populaci dochází při těsném kontaktu zvířete s člověkem. Doposud není přesně jasné, který zvířecí druh je mezičlánkem, od něhož došlo k přenosu infekce na člověka. Nejbližším příbuzným nového koronaviru jsou betakoronaviry izolované od netopýrů. Patogeneze samotného onemocnění covid-19 doposud není přesně známá, avšak mechanismy budou pravděpodobně obdobné jako v případě infekcí MERS a SARS (Trojánek et al., 2020). MERS neboli respirační syndrom středního východu je smrtelná zoonotická infekce, která byla poprvé hlášena v roce 2012 (Babarinsa et al., 2021). Infekce SARS neboli těžký respirační syndrom je závažnou formou pneumonie, kdy

infekce virem SARS způsobuje akutní respirační tíseň a někdy až smrt (Hadjiliadis et al., 2021). Jedním z mnoha zkoumaných mýtů o koronaviru je i ten, že virus vznikl v laboratoři v Číně. Neexistují však žádné důkazy, které by tuto fámu, kolující na sociálních sítích, podpořily. Nedávná studie ukazuje, že SARS-Co-V-2 je přirozeným produktem evoluce (Newman, 2021).

1.2 Klinický obraz

Dle Světové zdravotnické organizace onemocnění covid-19 postihuje různé lidi různými způsoby. U většiny infikovaných osob se vyvine mírné až středně těžké onemocnění a zotaví se bez hospitalizace. Nejčastějšími příznaky jsou kašel, horečka, únava, ztráta chuti či vůně. Mezi méně časté příznaky patří bolest hlavy, bolest v krku, průjem, červené a podrážděné oči nebo vyrážka na kůži (WHO, 2021). Horečka neboli febris se rozlišuje podle průběhu na kontinuální, remitentní, intermitentní, návratná nebo vlnitá. U tohoto onemocnění se nejčastěji projevuje typ kontinuální, kdy horečka kolísá a je stálá. Kašel, latinsky tussis, je reflexní obranný děj, který slouží k zajištění volných dýchacích cest. Není fyziologickým dějem, slouží k vyčištění dýchacího ústrojí a normální je nekašlat. Ke stanovení diagnózy nám může výrazně napovědět typ kašle, který můžeme dělit z více hledisek. Můžeme je rozdělit podle denní doby, trvání či charakteru (Nejedlá, 2015). Únava neboli astenie je nespecifický příznak, kdy těžce nemocní jí trpí stále a u pacientů s velmi těžkým onemocněním mohou tyto stavy vyústit až ve vyčerpanost neboli exhausci (Špinar, Ludka et al., 2013) Zácpa nebo také diarea, je vyprazdňování neformované řídké stolice alespoň třikrát denně (Jelínková, 2014). Bolesti hlavy rozdělujeme podle příčiny na primární a sekundární. Primární jsou takové, které vznikají bez podílu jiných onemocnění. Sekundární bolesti hlavy vznikají jako doprovodný příznak jiného základního onemocnění (Rokyta et al., 2009). Lidé s mírnými příznaky, kteří jsou jinak zdraví, by své příznaky měli zvládnout doma. Nejčastěji přetrvávají 5 až 6 dní od prvního kontaktu s infikovaným člověkem. Mohou se projevit hned, ale jejich propuknutí může také trvat až 14 dní. Vážné příznaky, které mohou u lidí vzniknout, jsou potíže s dýcháním, dušnost, ztráta řeči či pohyblivosti, zmatenost nebo bolest na hrudi. Pokud se objeví tyto vážné příznaky, je nutné okamžitě vyhledat lékařskou pomoc (WHO, 2021). Starší lidé a lidé s chronickým onemocněním mají vyšší riziko nákazy, těžšího průběhu onemocnění a úmrtí. Zdravotní stavy s vyšším rizikem nákazy jsou diabetes mellitus I. i II. stupně, obezita, nádorové onemocnění, onemocnění srdce, chronická

obstrukční plicní nemoc nebo také pacienti po orgánových transplantacích či těhotné ženy (Dugdale, 2022b).

1.3 Diagnostika

Anamnéza blízkého kontaktu nebo expozice s podezřelými nebo potvrzenými pacienty je kritickým důkazem pro diagnózu. U pacientů s neznámou anamnézou může napovědět klinický obraz a zobrazovací metody vykazující podezření na onemocnění covid-19. Čínská národní zdravotnická komise stanovila tři diagnostická kritéria. První kritérium je historie expozice případů respiračních příznaků z Wu-chanu nebo z infikovaných měst do dvou týdnů před nástupem onemocnění. Klinické nálezy jako je horečka, snížený nebo normální počet bílých krvinek nebo snížený počet lymfocytů či zobrazovací rysy pneumonie, jsou druhým diagnostickým kritériem. Třetí, poslední kritérium, je provedení PCR testu v reálném čase vykazující výsledky na onemocnění covid-19. Potvrzený případ by měl být hospitalizován a izolován pro léčbu. Osoba se dvěma klinickými příznaky a jednou kontaktní anamnézou je považována za podezřelého pacienta. Při diagnostice je nutná definitivní etiologická diagnóza infekce, která může být doplněna PCR testem. U přibližně poloviny infikovaných pacientů byl snížený počet bílých krvinek, snížený počet lymfocytů a nižší počet krevních destiček se zvýšeným aktivovaným tromboplastinem. Většina pacientů měla také zvýšenou hladinu C-reaktivního proteinu. U pacientů by proto měly být sledovány rutinní krevní testy, koagulační funkce, arteriální krevní plyny a C-reaktivní protein. Zásadní roli v diagnostice, řízení a sledování infekcí koronavirového onemocnění mají také zobrazovací metody, zejména vyšetření počítačovou tomografií při podezření na plicní abnormality. Počítačová tomografie s vysokým rozlišením dokáže snadněji detekovat onemocnění v rané fázi (Oshaghi et al., 2020). Jedním ze základních vyšetření je také zadopřední rentgenový snímek plic, kdy v 75 % se virová pneumonie projeví oboustrannými infiltráty. Rentgenový snímek plic je také potřebný k diagnostice komplikací, jako je například pneumothorax či fluidothorax. PCR vyšetření neboli polymerázová řetězová reakce je zlatým standardem pro průkaz infekce SARS-CoV-2 (Štefan et al., 2021). Identifikuje genetickou změnu, která může způsobit onemocnění. Provádí se výtěrem z nosohltanu, případně z dolních cest dýchacích při umělé plicní ventilaci (Štefan et al., 2021). PCR testy fungují i na základě odběru vzorku krve, slin, hlenu nebo tkáně. Vzorek obsahuje vlastní DNA, případně RNA patogenu. Do vzorku se přidá enzym zvaný polymeráza, který vytvoří kopie a vloží se do speciálního přístroje. Tento proces se opakuje vícekrát a pokud je virus nebo patogen přítomen, bude uveden

ve stroji. Během výtěru z nosohltanu zakloníme hlavu dozadu, do nosní dírky se vkládá výtěrová štětička tak daleko, dokud se nedotkne nosohltanu, zakrouží se a štětička se vytáhne (MedlinePlus, 2021). Pozitivní výsledek potvrzuje přítomnost RNA SARS-Cov-2, ale nemusí to vždy znamenat, že jde o aktivní infekci. Negativní výsledek infekci nevylučuje, při přetrvávajícím podezření se test opakuje v odstupu dvou až pěti dní. Další diagnostickou metodou je provedení antigenního testu ze vzorku z horních cest dýchacích. U pacienta s přetrvávajícími příznaky je tento test považován za průkaz infekce. Test svědčí pro větší množství viru ve vzorku a vyšší nakažlivost testované osoby. Negativní antigenní test rovněž nevylučuje infekci, proto v případě trávajícího podezření se vyšetření doplní citlivější metodou, a to za pomoci vyšetření PCR. Vyšetření protilátek je indikováno u dárců rekonvalescentní plazmy nebo pro výzkumné a epidemiologické účely. Naopak není indikováno k diagnostice akutní infekce SARS-CoV-2, k ověřování stavu imunity či před nebo po očkování vakcínou proti onemocnění a nehodí se k průzkumu akutní infekce. Protilátková odpověď se objevuje až ve druhém až třetím týdnu nemoci (Štefan et al., 2021).

1.4 Prevence

Státní zdravotní ústav (2021) obecně rozlišuje specifickou a nespecifickou prevenci infekčních onemocnění. Pokud jsou důkladně dodržovány zásady nespecifické prevence, mají potenciál zabránit šíření nejen koronaviru SARS-CoV-2, ale i mnoha dalším choroboplodným zárodkům.

Nespecifická prevence je podobná jako u jiných infekčních nákaz přenášených kontaktem či kapénkami a platí zde pravidlo 3R – respirátor, ruce, rozestupy. Zakrytí nosu a úst respirátory je vysoce účinná prevence při přenosu respiračních infekčních onemocnění. Pro zesílení ochrany před nákazou se používá kombinace ochranného štítu a respirátoru zejména ve zdravotnictví, kde dochází k úzkému a dlouhodobějšímu kontaktu s lidmi (Jovic et al., 2020). Doporučuje se vzdálenost nejméně šesti stop (dva metry) od lidí, kteří nežijí ve společné domácnosti i v případě, pokud je jedinec očkovaný nebo má nasazený respirátor (Dugdale, 2021). Nově rozšiřující se koronavirové mutace jsou nakažlivější a riziko infekce se zvyšuje i při krátkém kontaktu s infikovanou osobou. Důležité je respirátory pravidelně měnit a nosit řádně nasazené, tak aby zakrývaly ústa a nos. Respirátory minimalizují riziko nákazy a pokud je člověk infekční, respirátor snižuje riziko, že nakazí své okolí. I osoby očkované musí nosit respirátor. Dodržovat rozestupy

je důležité, aby se minimalizovalo riziko přenosu kapénkové infekce, proto je dobré se vyhýbat místům s větším počtem lidí (Jovic et al., 2020). Dále je dobré se vyhýbat špatně větraným vnitřním prostorům. Pokud je v tomto prostoru více lidí pohromadě a pokud je to možné, snažíme se přivádět čerstvý venkovní vzduch pomocí otevřených oken. Trávení času venku či v dobře větratelných prostorách může snížit expozici přenosu viru (Dugdale, 2021). Koronavirus se dostává do těla oční spojivkou, ústy nebo nosem, proto je důležité nedotýkat se obličeje neumytými rukama. Mytí rukou se provádí vodou a mýdlem nejméně po dobu 20 vteřin. Poté se ruce opláchnou a důkladně osuší. Pokud není možnost si ruce umýt vodou a mýdlem, dezinfikují se ruce dezinfekčními prostředky na bázi alkoholu. Do nespecifické prevence můžeme také zařadit posilování imunity zdravým životním stylem a přísunem vitamínů. Suplementace vitamínů je důležitou součástí terapie různých onemocnění. Vitamín A může sehrát důležitou roli s virovými onemocněními včetně covid-19 (Jovic et al., 2020). Vitamín C je antioxidant a má protizánětlivé účinky. Pacienti s deficitem vitamínu D jsou náchylnější ke vzniku komunitní pneumonie (Štefan et al., 2021). Mezi další doporučení pro nespecifickou prevenci je dodržování takzvané etikety kašle. Je důležité dodržovat dostatečnou vzdálenost od jiných osob, krýt si nos a ústa kapesníkem, případně je doporučeno kašlat či kýchat do rukávu (Státní zdravotní ústav, 2021). Do specifické prevence patří očkování. Očkování je napodobení přirozené infekce, kdy po vakcinaci dochází v organismu k tvorbě ochranných protilátek. Očkovací látky proti covid-19 vyvolávají v těle očkovaného imunitní odpověď, která zabraňuje vzniku onemocnění novým koronavirem (Státní zdravotní ústav, 2021). První vakcíny byly schválené ve Spojených státech a nazývají se mRNA vakcíny. Vakcína se podává do paže injekční formou ve dvou dávkách. Vakcíny mohou způsobit možné vedlejší účinky a příznaky podobné chřipce. Tyto příznaky jsou známkou toho, že si lidský organismus vytváří protilátky proti viru. Běžnými nežádoucími účinky jsou bolest, zarudnutí nebo otok na paži, kam byla aplikována injekce, únava, bolest hlavy a svalů, horečka, nevolnost či zimnice (Dugdale, 2022c). K 8.3.2021 byly v ČR registrovány tři vakcíny schválené Evropskou lékovou agenturou. Jsou jimi Pfizer/BioNTech, Moderna a AstraZeneca. Žádná z těchto vakcín neobsahuje živý virus, proto není možné, aby po aplikaci vakcíny došlo k onemocnění covid-19 (Státní zdravotní ústav, 2021). Vakcína Pfizer/BioNTech obsahuje mRNA, která kóduje virový spike protein. Je nutno ji skladovat při teplotě -80 °C a její aplikace výrazně snižuje riziko, že bude očkováná osoba zdrojem nákazy. Aplikuje se intramuskulárně ve dvou dávkách v odstupu 21 dní, kdy spolehlivá ochrana

nastupuje 7-14 dní po druhé dávce. Účinnost této vakcíny je 95 %. Nejčastějšími nežádoucími účinky je lokální zarudnutí a bolest v místě vpichu, horečka, bolest hlavy, kloubů i svalů. Moderna, jako i předchozí vakcína, se podává intramuskulárně a je nutné její podávání ve dvou dávkách v odstupu 28 dní. Maximální ochrana nastupuje až 14 dní po aplikaci druhé dávky. Účinnost je výrobcem udávána na 94 % a nežádoucí účinky jsou podobné, jako u vakcíny předchozí. Skladování vakcíny je nutné při -20°C . Vakcína AstraZeneca je vektorovou vakcínou a obsahuje šimpanzí replikační adenovirus se spike proteinem SARS-CoV-2. Podávají se dvě dávky v odstupu 28-84 dnů a její účinnost je cca 70-76 % (Štefan et al., 2021). Aktuálně jsou v České republice schválené čtyři vakcíny. Do tohoto krátkého seznamu patří i vakcína firmy AstraZeneca, která je nyní předmětem zkoumání Evropské lékové agentury. Objevily se zde případy, kdy po naočkování touto vakcínou několik lidí zemřelo na krevní sraženiny. Mezi vakcíny schválené v České republice patří vakcína Comirnaty od výrobce Pfizer/ BioNTech, dále Moderna, již výše zmiňovaná AstraZeneca a vakcína Janssen od výrobce Johnson & Johnson. Vakcína Janssen se aplikuje pouze jednou a mezi její nežádoucí účinky patří bolest v místě vpichu, bolest hlavy, únava, bolest svalů a pocit na zvracení (Mandausová, 2021).

1.5 Léčba

V současné době není k dispozici cílená léčba infekce covid-19, proto je základem léčby symptomatická léčba dle závažnosti příznaků, a to při léčbě ambulantní, na standardních odděleních i na odděleních intenzivní péče (Trojánec et al., 2020). Patogeneze koronaviru je extrémně složitý proces a většina požadovaných detailů interakce patogenu a hostitele zůstává neznámá (Oshagi et al., 2020). Asymptomatickým osobám s prokázanou infekcí se žádná léčba nepodává. Při teplotě nad 38°C se podávají antipyretika, jako například Paracetamol, Ibuprofen či Metamizol. Suchý a dráždivý kašel může být velice vyčerpávající, proto se tlumí dostatečnými dávkami antitusik, jako je kodein nebo butamirát. Mohou se kombinovat i s mukolytikem například s Ambroxolem. Při známkách bronchiální obstrukce se podávají bronchodilatancia, nejčastěji Solumedrol v ručním inhalátoru nebo přes spacer. V indikovaných případech lze použít nebulizace. V případě hypoxie při saturaci kyslíku (SpO_2) menší 93 % je zahájena oxygenoterapie kyslíkovou maskou či nosními brýlemi s cílovou hodnotou SpO_2 93-97 %. U pacientů se známkami pneumonie a potřebnou oxygenoterapií je zahájena neinvazivní respirační terapie, kterou je aktivní polohování. Principem této terapie je co nejméně času

stráveného v poloze vleže na zádech. Důležité je pravidelné polohování pacientů na boky a břicho, kdy se zabrání kumulaci zánětlivé tekutiny v nejpostiženějších partiích plic. Při iontových dysbalancích a dehydrataci je indikována infuzní terapie. Důležitá je také léčba akutních i chronických komorbidit, jako je diabetes mellitus nebo arteriální hypertenze. Je třeba dbát na včasnou rehabilitaci a adekvátní výživu nemocného (Štefan et al., 2021). Cílenou terapii lze zvážit u pacientů hospitalizovaných se středně těžkým průběhem a rizikovými faktory, s těžkým průběhem nemoci a u nemocných v kritickém stavu. Lze využít podávání Remdesiviru, což je intravenózně aplikované nukleotidové léčivo s širokým spektrem účinnosti, mimo jiné proti koronavirům, filovirům a paramyxovirům (Trojánek et al, 2020). Jeho intracelulární poločas a farmakokinetika je přes 35 hodin. Je indikován k léčbě u dospělých a dětí starších 12 let s hmotností nad 40 kg, s pneumonií a potřebnou oxygenoterapií. V úvodní dávce se první den podává 200 mg a následně 100 mg jedenkrát denně v infuzi trávající 30-60 minut po dobu pěti dnů. K nežádoucím účinkům patří nauzea, zvracení a dle klinických zkušeností je pozorována sinusová bradykardie, která bývá zejména v nočních hodinách (Štefan et al., 2021). Favipiravir je perorálně podávané léčivo, které zabraňuje virové replikaci nebo transkripci (Trojánek et al, 2020). Má širokospektrý antivirotický účinek. Obvyklá dávka pro dospělého pacienta je první den 2x 1800 mg a 2.-14. den 2x 800 mg (Štefan et al., 2021). Mezi další perorálně podávané léčivo patří Hydroxychlorochin, který má komplexní mechanismus účinku (Trojánek et al, 2020). Dle Štefana et al. (2021) však není tento lék doporučen k léčbě onemocnění covid-19. Z počátku pandemie vykazovaly klinické studie rychlejší clearance viru, ústup kašle, horečky či rentgenového nálezu. Ty však měly metodologické chyby a zahrnovaly malé počty léčených pacientů (Štefan et al, 2021). Tocilizumab je humanizovaná monoklonální protilátka, kdy předpokládaným mechanismem u pacientů s covid-19 je možné zmírnění zánětlivé reakce v plicích (Trojánek et al, 2020). Podává se pouze v kombinaci s kortikoidy a obvyklá dávka pro dospělého je 8 mg/ kg v jednorázové infuzi, kdy maximální dávka je 800 mg (Štefan et al., 2021). V praxi se také setkáme s podáváním rekonvalescentní plazmy, což je plazma pacientů po prodělaném onemocnění, která obsahuje dostatečné množství protilátek proti SARS-CoV-2 (Trojánek et al, 2020). Dexamethason se doporučuje u hospitalizovaných pacientů na oxygenoterapii, vysokoprůtokové oxygenoterapii či u pacientů na neinvazivní a invazivní umělé plicní ventilaci. Obvyklá dávka pro dospělého je 6 mg jedenkrát denně po dobu 7-10 dní. Ivermektin je experimentální lék, které inhibuje replikaci RNA SARS-

CoV-2 (Štefan et al., 2021). Všechna doporučená léčiva pocházejí ze znalostí získaných léčbou SARS, MERS nebo jiných virů z koronavirového „rodu“ (Oshagi et al., 2020).

1.6 Bariérová ošetrovatelská péče o pacienta s covid-19

Infekční onemocnění představují pro lidskou populaci stále větší hrozbu, a to nejen ve smyslu ohrožení zdraví, ale i z pohledu sociálního a ekonomického rozvoje. Chřipka či jiná podobná virová onemocnění, mezi něž patří i onemocnění covid-19, jsou vysoce nakažlivá a způsobují různé respirační infekce s místními i celkovými příznaky. U osob postižených infekčním onemocněním může dojít k rozvoji různých komplikací, jako jsou pneumonie, bakteriální superinfekce, encefalopatie, otitidy či plicní embolie. Každoroční epidemie způsobují vysoký a významný nárůst nejen morbidit, ale i mortality a mohou vyústit v pandemii (Seifert et al., 2020). Výskytem a procesem šíření infekčních chorob se zabývá obor epidemiologie. Infekční nemoci se mohou vyskytovat endemicky, sporadicky či epidemicky. Formou výskytu infekční nemoci, kdy dojde k nahromadění případů v místních i časových souvislostech se nazývá epidemie. Epidemie postihující celé kontinenty nebo rozsáhlé oblasti se označuje jako pandemie. Infekční proces šíření nákazy, v populačním měřítku epidemický proces, se skládá ze tří článků. Prvním článkem je zdroj původce – člověk nebo zvíře. Druhý je cesta od zdroje k vnímavému jedinci neboli přenos původce. Třetím posledním článkem je vnímavost organismu jedince, respektive vnímavost populace. Cest přenosu je u řad infekcí možno více. Většina z nich však má přenos typický a převažující. Toto vše je určeno vlastnostmi původce, vstupní branou infekce a lokalizací původce ve zdroji. Přenos se děje přímo například kontaktem, jako je dotek, polibek, kousnutí, sexuální styk, kontaminované ruce, nebo nepřímo, a to prostřednictvím faktorů přenosu. Nepřímý přenos může být ingescí neboli polknutím například kontaminované potraviny nebo vody, inhalací, kdy dochází k vdechnutí původce, známé také jako kapénkové infekce, nebo kontaminací, ke které dojde při kontaktu kontaminovaného předmětu s povrchem těla, příkladem mohou být ranné infekce (Rozsypal, 2015).

Bariérová ošetrovatelská péče je soubor postupů lege artis, které minimalizují riziko vzniku a šíření infekce při vlastním ošetrování pacientů (Veverková et al., 2019). Zahrnuje bariérový izolační režim a bariérové ošetrovatelské techniky (Hadašová et al., 2019). Bariérový režim je komplex ošetrovatelských postupů, ale také materiálních, technických a stavebních opatření, vedoucích k zabránění přenosu nákazy (Veverková et

al., 2019). Cílem je zamezení šíření infekce mezi zdravotnický personál a ostatní pacienty. V případě vzniku rizika či přenosu infekčního onemocnění musí být pacient uložen na izolační pokoj (Hadašová et al., 2019). Součástí bariérového režimu je maximální využití osobních ochranných pomůcek, přísná individualizace pomůcek pro pacienty, čisté a nečisté zóny, izolační pokoje, osobní hygiena personálu, důsledné dodržování režimových opatření či hygienické mytí rukou, jejich dezinfekce a používání jednorázových rukavic (Veverková et al., 2019). Při izolaci pacienta je nutno označit pokoj jako izolační, minimalizovat vstup na pokoj nemocného, je přísně zakázaný pohyb pacienta mimo jeho pokoj, používají se jednorázové pomůcky, které musí zůstat na pokoji pacienta a ukládat se do speciální označené nádoby pro infekční materiál (Hadašová et al., 2019). Ze zákona jsou všichni zdravotníci povinni dodržovat protiepidemické a hygienické zásady podle platných vyhlášek a zákonů. Při léčbě, ošetřování, operacích a jiných zdravotnických činnostech se řídí platnými pravidly bariérové ošetrovací techniky (Veverková et al., 2019). Bariérová ošetrovatelská technika je komplex terapeutických, diagnostických a ošetrovatelských aseptických postupů, které jsou prováděny v ošetrovatelském procesu u pacienta a zabráňují přenosu mikroorganismů z infekčního pacienta na jeho okolí. Dodržování aseptických postupů je nutné u převazů ran, zavádění periferních žilních katétrů, permanentních močových katétrů, při podávání infuzní terapie, při ošetřování dekubitů a při osobní hygieně pacienta (Hadašová et al., 2019). Standardní bariérová technika se zaměřuje na způsob kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem (Kapounová, 2019). Základem je hygiena rukou, jejich dezinfekce a používání jednorázových rukavic (Hadašová et al., 2019). Trénink a vzdělání zdravotnických pracovníků zaměřený na jednotlivé postupy rozhodující pro jejich dodržování v každodenní praxi (Kapounová, 2019).

Mezi nejzákladnější a nejobecnější preventivní opatření v nemocničních provozech patří přísné dodržování protiepidemického režimu a dekontaminačních postupů. *Protiepidemický režim spočívá v zabránění přenosu infekce a v maximálním využití dekontaminačních postupů jako účinného ničení původce infekce* (Veverková et al., 2019, s.94). K zabránění šíření infekce se využívá mnoha opatření, specifických postupů a řada zásad, jak správně postupovat a minimalizovat tak riziko přenosu infekce z jedné osoby na druhou. Důležité je používat čistý předepsaný oděv dle charakteru pracoviště. Nejčastěji to jsou rukavice, ústenka, empír, štít, ochranný oděv a boty (Veverková et al., 2019). K tomu, aby se zamezilo šíření infekce mimo příslušné oddělení, slouží vstupní

filtr (Cejpková a Stehlíková, 2006). Dále je nutné dodržovat standardy a hygienické požadavky při odběru biologického materiálu, kdy se využívají pouze sterilní nástroje a pomůcky a jednorázové rukavice vždy pouze pro jednoho konkrétního pacienta. Je nutné dodržovat přísné zásady osobní hygieny. Vlasy musí být sepnuté, nehty na krátko ostříhané a je zakázáno nošení hodinek a šperků. Dále je potřeba přistupovat k ošetřování pacienta po důkladném umytí a dezinfekci rukou. Je nutné využívat bariérové ošetrovatelské techniky zejména na jednotkách intenzivní péče a anesteziologickoresuscitačních odděleních. V těchto případech má každý pacient své pomůcky pro osobní hygienu, svůj teploměr a je u něj využíváno jednorázových pomůcek. Dodržují se zásady manipulace s čistým a špinavým prádlem (Veverková et al., 2019). Sběrné pytle jsou označeny barvou dle druhu materiálu a každý infekční odpad má svůj kód (Cejpková a Stehlíková, 2006). Základními dekontaminačními postupy, jimiž odstraňujeme z předmětu a prostředí původce vzniku infekčního onemocnění, je praní, mytí a úklid. Úklid se ve všech zařízeních musí provádět namokro a při kontaminaci ploch biologickým materiálem se musí postupovat dle platného předpisu. Pomůcky je nutné omývat zásadně pod hladinou vody, aby nedocházelo ke tvorbě infekčních aerosolů. Nejúčinnějšími prostředky dekontaminace je dezinfekce a sterilizace (Veverková et al., 2019).

1.6.1 Dezinfekce a sterilizace

Dezinfekce je soubor opatření, které vedou k zneškodnění mikroorganismů pomocí chemických, fyzikálních nebo kombinovaných postupů, které mají za úkol přerušit cestu nákazy od zdroje k vnímavému jedinci. Cílem dezinfekce je, aby na předmětech, plochách, v prostředí nebo na neporušené pokožce se nenacházely mikroorganismy vyvolávající infekční onemocnění (Horanová, 2017). V praxi se využívají především chemické a fyzikální metody. Způsoby provádění dezinfekce ve zdravotnickém zařízení jsou následující. Dezinfekce ponořením spočívá v ponoření celého předmětu do dezinfekčního roztoku na stanovenou dobu, která je nutná k působení dezinfekčního roztoku na předmět v něm ponořený. Tuto dobu nazýváme dobou expoziční. Otírání povrchů dostatečně namočeným tamponem, mopem či hadříkem, nazýváme dezinfekcí otřením. Třetím, posledním typem je dezinfekce postřikem, která se nejčastěji používá při dezinfekci kůže či při dezinfekci malých pracovních ploch. Postřik ničí nejen mikroby usazené na povrchu plochy či předmětu, ale také mikroby volně se vznášející ve vzduchu (Kelnarová et al., 2015). Dle vztahu ke konkrétní epidemiologické situaci je dezinfekce

dělena na běžnou ochrannou dezinfekci, která je součástí čištění a běžných pracovních a technologických postupů směřujících k předcházení vzniku infekčního onemocnění a na speciální ochrannou dezinfekci, která je cílenou činností na likvidaci původců v ohnisku nákazy (Melicherčíková, 2015). Fyzikální metody dezinfekce využívají vlhké nebo suché teplo a záření. Patří mezi velice účinnou a ekologickou metodu dekontaminace (Kelnarová et al., 2015). Jako postupy fyzikální dezinfekce se považují var ve vodě po dobu 30 minut za atmosférického tlaku, var v přetlakových nádobách po dobu 20 minut, proudící horký vzduch o teplotě 110 °C po dobu 30 minut, dezinfekce v pracích, mycích a parních přístrojích při teplotě vyšší než 90 °C, UV záření, které působí pouze na očištěné povrchy jím přímo ozářené, pasterizace, filtrace nebo spalování a žihání v plameni. Při kombinované, fyzikálně-chemické dezinfekci jsou mikroorganismy ničeny současným působením chemických a fyzikálních postupů (Melicherčíková, 2015). Kombinovaná dezinfekce se může provádět v paroformaldehydové komoře, která slouží pro dezinfekci výrobků z umělé hmoty, vlny, textilu, kožešin a kůže při teplotě od 45 do 75°C. Dezinfekce v pracích, mycích a parních přístrojích probíhá při teplotě do 60 °C s přísadou chemických dezinfekčních přípravků. Chemické metody dezinfekce se provádí pomocí prostředků, které ničí choroboplodné zárodky chemickou cestou. V případě této metody je nezbytností dodržování předepsané koncentrace a potřebné expozice k dosažení účinnosti (Kelnarová et al., 2015). Dezinfekční přípravky se dle chemické struktury dělí na hydroxidy a jiné alkálie, kyseliny a některé jejich soli, halogeny, oxidační prostředky, alkoholy a étery, cyklické sloučeniny, povrchové aktivní látky, aldehydy či sloučeniny těžkých kovů, jako je stříbro, cín, měď nebo rtuť (Melicherčíková, 2015). Mezi požadavky na dezinfekční prostředky patří vysoká účinnost přípravku, zda je například fungicidní, baktericidní či virus inaktivační, dále originální balení, vhodné skladování a dávkování, způsob použití, bez nepříjemného zápachu, dobrá finanční dostupnost a přípravek nepoškozující dezinfikovaný materiál. Etiketa přípravku musí obsahovat název, návod k přípravě, charakteristiku, chemické složení, účel použití, způsob ředění, expoziční dobu a doporučenou koncentraci. Všechny tyto přípravky musí být schválené rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví České republiky (Kelnarová et al., 2015). Nejčastěji se dezinfikují ruce a pokožka, nástroje, zařízení a přístroje, podlahy a stěny, technologická zařízení, nábytek, vany, umyvadla, toalety či úklidové pomůcky (Melicherčíková, 2015).

Dezinfekční řád je zpracován ve spolupráci s ústavním epidemiologem a v každém zdravotnickém zařízení je součástí provozního řádu, který musí být schválen orgánem ochrany veřejného zdraví. Řád musí obsahovat dezinfekční přípravky s odpovídajícím spektrem účinnosti pro dezinfekci pomůcek a nástrojů, dezinfekci povrchů a ploch, dezinfekci rukou a antisepsi sliznic a kůže, dvoustupňovou dezinfekci, vyšší stupeň dezinfekce a rytmus střídání dezinfekčních prostředků dle účinné látky a jejich aktualizace podle novinek na trhu (Kelnarová et al., 2015).

Ruce zdravotnického personálu jsou multifunkčním nástrojem v péči o pacienty, proto je jejich hygienické zabezpečení velkou součástí celého tohoto procesu. Faktem je, že ruce zdravotníků hrají významnou roli v přenosu mikroorganismů, které mohou být vysoce odolné na antimikrobiální léky a dezinfekční prostředky. Proto je velice důležité, aby se v nemocničních zařízeních důkladně dodržovaly postupy při mytí a dezinfekci rukou a staly se tak základním profesním návykem všech zdravotnických pracovníků. Existuje pět elementárních situací, kdy mytí rukou provádět. Provádí se před a po kontaktu s pacientem, před zahájením činnosti vyžadující aseptický postup, po expozici biologického materiálu pacienta a po kontaktu s jeho okolím (Veverková et al., 2019). Mechanické mytí rukou je součástí osobní hygieny. Provádí se pro odstranění nečistot a částečně i přechodné mikroflóry z pokožky rukou například po použití toalety nebo po sejmutí zvláště pudrovaných rukavic. K mytí rukou se nejčastěji používá tekuté mýdlo a teplá tekoucí voda. Tento výkon by měl trvat po dobu 30 vteřin, pak se ruce osuší jednorázovými ručníky nebo za pomoci elektronických vysoušečů. Hygienické mytí rukou je účinnější než mechanické mytí rukou. Provádí se za použití mycích prostředků s dezinfekční přísadou. Hygienická dezinfekce rukou redukuje množství přechodné mikroflóry s cílem přerušit cestu přenosu mikroorganismů. Provádí se po náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem v případě protržení rukavic během výkonu a je součástí bariérové ošetrovatelské techniky. Dezinfekční přípravek na alkoholové bázi se přibližně v množství 3 ml vtírá po dobu 30 až 60 vteřin do suché pokožky až do jeho úplného zaschnutí. Ruce se poté neoplachují ani neotírají (Melicherčíková, 2015).

Vyšší stupeň dezinfekce je forma určena pro zdravotnické pomůcky, které nelze běžnými sterilizačními metodami sterilizovat. Tato forma zaručuje usmrcení většiny mikroorganismů, jako jsou bakterie, viry, některé bakteriální spóry či houby, ale nezaručují usmrcení některých vysoce odolných spór (Kelnarová et al., 2015). Před

vyšším stupněm dezinfekce je nutné prostředky očistit a osušit. Po ukončení je nutné je opláchnout sterilní vodou k odstranění zbytku chemických látek (Melicherčíková, 2015).

Dvoustupňová dezinfekce je určena pro flexibilní endoskopy nebo jejich části, které se používají při vyšetřování fyziologicky osídlených částí těla. V prvním stupni dezinfekce se endoskopy ihned po použití dezinfikují přípravkem s virucidním účinkem. Dále přichází na řadu mechanická očista, oplach pitnou vodou, osušení a ponoření do čistícího a dezinfekčního prostředku. Poté následuje druhý stupeň dezinfekce, kdy dochází k oplachu endoskopu sterilní vodou, profouknutí kanálků přístroje a jeho osušení. Endoskopy jsou následně určeny k okamžitému použití nebo jsou skladovány 12 hodiny v uzavřených skříních (Kelnarová et al., 2015).

Sterilizace je proces vedoucí k usmrcení všech mikroorganismů schopných rozmnožování včetně spór, usmrcení zdravotně významných červů i jejich vajíček a k nezvratné inaktivaci virů (Horanová, 2017). Provádí se ve sterilizátorech. Jako sterilní lze označit předměty a materiály prosté všech životaschopných mikroorganismů. Veškeré pomůcky a nástroje, které porušují celistvost kůže a sliznic, musejí být vždy sterilní (Melicherčíková, 2015). Nedílnou součástí sterilizace je předsterilizační příprava, kontrola sterilizačního procesu, kontrola sterilizovaného materiálu, monitorování a záznam o funkčnosti sterilizátoru a kontrola účinnosti sterilizace speciálními indikátory. Každý provedený sterilizační cyklus je nutné zdokumentovat (Kelnarová et al., 2015).

Předsterilizační příprava je definována, jako činnost předcházející vlastní sterilizaci. Jejím výsledkem je čistý, suchý, funkční a zabalený prostředek, který je určen ke sterilizaci (Veverková et al., 2019). Cílem je dosažení devitalizace mikroorganismů, deaktivace radionuklidů, cytostatik, inaktivace virů a odstranění anorganického a organického znečištění. Je nutné dodržovat a respektovat pokyny výrobce a dle nich postupovat (Melicherčíková, 2015). Použité pomůcky a nástroje se nejdříve ponoří do dezinfekčního roztoku a poté následuje samotná sterilizace. Do předsterilizační přípravy můžeme zařadit mytí materiálu, ať už ruční mytí, fyzikální čištění v pracích a mycích nástrojích či ultrazvukové čištění. Druhou fází je řádné osušení materiálu a poslední předsterilizační fází je balení materiálu, kdy se předměty vkládají do vhodných sterilizačních obalů, který chrání vysterilizovaný materiál před sekundární kontaminací. Nejčastěji používanými obaly jsou obaly pevné či jednorázové. Pevnými obaly jsou kontejnery většinou vyrobené z nerezové oceli, které ve víku nebo na bočních stěnách

mají umístěné filtry nepropustné pro bakterie. Obaly musí být označeny datem sterilizace, datem expirace vysterilizovaného materiálu, pracovištěm, pro které je materiál určen, procesovým testem, informací o obsahu balení, bezpečnostní plombou a kódem pracovníka, který odpovídá za neporušenost obalu i za kontrolu procesového testu. Tyto obaly poskytují skvělou ochranu materiálu během transportu. Jednorázové obaly jsou vyrobené z různých materiálů, jako například z papíru, které jsou vhodné pouze pro parní sterilizaci. Používají se hlavně ke sterilizaci prádla či obvazového materiálu a uzavírají se lepící páskou s procesovým testem. Dále se používají polyamidové obaly vyrobené ze speciálního průhledného materiálu využívající se pro horkovzdušnou sterilizaci při teplotě až 200°C. Polypropylenové obaly jsou vhodné pro sterilizaci plazmovou. Ke sterilizaci nástrojů se nejčastěji využívají kombinované obaly – fólie, papír. Pro sterilizaci parou je určena netkaná textilie, která je velmi pevná a používá se k balení zdravotnického textilu. Tyvek je průhledná role nebo sáček vhodný pro chemickou nebo plazmovou sterilizaci (Kelnarová et al., 2015).

Samotná sterilizace se provádí ve sterilizačních přístrojích neboli sterilizátorech za pomoci metod fyzikálních, chemických či kombinovaných. Fyzikální sterilizace zahrnuje způsoby plazmové, radiační, horkovzdušné či parní. Chemická sterilizace obsahuje formaldehydové a ethylenoxidové způsoby. Vlastní sterilizace probíhá v několika fázích. První fáze je vyhřívání materiálu a případně evakuace vzduchu. Dále nastává vyrovnání teplot v materiálu a v prostoru sterilizátoru. Poté dochází k vlastní době usmrcování mikroorganismů a následně dojde k ochlazení sterilizační komory, sušení materiálu, chlazení a vyrovnávání tlaku (Melicherčíková, 2015). Ke kontrole účinnosti sterilizace se používají nebiologické, biologické a fyzikální indikátory. Nebiologické indikátory reagují změnou barvy na podmínky ve sterilizační komoře a odečítají se ihned po ukončení sterilizačního cyklu. Biologické indikátory se vkládají na různá místa ve sterilizační komoře a vyhodnocují se v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Fyzikální indikátory poskytují informace o parametrech sterilizace jako je tlak, teplota či čas (Kelnarová et al., 2015). Vysterilizovaný materiál se musí skladovat a chránit před přímým slunečním světlem, prachem, vlhkostí a mechanickým poškozením. Skladují se v uzavřených skříních, skladovacím kontejneru nebo v zásuvce (Melicherčíková, 2015). K manipulaci se sterilním materiálem se přistupuje vždy až po hygienické dezinfekci rukou a v čistém pracovním oděvu. Sterilní materiál se vyjímá z obalu těsně před jeho použitím a po jeho vyjmutí se nesmí vrátit zpět, i kdyby nebyl použit. Papírové sáčky či

polyamidové fólie se otevírají odtržením, za to kombinované obaly folie-papír se otevírají opatrným oddělováním jednotlivých vrstev od sebe. Při práci se sterilním materiálem je nutné respektovat dobu expirace vyznačenou na obalu. Pro vyjímání některých sterilních nástrojů používáme sterilní podávací kleště. Za nesterilní pomůcku se považuje každá pomůcka, která se při neopatrné manipulaci dotkla jiného nesterilního materiálu a v tomto případě nemůže být pomůcka použita (Kelnarová et al., 2015).

1.6.2 Pomůcky k ošetřování pacienta v rámci bariérové péče

Zdravotnický personál vstupuje na pokoj v jednorázovém plášti, rukavicích, operační čepici a ústence. Při odchodu se tyto ochranné pomůcky odkládají do igelitových pytlů (Rozsypal, 2015). Nejčastěji používanými osobními ochrannými pracovními pomůckami v rámci bariérové ošetrovatelské péče jsou rukavice. Dále je to jednorázový empír, kdy má personál na výběr z několika typů. K dispozici jsou empíry, které jsou v oblasti přední plochy a v oblasti rukávů zesílené nebo vyztužené laminátem nebo empíry z netkané textilie. Při výběru závisí na povaze poskytované péče a na úrovni kontaktu s infekčním materiálem. Aby jednorázový empír poskytoval správnou ochranu, je zapotřebí jej oblékat zavazováním dozadu, aby plocha, kterou zdravotník přistupuje k pacientovi byla chráněná. Po rizikové činnosti, pro kterou byl empír použit, se musí svlékat ihned. Při kontaminaci biologickým materiálem, například při kontaminaci stolicí, se znečištěný empír musí sundat ihned. Ústenka musí zakrývat ústa i nos a musí být sejmuta ihned po činnosti, pro kterou byla použita. Neměla by se nosit na bradě, krku a ani by se neměla opakovaně nasazovat. Ústenka se sejme uchopením tkaničky nebo gumičky a po jejím sejmutí by měl zdravotník bezprostředně provést hygienickou dezinfekci rukou. Pro ochranu nosu, úst a očí je možné využívat ochranný štít nebo brýle. Před sejmutím těchto pomůcek je nutné provedení hygienické dezinfekce rukou. Respirátory poskytují ochranu před kapalnými aerosoly a jemnými prachovými částicemi. Dle účinnosti filtrace jsou děleny na FFP1, kdy jejich účinnost je 78 %. Dále kategorie FFP2 s účinností 92 % a FFP3 s nejvyšší účinností 98 %. Pro splnění požadované ochrany je důležitou podmínkou těsnost respirátoru (Kapounová, 2019). U umyvadla jsou k dispozici jednorázové ručníky. Před pokojem se nachází lepicí podložka, která slouží k dekontaminaci podrážek bot. Veškeré pomůcky k ošetřování pacienta, včetně tonometru a fonendoskopu, jsou vyčleněny jen pro daný pokoj (Rozsypal, 2015).

1.6.3 Izolace pacienta

Izolace je oddělení zdroje infekce od ostatních osob a u infekčních onemocnění je povinná ve zdravotnickém zařízení na infekčním oddělení. Cílem izolace je zabránit dalšímu šíření infekce. Domácí izolace může být nařízena u méně závažných infekcí, přičemž nemocný musí být v pravidelném distančním kontaktu se svým praktickým lékařem a je povinen dodržovat opatření určená orgány ochrany veřejného zdraví. Délka je stanovena hygieniky, kdy v případě onemocnění covid-19 se izolace počítá ode dne testu na základě něhož byla infekce diagnostikována. Absence klinických příznaků akutní infekce jsou podmínkou k ukončení izolace nemocného. Trvají-li klinické příznaky u hospitalizovaných pacientů déle než 14 dní, je k ukončení izolace indikován PCR test. Pokud u nemocného přetrvává pozitivita PCR testu, je poté indikován znovu za 5 dní. U dlouhodobé positivity je nemocný považován za neinfekčního 20 dnů od provedení prvního pozitivního PCR testu (Seifert et al., 2020).

Karanténa je oddělení zdravé osoby, která pobývala v ohnisku nákazy, či byla ve styku s infekčním onemocněním, od ostatních osob. V období karantény dochází k lékařskému vyšetřování osoby s cílem zabránit přenosu infekčního onemocnění v období, kdy se toto onemocnění mohlo šířit. Karanténa je povinná a ve většině případech probíhá doma. Karanténní opatření se v případě infekce virem SARS-CoV-2 počítá ode dne posledního kontaktu s nakaženým. U rodinných příslušníků se karanténní opatření počítají ode dne pozitivního PCR testu jednoho z členů rodiny. Osoby v karanténě mají nárok na dočasnou pracovní neschopnost a jsou povinny se podrobit vyšetření dle doporučení orgánů ochrany veřejného zdraví. Délka karantény s onemocněním covid-19 je stanovena na 10 dní a každá osoba v karanténě je povinna absolvovat k potvrzení nepřítomnosti infekce SARS-CoV-2 PCR test 5.-7. den od jejího započetí (Seifert et al., 2020).

Bariérová ošetrovatelská péče o pacienta na izolaci probíhá na předem stanoveném pokoji či boxu, který slouží k ochraně okolí, kdy za jasně stanovených podmínek izolujeme infekčního pacienta. Tento režim může sloužit také například k ochraně imunosupresivního pacienta v rámci onkologické léčby či pacienta v rámci transplantačního programu. Infekční pokoj by měl být řádně označen, aby nemohlo dojít k náhodnému vstoupení neinformovaných a nepovolených osob. Vstup na izolaci by se měl minimalizovat a pokud to personální obsazení dovoluje, měl by na izolaci vstupovat pouze včleněný personál. Chorobopis pacienta je označený jako infekční a nakládá se

s ním dle standardu oddělení. Veškeré pomůcky a nástroje k ošetřování pacienta, jako je teploměr, fonendoskop, tonometr či převazový materiál, se individualizují a ponechávají se na pokoji pacienta. Individualizují se také prostředky pro osobní hygienu, jako jsou podložní mísy či močové láhve. Na pokoj se může vstupovat až po řádné hygienické dezinfekci rukou a pouze v ochranných pomůckách (Veverková et al., 2019).

K vybavení, které je potřebné k zajištění maximální bezpečnosti personálu, patří dezinfekce na ruce s dávkovací pumpou, pláště, čepice, rukavice, ochranné štíty, návleky na obuv či igelitové zástěry. Všechny tyto pomůcky jsou umístěny na vozíku před boxem či pokojem (Veverková et al., 2019). Před oblékáním osobních ochranných prostředků je zapotřebí odložit všechny drobné osobní předměty. Osoby s delšími vlasy si je musí sepnout a dobře zajistit. První se obléká jednorázový voděodolný plášť. Dále se nasazuje respirátor, který se důkladně vytvaruje kolem nosu a pod bradou, aby dobře těsnil. Následně se nasazují ochranné brýle či ochranný štít a poté čepice tak, aby zakryla vlasy, čelo i uši. Následuje nasazení prvního páru rukavic. Empír je důležité důkladně zastrčit pod jejich okraj. Návazně na to se nasazuje druhý pár rukavic. Provede se kontrolní pohyb a vizuální kontrola správnosti nasazení všech osobních ochranných pomůcek. Při svlékání se nejprve opatrně uchopí horní okraj jedné rukavice směrem k paži a druhou rukou se přetáhne směrem k prstům. Stejným způsobem se svléká i druhá svrchní rukavice, která se odhodí do pytle s infekčním odpadem. Rukavice je nutno držet za jejich vnitřní část. Pokud jsou použity ochranné brýle, jako první se sundává čepice, která se uchopí za její zadní část a tahem se sejme z hlavy. Odhodí se do infekčního odpadu a provede se dezinfekce rukavic. Následně se sundávají ochranné brýle, které se odkládají do dekontaminační nádoby. V případě použití ochranného štítu je postup obrácený. V první řadě se odkládá štít a poté až se sundává čepice. Plášť se opatrně uchopí oběma rukama v jeho horní části v oblasti ramen za jeho vnější povrch tak, aby nedošlo k dotyku s oděvem. Plášť se sundává co nejdál od těla a roluje se kontaminovanou stranou dovnitř. Spolu s pláštěm se sejmou i spodní rukavice, které se odhodí do infekčního odpadu a provede se důkladná hygienická dezinfekce rukou. Respirátor se uchopí oběma vydezinfikovanými rukama za pružné úchyty vzadu na hlavě a opatrně se přetáhne přes hlavu. Odhodí se do pytle s infekčním odpadem a provede se závěrečná hygienická dezinfekce rukou (Národní referenční centrum pro infekce spojené se zdravotní péčí, 2020). Na odpady a použité ložní prádlo se používají červené pytle z PVC. Úklid na tomto pokoji probíhá jako poslední za pomoci speciálních úklidových prostředků. Na infekční

pokoj se nikdy nesmí vnášet ták s jídlem, proto se strava pro pacienta dává do jednorázových nádob a ty se likvidují jako biologický materiál (Saibertová et al., 2017). Po propuštění či přeložení pacienta je nutné zlikvidovat veškeré materiály, které nelze dezinfikovat do infekčního odpadu. Prádlo, které nebylo použito, se odesílá do prádelny jako použité. Provádí se závěrečný úklid včetně dezinfekce monitorovacích kabelů, lůžka a veškerého dalšího vybavení (Kapounová, 2019). Po závěrečné dezinfekci se pokoj nebo box ponechá 24 hodin uzavřen a následně se provedou kontrolní mikrobiologické stěry kritických míst, eventuelně se provedou nápravná opatření (Veverková et al., 2019).

1.7 Vybrané aspekty péče o nemocného s covid-19

Člověka a jeho život lze charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb (Zacharová, 2017). Potřeba je stav nedostatku něčeho, co je pro organismus nebo osobnost nevyhnutelné. Je chápána také jako nezbytně nutný požadavek pro biologický, psychologický a sociální život člověka. Maslowova hierarchie potřeb je jednou z nejznámějších klasifikací potřeb (Bužgová, 2015). Dle Maslowa je nejdříve nutné uspokojit základní fyziologické potřeby a až když tyto potřeby budou uspokojeny, obracíme se k vyšším potřebám. Frustrace či pociťovaný nedostatek na nižší úrovni zabraňuje člověku postupovat výše. Vyšší potřeby jsou sice hluboce zakořeněny v jádru lidské přirozenosti, ale jsou zastíňovány potřebami biologicky naléhavějšími. Na prvním místě v Maslowově hierarchii potřeb jsou potřeby fyziologické. Dále potřeba jistoty a bezpečí, potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba ocenění, uznání a sebeúcty a na samém vrcholu je potřeba sebeaktualizace a seberealizace. Uspokojování a zajištění potřeb člověka, komunity a rodiny je jedním z hlavních úkolů profesionální ošetrovatelské péče. Při uspokojování potřeb pacienta je nutné se přizpůsobit jeho hodnotám, preferencím a přesvědčením. Hodnoty se propojují se způsobem dosahování, s jeho cílem a hodnocením (Krátká, 2018). Specifická podoba potřeb je především závislá na charakteru nemoci, na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Uspokojování potřeb je dynamický proces, který ovlivňují obecné faktory, jako je například rodinný stav, výchova či vzdělání. Dále jsou to životní standardy spadající do sféry společenských faktorů a patologické stavy, například bolest či horečka. Potřeby jsou výsledkem interakce mezi prostředím a organismem člověka. Nezbytnými potřebami pro lidskou existenci jsou potřeby primární. Sekundární potřeby se vyvíjejí na podkladě primárních. Tyto potřeby jsou velice individuální a díky nim je život člověka bohatším a příjemnějším (Zacharová, 2017). Aktuální hierarchie potřeb je závislá na onemocnění a jeho charakteru

(Krátká, 2018). Potřeby v době nemoci se dělí do tří skupin. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u člověka zdravého. Sem lze zařadit potřebu vzduchu, odpočinku, výživy, spánku, pocit pohodlí, bezpečí či potřeba vyprazdňování se. V době hospitalizace jsou tyto potřeby delegovány převážně na ošetrovatelský personál či na členy rodiny. Pacienti si v průběhu nemoci mohou tyto potřeby uvědomovat více intenzivněji než při plném zdraví. Nejsložitější skupinou jsou potřeby, které se nemocí modifikovaly. Tyto potřeby jsou velice variabilní a individuální a jsou ovlivněny samotným onemocněním, jeho druhem, fází a závažností. Svou pozornost je nutné věnovat modifikovaným sociálním potřebám, které se v nemoci nejdříve redukuje a postupně se vrací. Potřeby, které nemocí vznikly, závisí na řadě okolností. Záleží na osobnosti pacienta, stupni závažnosti, charakteru a průběhu nemoci. Dále na předchozích zkušenostech, informovanosti pacienta o nemoci, vztahu a chování rodiny, ostatních klientů či zdravotnického personálu k nemocnému. Mezi tyto potřeby se řadí tlumení nebo zbavení se bolesti či potřeba navrácení a udržení zdraví (Zacharová, 2017). Problematika uspokojování potřeb se odráží i v konceptuálních ošetrovatelských modelech (Krátká, 2018). Znalosti a poznatky o základních potřebách pacienta tvoří teoretický základ pro sestavení a aplikaci ošetrovatelského procesu. Je důležité brát v potaz, že pracujeme s člověkem, jehož prožívání, chování i jeho nálada jsou ovlivněny uspokojováním jeho biologických, psychologických i sociálních potřeb (Zacharová, 2017).

1.7.1 Biologické potřeby

Intenzivní péče o Covid pozitivního pacienta je vysoce specializovaná. Ošetrovatelská péče je zaměřena zejména na saturaci základních potřeb, jako je dýchání, vyprazdňování či výživa a také na udržení základních životních funkcí (Nalos et al., 2016).

Hygienická péče je základem celkové péče o pacienta. Jejím účelem je odstranění zápachu a nečistot, zajištění komfortu pacienta, pacientova mobilizace a získání důležitých informací o pacientovi, například jak dokáže spolupracovat, úroveň jeho soběstačnosti, orientace, komunikace, stav pokožky, svalová síla, vědomí, změny vitálních funkcí při polohování, zhodnocení rizika pádu či reakce na bolest. Měla by vždy být motivací a podporou v maximální možné samostatnosti pacienta. Hygiena je velice specializovanou činností z hlediska rizika přenosu mikroorganismů z hygienických pomůcek či z jednoho pacienta na pacienta prostřednictvím kontaminovaných rukou

personálu. Jedná se o jeden z nejrizikovějších ošetrovatelských výkonů vůbec. Může probíhat na lůžku, v křesle, u umyvadla nebo v koupelně ve vaně či sprše. Nedílnou součástí hygienické péče je i péče o dutinu ústní (Kapounová, 2019).

Ošetrování nemocného s poruchou dýchání má nesmírný význam. Sestra může svými znalostmi problematiky a svým přístupem dýchání výrazně napomoci ke mírnění problémů (Šamánková, 2011). Péče o dýchací cesty je plně individualizována potřebám nemocného, avšak její snížení nebo naopak navýšení frekvence péče nesmí vést k poškození pacienta. Při odsávání často dochází k dávení, k vyvolávání tísně, pocitu dušení, mnohdy vyvolává i bolest. Musí být prováděna nejšetrněji a pečlivě s ohledem na psychický, fyzický a emocionální stav pacienta. Péče o dýchací cesty zahrnuje péči o orofaryngeální a nazofaryngeální prostor, péči o dutinu ústní a o dolní dýchací cesty. U pacientů v intenzivní péči, u kterých je nutné invazivní zajištění dýchacích cest či umělá plicní ventilace, je nutná péče ještě o endotracheální rourku a tracheostomickou kanylu (Nalos et al., 2016). Aby zůstala zachovaná čistící funkce plic, je důležité pacientovi v pravidelných intervalech odsávat sekret z plic, z oblasti dutiny ústní a nosní. Pacient musí být vždy na tento výkon připraven z hlediska jeho aktuálního stavu (Šamánková, 2011). K odlehčení určitých oddílů a k lepšímu provzdušnění plic nemocného se mohou využít i různé polohy. Pacient může ležet na levé či pravé straně podle toho, které straně chceme odlehčit. Dále také ve zvýšené poloze s podepřením horních končetin o stůl nebo okraj lůžka či v poloze na břicho tzv. pronační poloha. Dechová gymnastika nebo také dechová rehabilitace má velký význam v terapii poruch dýchání, v pooperačních stavech, u onemocnění dýchacího ústrojí a u ležících nemocných. Cílem je uvolnění sekretu a vykašlávání, správné dýchání a nácvik účelného dýchání, jehož výsledkem je dokonalé provzdušnění plic a odstranění sekretu (Trachtová et al., 2018).

K péči o dutinu ústní se řadí čištění zubů měkkým zubním kartáčkem a opatrnými krouživými pohyby, aby nedošlo ke krvácení z dásní. Čištění dásní a jazyka začíná v prostoru mezi rty a dásněmi, poté se čistí horní a následně dolní patro, prostor pod jazykem, a nakonec jazyk samotný. Do péče o dutinu ústní lze zařadit také orální bazální stimulaci známou chutí. Při péči a hygieně dutiny ústní se pacient ukládá do Fowlerovy polohy. U pacientů, kteří jsou zaintubováni a nepolykají, nedochází k samočistící funkci dutiny ústní. V těchto případech se doporučují přípravky s obsahem chlorhexidinu v koncentraci 2 %, které jsou antiseptické a jejich výhodou je schopnost navázat se na ústní tkáň a následně se pomalu uvolňovat. K odsávání sekretu z dutiny ústní se používají

krátké odsávací katétrů bez bočních dírek. Důležité je nezapomenout na péči o rty, které se promazávají ošetřující masť (Veverková et al., 2019). Odsávání z dutiny ústní nemocného může někdy komplikovat jeho snížená spolupráce. Je důležité myslet na to, aby se dutina ústní nepoškodila, protože je velice křehká a nešetrné odsávání může způsobit drobná, ale velmi bolestivá traumata v této oblasti (Šamánková, 2011).

Vylučování stolice a tekutin patří k fyziologickým potřebám, které se nemocní v průběhu hospitalizace bojí nejvíce projevit (Šamánková, 2011). Potřeba vyprazdňování je jednou ze základních biologických potřeb člověka a zároveň jednou z fyziologických funkcí organismu (Kapounová, 2019). Potřeba vyprazdňování a způsob jeho uspokojování je zcela individuální. Každý má také určité nároky na diskrétnost, intimitu či respektování jeho studu. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocity spokojenosti a libosti. Neuspokojení této potřeby je provázeno somatickými obtížemi, jako je například nadýmání, pocit plnosti či bolest břicha. Odezvu může mít ale také psychickou, která se může projevit širokou škálou negativních emocí, jako je nervozita, napětí, úzkost, špatná nálada nebo strach (Trachtová et al., 2018). Zácpa neboli obstipace je obtížné vyprazdňování malého množství tuhé stolice nebo úplná zástava vylučování stolice po určitou dobu. Někteří pacienti nemívají při zácpě žádné subjektivní potíže, jiní ovšem mohou pociťovat bolest břicha, pocit plnosti, nadýmání či nechutenství. Často bývá doprovázena negativními emocionálními odezvami jako je napětí, nervozita, úzkost, strach či špatná nálada. Mezi specifika ošetrovatelské péče o pacienta se zácpou lze zařadit edukaci pacienta o pravidelném pohybu, stravování s dostatkem vlákniny, dostatku tekutin, snahu o omezení stresových faktorů, nácvik defekačního reflexu či zajištění co největšího soukromí při vyprazdňování. Průjem neboli diarea je časté vylučování tekuté stolice, která obsahuje nestrávené zbytky potravy či dalších patologických příměsí jako je například krev. U pacienta se mohou vyskytnout také bodavé, křečovitě bolesti břicha a abdominální křeče. Průjem je brán pouze jako příznak, ne jako onemocnění samotné. Příčinou průjmu může být dietní chyba, stres, vedlejší účinek léků – zejména antibiotik, infekční původce či onemocnění střev nebo jiné onemocnění gastrointestinálního traktu. Specifickou ošetrovatelskou péčí je zvýšení tekutin, takzvaná rehydratace a realimentace alespoň hořkým čajem, piškoty, rýží, banány nebo suchary. Pečlivě se také sleduje příjem a výdej tekutin (Kapounová, 2019).

Močení neboli mikce je vyprazdňování močového měchýře (Trachtová et al., 2018). Stav nedobrovolného úniku moči neboli inkontinence představuje medicínský, psychologický,

ekonomický, sociální a hygienický problém. K pacientovi s inkontinencí je nutno přistupovat citlivě a zachovávat mlčenlivost vůči ostatním lidem. U pacientů, u kterých je indikován velký objem infuzní terapie, nebo jsou aplikována diuretika je nutné sledování hodinové diurézy či dlouhodobá imobilizace pacienta po polytraumatech, operačních výkonech či při obstrukci močového měchýře, se provádí permanentní katetrizace močového měchýře. V případě zavedení permanentního močového katétru je důležité dbát na řádnou hygienu genitálu (Kapounová, 2019).

Příprava léků a jejich podání ve zdravotnickém zařízení je vysoce rizikovou a náročnou činností. Léčivo je směs látek nebo jakákoliv látka, která se podává člověku za účelem diagnostiky, léčby, hojení ran či zmírnění bolesti nebo prevenci onemocnění (Vytejková et al., 2015). Pokud je pacient v intenzivní péči, přichází na řadu infuzní terapie neboli vpravování většího množství tekutiny nebo léků do organismu nitrožilní cestou. Indikace infuzní terapie se odvíjí od aktuálního stavu pacienta. Cíle jsou diagnostické, kdy roztok je nositelem diagnostické látky, a cíle terapeutické, které se indikují v případě dodání určitých léků do organismu nitrožilní cestou (Nalos et al., 2016). Při přípravě parenterálních léčiv je nutné se soustředit a dodržovat zásady aseptických postupů. Léky připravuje sestra dle ordinace lékaře (Vytejková et al., 2015).

1.7.2 Psychologické potřeby

V případě psychické vyrovnanosti pacienta si zdravotníci ne vždy dostatečně uvědomují, že nemocní náhle ztrácejí životní rytmus, prestiž, stravovací návyky, práci, možnost různých aktivit, volnost pohybu či blízkost rodinných příslušníků nebo partnerů. Dále je pacient vystaven neznámému prostředí, nachází se v kolektivu cizích lidí, kteří se starají o jeho nejdůležitější záležitosti, je vystaven obavám o svoje vlastní zdraví, slabosti, nespavosti, strachu z operace či bolesti. Na tyto situace má pacient právo reagovat depresivně, úzkostně, agresivně nebo jinými poruchami chování. Aby byl pacient v psychické pohodě, lze k tomu přispět splněním několika faktorů. Udržením nebo zlepšením soběstačnosti nemocného, minimalizací či odstraněním bolesti, komunikací, zajištěním dostatečného spánku a odpočinku nebo vytvořením prostředí s pocitem bezpečí a jistoty lze eliminovat tlak vyvíjený na psychiku nemocného (Kapounová, 2019). Průběh nemoci je často ovlivňován psychickým stavem člověka, jeho obavami, nadějemi, náladou, znalostmi i neznalostmi průběhu nemoci, jeho osobnostními charakteristikami či působením rodiny, spolupacientů nebo zdravotnických pracovníků.

Každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně, podle sociální situace, ve které se právě nachází a podle individuálních rysů jeho osobnosti. Aby mohl být nemocný řádně ošetřen a aby mu personál porozuměl, je nutné vidět člověka nejen jako organismus, ale i zároveň jako osobnost s psychickými vlastnostmi a člena společnosti (Zacharová, 2017).

Potřeba být bez bolesti v systému uspokojování potřeb patří k nejsilněji pocíťovaným. Bolest je nepříjemná emocionální a senzorická zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Je vždy subjektivním pocitem a nemocní se jí nejvíce obávají. Bolest cítí i pacienti s výrazně postiženým vědomím. Signalizuje zhoršení stavu, vývoj nové nemoci nebo jakékoliv komplikace. Pro bolest samotnou jsou nemocní často vyloučeni ze společnosti. Je důležitým příznakem onemocnění a potřeba být bez bolesti v průběhu hospitalizace je esenciální, proto je nutné soustředit se na ni během celé hospitalizace a zejména při pobytu nemocného na jednotkách intenzivní péče (Šamánková, 2011).

Porucha výměny plynů je přebytek nebo chybění kyslíku v krvi. Určujícími znaky jsou např. dyspnoe, abnormální barva kůže, abnormální pH v arteriální krvi či abnormální hodnoty arteriálních krevních plynů. Mezi související faktory lze zařadit například nerovnováhu mezi ventilací a perfuzí (Machálková, 2019). Neefektivní dýchání je vdech nebo výdech, který nezajišťuje dostatečnou ventilaci. Je charakterizováno šestnácti určujícími znaky a patnácti souvisejícími faktory. Mezi určující znaky můžeme zařadit změny hloubky dýchání, zpomalené dýchání neboli bradypnoe, snížený výdechový tlak, snížený inspirační tlak, rozšíření nosu, zapojení pomocných dechových svalů či vystupňovanou dušnost neboli ortopnoe. Souvisejícími faktory jsou hypoventilační syndrom, úzkost, hyperventilace, nervosvalová dysfunkce, obezita, únava dýchacích svalů či různé kostní deformace (Bocková et al., 2015).

Kladné pocity jistoty a bezpečí mají pozitivní vliv na psychiku každého pacienta. Dospělý pacient nepříjemně pocíťuje změnu své role a přerušení kontaktu s rodinou, kdy nemá dostatek informací z domova. Projevy podpory a pochopení při návštěvě a ujištění o klidné situaci v rodině mohou nemocnému zlepšit náladu a příznivě ovlivnit jeho zdravotní stav (Zacharová, 2017). Míra pocitu bezpečí a jistoty ovlivňuje biologicko-fyziologickou stránku lidského organismu, podporuje funkci jednotlivých orgánových soustav působením přes centrální nervovou soustavu a vegetativním nervstvem. Jistota a nejistota působí jako stresory, které ovlivňují adaptační mechanismy organismu. Pocit

jistoty a bezpečí umožňuje člověku získání životní hodnoty, důvěry, spolehlivosti, orientaci v lidském společenství i v materiálním světě a nezávislosti (Trachtová et al., 2018). Nepříjemný pocit nudy a pocit nedostatku činnosti se projevuje u nemocného ať už v nemocnici nebo v domácím ošetření. Více či méně je omezen v různých činnostech, především ve vykonávání pohybu a je vázán na omezené prostory a na své lůžko. Pacient je mrzutý, kritický, náladový, mnohdy vyhledává konfliktní situace nebo odmítá spolupracovat se zdravotnickým personálem. Nemocným chybí nové, zajímavé informace a podněty, které by je částečně aktivizovaly a vymanily z jednotvárné každodenní činnosti. Člověk v domácím prostředí se aktivizuje rychleji například četbou novin, poslechem rádia nebo sledováním televize. Ochota rodiny aktivizovat nemocného a podpořit ho v jeho činnostech, které posilují jeho osobní jistotu a sebeúctu, také hraje velkou roli (Zacharová, 2017).

Potřeba životní perspektivy je velice důležitá a při její ztrátě může mít nepříznivý vliv na průběh onemocnění. Nemocnému se mnohdy hroutí jeho představy, nemá před sebou jasný cíl a chybí mu nejbližší jasná vize do budoucnosti. Vyskytují se převážně u pacientů s chronickým onemocněním, kdy jim tento stav může změnit celý dosavadní způsob života i zaměstnání, cítí se zaskočení a nevidí žádné řešení ani východisko. Musí se přizpůsobit novým podmínkám, změnit návyky, stravování i omezit svou seberealizaci. Člověk bývá často depresivní, rezignující, náladový, nevyrovnaný, někdy ztrácí svou hodnotu před sebou samým, někdy i před svou rodinou a celkově se zhoršuje komunikace s okolím (Zachová, 2017).

Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti je závislá na stavu vědomí nemocného. Tato potřeba není plněna pouze návštěvou rodiny a blízkých přátel. Aktivně ji naplňuje i sestra svým chováním, přítomností a komunikací. Mezi všeobecné principy plnění potřeby sounáležitosti a lásky patří nenechávat nemocné o samotě, plně respektovat přání nemocných, snažit se o nerušený průběh návštěv a vést je ke sdělování pozitivních informací společně s doteky. Návštěvy je nutno regulovat dle pacientovy únavy a dle přínosu návštěvy (Šamánková, 2011).

1.7.3 Socio-spirituální potřeby

Člověk je společenský tvor. Nemocným se v hlavě honí tisíce problémů, na které je lékařská věda z celá krátká (Svatošová, 2012). Péče o psychické, sociální a spirituální neboli duchovní potřeby nemocného jsou v rámci ošetrovatelského procesu stejně tak

důležité, jako péče o jeho tělesné pohodlí. Sociální potřeby souvisejí s kontaktem s okolním prostředím. Největší sociální potřebou nemocného je potřeba mít návštěvy ať už je nemocný hospitalizován, pobývá v sociálním zařízení nebo je v domácím prostředí (Krátká, 2018). Společenské potřeby závisí na postavení ve společnosti, na společnosti, ve které jedinec žije a kam směřují jeho sociální snahy a jaké touží mít sociální postavení (Šamánková, 2011). Sociální kontakt, pochopení, pomoc a porozumění, omezení styku s rodinnými příslušníky, spolupracovníky a přáteli je pro nemocného velmi těžké a izolující. Všechna tato omezení v sociální oblasti spojená s pocitem nezájmu a nejistoty ovlivňují duševní stav jedince, vyvolávají smutek, pocit zklamání, neklid, podrážděnost, úzkost, mohou být prožívány velmi intenzivně a berou nemocnému veškerou chuť do života. Někteří nemocní trpí nenápadně a tiše, někteří naopak si na své pocity stěžují, dávají je najevo a jsou schopni o nich mluvit otevřeně. Pacienti své nepříjemné pocity ventilují netrpělivým chováním ke zdravotnickému personálu, hrubostí nebo nepovedenými žerty. Na tyto problémy je velmi těžké reagovat. Zdravotník musí vědět, kdy a jak projevit účast s nemocným, kdy je jednání klienta potřeba ignorovat nebo kdy nepříjemnou záležitost obrátit v žert. Je důležité také zvolit správný styl komunikace, zachovat si vnitřní rovnováhu, chovat se přirozeně a nenechat se vyprovokovat. Personál by měl pacienta povzbuzovat a neutvrzovat v něm konfliktní chování (Zacharová, 2017).

Ještě v nedávné době byly duchovní potřeby nemocného více méně tabu. Každý člověk potřebuje vědět, zda jeho život měla ještě do poslední chvíle bude mít smysl pokud tato potřeba smysluplnosti života se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk nedostatkem této potřeby trpí a zoufá, proto je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplný život (Svatošová, 2012). Duchovní potřeby jsou spojeny s duchovním zaměřením jedince, filozofickým, psychologickým a religiózním zaměřením a s cítěním člověka (Šamánková, 2011). Spirituální potřeby dostávají své primární postavení převážně v období emočního stresu, fyzické i duševní nemoci, bolestné ztráty či úmrtí. Nemocný v tomto případě potřebuje cítit smysl života, pochopit smysl své bolesti, vnímat rituály, pomodlit se, dotýkat se, křičet, volat o pomoc, dozvědět se pravdu nebo nalézt zdroj naděje (Krátká, 2018).

Faktory, které ovlivňují sociální a spirituální potřeby, jsou fyziologicko-biologické, jako je věk, pohlaví, zdravotní stav nebo fyzická kondice. Psychicko-duchovní faktory jsou například osobnost, nálada, emoce či postoj k životu. Mezi sociálně-kulturní faktory spadají mezilidské vztahy, rodinný stav, výchova, kulturní zázemí, víra či naděje.

Poslední jsou faktory životního prostředí a různé ostatní faktory jako je světlo, denní doba, ekonomická situace nebo i optimální teplota (Krátká, 2018).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat problémy v péči o covid-19 pozitivního pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké překážky sestry vnímaly v oblasti uspokojování biologických potřeb pacienta s onemocněním covid-19?

Jaké překážky sestry vnímaly v oblasti uspokojování psychologických potřeb pacienta s onemocněním covid-19?

Jaké překážky sestry vnímaly v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta s onemocněním covid-19?

3 Metodika

3.1 Popis metodiky a technika sběru dat

Bakalářská práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který byl zaměřen na celkovou ošetrovatelskou péči o covid pozitivního pacienta a na jeho biologické, psychologické a sociální potřeby v průběhu hospitalizace (Příloha 1). Před zahájením výzkumného šetření byla podána žádost o provedení výzkumného šetření hlavní sestře jedné z jihočeských nemocnic, která byla jejím podpisem schválena. S výzkumným šetřením byli seznámeni vedoucí pracovníci, v tomto případě vrchní sestry, i všichni informanti, kteří byli ujištěni, že při zpracování dat bude zachována jejich anonymita. Všichni informanti souhlasili s tímto rozhovorem i s následným zpracováním dat pro bakalářskou práci. Rozhovor byl veden se sestrami pracujícími na infekčním, chirurgickém a anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Sběr dat probíhal v měsíci březnu. Rozhovory byly se souhlasem informantů nahrávány na diktafon a následně přepsány do písemné elektronické formy. Rozhovory trvaly přibližně deset až patnáct minut. Výsledky výzkumného šetření byly vyhodnoceny otevřeným kódováním metodou „tužka a papír“. Z kódů bylo následně vytvořeno sedm kategorií, které byly doplněny přímými citacemi informantů. Pro přehlednost jsou v textu označeny kurzivou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na infekčním, chirurgickém a anesteziologicko-resuscitačním oddělení během covidové pandemie. Teoretické saturace bylo dosaženo při počtu sedmi sester. Ty jsou v práci označeny písmenem S a čísly od 1 do 7 (S1 až S7), dle pořadí provedení rozhovoru.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 – identifikační údaje

Sestra	Věk	Vzdělání + specializace	Délka praxe	Oddělení
S1	34 let	Bc. + ARIP	15 let	ARO
S2	24 let	Bc.	2 roky	ARO
S3	49 let	SŠ + ARIP, hematologie, transfuze	20 let	INF (2 roky)
S4	25 let	Bc.	2 roky	INF
S5	28 let	Mgr. specializace v chirurgických oborech	4,5 roku	INF – JIP
S6	53 let	SŠ + specializace v chirurgických oborech	26 let	CHIR
S7	36 let	SŠ	15 let	CHIR

(Zdroj: vlastní)

Sestra číslo 1 (S1) ve věku 34 let má vysokoškolské bakalářské vzdělání a specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP). Ve zdravotnictví pracuje 15 let na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Sestra číslo 2 (S2) ve věku 24 let má vysokoškolské vzdělání a ve zdravotnictví pracuje 2 roky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Sestra číslo 3 (S3) ve věku 49 let má středoškolské bakalářské vzdělání a specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, dále v hematologii a transfúzích. Ve zdravotnictví pracuje 20 let a na infekčním oddělení 2 roky. Sestra číslo 4 (S4) ve věku 24 let má vysokoškolské bakalářské vzdělání a ve zdravotnictví pracuje 2 roky na infekčním oddělení. Sestra číslo 5 (S5) ve věku 28 let má vysokoškolské magisterské vzdělání se specializací v chirurgických oborech. Ve zdravotnictví pracuje 4,5 roku na infekčním oddělení intenzivní péče. Sestra číslo 6 (S6) ve věku 53 let má

středoškolské vzdělání a specializaci v chirurgických oborech. Ve zdravotnictví pracuje 26 let na chirurgickém oddělení. Sestra číslo 7 (S7) ve věku 36 let má středoškolské vzdělání a ve zdravotnictví pracuje 16 let na chirurgickém oddělení.

4.2 Seznam kategorií

Tabulka 2 – kategorizace výsledků

Kategorizace výsledků	
Kategorie 1	Ochranné pomůcky
Kategorie 2	Odlišnosti v ošetrovatelské péči
Kategorie 3	Péče o biologické potřeby
Kategorie 4	Péče o psychologické potřeby
Kategorie 5	Péče o sociální potřeby
Kategorie 6	Úmrtí a péče o mrtvé tělo
Kategorie 7	Porovnání pandemických vln

(Zdroj: vlastní)

1. Kategorie – Ochranné pomůcky

V první kategorii se zaměřuji na ochranné pomůcky, které zdravotnický personál používá při péči o covid pozitivního pacienta. Sester jsem se zeptala, jaké ochranné pomůcky se nejčastěji používají. Všechny informantky odpověděly téměř stejně. Informantky S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 odpověděly, že používají pláště, dvojce rukavice, návleky na boty, brýle nebo štíty, respirátory a čepice. S1 dodala, že je možnost místo návleků na boty použít holínky. S4 a S5 uvedly, že pláště mohou být buďto jednorázové nebo prateľné. Doplňujícími otázkami jsem se doptala na způsob oblékání a svlékání ochranných pomůcek. S5, S6 a S7 uvedly, že na převlékání a svlékání měly filtry. S4 a S5 se shodly, že oblékání nemá žádný určitý postup, jen je důležité, aby na sobě měly všechny ochranné pomůcky. „Oblékání je vlastně jedno, hlavně, abychom měly všechno. Na to nám slouží zrcadla, ve kterých se kontrolujeme, před odchodem na pokoje.“ (S5) „Na postup oblékání a svlékání jsme měly nahrany video, které nám bylo posláno.“ (S6) „Než začala

ta první vlna, tak sestřička, která pracovala na infekci nám přišla názorně ukázat, jak se máme oblékat a svlékat z těch ochranných obleků.“ (S7) S2 uvedla, že při odchodu z boxu si prvně dezinfikuje rukavice a následně odhazuje brýle nebo štít do dezinfekce. Poté si sundává první rukavice, čepici, poté si znovu dezinfikuje ruce, sundává plášť, návleky na boty a sundává i ty první rukavice. Následně proběhne dezinfekce rukou. S1 dodala, že jako poslední si sundává ústenku či respirátor. S4 a S5 se ve svých odpovědích téměř neliší. „Při svlékání máme určitý systém a to ten, že se prakticky nesmíme dotknout žádné části těla. Jak máme ty dvoje rukavice, tak vlastně s těmi svrchními sundáváme štít, strháváme ten plášť, čepici za vršek, návleky na boty, potom sundáváme ty svrchní rukavice a ty spodní máme čistý. Těmi čistými si sundáváme respirátor a následně probíhá mytí rukou a jejich dezinfekce.“ (S4) S5 pouze dodává, že pokud máme více pacientů na jednom pokoji, je nutné si ty svrchní rukavice mezi jednotlivými pacienty měnit.

Sester jsem se zeptala, zda mají dostatek ochranných pomůcek k ošetřování covid pozitivního pacienta. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se jednoznačně shodly, že ochranných pomůcek mají momentálně dostatek. „*My jako hlavní jednotka jsme předzásobení dostatečně.*“ (S5) „*Nemůžeme si stěžovat.*“ (S6)

2. Kategorie – Odlišnosti v ošetrovatelské péči

Druhou kategorii zaměřuji na odlišnosti v ošetrovatelské péči o covid pozitivního pacienta. Sester jsem se zeptala, jaké jsou odlišnosti v péči o covid pozitivního pacienta v porovnání s obvyklým, tudíž „necovidovým“ pacientem. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) odpověděly, že největší odlišností je neustálé oblékání do ochranných pomůcek. S1 dodala, že velkou odlišností je také ukládání pacienta do tzv. pronační polohy neboli polohy na břicho a také péče o pacientovu ventilační nestabilitu a dysbalanci mezi minerálovým a vnitřním prostředím. „*Většina covid pozitivních pacientů má kyslík, takže to podávání kyslíku, to tady na infekci moc nepodáváme.*“ (S4) Informantky S4 a S5 odpověděly, že odlišnost je také v podávání specifických léků. Informantkám S4 a S5 jsem podala doplňující otázku, jaké specifické léky se podávají v péči o covid pozitivního pacienta. Obě informantky (S4, S5) odpověděly, že virostatika. „*Podáváme Remdesivir, ted' Vecluri, dávali jsme Roactimru, monoklonální protilátky a rekonvalescenční plazmu.*“ (S5) „*Velkou odlišností je taky, že se nemůže používat klimatizace, aby se to nerozneslo.*“ (S5) Informantka S5 ještě dodala, že je velice důležité rozmyslet si, co vše

k pacientovi potřebujeme vzít, protože na rozdíl od klasického pacienta, ke kterému můžeme jít dvacetkrát za hodinu, ke covid pozitivnímu pacientovi kvůli dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče chodit nemůžeme. „*Tak u nás je primárně rozdíl, že v obvyklém režimu tu máme chirurgické pacienty a tihle pacienti nebyli chirurgičtí.*“ (S7) „*Pro nás jako chirurgický obor to byl rozdíl určitě v tom, že tu byl vyšší věkový průměr, než na který jsme převážně zvyklí a spíše interní ráz onemocnění.*“ (S6) Má doplňující otázka byla, zda při práci byl využit systém „čisté“ a „špinavé“ sestry. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se shodly, že pokud je na to dostatek zdravotnického personálu, tak ano. „*Když je tady málo pacientů a sester je hodně, tak to tak máme a když prostě máme co sestra to pacient, tak nemáme žádnou takovouto sestru vyčleněnou a musíme si prostě pomoci sami.*“ (S1) „*Vždycky je jedna, co stojí u vozíku venku, zapisuje hodnoty do dokumentace, podává léky, infuze, vše, co je potřeba, zvedá telefony a zařizuje, co je v ten moment potřeba.*“ (S4) Informantky S6 a S7 dodaly, že v případech tohoto způsobu péče, se vždy střídaly po 3 hodinách.

Do kategorie odlišnosti v ošetrovatelské péči jsem zařadila, s jakými příznaky nejčastěji covid pozitivní pacienti byli přijímáni k hospitalizaci. Informantky S1 a S2 se shodly na těžké dušnosti. S1 ještě dodala hyposaturaci a rozvrat vnitřního prostředí. „*Momentálně co je varianta omikron, tak nejčastěji bolest v krku a rýma.*“ (S3) Informantka S4 odpověděla, že nejčastěji to bývá dušnost, kašel, únava a teploty. „*Tak k nám to většinou bývají pacienti, co mají zhoršené dýchání, respirační obtíže, hyposaturaci, zmatení pacienti, celkové zhoršení stavu, hypotenze, může k tomu být i sepse, nějaké dekompenzované diabetu, míváme i pacienty ze sálů, nebo z havárek, teď se nám několikrát stalo, že na traumatologické ambulanci je setřeli a než se něco stihlo tak je museli převést k nám, protože jim výsledky vyšly pozitivní. Kupí se nám to tady ze všech oborů.*“ (S5) Informantky S6 a S7 uvedly průjem. „*Při té první vlně měli všichni průjem. Používali jsme tu pojem „covidový průjem“ docela dost často.*“ (S7) S6 dodala ještě dušnost, bolesti břicha a bolesti hlavy.

Dále jsem se sester zeptala, kde má personál uschovanou dokumentaci pacienta a co dělá v případech, že přišla s covid pozitivním pacientem do přímého kontaktu (např. EKG záznam). Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) odpověděly, že dokumentaci pacienta mají uschovanou na sesterně a do kontaktu s pacientem by vůbec neměla přijít. „*Co se týče dokumentace, tak na rozdíl od klasického „necovidového“ pacienta, covidový pacient u nás nepodepisuje souhlas s hospitalizací ani s podáváním informací, na to se*

ho dotazujeme slovně a zapisujeme to tam my za přítomnosti svědka, nejčastěji lékaře nebo druhé sestřičky, že pacient souhlasil, je to právě z toho důvodu, abychom to mohly založit do dekurzu.“ (S3) Informantka S4 sdělila, že v případě překladu, nebo když se covid pozitivní pacient posílá na nějaké vyšetření, dokumentace vždy musí být v obálce a nejlépe ještě v igelitovém sáčku, aby se dokumentace poté mohla vyjmout „čistá“. „*Když jste dala za příklad to EKG, tak, když si ho na ten box vezmu, do té špinavé zóny, tak ten záznam tam musí zůstat a v momentě, kdy pacient odchází a box se plynuje, tak se nechá vyplynout i ten EKG papír a pak se až dává do dokumentace.“ (S1) Informantka S5 sdělila, že pro lepší zapamatování informací, které je nutné zapsat do dokumentace pacienta, mají na každém pokoji fixy a vše, co na pokoji udělají, tak si zapíší na skleněné dveře a poté, co vylezou, svlečou se a odezinfikují, tak přepíší v „čisté zóně“ na sesterně do pacientovy dokumentace.*

Do této kategorie jsem také zařadila otázku, jak zdravotnický personál zachází s pomůckami, které byly v kontaktu s covid pozitivním pacientem, která byla zodpovězena shodně u všech informantek. Informantky S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 uvedly, že pomůcky zůstávají naložené v dezinfekci na pokoji pacienta. „*Lavory, lékovky, esmarchy, prostě všechno, co jde namočit do dezinfekce, tak namáčíme do dezinfekce.“ (S2) „Pomůcky, jako oxymetr, tonometr, teploměry, jednorázové pomůcky, jako kanyly, dezinfekce, čtverečky a tak dále, tak ty necháváme na pokojích a když nám dojdou, tak si je doplníme.“ (S4) Informantka S1 dodala, že pomůcky po propuštění pacienta se společně s pokojem nechají vyplynout. „*Jednorázové pomůcky prostě a jednoduše vyhazujeme do infekčního odpadu.“ (S3)**

Sester jsem se zeptala, jak se pečuje o pokoj po propuštění či překladu covid pozitivního pacienta. Informantka S1 odpověděla, že pokoj se kompletně umyje, poté se vyplynuje a dvě hodiny se nechá zavřený. Po dvou hodinách se otevrou okna, vyvětrá se, a ještě jednou se umyje. S2 a S3 se shodly, že pokoj se celý vyplynuje i včetně pomůcek, které jsou uvnitř. Informantky S4 a S5 se ve svých odpovědích shodují. „*To záleží na tom, jaké tady máme zrovna plány. Když opět očekáváme nového covidového pacienta, tak všechno důkladně odezinfikujeme extra dezinfekcí, vyměníme veškeré lůžkoviny, včetně polštářů a dek. A pokud předpokládáme, že přijmeme něco jiného než covid, tak máme speciální přístroj na plynování, kdy to plynování trvá dvě hodiny, po dvou hodinách se otevírají okna a po dalších dvou hodinách tam můžeme někoho ubytovat.“ (S4) Informantky S6 a S7 odpověděly, že pokoje se běžně uklidily, důkladně odezinfikovaly a poté, co se*

pandemická vlna blížila ke konci a jednotka se zavírala a vracela do svého běžného provozu, tak se veškeré pokoje vyčistily čističkou vzduchu.

Sester jsem se zeptala, jaké si myslíte, že mají nejčastější potřeby covid pozitivní pacienti a jaké jsou podle vás nejvíce neuspokojeny. Informantky S1, S2 a S3 se shodly na odpovědi, že jejich největší potřebou je potřeba dýchání. Informantka S2 uvedla ještě potřebu spánku a potřebu aktivity. *„Když máte pacienty při vědomí na těch těžkých maskách, popřípadě ERVU, tak pro ně je nejhorší celková únava. No a pak taky si stěžují, že se nudí, protože tady ne každé lůžko je vybaveno televizí a dle mého názoru koukání x hodin do stropu také není moc optimální.“* (S2) Informantka S5 sdělila, že podle ní jsou neuspokojeny všechny potřeby, jak potřeby fyzické, tak psychické i sociální. Informantky S4, S6 a S7 uvedly, že nejvíce neuspokojena je potřeba sociálního kontaktu. *„Jsou zakázané návštěvy, nechodí za nimi rodiny a vesměs ani my, není to takové, jako když tu máme naše klasické pacienty, kdy vejdemo na pokoj a trávíme tam s nimi spoustu času, teď i my máme dost omezený trávení času s těmi pacienty.“* (S4) *„Nejhorší je, že ty lidi by si chtěli povídat, ale prostě v tom obleku a s plným oddělením, to nebylo možné, třeba byť si popovídali i na 5 minut.“* (S6)

3. Kategorie – Péče o biologické potřeby

Třetí kategorie je zaměřená na péči o biologické potřeby covid pozitivního pacienta. Do kategorie péče o biologické potřeby jsem zařadila, jak se pečuje o pacienta s dušností. Informantky S1, S4, S5, S6 a S7 odpověděly, že v první řadě podávají pacientům s dušností kyslík. S1 sdělila, že u zaintubovaných pacientů je nutné v pravidelných intervalech odsávat sekret z dýchacích cest a když mají endotracheální kanylu, tak ji přendávat z koutku do koutku, aby nevznikly dekubity. Informantky S4, S5, S6 a S7 sem zahrnuly i podávání léků na tlumení kašle a na rozpuštění hlenu. S7 se ještě zmínila o provádění dechové rehabilitace. *„Pacienti dost měli dechovou rehabilitaci, chodili sem přímo rehabilitační sestry, které byly proškolené a učily pacienty, jak správně dýchat.“* (S7) Doplnující otázka zněla, do jaké polohy nejčastěji pacienta ukládáte. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se shodly, že nejčastěji pacienty ukládají do polohy na břicho neboli do takzvané pronační polohy. Informantky S4 a S5 uvedly, že na každém pokoji visely plánky, jak by se správně měl covid pozitivní pacient otáčet, aby se zamezilo rozšíření zápalu plic. *„Co se týče polohy, tak máme takové hezké polohovací plánky od pana primáře, kdy vlastně neexistuje, aby covidový pacient nebo*

pacient s jakoukoli jinou respirační insuficiencí ležel na zádech, takže by se měly střídát boky levý, pravý, polosed nebo sed nejlépe s nohama dolů a poté vlastně pronační poloha na břiše.“ (S5)

Do kategorie biologických potřeb jsem také zařadila stravu pacienta. Sester jsem se zeptala, jakou stravu (diету) nejčastěji podávají covid pozitivnímu pacientovi. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) shodly a odpověděly, že je to individuální a záleží na pacientovi, zda je diabetik či má jiné omezení. Informantky S1 a S2 se shodly, že nejčastěji podávají stravu přes nasogastrickou sondu či podávají výživu parenterálně, tedy do žíly. S2 dodala, že pokud se jedná o pacienta, který není v bezvědomí a nemá zajištěné dýchací cesty a je toho schopný, tak většinou se jim podává strava tekutá, polévky, přesnídávky nebo nějaké nutridrinky. Informantka S5 mi sdělila, že je také důležité covid pozitivním pacientům dodávat hodně bílkovin. *„Podáváme hodně bílkovin, pacienti k nám přicházejí ve stavu, kdy doma třeba už týden, ale i čtrnáct dní nejí. V tomto případě zahajujeme nejen parenterální nutrici, ale podáváme i různé výživové doplňky, jako jsou třeba nějaké ty diasipy, nutridrinky, nutrikrémy a snažíme se je co nejvíce rozjít, protože opravdu stačí pár dní, aby člověk jen ležel a nezvedne se.“ (S5)*

Sester jsem se zeptala, jak se u pacienta řeší poruchy spánku. Informantky S1 a S2 na tuto otázku neodpověděly. Informantky S3 a S4 odpověděly, že se před spaním snaží v pokojích vyvětrat a pokud to nezabere, přistupuje se k podávání léků, ať už se podávají hypnotika či analgetika. Informantky S4, S6 a S7 se také shodly, že většina lidí, kteří na nespavost dlouhodobě netrpí, problémy většinou nemají. *„Na nespavost si většinou pacienti nestěžovali, prášky na spaní také nechtěli, oni tou nemocí byli spíše unavení, vysílilo je i mluvení.“ (S7)* *„Oni si třeba oproti normálním lidem ani televizi nepouštěli, jak byli unavení, někteří byli rádi, že leží a nestáli ani o tu televizi, o nic.“ (S6)* Informantka S5 uvedla, že většina pacientů má svůj spánkový cyklus přehozený. *„Jedeme tady nonstop, furt se tu něco děje. V noci se třeba snažíme na dvě, tři hodiny zhasnout chodby, aby mohli pacienti spát. Když je klid, tak si klimbnou třeba přes den, ale pak kolikrát v noci nechtějí spát. Na všech pokojích máme televize, takže jsou pacienti spokojení, kdo může tak kouká.“ (S5)*

Sester jsem se zeptala, jaký vliv má onemocnění covid-19 na pacienty trpící chronickým onemocněním. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se shodly, že je to velice

individuální a záleží na člověku, jak přistupuje ke svému zdravotnímu stavu a jaký má životní styl. Informantky S5 a S7 se shodly, že pokud jsou pacienti kompenzovaní, tak většinou ne, ale může se snadno jejich stav dekompenzovat, např. u diabetiků. *„Třeba diabetici, kteří jsou jenom na tabletkách, tak za covidu spadli až třeba k inzulinu. Většinou na tom měly podíl ty léky nebo celkově ta infekce v těle, to kor ty diabetiky rozházelo úplně nejvíc.“* (S7)

4. Kategorie – Péče o psychologické potřeby

Čtvrtá kategorie je zaměřená na péči o psychologické potřeby covid pozitivního pacienta. V této kategorii jsem se zajímala, jak reagují covid pozitivní pacienti na zhoršení jejich stavu. Každá informantka měla jiný pohled. Informantka S1 odpověděla, že se setkala, jak s pokorou od pacientů, tak i s pacienty těžce nepokornými. Informantka S2 si myslí, že ne každý si uvědomuje, na jakém oddělení se vůbec ocitl a co vše to pro něj znamená. Informantky S3 a S4 se shodly, že záleží na člověku, jak má nastavené své životní hodnoty, ale většinou u nich převládá strach. Informantka S5 odpověděla, že jsou nešťastní. *„Ty lidi jsou nešťastný, u nás jsou pacienti připojeni stále na monitorech, mají na sobě spoustu kabelů, nám to nepřijde, ale oni jsou 24 hodin připojeni na infuzních linkách a někteří nám to dávají dost slušně najevo, že je to obtěžuje, že se nemohou hýbat a bereme jim kus jejich osobního prostoru, ale čím jim je hůř, tím jsou schůdnější.“* (S5) Informantky S6 a S7 se shodly, že pacienty přepadal pocit bezmoci a pořádně nevěděli, co se to s nimi najednou děje. *„Hodně si zvonili, že se jim hůř dýchá“.* (S7) *„Pacienti byli hysteričtí a zmatení, vlastně tím, jak byli hypoxický, tím více byli zmatenější. Abychom jim ulevili, tak jsme jim podávali Morphin, na který docela rychle reagovali a docela se jim i ulevilo.“* (S6).

Sester jsem se zeptala, jak vypadá komunikace s covid pozitivním pacientem. Informantky S1 a S2 se shodly, že u pacientů v bezvědomí se provádí prvky bazální stimulace, kdy se nejčastěji používají doteky. Informantky S2, S4, S6 a S7 odpověděly, že se pacienty snaží podpořit, uklidnit a často se snaží pacienty odvádět od špatných myšlenek. *„Komunikace je klidná, snažíme se je hodně uklidňovat a odvádět jejich pozornost.“* (S7) Informantky S5 a S6 se shodly, že v komunikaci jim pomáhají i rodinní příslušníci, kteří přijdou na návštěvu. Informantka S5 dodává, že komunikace s covid pozitivními pacienty většinou nebývá ani moc dlouhá. *„Za prvé na ty pacienty je hrozně málo času a za druhé je ta komunikace občas i horší, protože jsou pacienti dušní a člověk*

je nechce zatěžovat tím, aby mluvili a namáhali se. Občas vidím, že i po desetiminutovém telefonátu jsou někteří tak unavení a schvácení, že nejsou schopní se ani sami posadit.“ (S5) Informantka S3 sdělila, že komunikace musí být opatrná. „Lepší je nic neslibovat, třeba klasicky, že to bude dobrý, protože nevíte hodiny ani minuty, jak ten pacient skončí, samotnou mě to ponaučilo, proto už si na to dávám pozor. Lepší je říct třeba, že budeme dělat vše, co je v našich silách.“ (S3)

Do kategorie psychologických potřeb jsem zařadila, zda informantky vnímají nějaké překážky v uspokojování psychologických potřeb covid pozitivního pacienta. Informantky S1 a S2 se shodly, že většinou mají pacienty uspané, proto bohužel žádné překážky v uspokojování psychologických potřeb u svých pacientů, kteří jsou většinou ve vážném stavu, tolik nevnímají. „*My s těma lidma moc nemluvíme, spíš jsme zvyklí na to, že jsou ty pacienti uspaný, většinou v těžkém stavu, takže to prožívání úplně nevíme.“ (S1) Informantky S3, S4, S5 odpověděly, že největší překážkou je opora rodinných příslušníků, která pacientům chybí, potřeba bezpečí, lásky a komunikace. „Určitě komunikace, bohužel na ty pacienty není tolik času, poté určitě potřeba bezpečí, lásky.“ (S5) Informantky S6 a S7 vidí největší překážku v pocitu strachu a obav. „Strach a obavy tu hrají velkou roli. Ty lidi neví, co se děje doma, jestli je všechno v pořádku, mají strach o své příbuzné a celkově o to, co s nimi bude dál, jestli přežijí a vrátí se domů, každému hraje v hlavě něco jiného.“ (S6)*

Sester jsem se zeptala, jak covid pozitivní pacienti přijímají svůj zdravotní stav. Informantky se téměř všechny shodly. Informantky S1, S2, S3 a S6 odpověděly, že je to velice individuální a záleží na každém, jak se k tomuto onemocnění postaví. „*Tak je to hodně individuální, samozřejmě, pro nikoho to nebude příjemný, ale plno lidí se dostane do fáze, kdy už jsou tak vyčerpaní a unavení, že prostě uspání a intubaci vidí jako jediný možný východisko.“ (S2) Informantka S3 ještě dodala, že záleží na tom, zda je člověk očkovaný či neočkovaný. Dle informantky S3 někteří očkovaní pacienti bývají spíše našťvaní. Naopak neočkovaní jsou spíše hysteričtí. „Ty očkovaný jsou většinou takový našťvaný, že nechápou, jak to mohli dostat, když jsou očkovaný a ono přeci jenom jo. No a ty neočkovaný, ty jsou spíše hysterický a takový více rozhozený než ty očkovaný, myslí si, že umíme zázraky na počkání, všechno by chtěli honem rychle. Tady opravdu psychika hraje velkou roli. Ty očkovaný jsou takový víc v klidu, i třeba přijmou tu virostatickou léčbu, ty neočkovaný někdo jí přijme, někdo ne.“ (S3) Informantka S4 uvedla, že covid pozitivní pacienti, co jsou u nich momentálně hospitalizováni, jsou spíše překvapení. „V*

tuhle chvíli většina pacientů reaguje hrozně překvapeně, jakože celou dobu covid neměli a až teď ho vlastně chytli. Máme tu ale i některé, kteří chytli covid podruhé a nijak to vesměs neřeší. Přijímají to všichni vesměs dobře.“ (S4) S4 na doplňující otázku, kterou jsem jí položila a zněla, zda se setkala s agresivními reakcemi některých pacientů, odpověděla, že se s žádnými pacienty, kteří by reagovali agresivně, nesetkala. Dle informantky S5 jsou buď tací, kteří to vzdávají, anebo tací pacienti, kteří se opravdu snaží vrátit zpět domů, do běžného života. *„Někteří to vzdávají, slyšíte od nich, už mě to tu prostě nebaví, tak už prostě víte dopředu, že ať se budete snažit sebevíc, tak to prostě nedopadne. A pak je tu ten pravý opak, kdy pacienti přijdou, řeknou, že chtějí domů a opravdu se snaží, cvičí, rehabilitují, opravdu dělají, co můžou a je to i na nich vidět, když prostě člověk chce, tak toho dosáhne, je to pro ně sice spousta překážek, ale většinou, když opravdu dodržují ten režim a polohují se tak, jak mají, pořádně jedí, pijí a spolupracují, tak to jde a je krásné na to koukat.*“ (S5) Informantka S7 sdělila, že všichni pacienti se svým stavem byli rozumně smíření, vděční, a to nejen pacienti samotní, ale i jejich rodinní příslušníci.

Sester jsem se zeptala, jakým způsobem informantky pomáhají covid pozitivnímu pacientovi vyrovnat se s jeho negativními emocemi. Informantky S1 a S2 na tuto položenou otázku neodpověděly vzhledem k tomu, že na jejich oddělení je většina pacientů pod velmi silnou sedací, tudíž s nimi své obavy a negativní emoce nesdílejí. Ostatní informantky S3, S4, S5, S6, S7 se shodly, že nejlepší je komunikace jak ze strany sester, tak ze strany lékařů. Informantka S3 dodala, že ona sama je na to, co říká, velice opatrná. *„Na tyhle obraty jsem už opatrná, protože v tý deltový vlně se párkrát stalo, že jsme člověka vezli a on sestřičko, já se bojím, já mám strach a když jsem ho chytila za ruku a řekla mu, že to bude dobrý, tak třeba druhý den už nebyl, takže už to neříkám, prostě neříkám, raději opatrně, protože nebudu jim říkat, že to bude všechno v pořádku, nemůžu, už prostě nemůžu, protože opravdu jsem to řekla a ono to nedopadlo dobře.*“ (S3) Informantka S4 dodala, že důležitá je i vstřícnost a nápomoc. Pokud jsou na tom pacienti špatně se svým psychickým zdravím, informantka S4 sdělila, že po domluvě s lékařem je povolena návštěva rodiny, aby svého příbuzného podpořili. V případě, že ani návštěva nepomohla, přiklání se k psychologickému konziliu a v nejtěžších případech se podávají léky, dodává rovněž informantka S4. Informantka S5 sdělila, že skvělé odvedení pozornosti od pacientových negativních emocí bylo rozptýlení ve smyslu návštěv salesiánů, kaplana, který chodil dvakrát týdně a studentů, kteří dobrovolně chodili si

s pacienty povídat či předčítat z knih, nebo pro věřící byla možnost se nechat vyzpovídat. „*Sestřičky se hodně snažily, aby ti naši pacienti byli v pohodě, chodili k nám i salesiáni, kteří si s těmi lidmi povídali nebo jim četli, pacienti si leželi a jenom poslouchali. Potom dvakrát týdně sem chodil kaplan, někteří se zpovídali, někteří si jen chtěli popovídat. Hodně sem taky chodili studenti, kteří se pacienty snažili trochu rozptýlit, což dle mého názoru bylo skvělé.*“ (S5) Informantky S6 a S7 se shodly, že komunikace u nich hodně vážla. „*Šlo to hrozně těžko, ta komunikace hrozně vážla, protože přijdete na pokoj, uděláte si, co máte a jdete zase vedle, abyste stihla udělat všechno a jste ráda, že se za ty tři hodiny můžete svléknout.*“ (S7) „*Skvělé ale bylo, že jsme tu měly některé studenty na praxi, tak třeba když byl chvilku klid, tak se šli dobrovolně převléct a s těma pacientama si šli popovídat.*“ (S6)

Do kategorie péče o psychologické potřeby covid pozitivního pacienta jsem zařadila, jaké má největší obavy či strach covid pozitivní pacient do budoucna, jako příklad jsem uvedla vznik postcovidového syndromu. Na tuto otázku jsem se zeptala pouze informantek S3, S4, S5, S6 a S7. Dotazované informantky (S3, S4, S5, S6, S7) se shodly, že jim pacienti své obavy nesdělují. Informantka S3 dodala, že se setkala s několika lidmi, kteří se ptají na postcovidové poradny. „*Setkala jsem se s lidmi, kteří volají, že chtějí ty postcovidové poradny, které tu prostě nemáme, hodně si stěžují, že jsou třeba už půl roku po covidu a stále mají pocity dušnosti nebo nějaké přetrvávající potíže.*“ (S3) Informantka S4 dodala, že mají na oddělní spoustu starších pacientů, které dle jejího názoru, netrápí ani covid samotný, ale spíše mají obavy z toho, že skončí, jako imobilní a odkázaní na péči druhé osoby. Informantka S5 si myslí, že většina pacientů je ráda, že mohou jít zpět mezi lidi. „*Když pacienti od nás odchází, tak jsou rádi, že mohou jít opět mezi lidi, na některých je to opravdu vidět, že jim chybí ten sociální kontakt, jsou zvyklí být ve společnosti, povídat si a vlastně najedou skončí zavření mezi čtyřmi stěnami a koukají celý den do zdi, takže si myslím, že obavy je moc netrápí, že jsou opravdu spokojení, když mohou odejít domů.*“ (S5) S myšlenkou informantky S5 souhlasí i informantka S6, která je stejného názoru, že pacienti hned, jak se jim ulevilo, byli rádi, že mohou odejít domů. Informantka S7 dodala, že jediné obavy, co většina pacientů měla, byl strach, co se děje doma. „*Obavy do budoucna ani tak neměli, spíše se báli, co se děje doma, protože většinou nebyl nakažený jen jeden člověk, ale celá rodina, tak se báli, jak to zvládají ostatní, dost často se nám stalo, že manžel ležel na jednom pokoji a jeho manželka o pokoj vedle, nebo on u nás a ona na JIP.*“ (S7)

Sester jsem se zeptala, jak informantky zmírňují pacientův strach. Všechny (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) odpověděly, že nejčastěji komunikací. Informantka S7 dodala, že strach zmírňuje nejen komunikací, ale i dotekem. *„Když mohu a mám čas, tak opravdu tou komunikací nebo dotekem, chycením za ruku nebo pohlazením.“* (S7)

5. Kategorie – Péče o sociální potřeby

Pátá kategorie je zaměřena na péči o sociální potřeby covid pozitivního pacienta. Sester jsem se zeptala, jak vnímají vzájemné vztahy s covid pozitivním pacientem při dlouhodobé hospitalizaci. Na tuto otázku mi informantky S1, S2 a S3 neodpověděly z toho důvodu, že se buď s pacienty dlouhodobě hospitalizovanými nesečkáávají či jsou jejich pacienti neschopni interakce s nimi. Informantka S4 odpověděla, že pokud jsou pacienti vstřícní, tak vztahy mezi nimi jsou pozitivně laděné. Informantka S5 na tuto otázku odpověděla, že je to individuální a záleží na člověku. *„Někomu to tady k srdci přiroste, někomu zase ne, je to velice individuální, ale my se většinou snažíme, aby ty lidi tady byli co nejkratší dobu, aby se co nejdříve vrátili domů.“* (S5) Informantky S6 a S7 se shodly, že vztahům mezi personálem a pacienty nezabráníme. Informantka S7 dodala, že nejhorší na udržení nějakých vzájemných vztahů bylo to, že pacienti ani nevěděli, kdo je ošetřuje. *„Hodně pacientů si stěžovalo, že ani neví, kdo jsme kdo, nerozeznávali nás, oni třeba věděli, malá, měla brýle nebo podle hlasu, očí, většinou spekulovali, aha ta je tu dneska, takže tu bude s tou druhou s těma hnědýma očima, někdy i mezi dveřmi řekli, sundejte ten respirátor, alespoň na chvíli, ať vůbec víme, kdo nás ošetřuje. Člověk nevěděl, jestli se usmíváme, přes tu roušku často špatně i rozuměli, takže se snažíme křičet, což pro nás je hrozně vyčerpávající.“* (S7)

Do kategorie péče o sociální potřeby jsem zařadila, zda jsou povolené návštěvy u covid pozitivních pacientů v terminálním stádiu. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se shodly, že v těchto výjimečných případech jsou návštěvy povolené. *„Ano návštěvy povoluje lékař.“* (S3) *„Ano, pan primář chtěl, aby to zlepšilo trochu tu jejich psychiku.“* (S5) Jako doplňující otázku jsem se informantek zeptala, jak takové návštěvy vypadají. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se shodly, že je při návštěvě nutné, aby se návštěvy převlékly do všech ochranných pomůcek. Informantka S4 dodala, že většinou neřeší, kolik lidí za nemocným přijde a ani jak dlouho u nemocného jsou. *„U umírajících pacientů většinou neřešíme, kolik lidí za nimi přijde, samozřejmě jich tam nemůže vtrhnout deset, nejraději tam pouštíme po dvou, takže když přijdou čtyři, tak jdou*

nadvakrát, když přijdou tři tak je pustíme naráz a moc neřešíme čas. Když třeba ale přijdou pacienta jen podpořit, tak většinou pouštíme maximálně na 15 až 20 minut a maximálně po dvou lidech.“ (S4)

Zeptala jsem se sester, zda vnímají nějaké překážky v uspokojování sociálních potřeb pacienta s covid-19. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se rovněž shodly na odpovědi. Největší překážkou je podle nich sociální kontakt se svými blízkými. *„Sociální kontakt rozhodně, oni fakt potřebují být mezi těmi lidmi, já si myslím, že by úplně stačilo, aby jich bylo na pokoji víc, bohužel u nás to být nesmí. Hlavně pro ty starší pacienty, kteří jsou zvyklí z těch domovů, kde se potkávají, chodí na procházky a tak.“ (S5)*

Zeptala jsem se sester, jak nejčastěji udržují covid pozitivní pacienti kontakt se svými blízkými. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) odpověděly, že pacienti nejčastěji udržují kontakt se svými blízkými telefonicky či přes sociální sítě. Informantka S4 dodala, že díky umístění jejich oddělení se pacienti se svými blízkými mohou vidět přes okno. *„Dost si telefonují, pak máme skvělou výhodu, vzhledem k tomu, že jsme v přízemí, tak ty návštěvy třeba chodí za okno, chvíli popovídají, donesou si věci, ale musí být lidi schopný, že si zvládnou k tomu oknu dojít.“ (S4)* Informantka S5 dodala, že pro některé pacienty i telefonování je někdy velice náročné. *„Když telefonují jednou denně, tak budiž, ale jsou tu tací, kteří by vyprávěli celý den, ale pak vidíte, jak ty čísla jdou dolů a občas jim člověk musí říct, ať to na chvíli odloží a oddechnou si. Někteří telefonují třeba ob den, ale rodina je tady vyzváni, já chápu, že mají doma strach, když jim to neberou, ale oni bohužel nevidí tu druhou stránku toho zdraví, že oni nemůžou dodechnout, ta nedostatečnost je tam bohužel znatelná.“ (S5)*

Do kategorie zaměřené na sociální potřeby pacienta jsem také zařadila, jak si informantky myslí, že se pacienti po prodělání onemocnění covid-19 vracejí zpět do běžného sociálního života. Informantky S1 a S2 na otázku neodpověděly z toho důvodu, že se setkaly pouze se dvěma případy, kdy se z jejich oddělení pacienti vrátili zpět do běžného života, bohužel ale s delší rekonvalescencí než pacienti s relativně hladším průběhem onemocnění covid-19. Informantky S3, S4, S5, S6, S7 se shodly, že je to opět velice individuální, ale všechny si myslí, že se do běžného života vracejí dobře a velice rádi. *„Myslím si, že dobře a rádi, úplně na začátku si myslím, že to bylo takové těžké, že hodně lidí odsuzovali a ukazovali, hej ty jsi měl covid, nechod' ke mně, co když mě ještě nakazíš,*

tys to tady roznesl a podobně, ale za tu dobu, co už je to tady mezi námi, si myslím, že jsme si na to tak zvykli, že to už nikdo nebere zle a není problém se vrátit zpět mezi lidi.“ (S4)

6. Kategorie – Úmrtí a péče o mrtvé tělo

Předposlední kategorie je zaměřená na úmrtí a na péči o mrtvé tělo covid pozitivního pacienta. Sester jsem se zeptala, jak informantky pečují o mrtvé tělo covid pozitivního pacienta a zda jsou zde nějaké odlišnosti oproti „necovidovému“ pacientovi. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se shodly, že ze začátku pandemie se covidoví pacienti balili do speciálních igelitových pytlů se zipem. Nyní se balí stejně jako klasický „necovidoví“ pacienti do prostěradla. *„Na začátku pandemie jsme pacienty zabalovaly do speciálních pytlů se zipem, protože se pacienti nepitvali, z těch pytlů se nevyndávali a šli rovnou do spalovny.“ (S1)* Informantky S4 a S5 se shodly a dodaly, že ze začátku ty pytle byly rozložitelné a nerozložitelné. *„Prvně jsme vlastně měli pytle nerozložitelné, pak se ukázalo, že jsou moc nákladné, tak jsme dostali pytle rozložitelné a teď vlastně díky nějakému výzkumu, kdy se vlastně zjistilo, že mrtvý člověk covid nepřenáší, tak ta péče je klasická jako u běžných lidí.“ (S4)* *„Teď už balíme pacienta klasicky do prostěradla.“ (S5)* Informantka S6 dodala, že péče o lůžkoviny zemřelého covid pozitivního pacienta vypadá tak, že se veškeré prádlo včetně dek a polštářů se zabalí do infekčních pytlů a do prádelny odchází s infekční cedulkou.

Do kategorie úmrtí a péče o mrtvé tělo jsem zařadila, jak se vyrovnávají rodinní příslušníci se ztrátou svého blízkého, který zemřel na/ s onemocněním covid-19. Opět se všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) shodly, že úmrtí svého blízkého nesou rodinní příslušníci špatně. *„Nesou to špatně, hlavně úplně na začátku, jak nikdo nevěděl, jak se to léčí a teď prostě tomu nemůžou uvěřit, ještě když proběhla ta mediální masáž, všechno to očkování, kdo je pro něj, kdo je proti, většina lidí, co je tady u nás jsou z 99% nenaočkovaný a v momentě, co zavoláte té rodině, že je to špatný, tak oni tomu nevěří, protože nevěří tomu, že to očkování nějakým způsobem funguje, takže je opravdu smutný, že dottedka tomu lidé nedokážou uvěřit.“ (S1)* Informantka S4 dodala, že rodinní příslušníci pláčou a jsou z toho nešťastní. *„Pláčou, jsou hrozně smutný, ale jako když víme, že ten člověk umírá, tak sem rodinu pouštíme na návštěvy, takže si myslím, že je to pro ně jednodušší, že vlastně mají tu možnost se s tím člověkem důstojně rozloučit, být s ním opravdu až do té jeho poslední chvíle a myslím si, že na tu těžkou zprávu, jsou i pak*

lépe připravený.“ (S4) Informantka S7 zmiňuje, že také záleží na věku umírajícího pacienta. *„Když vám zemře mladý člověk ať už s jakoukoliv diagnózou, je to náročný a ty rodiny to berou mnohem hůř, než když je to člověk starší, nechci být zlá, ale když to tak řeknu, ti senioři už mají odžito a ty rodiny jsou na to připravené, že zemřou, čekají to, ale u toho mladého člověka to nikdo tolik nečeká.“* (S7)

7. Kategorie – Porovnání pandemických vln

Poslední kategorie je zaměřená na porovnání pandemických vln. Sester jsem se zeptala, zda mají porovnání s péčí v první vlně a nyní. Odpovědi informantek se vždy něčím lišily. Informantky S1 a S2 se shodly, že první vlna byla takové „neznámo“ a postupem času se vyvinuly různé postupy, které se v průběhu pandemie ověřily a celá pandemická situace se díky výzkumům posunula vpřed. *„Určitě různé postupy, které se praktikují, tak už jsou svým způsobem ověřené, ta pandemie se celkově posunula vpřed a vyvinula se dopředu, různé výzkumy, co se týká léčby, což je podle mě opravdu postup k lepšímu.“* (S2) Informantka S3 odpověděla, že nyní je to dobré, podle informantky S3 byla nejhorší druhá pandemická vlna, protože trvala nejdéle. Při první vlně dle informantky S3 nikdo nevěděl, co se vůbec děje, nevěděli, co přijde dál a co se lidského chování týče, lidé na sebe byli hodní oproti té druhé vlně, kdy lidské chování začalo být bezohledné a zlé. *„Teď už je to dobrý, nejhorší to bylo asi v té druhé vlně a trvalo to nejdéle, při té první nikdo nevěděl, co to bude vlastně a všichni se báli, pak to začalo být takový moderní, spousta lidí bylo i našťvaných, že ten covid nemají, protože nemůžou být doma, myslím si, že covid odhalil takové lidské charaktery, které jsem nikdy nechtěla poznat, myslím si, že to v nich probudilo to nejhorší, co mohlo, oproti té první vlně, kdy lidé byli na sebe takový hodný, teď na konci té delty, na ten podzim, tak všichni byli takový bezohledný a zlý jeden na druhého mezi sebou, takovýto když to mám já, tak ať to máš ty taky, když je špatně mě, tak ať je špatně všem, lidé bez ohledů k sobě úplně na těch ambulancích přijdou s příznaky, bez roušky, kašlou tady, kýchají, hrůza.“* (S3) Informantka S4 odpověděla, že v první vlně museli hodně šetřit, protože bylo málo dodavatelů ochranných pomůcek i pomůcek obecně a nyní je všech pomůcek dostatek. *„V první vlně jsme museli hodně šetřit, protože bylo málo dodavatelů, museli jsme se opravdu oblíkat co nejmíň, aby prostě tam byli nějaké ty úspory toho materiálu, protože ho moc nebylo, ale nikdy se nám nestalo, že bychom si neměli co obléct, to ne, ale teď už je to prostě všeho dostatek, když je potřeba, tak se oblečeme a neřešíme, kolik máme spotřebu plášťů, respirátorů a tak.“* (S4) Dle informantky S5 jsou nyní zkušenější, co se týče péče i léčby o pacienty.

Dodala také, že v první vlně se stále něco zkoušelo, ať už léky, nová virostatika zda zabrala či ne. Informantky S6 a S7 se shodly, že ta poslední vlna jim přišla nejhorší. „*Ta poslední vlna byla nejhorší, bylo nejvíc nemocných lidí, byla taky nejdelší, trvala vlastně měsíc a třičtvrtě, i nejvíc lidí umíralo.*“ (S6)

Sester jsem se také zeptala, zda cítí změnu či pokrok v ošetrovatelské péči o covid pozitivního pacienta oproti první vlně pandemie. Všechny informantky se (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) shodly, že je rozdíl v počtu pacientů. „*Nyní bych řekla, že máme pacientů míň a jejich příznaky jsou také mírnější než na počátku celé pandemie. Lidé nám odcházejí i dříve domů než předtím.*“ (S4) Informantka S2 dodala, že pokrok je rozhodně lepší ve vybavenosti. „*Myslím si, že vybavenost je teďka podstatně lepší, je dostatek respirátorů a všech pomůcek.*“ (S2) Informantka S3 dodala, že pokrok je určitě v možné vakcinaci a díky ní je pacientů méně. Procentuálně, dle informantky S3, přijímají více pacientů, kteří nejsou očkováni a minimum pacientů po provedené vakcinaci. Informantka S5 dodala, že počet pacientů se s každou vlnou měnil. „*Ve směr to všechno bylo vždycky v těch vlnách, přišly, bylo tu narváno, pak klid, pak zase narváno, bylo to tu jako na houpačce.*“ (S5)

5 Diskuze

Bakalářské práce Problematika ošetrovatelské péče o covid pozitivního pacienta měla za cíl zmapovat problémy v péči o covid-19 pozitivního pacienta. Tohoto cíle jsem dosáhla prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími s covid pozitivními pacienty. Ke stanovení cíle byly využity tři výzkumné otázky.

V první výzkumné otázce: „*Jaké překážky sestry vnímaly v oblasti uspokojování biologických potřeb pacienta s onemocněním covid-19?*“ jsem zjišťovala, jaké biologické potřeby mají covid pozitivní pacienti nejvíce neuspokojeny a jak zdravotnický personál o tyto potřeby pečuje. Mezi základní biologické potřeby covid pozitivního pacienta patří v první řadě potřeba dýchání a péče o dýchací cesty. Oxygenoterapie neboli léčba pomocí inhalace kyslíku musí být dle Bartůňka et al. (2016) přizpůsobena zdravotnímu stavu pacienta. Kyslík můžeme podávat pomocí kyslíkových brýlí, které jsou pro pacienta nejmenší možnou zátěží a jsou dobře pacientem tolerovány. Volí se v případě lehčí dušnosti. Dále pomocí kyslíkové polomasky, která ve většině případů zakrývá nos a ústa pacienta. Průtok kyslíku kyslíkovou polomaskou je o něco větší, maximální průtok je 7-8 l/ min. Oxygenoterapie může být podávána i za pomoci obličejové masky s koncentrační tryskou, která umožňuje nastavení podávané koncentrace kyslíku. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se dle svých odpovědí shodly, že pacientům s onemocněním covid-19 podávají kyslík. Shodují se rovněž se zásadami podávání kyslíku, který má být dle Bartůňka et al. (2016) vždy podáván zvlhčený a ohřátý na fyziologickou tělesnou teplotu pacienta. Na cestě k lepšímu dýchání pomáhá covid pozitivním pacientům i pravidelné polohování. Dle informantek se pacienti nejčastěji ukládají do pronační polohy neboli polohy na břicho. Další úlevové polohy, které se využívají v péči o pacienta s dušností, jsou dle Dosebavy et al. (2021) sed u stolu, sed v křesle nebo sed na židli směrem k opěrce. Líbí se mi myšlenka, kterou ve své odpovědi zmínila informantka S5: „*Co se týče polohy, tak máme takové hezké polohovací plánky od pana primáře, kdy vlastně neexistuje, aby covidový pacient nebo s jakoukoli jinou respirační insuficiencí ležel na zádech, takže by se měly střídát boky levý, pravý, polosed nebo sed nejlépe s nohama dolů a poté vlastně pronační poloha na břicho.*“ (S5) Dle mého názoru je „polohovací plánek“ skvělý nápad, který je vodítkem nejen pro zdravotníky, ale i pro pacienty, kteří se mohou sami aktivně zapojit do péče o své zdraví. Informantka S7 sdělila, že se u pacientů také provádí prvky dechové rehabilitace. „*Pacienti dost měli*

dechovou rehabilitaci, chodili sem přímo rehabilitační sestry, které byly proškolené a učily pacienty, jak správně dýchat.“ (S7) Dle Dosbavy et al. (2021) se může provádět tzv. kontaktní dýchání, kdy cílem této techniky je zvýšit dechové pohyby hrudníku a prohloubit dýchání. Díky dechové rehabilitaci je také možné pacientovi dopomoci při odkašlání a odhlenění. Pacientům se nejčastěji podávají léky na tlumení kašle a na rozpouštění hlenu. Na tom se rovněž shodují informantky S4, S5, S6 a S7, které podávání léků zařadily k úlevovým technikám.

Další důležitou biologickou potřebou je potřeba výživy. Zajímalo mě, jestli se covid pozitivním pacientům podává nějaká specifická strava, či je nutné dodržování speciální diety. Dle Sedlářové et al. (2013) je díky výživě možné ovlivnit průběh léčby. S tímto tvrzením společně s informantkou S5 mohu jen souhlasit. Informantka S5 uvedla: *„Podáváme hodně bílkovin, pacienti k nám přicházejí ve stavu, kdy doma třeba už týden, ale i čtrnáct dní nejí. V tomto případě zahajujeme nejen parenterální nutrice, ale podáváme i různé výživové doplňky, jako jsou třeba nějaké ty diasipy, nutridrinky, nutrikrémy a snažíme se je co nejvíce rozjíst, protože opravdu stačí pár dní, aby člověk jen ležel a nezvedne se.“* (S5) Nutriční podporou se rozumí obohacení stravy o potravinové nutriční doplňky, parenterální a sondovou výživu. Parenterální nutrice je podávání výživových roztoků nitrožilně. Enterální výživa zahrnuje všechny formy nutriční podpory. Je aplikována do gastrointestinálního traktu, zahrnuje tedy perorální nutriční doplňky, sondovou výživu a perkutánní katéetrovou výživu do střev či žaludku (Sedlářová et al., 2013). Většinou covid pozitivních pacientů se podává strava racionální. V případě diabetiků je podávána dieta číslo 9 neboli diabetická. Na tomto se při mém výzkumu shodly i všechny oslovené informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7). Informantka S5 ve své odpovědi zmiňuje výživové doplňky ve formě Diasipů, Nutridrinků či různých Nutrikrémů. Jedná o tzv. sipping neboli popíjení perorálních nutričních doplňků a je indikován pacientům, u nichž se i po úpravě běžné stravy nedaří udržet potřebný nutriční příjem (Sedlářová et al., 2013).

Ve svém výzkumu jsem se také zaměřila na potřeby v oblasti spánku a odpočinku. Myslela jsem si, že covid pozitivní pacienty sužují poruchy spánku z důvodu jejich onemocnění. Trachtová et al. (2018) ve své knize píše, že dle psychologa Maslowa je spánek základní lidskou potřebou, který je charakterizován minimální fyzickou aktivitou, sníženou odpovědí na vnější předměty a změnami fyziologických funkcí. Dle zjištěných odpovědí jsem od informantek zjistila, že většina pacientů ani tolik netrpí poruchami

spánku, ba naopak jsou tímto onemocněním velice znaveni, tudíž většinu svého času spí. „*Na nespavost si většinou pacienti nestěžovali, prášky na spaní také nechtěli, oni tou nemocí byli spíše unavení, vysílilo je i mluvení.*“ (S7) Velice zajímavým zjištěním bylo také, že dle informantky S5 měli pacienti svůj spánkový cyklus spíše přehozený, kdy v noci bděli a přes den spali.

Chronická onemocnění a jejich problematika je v dnešní době poměrně rozsáhlou a neustále podnětnou oblastí zkoumání. Jejich incidence se v celosvětovém měřítku kontinuálně zvyšuje a zvyšuje se i celková délka přežití (Gurková, 2017). Proto mě zajímalo, jaký vliv má onemocnění covid-19 na pacienty trpící některým z chronických onemocnění. Dle odpovědí všech informantek (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) je to velice individuální a záleží na životním stylu pacienta. Pokud se však jedná o pacienta např. s kompenzovaným diabetes mellitus, je možné, že při onemocnění covid-19 se jeho stav může dekompenzovat a z perorálních antidiabetik může přejít až k aplikaci inzulínu.

V článku Ochani et al. (2021) jsou uvedeny následující příznaky onemocnění covid-19: horečka, kašel, dušnost a únava. Zmiňuje v něm také, že většina pacientů má průběh onemocnění mírnější a u menšiny pacientů se vyvine těžká hypoxie, která vyžaduje mechanickou ventilaci a nutnou hospitalizaci. Zajímalo mě, s jakými příznaky nejčastěji přicházeli pacienti do nemocničního zařízení. Všechny tázané informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se shodly na dušnosti. Dále se příznaky lišily dle probíhajících pandemických vln. V první vlně mezi nejčastěji příznaky byl dle informantek S6 a S7 zařazen i průjem. Informantka S3 zase porovnávala dvě následující pandemické vlny. Ve druhé vlně, neboli vlně delta, to byla již zmíněná dušnost a ve třetí vlně, známé také jako vlna omikron, to byly převážně příznaky rýmy, většího nachlazení a bolesti v krku. Samotná léčba koronavirového onemocnění je různá. Studie Khana et al. (2020), prováděna od dubna do června roku 2020, sledovala léčbu pacientů s onemocněním covid-19 léčených standardní péčí, tedy podáváním antipyretik, histaminik, atd. a léčbu skupiny pacientů, kteří byli léčeni rovněž standardní péčí a antivirotem Ivermektinem. Výsledkem studie je, že pacienti, kterým byl Ivermektin podáván, byli rychleji propuštěni z nemocnice. Autoři se domnívají, že působení Ivermektinu by mohlo omezit i šíření samotného viru. Dle odpovědí informantek je velice individuální, jaká virostatika se pacientům podává, záleží, co jim laicky řečeno „zabere“. Informantka S5 na otázku, jaká virostatika nejčastěji podáváte, odpověděla následovně: „*Podáváme Remdesivir, teď Vecluri, dávali jsme Roactimru, monoklonální protilátky a rekonvalescenční*

plazmu.“ (S5) Z mé praxe vím, že nejčastěji podávaným virostatikem byl Remdesivir a v mnoha případech byla podávána i rekonvalescenční plazma.

Druhá výzkumná otázka ve znění: „*Jaké překážky sestry vnímaly v oblasti uspokojování psychologických potřeb pacienta s onemocněním covid-19?*“ jsem se v první řadě zajímala o to, jaké psychologické potřeby jsou dle zdravotnického personálu nejvíce neuspokojeny a zda informantky vnímaly nějaké překážky v jejich uspokojování. Dle Trachtové et al. (2018) je význam pojmu psychologická potřeba zcela specifický, vyjadřuje psychický stav člověka odrážející nějaký jeho nedostatek. Mezi psychologické potřeby můžeme zařadit potřebu být bez bolesti, potřebu jistoty a bezpečí, potřebu lásky či potřebu uznání. Ve spojitosti s onemocněním covid-19 jsem se zaměřila spíše na emoce, strach, reakce a také na komunikaci, která je důležitá nejen u pacientů s onemocněním covid-19. Zeptala jsem se informantek, zda vnímaly nějaké překážky v uspokojování psychologických potřeb pacienta s onemocněním covid-19. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) odpověděly, že v první řadě je to komunikace. Z vlastní praxe vím, jak obtížné je s pacienty komunikovat přes respirátor, roušku a štít, které jsem musela mít přes ústa. Pacienti mi špatně rozuměli a pro většinu hospitalizovaných seniorských pacientů, kteří trpí poruchami sluchu, to bylo velice frustrující a jejich chování bylo občas až agresivní, protože mi pořádně nerozuměli a někteří se mě i báli. Dále také hraje velkou roli strach, obavy, potřeba lásky a bezpečí. Šamánková (2011) ve své knize uvádí, že při uspokojování potřeby lásky a pocitu příslušnosti je důležité dávat jednoznačně najevo porozumění, projevovat toleranci a individuální zájem o nemocného a jeho osobu. S tímto tvrzením souhlasím, ale dle mého názoru by se takto mělo přistupovat ke všem neuspokojeným potřebám pacienta nejen k potřebě lásky, jak uvádí autorka ve své knize.

Zajímalo mě tedy, jakým způsobem informantky pomáhají covid pozitivnímu pacientovi vyrovnat se s jeho negativními emocemi. Dle Ayerse et al. (2015) se vliv negativních emocí na pacientovo zdraví stal předmětem mnoha výzkumů, kdy se podařilo shromáždit dostatek důkazů svědčících o tom, že určité typy emocí s negativním laděním mají vazbu na konkrétní onemocnění. Autor dále uvádí, jak se dá ze strany zdravotnického personálu pomoci pacientům vyrovnat se s jejich negativními emocemi. Ve své knize radí, že pokud zdravotnický personál pomůže pacientovi posuzovat věci pozitivněji, je možné snížit jejich negativní emoce a pomoci jim zvládat obtížné situace. Rovněž zde sděluje, že v případě, když se pacient cítí sklesle, humor a úsměv má potenciál zvednout člověku

náladu a rovněž může mít nepřímý vliv na zdraví pacienta. Podpora optimismem je další bod, který Ayers et al. (2015) ve své publikaci uvádí. Pokud se k pacientům přistupuje tímto způsobem a správnou komunikací, vede, dle mého názoru, právě tento přístup k lepšímu vyrovnání se s negativními emocemi. Dle informantek je v tomto případě na prvním místě komunikace. Bohužel co se týče onemocnění covid-19, je komunikace velice omezena. Je to z důvodu času, ale i množství ochranných pomůcek, které na sobě zdravotnický personál má a pacienti jim přes štíty a respirátory těžko rozumí. Sama z mé praxe vím, že je to opravdu velice náročné. V případě, kdy je pacient na High Flow kyslíkové terapii či na neinvazivní plicní ventilaci, tak i zdravotnický personál těžko rozumí jeho přáním. Informantka S6 sdělila: *„Šlo to hrozně těžko, ta komunikace hrozně vážla, protože přijdete na pokoj, uděláte si, co máte a jdete zase vedle, abyste stihla udělat všechno a jste ráda, že se za ty tři hodiny můžete svléknout.“* (S6) Informantka S5 dodala následující: *„Sestřičky se hodně snažily, aby ti naši pacienti byli v pohodě, chodili k nám i salesiáni, kteří si s těmi lidmi povídali nebo jim četli, pacienti si leželi a jenom poslouchali. Potom dvakrát týdně sem chodil kaplan, někteří se zpovídali, někteří si jen chtěli popovídat. Hodně sem taky chodili studenti, kteří se pacienty snažili trochu rozptýlit, což dle mého názoru bylo skvělé.“* (S5) Dle mého názoru je pomoc nás jako studentů či dobrovolníků, pro pacienty velice přínosná. Myslím si, že díky tomuto přístupu je alespoň na chvíli odvedena pacientova pozornost od samotných myšlenek na jeho nynější onemocnění, je zmírněn jeho strach, úzkost a zároveň se necítí tak osaměle.

Komunikace samotná byla také jednou z otázek, kterou jsem informantkám položila. Pojem komunikace je dle Zacharové (2016) univerzální jev lidské společnosti, přímý regulátor mezilidských vztahů a zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému, kdy přispívá k uspokojování potřeby sociálního kontaktu a sociálního začleňování jednotlivce do skupiny. Autorka také uvádí, že komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti, kdy při komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem je zapotřebí navodit důvěru, která by nemocného uspokojovala a zbavovala ho obav a strachu. Dle Bednaříka et al. (2020) pacient od prvního momentu, kdy se setká se zdravotnickým personálem, vysílá množství signálů o své vlastní osobě, např. jak se cítí, co ho bolí nebo jak vnímá situaci, ve které se momentálně nachází. Rovněž tak i zdravotník od začátku kontaktu vysílá směrem k pacientovi množství signálů, jako např. jaký postoj a vztah k pacientovi jako osobě má. Zacharová (2016) uvádí, že k dosažení kvalitní komunikace je zapotřebí individuální přístup, empatie, pozitivní vztah a úcta

k pacientovi. S tímto tvrzením souhlasím a myslím si, že komunikace je opravdu základním pilířem celé ošetrovatelské péče. Proto jsem se informantek zeptala, jak vypadá komunikace s covid pozitivními pacienty. Dostalo se mi odpovědi, že komunikace s pacienty není dlouhá, ale pro pacienta vždy alespoň trochu přínosná ve formě podpory, uklidnění a snahy odvést pozornost od špatných myšlenek. Informantka S5 sdělila následující: *„Za prvé na ty pacienty je hrozně málo času a za druhé je ta komunikace občas i horší, protože jsou pacienti dušní a člověk je nechce zatěžovat tím, aby mluvili a namáhali se.“* (S5)

Reakce, postoj k nemoci a přijímání zdravotního stavu covid pozitivního pacienta, byla jedna z oblastí, která mě také velice zajímala. Dle Kopecké (2015) se nemocní lidé musí vyrovnat se svým onemocněním a všemi změnami, které jim nemoc přináší, kdy součástí vyrovnání se s onemocněním samotným je zaujetí určitého postoje k nemoci. Autorka dále uvádí např. normální postoj k nemoci, nozofobní postoj, postoj hypochondrický či postoj účelový a mnoho dalších. Odpovědi informantek se shodují na tom, že zaujetí pacientova postoje je velice individuální, ale s většinou případů, se kterou se doposud setkaly, byl postoj většinou standardní. Nemocný nákazu koronavirem přijal bez problému a snadno se ztotožnil s rolí nemocného. S postojem k vlastnímu onemocnění jde ruku v ruce i reakce na něj. Dle Kopecké (2015) mezi obranné mechanismy zvládnání patří únik, agrese, potlačení, izolace, ale i např. bagatelizace či identifikace. Nemusí to ale vždy být negativně laděný postoj. Na základě zjištěných informací od dotazovaných informantek se pacienti ztotožňují s reakcí identifikace, kdy nejčastěji padají slova *„vyléčili se ostatní, vyléčím se taky“* nebo je tu pravý opak, kdy pacienti nemají motivaci k tomu vrátit se zpět do života, ale vše je velice individuální a záleží jen na člověku, jak se ke svému zdravotnímu stavu postaví. *„Někteří to vzdávají, slyšíte od nich, už mě to tu prostě nebaví, tak už prostě víte dopředu, že ať se budete snažit sebevíc, tak to prostě nedopadne. A pak je tu ten pravý opak, kdy pacienti přijdou, řeknou, že chtějí domů a opravdu se snaží, cvičí, rehabilitujou, opravdu dělají, co můžou a je to i na nich vidět, když prostě člověk chce, tak toho dosáhne, je to pro ně sice spousta překážek, ale většinou, když opravdu dodržují ten režim a polohují se tak, jak mají, pořádně jedí, pijí a spolupracují, tak to jde a je krásné na to koukat.“* (S5) Musím říci, že za své praxe jsem se nesečkala s nikým, kdo by se nesnažil o navrácení se zpět do běžného kvalitního života. Bohužel jsem se ale setkala s případy, kdy zde motivace k uzdravení sice byla, ale

napadení organismu koronavirem nevedlo ke zdárnému konci a na následky tohoto onemocnění pacient zemřel.

Úzkost a strach jsou dle Zacharové (2016) emočně silně zabarvené prožitky, které vznikají z pocitu ohrožení a v podstatě se jedná o jednu z obranných forem organismu, kdy v pozadí stojí lidský pud sebezáchovy. Nejčastěji jsou předměty strachu bolest, ztráta životních možností, odloučení od svých nejbližších, strach ze smrti, strach z léčení, negativní zkušenosti či následky onemocnění. Zacharová (2016) také zmiňuje, že jednat s nemocným trpícím strachem není jednoduché a vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání nejen zdravotnického personálu, ale i rodinných příslušníků nemocného. S nemocným by se mělo jednat trpělivě, empaticky, v klidu. Rozvor by měl být vedený tak, aby pacient cítil, že pro něj máme pochopení, nepohrdáme jím a ani se nad něj nepovyšujeme. Je možné pacienta vhodně zaměstnat a jeho myšlenky orientovat jiným směrem. S tímto tvrzením souhlasí i dotazované informantky. Na otázku, jak zmírňují pacientův strach z onemocnění covid-19 odpověděli následovně: „*Když mohu a mám čas, tak opravdu tou komunikací nebo dotekem, chycením za ruku nebo pohlazením.*“ (S7)

Ve třetí, poslední otázce: „*Jaké překážky sestry vnímaly v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta s onemocněním covid-19?*“ mě zajímal dopad onemocnění na sociální život pacientů. Před samotným dopadem je však nutné si uvědomit, že sestry a ostatní zdravotnický personál musel dodržovat správné techniky bariérové péče, které mohly u pacientů vést k negativním pocitům. Veverková et al. (2019) ve své publikaci uvedla, že izolačním režimem v nemocničním zřízení se rozumí předem stanovený box nebo pokoj, který slouží k ochranně okolí a kde je za přesně stanovených podmínek infekční pacient izolován. Dále uvedla, že je nutno pokoj řádně označit, minimalizovat vstupy na izolační pokoj, individualizovat veškeré pomůcky potřebné k ošetřování infekčního pacienta a ponechat je na pokoji. Vybavení, které je potřebné k maximální ochranně zdravotnického personálu, jako je dezinfekce, rukavice, pláště, čepice, návleky na boty, ústenky a ochranné brýle, jsou rovněž nutné k dodržování kvalitní bariérové ošetrovatelské péče. Odpovědi všech informantek (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) se s tímto postupem shodují.

V rámci uspokojování sociálních potřeb pacientů s onemocněním covid-19 jsem zjišťovala, jak samotní pacienti vnímali používání ochranných pomůcek zdravotnického personálu. Na základě dotazování, jsem zjistila, že pacienti těžce nesli, že zdravotnický

personál na ně neměl dostatek času. Dále je znervózňovalo, že jim pořádně nerozumí přes veškeré ochranné pomůcky. S tímto problémem jsem se za své praxe také několikrát setkala. Bohužel přenos tohoto onemocnění je velice snadný a v rámci ochrany našeho zdraví a zdraví našich blízkých se nelze ani na pár vteřin odhalit, aby pacienti viděli, kdo vlastně u nich provádí veškerou ošetrovatelskou péči. Se sociálními potřebami je spojený i sociální kontakt a návštěvy rodinných příslušníků hospitalizovaných pacientů. Zákaz návštěv pacientům jejich pobyt v nemocničním zařízení také moc neusnadňoval. Informantky to vnímaly následovně: „*Jsou zakázané návštěvy, nechodí za nimi rodiny a vesměs ani my, není to takové, jako když tu máme naše klasické pacienty, kdy vejde na pokoj a trávíme tam s nimi spoustu času, teď i my máme dost omezený trávení času s těmi pacienty.*“ (S4) „*Nejhorší je, že ty lidi by si chtěli povídat, ale prostě v tom obleku a s plným oddělením, to nebylo možné, třeba byť si popovídali i na 5 minut.*“ (S6) „*Hodně pacientů si stěžovalo, že ani neví, kdo jsme kdo, nerozeznávali nás, oni třeba věděli, malá, měla brýle nebo podle hlasu, očí, většinou spekulovali, aha ta je tu dneska, takže tu bude s tou druhou s těma hnědýma očima, někdy i mezi dveřmi řekli, sundejte ten respirátor, alespoň na chvíli, ať vůbec víme, kdo nás ošetřuje. Člověk nevěděl, jestli se usmíváme, přes tu roušku často špatně i rozuměli, takže se snažíme křičet, což pro nás je hrozně vyčerpávající.*“ (S7)

V rámci onemocnění covid-19 jsem na základě zjištěných informací od dotazovaných informantek zjistila, že pokud se nejedná o pacienta na sklonku svého života, jsou návštěvy zakázané. Dle Vytejškové et al. (2013) je umírání procesem úbytku síly a životních funkcí, kdy toto období má různou dobu trvání. V případě koronavirového onemocnění se jednalo o rychlý ráz v průběhu několika dní maximálně týdnů. Péče o mrtvé tělo pacienta s covid-19 se v průběhu pandemie různě měnila. V období první vlny koronavirové pandemie se mrtvé tělo zabalovalo do speciálních pytlů. Dle výzkumu Sookaromdeea (2021) byla mrtvá těla pacientů s covid-19 speciálně zapečetěna do vakuových, plastových obalů a musela být převezena do krematoria ke kremaci. Výsledkem jeho výzkumu byl fakt, že neexistuje žádný případ přenosu nemoci z mrtvého těla. S tímto výrokem souhlasí i Vidua et al. (2020), který ve svém článku rovněž udává, že dosud neexistují žádné důkazy o přenosu viru manipulací s mrtvým tělem. Autor doporučuje mrtvé tělo před přepravou zabalit do látky a co nejdříve převézt do márnice. Na takovéto péči o mrtvé tělo se shodují i dotazované informantky, které uvedly, že

v momentální situaci se mrtvé tělo balí do prostěradel, jako je zvykem u „necovidových“ pacientů.

6 Závěr

Na základě tří výzkumných otázek bylo cílem této bakalářské práce zmapovat problémy v ošetrovatelské péči o covid-19 pozitivního pacienta. Cíl byl na základě získaných výsledků splněn.

Z výsledků vyplynulo, že péče o covid pozitivního pacienta se vyvíjela postupně dle probíhajících pandemických vln. V první pandemické vlně byla celá situace ohledně koronaviru nová a nikdo nevěděl, jak dlouho bude trvat a co vše celá celosvětová pandemická situace ještě přinese.

Péče o covid pozitivního pacienta je velice specifická. Je nutné dodržovat přísné zásady bariérové ošetrovatelské péče. Správná technika oblékání a svlékání osobních ochranných pomůcek, zacházení s pomůckami, které přišly do styku s pozitivním pacientem a také specifická péče o mrtvé tělo. Mezi specifickou péčí lze zařadit i podávání virostatické léčby ve formě infuzních přípravků – Remdesivir, Vecluri, ale také např. podávání rekonvalescenční plasmy. Dále bylo zjištěno, že v oblasti biologických potřeb se zdravotnický personál nejvíce zaměřoval na potřebu dýchání a péči o dýchací cesty nemocného. V tomto případě se nejvíce kladl důraz na pravidelné polohování z boků na bok, polohování na záda a v případě, pokud to zdravotní stav pacienta dovolil i sed či polosed. V oblasti psychologických potřeb bylo zjištěno, že největším problémem je komunikace. Ze zjištěných informací od informantek není na pacienty dostatek času, protože i přes veškeré ochranné pomůcky má zdravotnický personál pouze omezený čas pobytu na pokoji covid pozitivního pacienta. Dalším problémem je, že pacienti díky osobním ochranným pomůckám nedokáží rozeznat, kdo jim vlastně poskytuje ošetrovatelskou péči. Poslední zkoumanou oblastí byly překážky v péči o sociální potřeby covid pozitivního pacienta. Zde bylo zjištěno, že největším problémem je sociální kontakt se svými nejbližšími, který je dostatečně neuspokojen z důvodu zákazu návštěv. Pacienti nejčastěji udržují kontakt se svými blízkými telefonicky nebo komunikují přes sociální síť.

Na základě získaných výsledků, které mapují specifika a problematiku ošetrovatelské péče o covid pozitivního pacienta, je vytvořen podklad semináře pro zdravotnické pracovníky, kteří pečují o covid pozitivní pacienty. Seminář je zaměřen na péči o potřeby covid pozitivních pacientů.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. BABARINSA, A. I. et al., 2021. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-1) and Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection in pregnancy – An overview* [online]. Qatar: Qatar University Collage of Medicine [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211521002992>
3. BARTŮŇEK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepřiznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
5. BOCKOVÁ, S. et al., 2015. *Obsahová validace diagnózy Neefektivní dýchání* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2015/01/06.pdf>
6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
7. CEJPKOVÁ, J., STEHLÍKOVÁ, P., 2006. *Zásady bariérové ošetrovací techniky* [online]. Praha: Kardiochirurgie Nemocnice Na Homolce [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zasady-barierove-oseetrovaci-techniky-276662>
8. Coronavirus disease (COVID-19), 2021. [online]. WHO. [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
9. COVID-19: možnosti prevence, 2021. [online]. Státní zdravotní ústav. [cit. 2021-12-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1069-covid-19-moznosti-prevence>
10. DOSBABA, F. et al., 2021. *Rehabilitační ošetrování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
11. DUGDALE, C. D., 2021. *How to stop the spread of COVID-19* [online]. Washington: University of Washington School of Medicine [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000973.htm>
12. DUGDALE, C. D., 2022a. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)* [online]. Washington: University of Washington School of Medicine [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/007768.htm>

13. DUGDALE, C. D., 2022b. *COVID-19 symptoms* [online]. Washington: University of Washington School of Medicine [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/007770.htm>
14. DUGDALE, C. D., 2022c. *COVID-19 vaccines* [online]. Washington: University of Washington School of Medicine [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/007775.htm>
15. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
16. HADAŠOVÁ, L. et al., 2019. *Principy bariérového ošetrovatelstva v praxi* [online]. Prešov: FZO, Prešovská univerzita [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/principy-barieroveho-oseetrovatelstva-v-praxi/>
17. HADJILIADIS, D. et al., 2021. *Severe acute respiratory syndrome (SARS)* [online]. Philadelphia: University of Pennsylvania [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/007192.htm>
18. HORANOVÁ, V., 2017. *Vybrané kapitoly ze základů hygieny, epidemiologie, mikrobiologie a imunologie v bodech*. České Budějovice: JKA s.r.o, 112 s. ISBN 978-80-87101-55-1.
19. JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.
20. JOVIC, T. H. et al., 2020. *Could vitamins help in the fight against COVID-19?* [online]. UK: Reconstructive Surgery & Regenerative Medicine Research Group, Institute of Life Sciences, Swansea University Medical School, Swansea University [cit. 2021-12-06]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32842513/>
21. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
22. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
23. KHAN, I. S. et al., 2020. *Ivermectin Treatment May Improve the Prognosis of Patients With COVID-19* [online]. Mymensingh: Mymensingh Medical Collage and Hospital [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://www.archbronconeumol.org/en-ivermectin-treatment-may-improve-prognosis-articulo-S030028962030288X>
24. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.

25. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43691/Hodnoty_a_potreby_cloveka_v_oseetrovatelske_praxi_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. MACHÁLKOVÁ, L., 2019. *Kapitoly z ošetrovatelské péče v pneumologii* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/2019-0441_Machalkova.pdf
27. MANDAUŠOVÁ, K., 2021. *Čtyři vakcíny, které můžete dostat v Česku. Co je dobré o nich vědět* [online]. Praha: Forbes [cit. 2021-11-24]. Dostupné z: <https://forbes.cz/ctyri-vakciny-ktere-muzete-dostat-v-cesku-co-je-dobre-o-nich-vedet/>
28. MELICHERČÍKOVÁ, V., 2015. *Sterilizace a dezinfekce*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-139-1.
29. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
30. NEWMAN, T., 2021. *Coronavirus myths explored* [online]. USA: Medical News Today [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/coronavirus-myths-explored>
31. OCHANI, R. et al., 2021. *COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management* [online]. Karachi: Department of Internal Medicine, Dow University of Health Sciences [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33664170/>
32. OSHAGHI, E. et al., 2020. *Diagnosis and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Laboratory, PCR, and chest CT imaging findings* [online]. Hamadan: Hamadan University of Medical Sciences [cit. 2021-12-13]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919120304015>
33. PCR Tests, 2021. [online]. MedlinePlus. [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/lab-tests/pcr-tests/>
34. ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
35. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum. 572 s. ISBN 978-80-246-2932-2.

36. SAIBERTOVÁ, S. et al., 2017. Specifická bariérová péče a preventivní opatření u pacientů s infekčním onemocněním [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://portal.med.muni.cz/clanek-671-specificka-barierova-pece-a-preventivni-opatreni-u-pacientu-s-infekcnim-onemocnenim.html>
37. SEIFERT, B. et al., 2020. *Pandemie infekce COVID-19 a primární péče* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/DP-Pandemie-2020-12-02.pdf>
38. SOOKAROMDEE, P., WIWANITKIT, V., 2021. *Dead Body of the Patient with COVID-19 and Concern on Disease Spreading* [online]. Bangkok: Private Academic Consultant [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34584652/>
39. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
40. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
42. ŠPINAR, J., LUDKA, O. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vydání. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
43. ŠTEFAN, M. et al., 2021. *Covid-19: diagnostika a léčba* [online]. Praha: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP [cit. 2021-12-06]. Dostupné z: https://www.infekce.cz/Covid2019/DPcovid-19_SIL_0421.pdf
44. ŠULCOVÁ, L., 2020. *Oblékání a svlékání osobních ochranných prostředků (OOP) u COVID-19* [online]. Praha: Národní referenční centrum pro infekce spojené se zdravotní péčí [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <http://www.nrc-hai.cz/?q=node/184>
45. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
46. TROJÁNEK, M. et al., 2020. *Nový koronavirus (SARS-CoV-2) a onemocnění COVID-19* [online]. Praha: Klinika infekčních nemocí 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/Covid2019/Covid19-CLC20.pdf>
47. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.

48. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.
49. VIDUA, K. R. et al., 2020. *Dead body management amidst global pandemic of Covid-19* [online]. Bhópál: AIIMS Bhopal [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0025817220926930>
50. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
51. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
52. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
53. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

8 Seznam použitých zkratek

PCR – polymerázová řetězová reakce

DNA – deoxyribonukleová kyselina

RNA – ribonukleová kyselina

Bc. – bakalářský titul

ARIP – anestezie, resuscitace, intenzivní péče – specializace

Mgr. – magisterský titul

EKG – elektrokardiografie

SŠ – střední škola

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

INF – infekční oddělení

JIP – jednotka intenzivní péče

CHIR – chirurgické oddělení

MERS – blízkovýchodní respirační syndrom

SARS – těžký akutní respirační syndrom

3R – respirátor, ruce, rozestupy

mRNA – mediátorová ribonukleová kyselina

PVC – polyvinylchlorid

mg – miligram

ml – mililitr

kg – kilogram

9 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 1 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Máte nějakou specializaci?
3. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
4. Pracujete na infekčním oddělení nebo jste byla „stažena“ z jiného pracoviště? Je to pro Vás více náročné?
5. Jaké používáte ochranné pomůcky při péči o covid-19 pozitivního P/K? Jakým způsobem si tyto pomůcky oblékáte? Jakým způsobem si tyto pomůcky svlékáte při odchodu z pokoje covid-19 pozitivního pacienta?
6. Máte dostatek pomůcek k ošetřování covid-19 pozitivních pacientů?
7. Jaké jsou odlišnosti v péči o covid-19 pozitivního pacienta v porovnání s Vaším obvyklým pacientem? Co je podle Vás nejdůležitější?
8. S jakými příznaky nejčastěji covid-19 pozitivní pacienty přijímáte?
9. Jaké si myslíte, že mají nejčastější potřeby covid pozitivní pacienti? Jaké jsou podle Vás nejvíce neuspokojeny?
10. Jak pečujete o dokumentaci covid-19 pozitivního pacienta?
11. Jak zacházíte s pomůckami, které byly v kontaktu s covid-19 pozitivním pacientem?
12. Jak pečujete o pokoj po propuštění/ překladi pacienta s covid-19?
13. Jak pečujete o mrtvé tělo covid-19 pozitivního pacienta? Jsou zde nějaké odlišnosti od péče o mrtvé tělo pacienta, který neměl infekční onemocnění?
14. Jak pečujete o pacienta s dušností? Do jaké polohy pacienta nejčastěji ukládáte?
15. Jakou stravu (dietu) nejčastěji podáváte pacientům s onemocněním covid-19?
16. Jak řešíte poruchy spánku u pacientů s onemocněním covid-19?
17. Jaký vliv má onemocnění covid-19 na pacienty trpící chronickým onemocněním?
18. Máte porovnání s péčí v první vlně? Pokud ano, jak vypadala péče o pozitivní pacienty v době první vlny? Vnímáte nějaké odlišnosti?
19. Cítíte nějakou změnu/pokroky v ošetrovatelské péči o covid-19 pozitivního pacienta oproti první vlně pandemie?
20. Jak reagují covid pozitivní pacienti na zhoršení jejich stavu?
21. Jak vypadá komunikace s covid pozitivním pacientem?
22. Vnímáte nějak překážky v uspokojování psychologických potřeb pacienta s covid-19?
23. Jak covid pozitivní pacienti přijímají svůj zdravotní stav?

24. Jakým způsobem pomáháte covid pozitivnímu pacientovi se vyrovnat s jeho negativními emocemi?
25. Jaké má největší obavy (z čeho má největší strach) pacient s onemocněním covid-19 do budoucna? Obávají se např. vzniku postcovidového syndromu?
26. Jak zmírňujete pacientův strach z onemocnění covid-19?
27. Jak vnímáte vzájemné vztahy s pozitivními pacienty při dlouhodobé hospitalizaci?
28. Jsou povolené návštěvy u pacientů s covidem v terminálním stádiu? Jak takové návštěvy vypadají?
29. Vnímáte nějak překážky v uspokojování sociálních potřeb pacienta s covid-19?
30. Jak nejčastěji udržují covid pozitivní pacienti kontakt se svými blízkými?
31. Jak myslíte, že se pacienti po prodělání onemocnění covid-19 vracejí zpět do běžného sociálního života?
32. Jak se vyrovnávají rodinní příslušníci se ztrátou svého blízkého, který zemřel na/s onemocněním covid-19?

Zdroj: Vlastní