



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů
v období pandemie**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Daniela Škodáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů v období pandemie*“ 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 diplomové 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 27. 7. 2023

.....

Bc. Daniela Škodáková

Poděkování

Mé poděkování patří především paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. Děkuji za cenné rady, věnovaný čas, ochotu, trpělivost a laskavý přístup při tvorbě této diplomové práce.

Dále děkuji také všem informantům, kteří se podíleli na realizaci výzkumného šetření v této diplomové práci.

Závěrem bych chtěla poděkovat své rodině za oporu, kterou mi byli po celou dobu mého studia.

Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů v období pandemie

Abstrakt

Tato diplomová práce podrobněji zkoumá problematiku sociální izolace hospitalizovaných klientů s covid-19 v období pandemie a její vliv na jejich zdraví a psychickou pohodu. Zaměřuje se na tři hlavní cíle: zmapovat vnímání pacientů sociální izolace při hospitalizaci v období pandemie, zmapovat dopad sociální izolace na hospitalizované klienty v období pandemie a zmapovat kroky, které by dle hospitalizovaných pacientů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie.

Teoretická část práce poskytuje komplexní přehled o sociální izolaci a zohledňuje také potřeby pacienta a roli sestry v pandemickém prostředí. Dále zahrnuje informace o onemocnění covid-19 a pravidla ošetrovatelské péče o hospitalizované klienty. Závěrečná část teoretické části se pak věnuje intervencím a preventivním opatřením ke zmírnění sociální izolace v rámci nemocničního prostředí.

Výzkumná část práce je opatřena relevantní metodikou a zaměřuje se na data získaná kvalitativní metodou, která jsou následně systematicky strukturována a kategorizována. V diskuzi jsou výsledky analyzovány, provázány s relevantními studiemi a porovnány s výsledky jiných prací.

V rámci této práce jsme se zaměřili na tři výzkumné otázky, které nám pomohly dosáhnout stanovených cílů. Naše zjištění ukazují, že hospitalizovaní pacienti v období pandemie vnímali silný pocit sociální izolace. Tento pocit významně ovlivnil nejen jejich fyzický stav, ale také duševní rozpoložení. Při mapování kroků, které by podle samotných respondentů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace, uvedli dotázaní zásadní prvky, které by mohly přispět ke zlepšení podmínek během hospitalizace a snížit tak negativní důsledky sociální izolace. Jedinci uvedli povolení návštěv, lepší komunikaci s rodinou, podporu osobních zájmů či vytvoření programů pro pacienty v izolaci.

Tato diplomová práce může přispět k lepšímu porozumění problematice sociální izolace a sloužit jako východisko pro další výzkum a implementaci opatření k podpoře hospitalizovaných pacientů. Zároveň může přispět k lepšímu porozumění dopadů sociální izolace na zdraví a potřeby jedinců, posílení péče a podpory

pro hospitalizované pacienty s covid-19 a k vytvoření citlivějšího a respektujícího prostředí ve zdravotnictví. Poskytuje také užitečné informace, které mohou vést k vylepšení podmínek během hospitalizace a snížení negativních důsledků sociální izolace.

Klíčová slova: sociální izolace; izolace; hospitalizace; covid-19; pacient; pandemie

Issues of social isolation of hospitalized clients during a pandemic

Abstract

This thesis examines in more detail the issue of social isolation of hospitalized clients with covid-19 during the pandemic and its impact on their health and psychological well-being. It focuses on three main objectives: to map patients' perceptions of social isolation while hospitalized during a pandemic, to map the impact of social isolation on hospitalized clients during a pandemic, and to map the steps that hospitalized patients would lead to improving the consequences of social isolation during a pandemic.

The theoretical part of the thesis provides a comprehensive overview of social isolation and also takes into account the needs of the patient and the role of the nurse in a pandemic environment. It also includes information about covid-19 disease and rules of nursing care for hospitalized clients. The final part of the theoretical section focuses on interventions and preventive measures to alleviate social isolation within the hospital setting.

The research part of the thesis is provided with relevant methodology and focuses on the data obtained by qualitative method, which are then systematically structured and categorized. In the discussion, the results are analyzed, linked to relevant studies and compared with the results of other works.

In this paper, we focused on three research questions that helped us achieve our objectives. Our findings show that hospitalized patients perceived a strong sense of social isolation during the pandemic. This feeling significantly affected not only their physical condition but also their mental well-being. When mapping the steps that hospitalized patients themselves believed would lead to improving the consequences of social isolation, the interviewees mentioned essential elements that could contribute to improving conditions during hospitalization and thus reduce the negative consequences of social isolation. Individuals mentioned allowing visitors, better communication with family, support for personal interests or the creation of programs for patients in isolation.

This thesis can contribute to a better understanding of this issue and can serve as a starting point for further research and implementation of measures to support hospitalized patients. At the same time, this thesis can contribute to a better understanding of the impact of social isolation on the health and needs of individuals, to strengthen care and support for hospitalized covid-19 patients, and to create a more sensitive and respectful healthcare environment. It also provides useful information that can lead to improved conditions during hospitalization and a reduction in the negative consequences of social isolation.

Key words: social isolation; isolation; hospitalization; covid-19; patient; pandemic

Obsah

Úvod.....	10
1. Sociální izolace.....	12
1.1 Osamělost.....	13
1.2 Vliv sociální izolace a osamělosti na jedince.....	14
1.3 Rizikové faktory zranitelnosti.....	14
1.4 Vliv izolace na zdraví.....	15
1.4.1 Dlouhodobé účinky izolace a osamělosti na zdraví.....	17
2. Potřeby pacienta.....	18
2.1 Klasifikace potřeb.....	19
2.2 Rodina.....	21
3. Role sestry během pandemie.....	22
4. Pandemie covid-19.....	24
4.1 Přenos.....	24
4.2 Preventivní opatření proti šíření covid-19.....	24
4.3 Diagnostika.....	25
4.4 Příznaky a dopad SARS-CoV-2 na lidský organismus.....	25
4.5 Rizikové faktory.....	26
4.6 Léčba.....	26
4.7 Opatření Ministerstva zdravotnictví.....	28
5. Pravidla ošetrovatelské péče o pacienta s covid-19.....	29
5.1 Bariérový režim.....	29
5.2 Izolace pacienta.....	30
5.3 Hygienická dezinfekce rukou.....	31
5.4 Ochranné pracovní prostředky.....	32
5.5 Péče o pacienta a jeho prostředí.....	33
6. Prevence a intervence sociální izolace v nemocničních zařízeních.....	34
6.1 Copingové strategie.....	35
7. Cíl práce a výzkumné otázky.....	37
7.1 Cíle práce.....	37
7.2 Výzkumné otázky.....	37
8. Metodika.....	38
8.1 Použitá metoda.....	38
8.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	39
8.3 Etika výzkumu.....	39
8.4 Analýza dat.....	39
9. Výsledky.....	40
9.1 Struktura výzkumného souboru.....	40
9.2 Kategorizace získaných dat.....	40
9.2.1 Jak pacienti vnímají sociální izolaci při hospitalizaci v období pandemie?.....	40

9.2.2 Pociťují pacienti dopad sociální izolace v období pandemie?.....	49
9.2.3 Jaké kroky by dle pacientů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie?.....	55
10. Diskuse.....	63
11. Závěr.....	73
Seznam použité literatury.....	74
Seznam tabulek.....	84
Seznam příloh.....	84
Přílohy.....	85
Příloha č. 1: Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru.....	85

Úvod

V posledních třech letech se svět potýká s neobvyklou situací, kterou přinesla pandemie covid-19. Jedním z nejvýznamnějších dopadů této situace je výrazné omezení sociálního kontaktu mezi lidmi, které se stalo běžnou součástí našich životů. Tato situace má negativní vliv na fyzické i duševní zdraví mnoha lidí, zejména těch, kteří jsou hospitalizováni kvůli onemocnění covid-19. Tito lidé se ocitají v extrémně stresující situaci, kdy jsou odděleni od svých blízkých, rodin a přátel. Sociální izolace se tak stává dalším zátěžovým faktorem, který může mít negativní dopad na jejich zdravotní stav. Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku sociální izolace hospitalizovaných klientů s covid-19 v období pandemie a její vliv na jejich zdraví a psychické pohodlí.

Byly zvoleny tři cíle práce, a to zmapovat vnímání pacientů sociální izolace při hospitalizaci, dále zmapovat dopad této sociální izolace a v neposlední řadě zmapovat kroky, které by dle hospitalizovaných pacientů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie.

Teoretická část diplomové práce se zabývá v první kapitole samotnou charakteristikou problematiky sociální izolace a osamělosti. Jsou zde zařazena i další související témata jako rizikové faktory zranitelnosti či vliv sociální izolace a osamělosti na jedince a jeho zdraví včetně jejich dlouhodobých účinků na zdraví. Dále je zkoumán vliv sociální izolace a osamělosti na jedince, včetně jeho psychického a fyzického zdraví. Následující kapitola je věnována potřebám pacienta, včetně jejich klasifikace. Je zde zohledněna i role rodiny, která ve vztahu k pacientovi hraje bezesporu významnou roli. Další kapitola se věnuje roli zdravotnického personálu, který během pandemie zaujímá ve vztahu s pacientem velmi důležité místo. V souvislosti s hospitalizací jedince s covid-19 jsou v další kapitole popsány důležité poznatky ohledně tohoto onemocnění jako je přenos, diagnostika, rizikové faktory, příznaky a dopad na lidský organismus, léčba či preventivní opatření. Pátá kapitola se zabývá pravidly ošetrovatelské péče o pacienta s covid-19. Jsou zde popsány specifické postupy, které toto onemocnění vyžaduje jako je bariérový režim, izolace pacienta, použití ochranných pracovních prostředků či hygienická dezinfekce rukou i péče o pacienta a jeho prostředí. Poslední část teoretické části této diplomové práce se zaměřuje na intervence a prevenci sociální izolace v nemocničních zařízeních.

V rámci této kategorie jsou zde popsány i možné copingové strategie, které mohou pomoci jedincům zvládnout sociální izolaci a osamělost v nemocničním prostředí.

V rámci výzkumné části této diplomové práce jsem se zaměřila na zkušenosti hospitalizovaných jedinců týkající se probírané problematiky za pomoci poskytnutých rozhovorů. Cílem těchto rozhovorů bylo získat hlubší vhled do této problematiky. Získané informace z rozhovorů budou dále analyzovány a interpretovány s cílem identifikovat klíčová témata a výzvy spojené se sociální izolací a osamělostí při hospitalizaci jedinců s onemocněním covid-19. Výsledky budou dále interpretovány v podobě přednášky pro všeobecné sestry v Úrazové nemocnici v Brně na téma: Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů v období pandemie.

1. Sociální izolace

Pojem sociální izolace je mnohovýznamový, proto není jednoduché ho zcela přesně definovat. Lze chápat jako absenci sociálních kontaktů a interpersonálních vztahů, ale také například jako záměrné vyčlenění jedince ze společnosti. Carl Gustav Jung tento pojem popsal jako stav úplného pocitu osamění a odcizení, způsobený vlivem kolektivního nevědomí do vědomě udržené rovnováhy psychiky jedince (Černoušek, 2017).

Jak uvádí Weinstein et al. (2022), izolaci neboli samotu lze také vyložit jako objektivní stav jedince, ve kterém je dominantní vztah ke svému já a který nemá bezprostřední sociální či mezilidské podněty. Samota je tedy rozpoznatelná i při pozorování zvenčí. Může se vyskytovat v různých formách od dobrovolné, dobrovolné pod nátlakem až po nedobrovolnou. Příkladem může být právě hospitalizace. Samotu si jedinec občas zvolí i sám, jelikož napomáhá jeho psychické vyrovnanosti. Avšak sociální kontakt je pro jedince velice důležitý a řadí se mezi jeho základní sociální potřeby, jak uvádí Tylová et al. (2014). Izolaci lze rozlišit i dle délky trvání na krátkodobou a dlouhodobou. Délka odloučení má velký vliv na následné dopady, které může sociální izolace způsobit v psychice jedince, jak dodává Černoušek (2017).

Samota sama od sebe je považována za pozitivní zkušenost. Občas si ji jedinec zvolí i sám, protože tak snáz zpracuje informace z každodenního života a může ji využít k regeneraci organismu a odpočinku. Jak již bylo zmíněno výše v textu, samota také napomáhá k obnově psychické vyrovnanosti člověka (Tylová et al., 2014), ale bývá často vnímána i negativně, jelikož ve velkém množství případů bývá zaměňována s osamělostí, jak popisuje Černoušek (2017).

Právě samotu nebo pocit osamění prožilo tisíce lidí v nedávné době, a to při vypuknutí pandemie covid-19. Jedním z účinných preventivních opatření proti šíření této nemoci bylo významné omezení sociálního kontaktu. Musíme brát v potaz, že problematika sociální izolace vyvstala především v důsledku snahy o snížení šíření covid-19 (Wu, 2020). Bezespору tato nedobrovolná izolace zachránila spousty životů, přesto se však do popředí dostávají důkazy o zvýšeném negativním vlivu na hospitalizované jedince. Svým vlivem způsobila spoustu vedlejších účinků

i negativních důsledků. Jak dále uvádí Lampraki et al. (2022), jedním z takových negativních důsledků bylo rozšíření a prohloubení pocitu osamělosti u pacientů.

1.1 Osamělost

Se sociální izolací úzce souvisí pojem „osamělost“, kterou do povědomí populace přiblížil roku 1959 psychiatr Fromm-Reichmann, který poukázal na důležitost definování tohoto pojmu. V následujících letech ji charakterizovali především jako duševní stav jedince (Cacioppo et al., 2015). Například Peplau a Perlman ji popisovali jako rozpor mezi chtěnými a skutečnými sociálními vztahy jedince (Peplau, Perlman, 1982).

Pocit osamění, je psychologický projev sociální izolace neboli subjektivní pocit izolace, jak udává Razai et al. (2020), který může mít škodlivé účinky na fyzickou i duševní pohodu jedince. Banerjee a Rai (2020) dále dodávají, že je také osamělost popisována jako stav bytí bez společnosti a vzniká následkem nenaplnění sociální potřeby jedince, s čímž souhlasí i Černoušek (2017), který vysvětluje, že sociální izolace a osamělost spolu nemusí zcela vždy úplně souviset.

Dle Tylové et al. (2014) lze osamělost rozlišit na sociální a emoční, přičemž je emocionální osamělost spojená s konkrétní osobou či osobami. Vzniká především následkem absence blízkého a důvěrného vztahu založeného na vzájemném porozumění. Nepřítomnost blízké citové vazby vede k pocitům osamělosti, citlivosti, úzkosti i opuštěnosti, jak udává autor O'Súilleabháin et al. (2019), který dále přispívá názorem, že tento typ osamělosti je častější než osamělost sociální.

Sociální osamělost, jak uvádí Tylová et al. (2014), je spíše spojována s širším okruhem osob, sdílením společných aktivit a zájmů. Je projevem nedostatku svého zapojení do sociálních vztahů a kontaktů. Vzniká tak v případech, kdy by si jedinec přál více interpersonálních kontaktů, než se mu dostává. Gottwaldová (2018) však dodává, že počet sociálních kontaktů nemá přímý vliv na tento pocit. Člověk s velkým sociálním kruhem se může cítit více osamělý než jedinec s menším sociálním kruhem. Nezáleží tedy na počtu kontaktů, avšak na kvalitě těchto vztahů, s čímž souhlasí O'Súilleabháin et al. (2019) a dodává, že sociální osamělost vede spíše k pocitům nudy, bezcílnosti a může vést až k depresím u daného jedince.

Emoční a sociální osamělost jsou do jisté míry propojeny a mohou spolu relativně souviset, ale přesto jsou do jisté míry odlišné a mohou se vyvíjet i poměrně nezávisle na sobě (Lampraki et al., 2022).

1.2 Vliv sociální izolace a osamělosti na jedince

Izolace byla do dnešní doby pro mnoho lidí zcela neznámá zkušenost. Například ve vězeňských prostorech je využívána jako forma trestu. I lidé, kteří jsou psychicky odolnější, mají problémy se s vlivem izolace vypořádat. U osob, které jsou citově zranitelnější, navíc často působí i řadu psychosociálních problémů a je pro ně značně komplikovanější se s nimi poradit. (Usher et al., 2020).

Při pohledu do historie pandemií s celosvětovým dopadem byl nejinfekčnější virus chřipky A (H1N1) z roku 2009, která ohrožovala Spojené státy americké (Razai et al., 2020). Jeho úroveň nakažlivosti byla 1,6 infikovaného jedním subjektem, u covid-19 je tato míra infekčnosti odhadována na 4,08. Jeho vlastnosti jako je právě míra infekčnosti, časné mutace či způsobené zdravotní komplikace, působí na psychiku jedince a vytváří tak prostor pro prohlubující se jeho nejistotu. Již roku 2009 bylo zjištěno 4x vyšší riziko vzniku posttraumatického stresu u dětí, které byly v karanténě, oproti těm, které v izolaci nebyly (Dagnino et al., 2020).

1.3 Rizikové faktory zranitelnosti

Nejvíce ohroženou skupinou osob jsou především senioři, kteří bývají častěji izolováni od svých rodin či přátel. Především skrze jejich sníženou pohyblivost, kvůli které nemají možnost dostatečné socializace (Gottwaldová, 2018). Mezi zranitelnější skupinu osob se považují také starší dospělí, kteří jsou stejně jako senioři často nejen funkčně závislí na podpoře ze strany rodiny či komunitních služeb, jak vysvětluje Hwang et al. (2020).

Mezi další rizikové faktory vzniku sociální izolace a následného pocitu osamění také patří odloučení od rodin a společenského života. S izolací je také spojena kondice jedince, kdy při jeho zhoršeném fyzickém stavu byla zjištěna vyšší míra izolace, jak vysvětluje Holt-Lunstad (2020).

S tím souhlasí i Dagnino et al. (2020), který dále zdůrazňuje, že za další rizikové faktory, které ovlivňují prožívání izolace jedincem, můžeme považovat věk, pohlaví, ale také získané vzdělání. Tentýž autor zmiňuje, že ze zkoumaných faktorů

zranitelnosti vůči emocionálnímu dopadu vyplynulo, že ženy jsou méně odolné vůči stresu než muži. Stejně tak jsou náchylnější jedinci od 18 do 30 let a lidé starší 60 let. Zranitelnější jsou poté i jedinci s vyšším dosaženým vzděláním, což je patrně dáno jejich vyšším sebeuvědoměním svého zdraví. Kromě faktorů zranitelnosti se mezi další hlavní problémy řadí i obavy a strach ze současnosti i budoucnosti.

Nucené odloučení od svých rodin a přátel, ztráta svobody a sociálního kontaktu se řadí mezi významné stresory (Dagnino et al., 2020). Pfefferbaum a North (2020) se k těmto názorům přidávají a vysvětlují, že mezi významné rizikové faktory ovlivňující člověka během pandemie covid-19 patří nejistá prognóza, zavádění různých neznámých opatření, které narušují především osobní svobodu. Tentýž autor přispívá informací, že některé skupiny lidí mohou být zranitelnější. Řadí se mezi ně především ti, kteří se již v minulosti s některým duševním onemocněním potýkali či stále potýkají.

1.4 Vliv izolace na zdraví

Sociální distancování neboli omezení fyzického kontaktu je nutné především pro přerušení cesty přenosu viru a oddálení šíření infekce. Izolace nejen hospitalizovaných klientů vede k akutnímu pocitu sociální izolace i osamělosti, což může mít vážné dopady na duševní i fyzický stav jedince. Různé studie naznačují, že sociální izolace a osamělost mohou prostřednictvím stejných i různých cest mít stejně škodlivé účinky na zdraví jedince, jak uvádí Hwang et al. (2020). Tylová et al. (2014) dále dodává, že se tak řadí mezi rizikové faktory vzniku duševních i somatických chorob.

Vztah mezi tělem i duší je zkoumán již několik staletí. Pojmem psychosomatická nemoc se označují stavy pacienta, které vypadají jako tělesné, ale vychází z psychického stavu jedince. Dle světové zdravotnické organizace se na každém onemocnění podílí jak tělesné neboli somatické, tak duševní faktory. „*Je třeba říci, že všechny nemoci jsou biopsychosociální, a současně nepreferovat jen ono “bio” na úkor ostatních, špatně zkoumatelných faktorů.*” (Trapková, Chvála, 2017, s. 35).

Mezi negativní dopady osamělosti a sociální izolace na fyzické zdraví můžeme zařadit obezitu, rozvoj nemocí kardiovaskulárního systému, jako například zvýšení krevního tlaku či vznik srdečních onemocnění (Wu, 2020). Bývají také často spojovány

s vyšším rizikem úmrtí skrze zvýšené riziko onemocnění koronárních tepen, bez předchozí anamnézy infarktu myokardu, jak doplňuje Hwang et al. (2020).

Podle autorů Pfefferbaum a North (2020) sociální izolace, může vyvolat velké množství různých psychických a emocionálních stavů, kdy na ně každý jedinec může reagovat zcela individuálně.

S tím se ztotožňuje i Dagnino et al. (2020), který dodává, že pod vlivem osamělosti můžeme pozorovat trvalé změny na psychice a emocionálním stavu jedince. Pacienti se tak mohou potýkat s celou řadou psychologických symptomů (Razai et al., 2020). Tato vzniklá duševní nerovnováha se může podle Usher et al. (2020) projevovat formou emoční tísně, což, jak doplňuje Tylová et al. (2014), se poté může projevovat například formou úzkosti či fobie. Jedinci také popisují, že v oblasti duševního zdraví často pociťují stavy bezmoci i hněvu (Usher et al., 2020).

Podle Dagnino et al. (2020) je sociální izolace též spojována s vyšší mírou psychických problémů. Jak dále uvádí Tylová et al. (2014), způsobuje ji především psychický stres, což je nepříjemný stav jedince vyvolaný nadměrnou psychickou zátěží. Usher et al. (2020) připojuje, že tato nepříjemná zkušenost, jako je nucené odloučení, může způsobovat akutní stresové poruchy, které bývají ve většině případů krátkodobého charakteru. Razai et al. (2020) upřesňuje, že se tyto stavy mohou projevit například ve formě zhoršené kvality spánku i úplné nespavosti nebo například změnou nálad či podrážděností. Dále se mohou projevit i jako strach, poruchy nálad či frustrace.

Rostoucí zátěž až na úroveň stresu způsobená osamělostí může způsobit výskyt mnoha negativních důsledků, které mohou vést k různým změnám v chování, jak již bylo zmíněno výše. Tato abnormální stresová reakce může tak zahrnovat i celkovou nespokojenost, únavu i sníženou imunitu jedince. Může vést k nezdravému životnímu stylu jedince jako je kouření, abúzus alkoholu, ale i nižší fyzické aktivitě (Hwang et al., 2020). Pfefferbaum a North (2020) taktéž souhlasí s předchozím autorem, a právě nadměrné užívání návykových látek považují za jeden z nejzávažnějších důsledků sociální izolace u daného jedince.

Sociální izolace a osamělost působí též často depresi (Usher et al., 2020). Projevuje se celou řadou depresivních symptomů, mezi které můžeme zařadit například zhoršení zraku i celkového fyzického či funkčního stavu. Dopad může

být o to závažnější, pokud jedinec již dříve měl existující duševní onemocnění, jelikož s vynuceným sociálním distancováním se toto duševní onemocnění může prohloubit (Hwang et al., 2020). Tato exacerbace symptomů i celkově zmíněný negativní vliv sociální izolace se může na jedinci projevit i s výrazným zpožděním (Usher et al., 2020).

1.4.1 Dlouhodobé účinky izolace a osamělosti na zdraví

Dlouhodobě působící negativní dopady na jedince se mohou jevit jako příznaky posttraumatické stresové poruchy, které jsou označovány zkratkou PTSD, což může dokazovat vnímání izolace jako traumatické události (Usher et al., 2020). Vyšší riziko výskytu posttraumatické stresové poruchy pozorujeme zejména u lidí, kteří k tomuto stavu mají určité predispozice nebo s ní již měli zkušenost v minulosti, jak vysvětluje Douglas et al. (2020). S tímto tvrzením souhlasí i Dagnino et al. (2020), který dále dodává, že se posttraumatické stresové symptomy mohou vyskytovat i s několikaletým zpožděním.

Izolace prohlubuje a zhoršuje již vzniklá duševní onemocnění, tyto změny se mohou projevit často s odstupem 4-6 měsíců po izolaci (Dagnino et al., 2020). Mezi další významné dopady sociální izolace a osamělosti lze zařadit vznikající či progredující demenci, jak udává Hwang et al. (2020) a tudíž se tak řadí mezi hlavní rizikové faktory vzniku klinické demence v pozdějším věku až o 50 %, jak dodává Holwerda et al. (2014). Podle Wu (2020) také způsobuje vyšší riziko vzniku Alzheimerovy choroby, a doplňuje, že se také může významně podílet na zvýšeném riziku mrtvice, a to až o 32 % (Wu, 2020).

Důkazem o propojení osamělosti a sociální izolace se zdravím pojednává mnoho studií. Ty dokazují nejen výše zmíněný špatný vliv na zdraví vedoucí k vyšší nemocnosti, ale i riziko předčasné smrti až o několik procent (Holt-Lunstad, 2020). Sociální izolace je dlouhodobě spojována s vyšší úmrtností téměř o 1/3. Toto dlouhodobé sociální distancování spojené s covidovou izolací by mohlo mít podobné, ne-li totožné účinky, jak předpokládá Douglas et al. (2020). Dle Hwanga et al. (2020) se tak řadí na přední příčky rizikových faktorů vyšší úmrtnosti z rozličných příčin. Tento autor také vysvětluje, že je spojována s vyšším rizikem pokusů sebevražd či bohužel dokonanych sebevražd.

2. Potřeby pacienta

Základním stavebním kamenem ošetřovatelství a poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je uspokojování životních potřeb pacienta. Při negativním působení vnějších vlivů, jak zmiňuje Paulík (2017), může docházet k ohrožení jedince i jeho potřeb osobnosti. Podle Richards et al. (2017) nenaplnění potřeb a nezajištění kvalitní ošetřovatelské péče vede k nespokojenosti, distresu či narušení komfortu a bezpečnosti pacientů.

Potřeba je tedy chápána především jako strádání po něčem, co je pro organismus či osobnost nevyhnutelné (Bužgová, 2015). Každý jedinec má své individuální potřeby, které se v průběhu života a momentální situace neustále vyvíjí a mění. V případě, kdy není naplnění potřeb dostatečné, dochází k ovlivnění psychické činnosti člověka, která se následně odráží v jeho chování, emocích i myšlení (Trachtová et al., 2018).

Cross et al. (2021) upozorňuje na to, že covid-19 vážně narušil přístup zdravotnického personálu k pacientům. Byly zjištěny značné překážky při poskytování ošetřovatelské péče především skrze bariérový režim.

Dle světové zdravotnické organizace je zdraví považováno za optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci či vady (WHO, [b.r.]). Základnu pro tuto vyrovnanost jedince tvoří především jeho biologický i psychologický stav. Dále naplnění potřeb pacienta, vliv bezprostředního okolí na něj, či jeho rodinná i ekonomická situace (Paulík, 2017).

„Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka.” (Trachtová et al., 2018, s. 9). Na pacienta je pohlíženo jako na bio-psycho-sociální jednotku, ve které dochází k neustálé interakci mezi jednotlivými složkami. Pokud dojde k problému v některé jeho části, dochází k poruše v celém systému a vzniká tak onemocnění (Plevová, 2019).

Ošetřovatelství tedy vnímá jedince jako holistickou čili komplexní bytost (Raudenská, Javůrková, 2011). Jak doplňuje Dingová Šliková et al. (2018), pojetí jedince jako celku zahrnuje respektování celé jeho lidské bytosti, kdy dochází k uspokojování potřeb ve všestranném měřítku, a to především v těch částech,

kteře přispívají k navrácení či udržení zdraví. Jak zdůrazňuje Raudenská a Javůrková (2011), přístup k pacientovi zahrnuje a zkoumá všechny rizikové faktory, které mohou ohrozit jednotlivé složky potřeb pacienta a tím mohou ohrozit celého jedince.

2.1 Klasifikace potřeb

V následující kapitole se budeme přímo zabývat konkrétními typy potřeb člověka. Jak zmiňuje Plevová (2019), z holistického hlediska lze lidské potřeby rozdělit na biologické, duševní, sociální a duchovní.

Biologické potřeby lze též charakterizovat jako fyziologické. Tyto potřeby je nutné naplňovat pro zachování života (Plevová, 2019). Trachtová et al. (2018) mezi tento typ potřeb řadí například potřebu kyslíku, spánku, pohybu, vyprazdňování, sexuální potřebu či příjem potravy a tekutin. Jak zmiňuje Tóthová et al. (2014), je důležité si uvědomit, že ošetrovatelská péče je zaměřena právě na naplnění těchto základních potřeb a dodává, že právě neuspokojení těchto potřeb může vést k podrážděnosti, nespolupráci až apatii či agresi. Tím také mohou zasáhnout i ovlivnit další potřeby, jako jsou psychické či sociální.

Spirituální potřeby zahrnují především duchovní a náboženskou péči (Doskočil, Beláňová, 2021). Jedná se o duševní klid a vyrovnanost jedince, který může ovlivnit i průběh nemoci (Ministerstvo zdravotnictví, 2020). Bývají naplněny nejčastěji za pomoci nemocničních kaplanů či řádových sester. Bohužel i na ně se často v rámci bariérového režimu vztahoval zákaz návštěv, i přesto, že spirituální podpora může pozitivně přispět k obnovení sil pro uzdravení (Doskočil, Beláňová, 2021).

Mezi další druh lidských potřeb, který je více než důležitý, avšak velmi často opomíjený, jelikož se jedná o subjektivní část lidské bytosti, jsou **potřeby psychologické**, které jsou spjaté se spirituálními i sociálními potřebami, jak vysvětluje Zacharová (2017). Autorka dodává, že hospitalizace zcela zásadně ovlivňuje pacientovu duševní vyrovnanost. Ovlivňuje a například i zcela mění jeho životní rytmus, stravovací návyky, možnost volnočasových aktivit či volnost pohybu.

Zdravotnický personál si často neuvědomuje změnu, kterou pociťuje pacient během hospitalizace z duševního hlediska. Jedinec ztrácí kontakt se svou rodinou, která mu je obrovskou oporou v jeho nejistotě a strachu. Nemá možnost vykonávat své volnočasové aktivity, při kterých jedinec relaxuje a uvolňuje napětí.

Zákazem opuštění pokoje je znemožněn i volný pohyb po areálu nemocnice. Zároveň je vystaven zcela neznámému prostředí, cizím lidem, obavám z nemoci i léčby a pocitu nebezpečí. (Kapounová, 2020).

Prožívání nemoci závisí na sociální situaci, ve které se jedinec nachází a na rysech jeho osobnosti. Je nutné na něj pohlížet nejen jako na organismus, který má své biologické potřeby, ale i jako na bytost, která disponuje svými psychickými vlastnostmi, které se odráží v jeho chování, a také jako na člena společnosti, kde jako jedinec zastává určité role (Zacharová, 2017).

Sociální potřeby jsou úzce spjaté s psychickými potřebami, a proto často bývají společně označovány jako psychosociální. Významně je ovlivňuje kulturní prostředí, společnost a sociální zázemí, ve kterém jedinec žije (Dušová et al., 2019).

Poslední tři výše zmíněné potřeby, tedy spirituální, sociální a psychologické již nesouvisí zcela bezprostředně s ohrožením života. V životě jedince však zauímají významné místo. Souvisí především s potřebou sociálního kontaktu, komunikací či potřebou sdružování. Naplnění těchto potřeb přináší jedinci pohodu, uspokojení a pocit bezpečí (Plevová, 2019). Tylová et al. (2014) také zdůrazňuje, že při nedostatečné saturaci potřeb dochází k pocitu osamění a dodává, že jej může doprovázet celá řada subjektivně nepříjemných pocitů.

Již ve 20. století Abraham Maslow publikoval svou hierarchii potřeb, kde potřeby rozlišil podle úrovně na nízké, tedy základní a vyšší, jejichž uspokojování může být zahájeno až po uspokojení těch základních. Fyziologické potřeby jsou základnou pyramidou, ostatní, jako potřeba bezpečí, lásky, uznání, kognitivní, estetické a v neposlední také potřeba seberealizace, jsou nástavbou. V rámci potřeby bezpečí a lásky, je kladen velký důraz na rodinu a blízké vztahy v ní, včetně jejího zázemí (Vacek, 2017).

Jak uvádí také Paulík (2017), mezi účinné faktory, které pozitivně působí na jedince se řadí právě sociální opora, která se též považuje za součást naplnění lidských sociálních potřeb. Což potvrzuje Plevová (2019) a doplňuje, že rodina a rodinné zázemí hraje významnou roli při uspokojování potřeb nejen v dětství, ale i v dospělosti a stáří.

2.2 Rodina

Rodina je přirozeným zdrojem sociální opory. Je považována za nejdůležitější jednotku pro správný společenský vývoj jedince. Ve vztahu k hodnocení kvality života vytváří nezbytný pocit bezpečí, jistoty a důvěry. Má nezastupitelnou roli v životě každého člověka. Vytváří domov, kde každý její člen hraje svou nenahraditelnou roli. Je charakterizována blízkými vztahy, silnými emočními vazbami, uspokojením základních potřeb a obrovským vlivem na psychiku jedince (Vacek, 2017).

Mezi základní funkce rodiny se především řadí biologická, výchovná, kulturní, ekonomická, emocionální, kontrolní a domestikační. Pokud dojde k narušení některé z výše zmíněných funkcí, může dojít k narušení celé rodiny (Švamberg Šauerová, 2019).

Paulík (2017) vysvětluje, že pozitivně pomáhá díky přesvědčení o porozumění, podpoře a blízkosti. To spočívá především v emocionální pomoci, kdy jedinci poskytuje svou náklonnost, lásku i starostlivost, což vede k získání sebeúcty, sebevědomí i sebedůvěry. Jejím působením je i ovlivněna adaptace na zátěž, jelikož díky podpoře, kterou jedinec pociťuje se lépe vyrovnává se stresory. I lidé z bezprostředního blízkého okolí jsou zdrojem odolnosti jedince vůči zátěži. Dále doplňuje, že nemoc vlastní nebo nemoc blízké osoby je téměř vždy spojená s bolestí, strádáním a utrpením. Jedná se o nepříjemnou stěžejní životní událost.

„Při snaze porozumět významu rodinného stavu pro kvalitu života a zdraví se často poukazuje na řadu zprostředkujících psychologických faktorů. Můžeme se proto domnívat, že vztah mezi rodinným stavem a zdravím se bude projevovat právě v oblasti duševní pohody” (Hamplová et al., 2014, s. 58). Rodina má tedy větší vliv na psychiku jedince než na jeho fyzický stav (Hamplová et al., 2014).

3. Role sestry během pandemie

Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením. Sestra při plnění své profese zastává hned několik rolí, které se vzájemně prolínají. Jak udává Plevová (2018), příkladem mohou být role vůči kolegům, institutu či pacientovi. Dle Špirudové (2015) lze roli také rozdělit na sociální a profesní. Ta sociální je spojená s očekávaným chováním jedince ve společnosti. Oproti tomu profesní je spojována s požadovaným chováním a vystupováním jedince podle profese, ve které figuruje. Plevová (2018) tento názor sdílí a doplňuje jej o poznatek, že každá profese proto musí mít jasně stanovené role, které jsou zakotvené v legislativě, aby každý měl přehled o svých povinnostech a kompetencích.

Dle Jackson et al. (2020), jsou sestry v popředí institucionálních zařízení a v mimořádných situacích týkajících se veřejného zdraví stojí vždy v první linii spolu s lékaři i dalším nelékařským personálem.

Skrze své role se sestra zastává a obhajuje samotného pacienta i jeho práv. Vytváří a řídí u něj ošetrovatelský proces či mu poskytuje potřebnou ošetrovatelskou péči. To zahrnuje holistické pojetí jedince zohledňující jeho zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb, jak vysvětluje Buheji a Buhaid (2020).

Jak zmiňuje Sugg et al. (2023), sestry hodnotí poskytovanou základní péči covid pozitivním pacientům jako horší než u ostatních pacientů. Dle sester i pacientů nejsou dostatečně saturovány důležité prvky péče jako například hygiena, která zahrnuje koupání či péči o dutinu ústní pacienta. Snížena je podpora v oblastech výživy, chůze či komunikace včetně emocionální a duševní podpory. Tyto zmíněné prvky se řadí mezi základní péči poskytovanou sestrami, která se zaměřuje na uspokojení fyzické i psychosociální pohody hospitalizovaných klientů.

Jak dodává Buheji a Buhaid (2020), sestra zastává důležitou roli i při edukaci pacientů či veřejnosti. Tím utváří a formuje zodpovědné chování jedince, které vede k podpoře a obnově zdraví v důležitých oblastech. Dle těchto autorů sestra především pečuje o pacienty, uklidňuje je a je jim oporou v jejich nejistotě. Avšak, jak dodává Sugg et al. (2023), v průběhu pandemie je tato podpora dle pacientů považována za nedostačující. Hospitalizovaní pacienti udávají komunikační překážku, jelikož pociťují neochotu personálu trávit čas s pacienty ze strachu možného nakažení. To poté souvisí i s pocitem nedostatku podpory a pomoci či informovanosti pacientů

z řad personálu. Tento nedostatek sociální interakce mezi pacientem a sestrou souvisí s řadou negativních důsledků.

Sestry si při běžném režimu vytvářejí silnější vazby s pacienty, ve srovnání s jinými poskytovateli zdravotní péče (Elmhurst university, 2022). V současnosti je ošetrovatelství poskytováno na základě týmové spolupráce jednotlivých členů zdravotnického týmu. Od každého se očekává samostatnost, a především odbornost ve svém poli působení (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

Sestra spojuje týmy napříč různými profesemi nejen pro efektivnější komunikaci. Zmírňuje tím i možná rizika, která mohou pacienta ohrožovat. Sestry jsou velice důležitým poskytovatelem péče i odborníkem v první linii. Stojí po boku pacienta při boji proti této složité nemoci, která často vyžaduje hospitalizaci i intenzivní péči (Buheji, Buhaid, 2020).

4. Pandemie covid-19

Koncem prosince roku 2019 se objevila v čínském Wu-chanu řada pacientů s pneumonií neznámé etiologie. Vědci zjistili, že tyto virové infekce označované nyní jako covid-19 způsobuje koronavirus SARS-CoV-2. Toto vysoce infekční onemocnění se velice rychle rozšířilo po celém světě. Světová zdravotnická organizace vyhlásila dne 30. ledna 2020 globální stav zdravotní nouze a poté 11. března prohlásila šíření koronaviru za pandemii (Li et al., 2020).

První evidovaný případ covid-19 v České republice byl 1. března 2020 u třech pacientů (Drůzová, Jarolímek, 2020). Úmrtí v souvislosti s tímto infekčním onemocněním bylo poté poprvé zaznamenáno 22. března (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

4.1 Přenos

Primární zdroj infekce stále není zcela známý, zřejmě jím bude nějaké blíže neurčené zvíře z tržnice ve Wu-chanu, které se považuje za ohnisko nákazy. Nyní je hlavním zdrojem nákazy jako u většiny akutních respiračních infekcí infikovaný člověk, který virus rozptyluje především respirační cestou pomocí kapiček a aerosolu z úst i nosu při dýchání, kašli, kýchání či mluvení při vzdálenosti do 2 metrů. Jedinec se může tedy nakazit vdechnutím těchto kapének (Guo et al., 2020).

Jak doplňuje Cascella et al. (2021), další možná cesta přenosu probíhá nepřímo kontaminovanými předměty z různého materiálu i kontaminovaným povrchem. Infikované kapénky mohou zde ulpívat a být infekční několik hodin či dní. Mezi další možnosti nákazy se uvádí možný fekálně-orální přenos, jelikož byl zachycen živý patogen i ve stolici infikovaného jedince.

4.2 Preventivní opatření proti šíření covid-19

Podle způsobu přenosu lze vymezit několik základních pravidel, kterými lze šíření tohoto respiračního viru zpomalit. Ze současných poznatků vyplývá, že zcela zásadní je správná hygiena rukou a používání ochranných prostředků. To je při kontaktu s nakaženou osobou z hlediska omezení šíření infekce a ochrany zdravého jedince zcela zásadní (Thomas-Rüddel et al., 2021).

Jak doplňuje Štefan et al. (2021), i očkování proti covid-19 lze svými účinky zařadit do preventivních opatření, které snižují morbiditu, hospitalizaci i úmrtnost

na koronavirus SARS-CoV-2. Nyní jsou k dispozici schválené vakcíny od firmy Pfizer-BioNTech, Moderna, Astra Zeneca a Jonson&Jonson.

4.3 Diagnostika

Infekci lze diagnostikovat na základě laboratorního vyšetření za pomoci antigenního či PCR testu. Antigenní testy mají nižší citlivost než PCR. Vzorek lze odebrat stěrem z horních i dolních dýchacích cest či slin. Sérologické testy se prozatím vyvíjejí a nejsou zatím k dispozici. Vyšetřit lze sérologicky hladina protilátek (Thomas-Rüddel et al., 2021).

Trojánek et al. (2020) dále doplňuje, že mohou být nápomocná i zobrazovací vyšetření, například skiagrafický snímek, či CT vyšetření, kde lze zpozorovat poškození plicního parenchymu.

4.4 Příznaky a dopad SARS-CoV-2 na lidský organismus

Hlavním projevem onemocnění bývá kašel, únava a horečka. Méně častými příznaky mohou být bolesti hlavy, bolesti v krku, ztráta čichu či chuti. Inkubační doba od vystavení viru až po nastoupení prvních příznaků trvá přibližně 4 dny (Li et al., 2020).

Onemocnění lze rozdělit do několika klinických forem. U asymptomatické formy se nevyskytují žádné klinické příznaky infekce. U mírné formy je přítomnost jednoho či více klinických příznaků, a to například horečka, bolest v krku, únava a podobně. Příznaky jsou podobné a srovnatelné s příznaky chřipky. Při mírné formě se u pacientů většinou nevyskytuje dušnost či poškození dolních dýchacích cest, tj. pneumonie. Při středně těžkém průběhu se již dušnost či známky pneumonie mohou vyskytovat, avšak většinou bez nutnosti podpůrné oxygenoterapie. Při těžké formě onemocnění se poškození dolních dýchacích cest vyskytuje. U těchto pacientů se objevuje dušnost, tachypnoe a poškození plicního parenchymu. Pacient již vyžaduje oxygenoterapii. Při kritické formě dochází k respiračnímu selhání, septickému šoku či dokonce k multiorgánovému selhání. Pacient nutně potřebuje invazivní či neinvazivní umělou plicní ventilaci (Štefan et al., 2021).

Covid-19 je primárně považován za respirační virové onemocnění. Lze jej ale označit za systémové onemocnění, jelikož působí na jedince multifaktoriálně. Ovlivňuje především dýchací a cévní systém. SARS-CoV-2 vyvolává

v těle nemocného lokální i systémovou zánětlivou reakci, která má za následek zvýšenou cévní propustnost, která může vést k rozvoji plicního edému. Zánět v okolí cév může vést i ke vzniku mikrotrombů. Z hlediska kardiovaskulárního systému může toto onemocnění vést k myokarditidě i k akutnímu koronárnímu syndromu, jelikož virus z hematologického hlediska způsobuje významnou hyperkoagabilitu, která zvyšuje riziko rozvoje arteriální či žilní trombózy. Ovlivňuje i funkci renálního systému, kdy může vést až k akutnímu poškození ledvin, a to z důvodu podávání léků, nebo přímo působením cytotoxinu viru na ledviny. Z hlediska gastrointestinálního systému způsobuje covid-19 příznaky jako je průjem, nevolnost, zvracení či bolesti břicha (Cascella et al., 2021).

4.5 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory těžších průběhů se řadí vysoký věk a přidružená onemocnění, jako je například diabetes mellitus, kardiovaskulární nemoci, obezita, arteriosklerotická onemocnění, chronická respirační onemocnění či rakovina. Tyto predispozice častěji vedou ke komplikovanějšímu průběhu i vyšší mortalitě. Průběh onemocnění covid-19 bývá spíše mírný, kdy horečky trvají přibližně 7-10 dní a stav nemocného nevyžaduje hospitalizaci. V Itálii je například ve vztahu k celkovému počtu nakažených přibližně 10 % nemocných ve stavu, kdy je potřebná hospitalizace (Thomas-Rüddel et al., 2021).

Dle odhadu světové zdravotnické organizace je úmrtnost na covid-19 2,2 %. Ovlivňují ji faktory, které zahrnují věk, závažnost onemocnění i přidružené komorbidity. Úmrtnost se mezi zeměmi liší (Cascella et al., 2021).

4.6 Léčba

Stejně jako příznaky lze i léčbu rozdělit na základě klinických forem podle závažnosti onemocnění na asymptomatickou, mírnou, středně těžkou a těžkou formu nemoci.

Při asymptomatické formě je důležité jedinci zdůraznit důležitost izolace a sledování klinických příznaků. Tito jedinci se léčí doma či ambulantně.

Při mírné formě nemoci jsou jedinci léčeni taktéž doma nebo ambulantně. Starší pacienti s komorbiditami by měli být pečlivěji sledováni až do úplného vyléčení, popřípadě by měla být zvážena jejich hospitalizace.

Při středně těžké formě nemoci by měli být pacienti hospitalizováni za účelem důkladnějšího sledování stavu pacienta. U poklesu SpO₂ musí být zahájena i podpůrná nízkoprůtoková či vysokoprůtoková oxygenoterapie a podávání potřebných léčiv, viz níže.

Při těžké formě nemoci je vedle podávání léčiv hlavně důležité rozpoznat hrozící respirační selhání a zajistit dostatečnou oxygenoterapii za pomoci neinvazivní ventilace, či umělé plicní ventilace nebo za použití ECMO (Aleem et al., 2021).

Léčba covidu-19 za pomoci farmak přímo vyplývá z příznaků a působení viru na organismus jedince. Lze ji rozdělit na symptomatickou a specifickou terapii.

Symptomatická terapie je zvolená na základě léčby příznaků onemocnění. Využívají se léčiva z řad antipyretik, antitusik, mukolytik, bronchodilatancií a analgetik. Z hlediska dalších podpůrných metod léčby lze do této skupiny zařadit i dostatečnou výživu či hydrataci. Zahrnuje rovněž užívání vitamínů A, E, C, D, B a zinku, které jsou prospěšné pro své antioxidační a imunomodulační účinky podporující přirozenou imunitní bariéru jedince (Jovic et al., 2020). V rámci prevence tromboembolické nemoci je doporučováno cvičení s dolními končetinami či bandáže dolních končetin. Symptomatická terapie je využívána v nemocniční péči i v případě domácí léčby (Štefan et al., 2021).

Specifická terapie je využívána převážně při hospitalizační péči. Řadí se do ní léčiva z řad antivirotik, antibiotik, kortikoidů a antikoagulancií. Významná léčba je i za pomoci monoklonálních protilátek. Ty brání vstupu viru do hostitelské buňky díky znemožnění vazby viru na receptor enzymu ACE₂, který pro vstup do buňky využívá. Tyto protilátky se mohou aplikovat i při ambulantní léčbě, a to do 7 dnů od prvních příznaků u rizikových jedinců s mírným průběhem onemocnění, kteří nevyžadují hospitalizaci (Cascella et al., 2021).

Tyto výše zmíněné skupiny léčiv jsou natolik specifické, že nejsou vhodné pro všechny pacienty. Přihlíží se k závažnosti onemocnění a rizikovým faktorům jedince. Například v počáteční fázi onemocnění, kdy dochází k replikaci viru v buňkách, jsou spíše prospěšné antivirové léky (remdesivir, ivermectin) a léčba založená na protilátkách (bamlanivimab). V pozdější fázi onemocnění dochází k vysoce zánětlivému stavu v organismu, z důvodu vyplavení cytokinů a aktivace koagulačního

systemu, proto je k léčbě vhodnější využití protizánětlivých léků (kortikoidy, antibiotika) (Aleem et al., 2021).

4.7 Opatření Ministerstva zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví vzhledem k šíření nového typu koronaviru vydalo a postupně upravilo několik ochranných opatření, která se dotýkala všech odvětví a všech obyvatel České republiky. Jednalo se především o obecná opatření, která měla za úkol zpomalit šíření koronaviru. Nařízení se týkala například povinné ochrany dýchacích cest, zákazu shromažďování osob nebo omezení sociálních služeb a volného pohybu (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

Tato opatření se dotkla i přímo zdravotnických a sociálních zařízení, kde byly nejdříve zcela zakázány návštěvy pacientů na lůžkových odděleních. Poté byly návštěvy povoleny, ale v omezené míře a za dodržení určitých pravidel. Základním předpokladem bylo, že návštěva nevykazuje žádné příznaky onemocnění. Jako další režimní opatření mohlo být požadováno potvrzení o prodělání onemocnění nebo potvrzení o očkování jedince. Absolvování PCR testu v době do 72 hodin nebo antigenního testu, ne staršího než 24 hodin s negativním výsledkem bylo rovněž považováno za vhodné opatření pro bezpečný kontakt. Poskytovatel sociálních či zdravotních služeb mohl ale také stanovit vlastní specifické podmínky (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

V době nepříznivé epidemiologické situace však stále platil, v řadě nemocničních zařízeních, zcela zákaz návštěv z důvodu ochrany pacientů i personálu. Návštěvy bývaly často povoleny pouze ve výjimečných případech, a to pouze po předchozí domluvě s ošetřujícím lékařem (UNBR, 2021) a za dodržení stanovených pravidel zařízení (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

5. Pravidla ošetrovatelské péče o pacienta s covid-19

Infekční onemocnění se může vyskytovat ojediněle či více v určité oblasti, nebo epidemicky. To znamená, že je vysoký výskyt tohoto infekčního onemocnění na určitém místě a za určitý časový úsek. O pandemii se poté mluví v moment, kdy již výskyt onemocnění není prostorově ohraničen. Výskytem a šířením infekčních chorob se zabývá obor epidemiologie (Rozsypal, 2015).

Součástí strategie v boji proti covid-19 je nastavení protiepidemiologických pravidel, což je především soubor organizačních a protiepidemiologických opatření. Tato pravidla slouží ke snížení šíření nákazy díky eliminaci jejího zdroje a prevenci jejího vzniku. Zabránit šíření lze i přerušением cesty přenosu či zvýšením obranyschopnosti jedince (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Ministerstvo zdravotnictví nařídilo všem zdravotnickým zařízením vypracovat metodiku týkající se triáže a poskytování péče pacientům s podezřením či již s prokázaným onemocněním covid-19. Každá nemocnice byla povinna stanovit odpovídající hygienicko-epidemiologická opatření. Jednotlivá pracoviště si poté upravila svůj provozní řád podle daných specifík. Provozní řády zahrnují charakteristiku pracoviště, používání dezinfekčních a sterilizačních metod, manipulaci s prádlem, stravou i odpadem či použití ochranných pomůcek pro prevenci šíření nozokomiálních nákaz. Podle možností a specifík daných oddělení se jejich provozní řády mohou mírně lišit (Ministerstvo zdravotnictví, 2020).

5.1 Bariérový režim

Pacientům se poskytuje tzv. bariérová péče. Pod tímto pojmem můžeme rozumět zavedení různých režimových opatření a specifických postupů, které jsou poskytovány infikovanému pacientovi. Tyto postupy odpovídají péči poskytované *de lege artis*, což znamená, že jsou poskytovány profesionálně na základě nejvyšších dosažených vědeckých poznatků (Saibertová et al., 2018).

Tato režimová opatření zahrnují bariérový izolační režim a bariérové ošetrovatelské postupy, které jsou postaveny na základě dosavadních poznatků týkajících se přenosu tohoto infekčního onemocnění (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Bariérové ošetrovatelské postupy jsou souborem diagnostických, terapeutických a ošetrovatelských aseptických postupů, které se poskytují pacientovi

v průběhu jeho hospitalizace. Zabraňují především přenosu patogenu z pozitivního pacienta do jeho okolí. Základem je dodržování aseptických metod při kontaktu s pacientem. například při převazech, ošetřování ran, poskytování hygienické péče a podobně. Principem bariérového izolačního režimu je dodržování organizačního zabezpečení a souboru opatření, která jsou jedním z důležitých předpokladů zamezení šíření viru a ochrany pacientů i poskytovatelů zdravotních služeb (Hadašová et al., 2019).

5.2 Izolace pacienta

Nemocnice se řadí mezi ta riziková místa, kde bez adekvátních opatření může dojít k rychlému šíření viru. Pacienti, kteří jsou hospitalizováni s jiným primárním onemocněním, jsou tak vystaveni vyššímu riziku rozvoje komplikací spojených s koronavirem. Nejdříve byli pozitivní pacienti převáženi do jiných zařízení, později z důvodu nedostačujících kapacit, byla vyčleněna infekční covidová oddělení (Füszl et al., 2022).

Izolační oddělení zahrnuje observační a izolační část, kde se musí dodržovat vnitřní předpisy a pracovní postupy. Přístup na toto oddělení je omezený, o čemž je potřeba informovat pacienty a jejich rodiny (Liang, 2020).

Na oddělení je vymezená čistá a špinavá zóna. Oblast infekční neboli špinavá je ta, kde se nachází pacient s potvrzenou či suspektní diagnózou covid-19. Nejkontaminovanější je bezprostřední prostor v okolí pacienta včetně jeho pokoje. Infekční oblast může být různé velikosti od samostatného pokoje až po celé oddělení. Čistá část je pak naopak místem, kde se oblékají ochranné pomůcky před vstupem do infekčního pokoje a kde je vybudované zázemí pro personál. Nesmí docházet ke křížení provozu ani kontaminaci čisté a špinavé zóny. V případě potřeby je možné žádaný materiál předat na rozhraní těchto zón (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020).

Jedním ze základních pravidel je, že v případě vzniku či podezření na infekční onemocnění je pacient uložen na izolační pokoj (Saibertová et al., 2018). S tímto názorem souhlasí Thomas-Rüddel et al. (2021) a dále doplňuje, že tento pokoj by měl být nejlépe jednolůžkový a samostatný, ideálně s předsíňovým nebo dvoudveřovým systémem. Avšak v případě onemocnění covid-19 jsou pacienti

na pokoj umístování i koherentně, tedy společně podle jejich totožné diagnózy (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2021).

Dále je doporučeno, aby klimatizace na pokojích byly vypnuté nebo byly alespoň upraveny tak, aby nedocházelo k rozptylu infikovaného aerosolu do jiných místností či chodeb. Je také žádoucí, aby tyto pokoje měly své vlastní hygienické zařízení (Liang, 2020).

Vstupní dveře od pokoje jsou označeny cedulí či znakem jako izolační, aby nedošlo k náhodnému vstupu nepovolených osob (Hadašová et al., 2019). Podle Saibertové et al. (2018), je dále také žádoucí minimalizovat pohyb pacientů po pokoji i mimo něj. Pacienti mají tak zcela zakázán pohyb mimo svůj pokoj. Výjimkou jsou pouze některá speciální vyšetření, která nelze provést na pacientově pokoji.

Návštěvy pacientů jsou také zcela zakázány. Mohou ale u sebe mít mobilní telefon pro komunikaci s rodinou (Liang, 2020), což je důležitý způsob, jak udržovat kontakt s blízkými lidmi. Zavedení televizních nebo rozhlasových přijímačů by také mohlo pomoci zmírnit pocit izolace od zbytku světa, jak zmiňuje Bambi et al. (2020).

Z těchto pokojů se nesmí vynášet žádné pomůcky, nádobí ani materiály. Používají se především jednorázové pomůcky, které se po použití vyhazují jako infekční odpad do označených nádob. Pomůcky a nástroje se dezinfikují a zůstávají na pokoji pro další použití (Hadašová et al., 2019).

5.3 Hygienická dezinfekce rukou

Již Florence Nightingale poukázala na důležitost hygieny jako prevence proti šíření infekce (Buheji, Buhaid, 2020). Řadí se mezi důležité opatření eliminující šíření patogenů nejen ve zdravotnických zařízeních (Moore et al., 2021). Podle světové zdravotnické organizace se až 80 % infekcí šíří cestou nečistých rukou (Státní zdravotní ústav, 2017). Celosvětově se nejen ve zdravotnictví používá k dezinfekci etanol, který disponuje silnými virucidními vlastnostmi (Kampf, 2018).

K přenosu infekce může dojít podáním rukou či dotekem infikovaného povrchu. Proto je důležité hygienickou dezinfekci rukou provádět před i po kontaktu s pacientem, po sundání rukavic či po kontaktu s předměty v bezprostřední blízkosti

pacienta (Kampf, Jatzwauk, 2021). To se uplatňuje i během pandemie covid-19 (Buheji, Buhaid, 2020).

5.4 Ochranné pracovní prostředky

Použití jednorázových pomůcek je nedílnou součástí bariérového režimu, sloužící k ochraně personálu a snížení přenosu infekce mimo izolační zónu. Využívají se především jednorázové ochranné pomůcky (Liang, 2020).

Ochranný oděv zahrnuje především latexové rukavice (2 páry), pracovní uniformu, ochranný plášť či oblek, chirurgickou čepici, návleky na boty. Pokrývka hlavy nenabízí přímou ochranu proti viru, ale poskytuje ochranu při nasazování ochranných prostředků nebo při neúmyslném kontaktu ruky s obličejem. Ze stejných důvodů se používají návleky na boty, aby také nedocházelo k neúmyslné kontaminaci (Thomas-Rüddel et al., 2021).

Bylo již prokázáno, že používání ochranného oděvu, pláště i rukavic významně snižuje riziko nozokomiálního přenosu. Stejně tak používání ochrany očí a obličeje za pomoci ochranných štítů, celoobličejových masek či brýlí. Dále je zcela zásadní ochrana dýchacích cest za pomoci respirátoru třídy FFP2/FFP3 (Liang, 2020).

Aby respirátor bránil vniku patogenu efektivně, je důležité, aby přiléhal a těsnil v okolí dutiny ústní i nosu (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Nošení ochranných pomůcek úst však představuje významnou překážku zejména při komunikaci s pacienty. Především zakrytá ústa způsobují ztíženou výslovnost i slyšitelnost. Dále také zahalený obličej znemožňuje používání neverbální komunikace jako je například mimika či pohled. Skrze jednotný bílý ochranný overal je poté těžké rozeznat sestru od lékaře nebo fyzioterapeuta. Proto se overaly popisují jménem a povoláním pro snížení úzkosti pacienta a zvýšení jeho orientace (Bambi et al., 2020).

Ochranné pomůcky si personál obléká ještě před vstupem do izolačního pokoje. Po skončení rizikové činnosti před opuštěním infekčního pokoje, musí použité ochranné pomůcky odložit do uzavíratelného koše, který je označený jako infekční odpad (Hadašová et al., 2019).

Je velice důležité dodržovat postup při správném nasazování i sundávání ochranných pomůcek, jelikož při manipulaci s kontaminovanými ochrannými pomůckami může dojít velice snadno k nákaze jedince (Thomas-Rüddel et al., 2021).

5.5 Péče o pacienta a jeho prostředí

Sestry na izolačních pokojích pracují v týmech, dělí se také v rámci týmu na čisté a špinavé dle vytvořených zón. Špinavé sestry jsou ty, které vcházejí na pokoj pacienta. Čisté sestry obstarávají vše v neinfekční zóně a vytváří tak zázemí pro svou kolegyni v infekční části (Buheji, Buhaid, 2020). Pobyt zdravotnického personálu na pokoji infikovaného jedince by měl být omezený na nezbytně nutnou dobu, aby nedocházelo k zbytečné expozici viru na zdravého jedince. Žádoucí je se na pokoji zdržet pouze pro zajištění péče (Thomas-Rüddel et al., 2021). Nejlépe je využít možnost mobilní vizity, tedy vizity na dálku, aby se snížilo riziko možné nákazy (Liang, 2020).

Využití digitálních platforem v průběhu sociální izolace se zdá jako velice přínosné. Prostřednictvím dálkových konzultací, poradenství a kognitivně behaviorální terapie i ze strany lékařského personálu přispělo ke zlepšení psychické pohody jedinců a snížení jejich osamělosti (Razai et al., 2020).

Je nutné vyvarovat se těsnému kontaktu s pacientem a snažit se držet odstup alespoň 1–2 metry (Sharma et al., 2020).

Všechn zdravotní personál je ze zákona povinen dodržovat všechny stanovené protiepidemické a hygienické zásady, které jsou vyjádřeny platnými zákony a vyhláškami. Skrze všechna doporučení je péče o pacienty s covid-19 velice ztížena (Saibertová a Pokorná, 2021).

Z důvodu ulpívání aerosolu na površích, by mělo každý den docházet k dezinfekci povrchů, nejen v blízkosti pacienta (Thomas-Rüddel et al., 2021).

Délka hospitalizace pozitivního pacienta se pohybuje minimálně okolo 14 dní, mnohdy ale trvá mnohem déle. V jedinci postupně sílí strach z nejistoty a smrti, aniž by mohl znovu vidět své blízké (Bambi et al., 2020).

6. Prevence a intervence sociální izolace v nemocničních zařízeních

Již v roce 2015 byla sociální izolace přijata mezi hlavní výzvy v oboru sociální práce. Už tehdy míra prevalence naznačovala, že téměř 1/3 starších dospělých má se sociální izolací či osamělostí zkušenost. Často právě osamělost se sociální izolací bývala řadou odborníků z řad zdravotnických či sociálních služeb přehlížena. Avšak vše se změnilo s příchodem pandemie covid-19, kdy sociální izolace s osamělostí získala zaslouženou zvýšenou pozornost, jak konstatuje Berg-Weger a Morley (2020).

Pfefferbaum a North (2020) poukazují na to, že poskytovatelé zdravotních služeb jsou vhodnými adepty pro nabízení pomoci a zvládání stresu jedince. S tímto názorem se ztotožňují také Berg-Weger s Morleym (2020) a doplňují, že slouží totiž nejen svým klientům, ale i celé populaci.

Jak zmiňuje Cazeau (2020), včasná identifikace problému je klíčová pro efektivní zvládání psychické tísně pacientů. Proto je doporučeno začlenění distresového screeningu do rutinního hodnocení stavu pacienta. Jak dodává Berg-Weger a Morley (2020), to zahrnuje i identifikaci rizik, které jedince ohrožují. Podle těchto autorů se sociální izolace s osamělostí bezesporu řadí mezi rizika ohrožujícího pacienta.

Sestry mohou použít hodnotící škálu pro identifikaci nemocniční úzkosti a deprese u pacientů trpící tísní. Pro měření je vhodné použít validní screeniny. Existuje celá řada dostupných nástrojů pro identifikaci hrozeb, mezi ně se řadí i například škála alone (Cazeau, 2020) či Hamiltonova škála úzkosti a deprese (Ma et al., 2020).

Podle Pfefferbaum a North (2020) je žádoucí monitorovat a hodnotit psychosociální vnímání hospitalizovaných klientů, stejně tak sledovat i jejich odolnost vůči zranitelnosti. S tím názorem se ztotožňuje také Cazeau (2020) a doplňuje, že je také důležité sledovat symptomy a příznaky duševní tísně, stresu či dalších faktorů týkajících se různých stresorů souvisejících s covid-19. Avšak podle Berg-Wegera a Morleyho (2020) i přes důležitost identifikace hrozby způsobené sociální izolací poskytovatelé služeb využívají nástrojů pro posouzení osamělosti a sociální izolace zcela minimálně.

Hodnocení rizikových faktorů by mělo být součástí průběžného hodnocení potřeb hospitalizovaných jedinců. Po posouzení rizika vzniku pocitu osamělosti

u jedince, by následně mělo dojít k vývoji a aplikaci intervencí založených na důkazech řešení osamělosti a sociální izolace (Berg-Weger, Morley, 2020).

Sestry mezi prvními zjišťují, poskytují a hodnotí včasné intervence u klientů, kteří potřebují zvýšenou psychologickou i emocionální podporu v nemocničních zařízeních (Cazeau, 2020). Avšak zdravotníci nemají dostatek zkušeností v oblasti duševního zdraví a psychosociální podpory (Pfefferbaum, North, 2020). Stejně tak je velice výjimečné školení v této psychosociální oblasti (Berg-Weger, Morley, 2020).

Mezi intervence lze zařadit udržení sociálního kontaktu nejen s rodinou prostřednictvím technologií. V dnešní době je velká škála sociálních platforem jako například Facebook, Skype, Twitter a podobně, které může jedinec využívat ke komunikaci s blízkými. Mnoho starších dospělých však nemusí být s těmito novými technologiemi obeznámeno. Je ale žádoucí jim pomoci tuto technologickou bariéru překonat (Hwang et al., 2020).

Dále lze mezi intervence zařadit již tradiční přístupy jako jsou videohovory či telefonické hovory (Berg-Weger, Morley, 2020). S tím souvisí i zahraniční zkušenost při využívání tzv. zdvořilostních telefonátů. Ty provozují jedinci z řad dobrovolníků, kteří jsou řádně proškoleni v kontextu pandemie a jejího dopadu na hospitalizované klienty. Telefonát se v první řadě týká pocitů a emocí hospitalizovaného a poté se při hovoru věnují především diskuzi o obecných tématech (Normandin et al., 2022).

Mezi další možnosti pomoci pacientům se může zařadit ta poskytovaná prostřednictvím sociálních pracovníků, kteří mohou provozovat individuální poradenství na dálku. Také psychologové či psychiatři mohou odborně pomoci v oblasti duševního zdraví, prostřednictvím intervencí, za použití kognitivně behaviorální terapie či psychoedukace. Všechny tyto služby mohou být dostupné především prostřednictvím telemedicíny (Cazeau, 2020).

6.1 Copingové strategie

Coping lze chápat především jako aktivní způsob zvládnání náročných a stresových situací. Existuje celá řada zvládacích stylů, taktik i technik směřujících k vyřešení dané zátěžové situace. Využívají především rozbor příčin strachu – čeho

a proč se přesně bojíme. Následuje zpracování situace v představách. Dále trénink zvládání strachu, což zahrnuje posílení sebedůvěry i odvahy (Budimir et al., 2021). S tím souhlasí i Paulík (2017) a doplňuje, že se nabízí i jiná možnost zvládání této náročné situace, a to relaxace, kdy se nejedná přímo o aktivní přístup nýbrž o celkové uvolnění a odvedení pozornosti dál od problému. Tento autor dále zmiňuje i další možnost, jak zvládnout stresovou situaci a to autosugesci, kdy se jedná o ovlivnění vlastního přesvědčení.

Budimir et al. (2021) klade důraz na to, že obecně platí, že při zvládání krizových situací je velice důležitá sociální opora. Dále lze využít celou řadu strategií pro zvládnutí krize. Především pochopením vlastních pocitů a emocí, sdílením a vnímáním lze krize snadněji překlenout. Podle Paulíka (2017) je také přínosné využít dostupných informací a orientovat se v situaci či využít přirozené komunity na principu vzájemnosti a propojenosti. A jak dále autor dodává, je velice důležité věřit, mít naději a hledat smysl v dané situaci. Podle Budimir et al. (2021) mohou copingové strategie významně přispět při řešení poklesu duševního zdraví v důsledku pandemie covid-19.

7. Cíl práce a výzkumné otázky

7.1 Cíle práce

1. Zmapovat vnímání pacientů sociální izolace při hospitalizaci v období pandemie.
2. Zmapovat dopad sociální izolace na hospitalizované klienty v období pandemie.
3. Zmapovat kroky, které by dle hospitalizovaných pacientů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie.

7.2 Výzkumné otázky

VO1 Jak pacienti vnímají sociální izolaci při hospitalizaci v období pandemie?

VO2 Pociťují pacienti dopad sociální izolace v období pandemie?

VO3 Jaké kroky by dle pacientů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie?

8. Metodika

8.1 Použitá metoda

Empirická část této diplomové práce byla zpracována za pomoci kvalitativního výzkumného šetření. Tato metoda byla zvolena účelově, a to z důvodu intenzivnějšího prozkoumání daného tématu, zachycení osobních zkušeností a možného pozorování dotazovaných participantů. Jako technika sběru dat byl zvolen semistrukturovaný hloubkový rozhovor, který umožňuje volný průběh rozhovoru a přizpůsobení otázek jednotlivým participantům. Při této technice tazatel rozhovor vede a pokud se v odpovědi vyskytne zajímavá informace, může tazatel participanta povzbudit k rozvinutí myšlenky a získat tím detailnější informace o zkoumaném tématu. Díky této zvolené metodě jsem v průběhu rozhovoru mohla kontrolními otázkami ověřovat, zda odpovědím respondentů dobře rozumím a popřípadě pokládat doplňující otázky dle potřeby. Tato technika také úzce souvisí s pozorováním, kdy jsem mohla rozpoznávat neverbální projevy dotazovaného a citlivě na ně reagovat. (Novotná et al., 2019).

Prioritou bylo poskytnout respondentům příjemné a bezpečné prostředí, proto byl rozhovor veden v místech, která si respondenti sami zvolili, aby se cítili co nejpohodlněji a uvolněně. V některých případech se rozhovor uskutečnil u respondentů doma či na jejich zahradě. Jindy se rozhovor uskutečnil v kavárně, kde si respondenti přáli setkat se. Zvolené místo bylo důležité pro to, aby se respondentům co nejlépe komunikovalo a mohli být co nejotevřenější v rámci rozhovoru.

Pro rozhovor bylo předem připraveno 31 otázek, které byly vybrané na základě konzultace s vedoucím práce. Díky zvolené metodě bylo možné upravit pořadí jednotlivě kladených otázek a popřípadě je přizpůsobit či rozvinout o otázky doplňující. Zároveň bylo možno v průběhu rozhovoru participantům vysvětlit pojmy, kterým ne zcela rozuměli. Celkem 3 otázky byly zaměřeny na charakteristické údaje dotázaných jedinců. Participanté tak odpovídali například na otázky týkající se jejich pohlaví, věku či délky hospitalizace. Zbylé otázky již poté přímo souvisely s vymezenými cíli výzkumu této práce.

Otázky, které tvořily jádro rozhovoru jsou uvedeny v příloze 1. Výzkumné šetření probíhalo během dubna a května roku 2023.

8.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořil celkem 9 pacientů, kteří byli hospitalizováni se zdravotními komplikacemi spojenými s onemocněním covid-19 na standardním covidovém oddělení v Úrazové nemocnici v Brně v období od ledna do dubna v roce 2021. Všichni účastníci výzkumu byli při propouštění z nemocnice o rozhovor předem požádáni a byla jim nabídnuta možnost tento rozhovor odmítnout. S pacienty, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru jsme si poté vyměnili telefonní číslo k následnému kontaktování pro poskytnutí rozhovoru. Zároveň byli tito respondenti ubezpečeni o anonymitě jejich výpovědí.

Výzkumné šetření probíhalo výhradně formou osobního ústního rozhovoru, který trval přibližně 30 minut. Bližší informace i charakteristika dotázaných je popsána v tabulce 1.

8.3 Etika výzkumu

Před rozhovorem byl získán ústní souhlas k nahrávání výpovědí a využití získaných dat výhradně k tvorbě této diplomové práce. Na základě informovaného souhlasu jsem rozhovor fixovala diktafonem značky Samsung. Zároveň byli participanti informováni o zacházení s pořízenými nahrávkami ve smyslu, že budou sloužit pouze k účelům práce, neuslyší je žádná třetí osoba a po zpracování budou tyto nahrávky smazány.

Jednotliví participanti jsou v této diplomové práci z důvodu zachování anonymity označováni jako „P1-P9“.

8.4 Analýza dat

Zvukový záznam byl autorkou přepsán do písemné podoby doslovně, proto mohou odpovědi obsahovat nespisovné či slangové výrazy. Do přepsané verze bylo participantům umožněno nahlédnout. Přepsaný text byl poté podroben redukci prvního řádu, kdy byly z textu odstraněny nepodstatné výroky, nedokončené věty a slova, která neměla informační význam a narušovaly tím plynulost rozhovoru. Následně byl text rozdělen do menších celků dle jednotlivých výzkumných otázek. Pro kódování byla zvolena metoda zabarvování vytištěného textu zvýrazňovačem. Takto zabarvený text byl poté dostatečně přehledný pro jeho další zpracování a vytváření jednotlivých kategorií.

9. Výsledky

9.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1.: Charakteristika výzkumného vzorku

PACIENT	POHLAVÍ	VĚK	DÉLKA HOSPITALIZACE
P1	muž	80 let	16 dní
P2	muž	74 let	14 dní
P3	žena	46 let	14 dní
P4	žena	48 let	15 dní
P5	žena	58 let	19 dní
P6	muž	55 let	16 dní
P7	žena	66 let	21 dní
P8	žena	58 let	14 dní
P9	muž	80 let	18 dní

(Zdroj vlastní)

Tabulka 1 shrnuje základní identifikační údaje o všech devíti pacientech, kteří se zúčastnili tohoto výzkumného šetření. Jedná se o pět žen a čtyři muže ve věkovém rozmezí od 46 do 80 let. V dalším sloupci této identifikační tabulky je délka hospitalizace, která se pohybovala od 14 do 21 dní.

9.2 Kategorizace získaných dat

Na základě zvolených cílů této práce byly zvoleny tři výzkumné otázky. Odpovědi respondentů byly rozděleny právě podle okruhů výzkumných otázek, kterých se týkaly. V rámci každé této výzkumné otázky, byly poté otázky z rozhovoru rozděleny do několika kategorií, kde se vyzdvihly především podstatné a obohacují informace.

9.2.1 Jak pacienti vnímají sociální izolaci při hospitalizaci v období pandemie?

Tato výzkumná otázka má mapovat vnímání sociální izolace při hospitalizaci pacientem. Ze seznamu položených otázek k rozhovoru s ní přímo souvisejí podotázky č. 1–11.

1. Vnímání izolace a omezení sociálních kontaktů před hospitalizací s onemocněním covid-19

Do této kategorie byly zařazeny podotázky č. 1, 2, 3, které se týkají postojů participantů k izolaci a omezení sociálních kontaktů před jejich hospitalizací. Zároveň šlo o pokus zachytit jejich první dojem, který u nich vzbudila informace o jejich hospitalizaci s onemocněním covid-19, a očekávání ohledně pobytu v nemocnici v porovnání se skutečnými zkušenostmi.

Odpovědi respondentů

P1 *„Měl jsem z toho pochopitelně strach. Žiju v domě s dcerou a její rodinou, a když toho začala být plná televize, tak jsem se nestýkal ani s nimi. Hodně jsem se bál. Takže to, že byla nutná izolace jsem bral jako šanci na možné přežití... Jsem si říkal, že je to konec, že to nemůžu ve svém věku přežít... Že budu zavřenej někde na samotce a s nikým se nebudu potkávat. Nakonec jsem byl na pokoji s dalšími dvěma pacienty a sestřičky, doktoři a rehabilitační tam chodili poměrně často.“*

P2 *„Když něco vyhlásili, že se musí dodržovat, tak jsem to dodržel... Já se to snažil zkrátka brát jako každou jinou nemoc, prostě ju máš, tak ju máš a musíš se zachovat tak, jak to ta nemoc vyžaduje... Já jsem asi žádné očekávání neměl. Oni mě prostě odvezli na třílůžkový pokoj a zavřeli tam.“*

P3 *„Já jsem to brala celkem pozitivně, nevadilo mi to, celkem jsem to i chápala proč ta omezení jsou... Asi jako první jsem pocítila strach... Asi jsem žádná očekávání neměla.“*

P4 *„Mě to příliš neděsilo, že bych byla izolovaná. Ale spíš jsem nad tím moc nepřemýšlela, než se mě to pak začalo týkat... Měla jsem strach z toho, co bude... Čekala jsem trochu nepříjemné chování od personálu, které znám z ambulancí či od praktických lékařů a jejich sester. Nakonec jsem byla příjemně překvapená, všichni byli hodní, i když toho měli hodně a chovali se ke mně slušně.“*

P5 *„Přišlo mi to přehnané a zbytečné... Pamatuji si, že jsem se hodně bála. Myslela jsem si, že bych to zvládla i doma... Žádný očekávání jsem neměla, nevěděla jsem vůbec do čeho jdu.“*

P6 *„Jsem to omezení nijak neprožíval. Dodržel jsem prostě jen to, co prostě jinak nešlo udělat... To že mě budou hospitalizovat mě trochu zaskočilo, ale na druhou*

stranu jsem to očekával. Jsem přesně ten rizikovej typ... Že bych něco vyloženě očekával tak to ne. Možná jsem byl jen trošku překvapen z toho striktního režimu. Jak si třeba podávali věci mezi dveřma. A že jsme nemohli opustit pokoj. Jako ze začátku na nějaký chůzení a procházky nebyla vůbec nálada, ale pak bych to i ocenil a stejně to nešlo.“

P7 „Myslím si, že jsem vše brala velice zodpovědně a snažila jsem se daná nařízení dodržovat... Byl to trochu šok. Plus tady určitě byl i nějaký strach z hospitalizace... Žádná velká očekávání asi neměla. Nebylo mi dobře, takže jediné, co jsem očekávala, že mi personál pomůže a bude mi brzo dobře. Řekla bych, že až na pár výjimek se personál choval skvěle a opravdu se o nás pacienti moc hezky starali.“

P8 „Postoj jsem měla takový, že jsem dodržovala veškeré nařízení vlády, ačkoliv to pro nás všechny bylo velmi náročné... Měla jsem strach a nevěděla jsem co mě čeká... Asi jsem žádná velká očekávání neměla.“

P9 „Snažili jsme se vyhýbat všem... No já se v první řadě nebál tolik o sebe, jak o babičku, to staří se na nás už podepisuje dost. Takže jsem začal přemýšlet, co by babička beze mě dělala a co bych já dělal bez ní... Já jsem asi nic moc neočekával, věděl jsem, že mě zavřou na izolaci, abych to nešířil dál, to bylo pochopitelné.“

Souhrn informací z této kategorie

V otázce týkající se postojů participantů k izolaci a omezení sociálních kontaktů před hospitalizací se téměř všichni dotázaní shodli, že vládní nařízení a doporučení Ministerstva zdravotnictví více či méně dodržovali. Pouze jeden participant považoval tato omezení za zbytečná a přehnaná.

Při mapování prvotního dojmu, který dotázaní zaznamenali při informaci, že jsou pozitivní na onemocnění covid-19, šest respondentů zmínilo především strach o sebe. Pouze dotázaný P9 uvedl jako primární obavy o svou ženu a až poté o sebe. Participant P2 a P6 poté zmínil hlavně odhodlanost se s touto nemocí poprat.

V otázce, vztahující se k očekávání jedinců ohledně hospitalizace sedm participantů uvedlo, že neměli žádná výrazná očekávání. Jeden z nich však uvedl,

že byl negativně překvapený ze striktního režimu na covidovém oddělení. Pouze dva dotázaní očekávali, že pobyt v nemocnici bude horší, než ve skutečnosti byl.

2. Vnímání izolace a omezení sociálních kontaktů během hospitalizace s onemocněním covid-19

Do této kategorie byly zařazeny podotázky č. 4, 5, 8, které se přímo týkají vnímání sociální izolace během hospitalizace na covidovém oddělení. Šlo o snahu zachytit jimi, jak jedinci vnímali své dny strávené na nemocničním pokoji, v čem přesně pociťovali právě vliv sociální izolace a v čem se dle dotázaných lišila tato hospitalizace od jiných hospitalizací, které již zažili.

P1 *„Dopoledne bylo vždycky takový nabytý. Odpoledne jsem pak víc odpočíval a když jsem měl dlouhou chvíli, chodil jsem po pokoji. Ten pocit osamělosti jsem prožíval spíš odpoledne, a hlavně k večeru... Asi hlavně v tom, co se mi honilo v hlavě. Přemýšlel jsem víc o smrti, o blízkých a bylo mi z toho tak nějak ouzko... Že jsem nemohl vycházet z pokoje, že za mnou nemohla přijít návštěva, nebo v těch oblecích, jak za náma chodili jako mumie.“*

P2 *„Chodili tam sestry, ty tam chodili poměrně často v podstatě každou hodinu nebo dvě, protože nám dávali a měnili infuze a kyslík s inhalacemi. Pak se tam během dne párkrát objevil lékař a rehabilitační sestra... Já su poměrně zvyklej být sám i doma... V tom, že jsem byl úplně nemohoucí, že jsem byl rád, že jsem z té postele vstal se opláchnout. A ty masky, co jsme měli, ty byly hrozně protivný, člověka to akorát svědilo a dráždilo.“*

P3 *„Ten den nijak moc neutikal. Střídal se tam sice různě nemocniční personál, ale mě bylo celkem špatně...Asi jsem hlavně cítila tu izolaci od rodiny, ta mi hodně chyběla... Hospitalizovaná jsem byla poprvé.“*

P4 *„Občas přišla sestra s léky nebo doktor si mě vyšetřit. Na pokoji jsem měla samé starší dámy, které byly často zmatené, takže jsem si moc nepovídali. Takže tam asi ten vliv izolace nějaký byl... Jsem ji pociťovala hlavně z té strany rodiny, že za mnou nemohli přijít... Jinou hospitalizaci jsem nezažila.“*

P5 *„Ten den byl hrozně dlouhý. Chvillemi jsem ztrácela pojem o denní době... Ano, cítila jsem se sama. Bála jsem se, že už neuvidím svoje blízké. A jak chodil ten personál ve skafandrech, tak jsem si připadala jak v nějaké laboratoři.“*

Navíc jsme necítili ani lidský dotek, protože všichni měli rukavice a věci od rodiny nám předávali jen přes dveře, jak kdyby se nás štitili... Nevěděla jsem, co bude, jaký je plán ze strany lékařů, kdy půjdu domů. Neměla jsem informace o mém zdravotním stavu, pořád mi jen říkali, že je stav stejný, že odběry jsou stejné a tak dále.“

P6 „Neustále tam někdo chodil, furt nám dávali ty inhalace, pak zas ty kyslíkový brýle nebo jak se to jmenuje, do toho kapačky, léky. Pak cvičení s rehabilitační a pořád do kola. Člověk si většinou odpočinul až trochu odpoledne... Tak v tom že člověk nebyl mezi svýma. Že jsem se neviděl se ženou, nemohl dělat to, co jsem zvyklý dělat. Já si s cizíma lidma zrovna dvakrát nepopovídám... Já jsem ležel v nemocnici jen jako dítě s apendixem, takže to podle mě nemůžu moc srovnávat.“

P7 „Určitě jsem pocítovala vliv sociální izolace, protože personál se z logických důvodů, za mnou snažil chodit jen v pravidelných intervalech, kdy mi podali všechny důležité léky, pomohli s hygienou, přestlali lůžko nebo donesli jídlo. Ale v mezičase byl člověk prostě zavřený na pokoji a nikam nemohl... Člověk je zvyklý si během dne povídat se spoustou lidí a tady mi ten kontakt prostě chyběl. První dny se to dalo vydržet, nebylo mi stejně moc dobře, takže jsem ráda odpočívala, ale postupně se člověk prostě začal cítit osamělý... Lišila se hodně právě danou izolací. Prostě člověk nesměl ani na krok z pokoje a nikdo kromě personálu nemohl za ním.“

P8 „Jelikož jsem na pokoji měla ještě jednu paní, mohly jsme se společně podporovat. Člověk se cítí jak prašivý, když za ním nikdo nemůže a personál se musí několikrát denně oblékat, aby za vámi mohl jít. Ten pocit izolace byl různorodý podle denního rozpoložení... Ano, vnímala jsem ji především, když se stav mé spolupacientky na pokoji zhoršil a zůstala jsem na pokoji sama. Strach a nejistota se tímto velmi prohloubila... Toto byla díkybohu moje jediná hospitalizace.“

P9 „Cítil jsem se hodně sám, i když lékaři nás chodili kontrolovat a sestřičky za náma chodily nám dávat léky, kyslík, infuze a podobně... Ano, cítil jsem ho. Člověk tam byl jak ve vězení, zavřený mezi čtyřmi stěnami. Nemohl pomale vylézt z postele, natož se třeba projít po pokoji. K tomu všemu chyběl domov, manželka a ten klid vesnice... Tak v tom, že jsem byl jak ve vězení. Když jsem byl hospitalizovaný dříve, tak jsem se mohl procházet po chodbě nebo i venku. Rodina za mnou mohla

chodit na návštěvu. Teď? Teď jsem se nesměl pomale hnout z té postele, chodil za náma občas ten personál, a to ještě v obleku.“

Shrnutí informací z této kategorie

Otázkou zaměřenou na harmonogram dne na nemocničním pokoji šlo o to zaznamenat vnímání průběhu dne jedincem a zároveň zjistit, v kterou denní dobu pociťovali největší vliv sociální izolace. Dotázaní P1, P2 a P6 se shodli, že největší rušno ze strany personálu na nemocničním pokoji bylo vždy během dopoledne. Zbývající dotázaní potvrdili, že personál přicházel na pokoj, ale pouze v pravidelných intervalech. Šest participantů poté přispělo informací, že největší vliv sociální izolace pociťovali především odpoledne nebo večer, případně v závislosti na svém denním rozpoložení, jak uvedl dotázaný P8.

Na otázku ohledně vnímání vlivu sociální izolace odpovědělo kladně osm participantů, pouze dotázaný P2 uvedl, že nikoliv, protože je již zvyklý na samotu i z domova. Dotázaní pak dále specifikovali, v čem přesně vnímali pocit sociální izolace. Šest participantů uvedlo, že ji vnímali především izolací od svých blízkých. Dotázaný P5 dále zmínil, že vnímal izolaci i v situacích, kdy za nimi někdo přicházel na pokoj. Avšak tyto jedinci byli pouze v ochranném obleku a rukavicích, což znamenalo úplnou absenci fyzického kontaktu. Dotázaný P9 také uvedl, že se cítil, jako ve vězení.

Poslední otázka v této kategorii směřovala k rozdílům mezi předchozími hospitalizacemi, které dotázaní zažili, a současnou hospitalizací. Tři participanté odpověděli, že se nyní jednalo o jejich první hospitalizaci, a proto nemohou posoudit případné rozdíly mezi hospitalizacemi. Podobně odpověděl i dotázaný P6, protože pro něj byla tato hospitalizace druhou hospitalizací po několika letech. Participant P2 zmínil, že se tato hospitalizace lišila především v jeho zdravotním stavu, kdy byl zcela nemohoucí a musel nosit kyslíkové brýle. Dotázaná P6 zase zdůraznila nedostatek informací o svém zdravotním stavu. Zbývající tři respondenti pak upozornili především na zavedená izolační opatření, která omezovala jejich pobyt v nemocnici, jako například zákaz návštěv, omezení možnosti opustit pokoj a přítomnost nemocničního personálu v ochranných oblecích.

3. Pocity a emoce, které jedinci během hospitalizace s covid-19 prožívali

Do této kategorie jsem zařadila podotázky č. 6, 7, 9, které mi umožňují získat přehled o pocitech a emocích, které dotázaní prožívali během své hospitalizace. S otázkou č. 9 jsem se poté dále pokusila lépe identifikovat a přiblížit původce strachu a obav, který jedinci prožívali.

P1 *„Asi to byl hlavně strach. A taky smutek a beznaděj, jak to dlouho trvalo...Ale abych nebyl úplně pesimista, občas jsme se i zasmáli, když se někdo snažil odlehčit tu pomurou atmosféru... Strach, jestli to přežiju a jestli se vrátím zpátky domů.“*

P2 *„Já jsem byl naprosto unavený a vysílený. Ale, že bych se třeba bál tak to ani ne... Asi jako nejsilnější pocit, co jsem tam zažil bylo, když tam vedle mě umřel pacient. Bylo mi tak nějak ouzko, smutno... Já jsem strach asi neměl žádnéj.“*

P3 *„Samozřejmě asi ten strach a nevědomost z toho, co bude. A ten stesk po rodině, těšila jsem se domů...Často jsem cítila smutek, tím, jak tam byl člověk celej den zavřenej. Potom to byla nuda, protože ten čas prostě pomalu utíkal. Ale někdy i radost, když jsem telefonovala s tou rodinou, nebo když jsme si povídali s ostatními pacienty nebo personálem... Strach jsem měla z toho, že by se to mohlo zhoršit.“*

P4 *„Cítila jsem strach, úzkost, trochu samotu, jelikož za mnou nemohla přijít ani moje rodina. Když jsem věděla, že se můj stav zlepšuje a půjdu brzy domů, cítila jsem úlevu a těšila jsem se domů, zároveň jsem měla strach, že se to doma zase zhorší a nikdo tam se mnou nebude...Hlavně vyčerpání, úzkost... Že se zhorší můj stav a budu muset být na nějakých přístrojích. A že tam budu dlouho.“*

P5 *„Asi bych je popsala jako strach, nejistota, bezmoc a pocit samoty... Především smutek, rozčilení, nenávisť, zoufalství. Ale i úlevu a radost, když se mi ozvala rodina nebo když mi lékař řekl dobré zprávy... Že neuvidím svoji rodinu, svá vnoučata, manžela, že prostě umřu.“*

P6 *„Asi hlavně jako nudu. Do toho jsem měl trošku abstrák, jsem silnej kuřák, vím to o sobě a nijak se tím netajím, takže do toho jsem byl protivnej a naštvanej. Takže hlavně ten vztek a trochu ten strach o sebe a o rodinu, protože kdo by ju živil, když bych tu nebyl... Že se z toho prostě nedostanu.“*

P7 „Byl to určitě strach z toho covidu a taky stesk po domově a pocit bezmoci spojené s izolací. A taky deprese a demotivace... Ale díky personálu kolikrát i radost... Strach byl asi hlavně právě z toho covidu.“

P8 „Byl to převážně strach, nejistota a pocit bezmoci. Taký smutek a stesk po rodině, ale i radost, když jsme se dobře bavili... Že se nedostanu domů a nebudu moct obejmout svoji rodinu.“

P9 „Já jsem se bál o sebe, o babičku, jestli to zvládneme. Potom to byl určitě i stesk po ní... Úzkost, bolest, smutek a stesk po domově... Strach o babičku, aby byla v pořádku no a pak o mě, abych se z toho dostal.“

Shrnutí informací z této kategorie

Cílem otázek č. 6 a 7 byla snaha zmapovat pocity a emoce, které jedinci prožívali během své hospitalizace. Bylo zaznamenáno, že dotázaní častěji zmiňovali negativní emoce a pocity než pozitivní. Až osm dotázaných uvedlo, že nejčastěji prožívali strach následovaný smutkem či steskem, který zmínilo sedm dotázaných. Participant P2 spojil tento pocit přímo se situací, kdy vedle něj umíral druhý pacient. Mezi další negativní pocity a emoce, které dotázaní uváděli, patřily bezmoc, beznaděj, úzkost, samota, nejistota, zoufalství, deprese, vyčerpání, demotivace, nuda, vztek a nenávisť. Avšak participanti uvedli i některé z pozitivních pocitů a emocí, jako například pocit úlevy a radosti, když byli v kontaktu s rodinou, povídali si mezi sebou, komunikovali s personálem nebo když jim bylo řečeno, že budou brzy propuštěni domů.

Otázka č. 9 se zaměřovala na specifikaci obav a strachu, které jedinci prožívali během hospitalizace. Dotázaní především zmínili strach spojený se zhoršením jejich zdravotního stavu a tím následnou obavou ze smrti. S tím souvisela také obava dotázaných P1, P5, P8, P9, že se již neshledají se svými rodinami.

4. Způsob zpestřování času a podpora od personálu během hospitalizace

V rámci této kategorie jsem zahrnula otázky č. 10 a 11, které se zaměřují na podporu a prevenci vzniku sociální izolace.

P1 „Luštím křížovky, takže jsem luštil. Občas jsme se dívali na televizi a nebo si povídali mezi sebou... Velký vliv měla. Člověk si pak nepřipadal na to tolik sám.“

P2 „Jsem se občas díval na televizi...Já jsem asi žádnou podporu od personálu nepociťoval.“

P3 „Sledovala jsem videa na mobilu, filmy nebo čtením... Bylo to dobrý, všichni byli moc hodní a vstřícní.“

P4 „Sledovali jsme na pokoji televizi, pak jsem měla tablet, telefon a četla knížku... Snažili se nám říkat pozitivní věci, jako že je vše v pořádku a brzy půjdeme domů a vyřizovali vzkazy od rodiny, když mi něco nesli.“

P5 „Měla jsem občas videohovory s rodinou nebo jsme si psali přes whatsapp, sledovala jsem videa na youtube, když to šlo a taky jsem sledovala nějaké seriály na Netflixu, ale to až mi bylo lépe... Já jsem moc nějakou sociální podporu od zdravotníků nepociťovala.“

P6 „Já byl na noťase, sledoval filmy nebo byl na mobilu a četl si třeba zprávy... Já jsem se zdravotníkama zrovna nějak moc nekomunikoval, takže nemůžu nijak moc soudit a hodnotit.“

P7 „První dny jsem hlavně odpočívala a nabírala síly a postupně jsem byla schopna si vzít třeba knížku a číst si. Rodina mi donesla i počítač, takže potom jsem si často volala s rodinou nebo jsem koukala na televizi... Personál se ke mně choval moc hezky a když byli u mě na pokoji oblečení v kombinezách tak se snažili si se mnou povídat a trochu mě rozveselit.“

P8 „Povídáním s pacientkou na stejném pokoji. Nebo tím, že jsem si volala s rodinou a koukáním na televizi... Personál byl úžasný po všech stránkách. Věřím, že jen díky nim, rodině a spolupacientce jsem se doslova nezbláznila.“

P9 „Já jsem sledoval televizi, i když mě to moc nebavilo. Já totiž špatně vidím, takže i čtení je pro mě hodně náročný, ale i tím jsem se snažil trochu zabavit... Personál se mnou prohodil vždycky pár slov, když mě šli vyšetřovat, ale bylo to hlavně o tom, jak se cítím, jak se mi dýchá a tak. Žádný víc osobní hovor jsem tam s nikým nevedl.“

Shrnutí informací z této kategorie

Na otázku, jak si dotázaní zpestřili čas během hospitalizace, téměř všichni odpověděli, že se zabavovali sledováním filmů a zpráv v televizi nebo na svém vlastním

notebooku či mobilu. Participanti P1, P3, P4, P7 a P9 dále hovořili o čtení nebo luštění křížovek jako další způsob oživení svého dne. Pouze tři dotázaní P1, P5 a P8 uvedli, že si svůj čas nejvíce zpříjemňovali povídáním se spolupacienty, personálem nebo rodinou.

Další otázka se zaměřovala na vliv a podporu ze strany personálu při jejich sociální izolaci během hospitalizace. Dotázaní P2, P5 a P6 nepocíťovali žádnou takovou podporu nebo ji aktivně nehledali. Zbývající participanti však uvedli, že vnímali a pocíťovali pozitivní vliv sociální podpory ze strany personálu. Zároveň dodali, že personál byl vstřícný, příjemný a povzbudivý ve svém přístupu.

9.2.2 Pocit'ují pacienti dopad sociální izolace v období pandemie?

Cílem bylo zmapovat dopad sociální izolace během hospitalizace a také po ní. S touto výzkumnou otázkou souvisely ze seznamu položených otázek k rozhovoru podotázky č. 12–19.

1. Dopad sociální izolace na fyzické a duševní zdraví jedince

V rámci této kategorie byly zahrnuty podotázky č. 12 a 13, které se zaměřovaly na fyzický a psychický dopad sociální izolace na jedince. Cílem bylo zjistit, zda dotázaní pocíťovali nějaký dopad na své fyzické a psychické zdraví, popřípadě jaký a jakými způsoby se s touto nově vzniklou situací vypořádali.

P1 *„Cítil jsem se nesviť a bez nálady. Ono s tím moc nešlo bojovat... Cítil jsem se slabý a bez vitality.“*

P2 *„Občas mě přepadl smutek po manželce... Tak ta fyzická změna hlavně byla v tom, že jsem se nemohl ani pohnout. Že když už jsem slezl z toho lůžka, tak se mi klepaly nohy.“*

P3 *„Zhoršili se mi od té doby úzkosti. Chodím na sezení s psychologem... Především jsem zhubla a ubyla mi svalová hmota.“*

P4 *„Asi jen trochu. Snažila jsem se zabavit právě četbou, televizí, tabletem, volat si s rodinou a příliš si nečíst o špatných případech na internetu... Zhoršila se mi pleť, víc se mi mastila. Zvýšené vypadávání vlasů jsem také pocíťovala, ale až spíše později po hospitalizaci.“*

P5 „*Psychicky jsem na tom byla hodně špatně. Neustále jsem se bála, navíc jsem o sebe nemohla pečovat tak, jak jsem zvyklá. I to pro mě bylo velmi těžké, začala jsem pochybovat o tom, že se vše vrátí do normálu... Byla jsem slabá, unavená a zhubla jsem. Padaly mi i vlasy a zhoršila se mi pleť.*“

P6 „*Tak samo že to není příjemný být zavřený na pokoji s těma dalšíma pacientama. Takže jsem byl často podrážděnej... Trochu jsem zhubl. Ale teda hlavně jsem zeslábl.*“

P7 „*Myslím si, že jsem po nějaké době měla poměrně dost depresivní náladu. Nejvíce mi asi pomáhaly hovory s rodinou a kamarády. A musela jsem se během dne prostě nějak zabavit, takže jsem konečně přečetla alespoň nějaké knížky, na které jsem jindy neměla čas... Jakože jsem byla zesláblá a unavená.*“

P8 „*Ano, určitě nějaký vliv měla. Sledovala jsem tu televizi, a volala si s rodinou, povídala se spolupacientkou nebo personálem... Byla jsem taková bez bříčku. Prostě unavená a slabá.*“

P9 „*Myslím si, že velký. Ono když cítíte a prožíváte ty smutný pocity, tak Vás to nakonec pohltí. Už tím, že jsem byl smutný jsem nebyl psychicky úplně v pohodě... Hodně jsem zeslábl.*“

Shrnutí informací z této kategorie

Na otázku, zda sociální izolace měla nějaký vliv na psychickou pohodu participantů téměř všichni dotázaní odpověděli, že sociální izolace skutečně ovlivnila jejich psychický stav.

Participant dále přibližovali opět pocity, které prožívali, jako smutek, depresi, strach nebo podrážděnost. Ohledně způsobu, jak se s touto psychickou nepohodou vyrovnávaly, mi odpověděly dotázané P4, P7 a P8. Uvedli, že se především vyhýbali negativním zprávám a raději se věnovali svým koníčkům a zájmům nebo se více snažili komunikovat s rodinou. Participantka P3 zmínila, že po hospitalizaci vyhledala odbornou pomoc v podobě psychologa.

Při odpovědi na otázku, zda sociální izolace měla nějaký vliv na jejich fyzický stav, téměř všichni dotázaní odpověděli, že cítili větší únavu, zesláblost či zaznamenali úbytek na váze. Participantky P4 a P5 zmínily i horší pleť či větší vypadávání vlasů.

2. Vnímání rozdílu vlivu sociální izolace mezi domovem a nemocnicí

Do této kategorie byly zařazeny podotázky č. 14 a 15, které se týkají rozdílu mezi izolací v nemocnici a izolací doma. Podotázka č. 14 se zaměřuje na zkušenosti a rozdíly mezi izolací v nemocnici a izolací doma. Podotázka č. 15 se pak zaměřuje na proces zotavování a pocity dotázaných po propuštění z nemocnice do domácího prostředí.

P1 *„Když jsem byl doma v karanténě bylo to lepší. A bylo příjemný, že prostě jsem věděl, že mám rodinu za rohem, kdežto v té nemocnici to tak prostě není... Ani nevím, jestli měla nějaký vliv na mě. Možná jen v tom, že jsem se cítil mizerně, protože prostě nejsem rád sám. Když mě propustili zpátky domů pocítil jsem hlavně úlevu, protože to najednou bylo za mnou.“*

P2 *„To doma oproti nemocnici se lišila v hlavně v tom, že v té nemocnici se člověk mohl spolehnout na ten personál. Máš tam ten zvoneček a kdyby se cokoliv dělo, stačí zazvonit. Doma je to prostě komplikovanější a manželka by to hlavně se o mě postarat ani nezvládla... Jak jsem se cítil? No rád, že su doma.“*

P3 *„Chyběla mi ta rodina a taky soukromí, to v té nemocnici prostě nemáte... Po propuštění jsem byla ráda, že jsem s rodinou. A na zotavování mě to nijak výrazně neovlivnilo.“*

P4 *„Doma jsem měla samozřejmě větší pohodlí, větší svobodu než být stále na lůžku nebo kolem lůžka... Sociální izolace bych řekla že neměla příliš velký vliv na zotavování, po propuštění jsem se cítila docela dobře, měla jsem radost, že už jsem zpátky ve svém.“*

P5 *„Doma jsem si byla jistější. Cítila jsem se v bezpečí. Měla jsem tam rodinu, vše jsem si mohla obstarat tak, jak jsem zvyklá. Nikdo mě nerušil, neomezoval, nikdo nechodil v kombinézách. Doma jsem se cítila mnohem lépe a víc jako člověk... Cítila jsem velkou úlevu, byla jsem ráda, že jsem doma. Sociální izolaci jsem po propuštění moc nepocítovala, byla jsem ráda, že jsem z nemocnice pryč.“*

P6 *„Tak doma je doma. Doma máte svůj komfort a soukromí. To v té nemocnici prostě není a nikdy nebude... Jak jsem byl propuštěnej domů, tak jsem se držel hlavně v rodinném kruhu a přátelům jsem se ještě nějaký ten pátek vyhýbal. Ale tak samozřejmě, že jsem byl hlavně rád, že jsem doma.“*

P7 „*Doma je doma. Prostě doma to bylo určitě lepší. Člověk ve svém známém prostředí, může se volně pohybovat alespoň po celém bytě. V nemocnici je určitý řád a daná pravidla, která se musí dodržovat... Myslím si, že mě to spíš motivovalo se rychle uzdravit. Věděla jsem, že jakmile mi bude dobře a budu zdravá, půjdu domů a budu už moct mezi lidi. Takže při propuštění jsem měla radost.*“

P8 „*Tak doma to je vždycky lepší, ale v té nemocnici má člověk jistotu, že kdyby se něco dělo, tak Vám okamžitě pomohou... Já si myslím, že nejen ta vidina delší izolace mě motivovala rychleji se uzdravit, přece jen té samoty a uzavřenosti bylo dost. A samozřejmě, že jsem cítila především radost a úlevu, že jsem zpátky doma.*“

P9 „*To se podle mne nedá ani srovnávat. Doma to bylo samozřejmě mnohem lepší, nebyl jsem sám, byl jsem tam s manželkou a ve svém, a ne v cizím... V té nemocnici jsem se snažil hodně rehabilitovat, abych se mohl brzy vrátit domů, ale trvalo to strašně dlouho a člověk tak nějak začínal ztrácet naději. Potom, když mi řekli, že se to lepší a že se brzy vrátím domů a řekli, že to vidí v nejbližších dnech zase jsem získal trochu síly na to cvičit víc. Když jsem byl zpátky doma, byl jsem šťastný, vše bylo tak, jak dříve.*“

Shrnutí informací z této kategorie

Na otázku, jak se lišila zkušenost s izolací během hospitalizace od zkušeností s izolací doma, téměř všichni dotázaní, s výjimkou participanta P2 odpověděli, že izolace doma byla pro ně mnohem příjemnější. A to z mnoha důvodů, například participant P1, P3, P5 a P9 zdůraznili především důležitost blízkosti rodiny, kterou v nemocnici postrádali. Další dotázaní, konkrétně P3, P4, P5, P6 a P7, také uváděli výhody izolace doma, jako je komfort, pohodlí, soukromí a svoboda. Pouze participant P2 a P8 zmínili také výhody izolace v nemocnici, zejména možnost rychlé pomoci v případě potřeby.

Tři dotázaní, konkrétně P7, P8 a P9, uvedli, že sociální izolace měla vliv na jejich proces zotavování. Zmiňovali zejména větší motivaci ke cvičení a rehabilitaci s cílem co nejdříve se vrátit zpět do domácího prostředí. Po propuštění z nemocnice všichni respondenti cítili hlavně radost a úlevu, že jsou zpět doma a se svými rodinami.

3. Dopad sociální izolace na jedince po hospitalizaci

Do této kategorie náleží podotázky č. 16, 17, 18 a 19, které se týkají vlivu izolace na jedince a jeho život po propuštění z nemocnice. Podotázka č. 16 je zaměřena na možnou změnu pohledu dotázaného na omezení sociálních kontaktů před hospitalizací. Podotázka č. 17 je dále zaměřena na možné změny a perspektivu na život dotázaného po propuštění z nemocnice způsobené izolací. Podotázka č. 18 se týká vlivu izolace na zaměstnání a rodinný život dotázaného. Podotázka č. 19 zkoumá ovlivnění sociálních vztahů jedince způsobené izolací v nemocnici.

P1 *„Říkalo se, že když už jsem si tím prošel, tak už mě to nemůže nijak zvlášť ohrozit, takže jsem se opět začal stýkat s rodinou. Ale chápu, proč ta izolace byla zavedená, jen prostě možně byla trochu zbytečná, protože stejně to dostali skoro všichni... Mě to nijak výrazně neovlivnilo... S rodinou jsme se začali scházet míň než před tím... Asi žádněj.“*

P2 *„Dodržoval jsem to předtím a dodržoval jsem to stejně i po tom... Asi nijaký. Bral jsem to prostě tak, jak to bylo... Žádný, já už su v důchodě a s babičkou jsme v pohodě... Možná jen babička se o mě začala trochu víc strachovat.“*

P3 *„Já to chápala i před tou hospitalizací, takže můj postoj k tomu byl stále kladný... Asi žádný, vlastně jsem na chvíli přestala kouřit, ale teď už jsem opět aktivní kuřák... Asi žádný, pokud teda nepočítám neschopenku a pobyt v nemocnici... Myslím si, že vše zůstalo při starém, jen teda víc si vážím času s rodinou.“*

P4 *„Chápala jsem vážnost situace, tak jsem omezení respektovala a brala jsem to jako součást toho onemocnění... Určitě jsem si víc vážila nebo i stále vážím své svobody, zdraví, že je mi dobře, snažím se teď víc hýbat a lépe jíst, abych předešla dalším komplikacím se zdravím... V zaměstnání mě to omezilo samozřejmě a také jsem po covidu byla v práci pomalejší než předtím, jako by mi to tak rychle nemyslelo. To trvalo asi měsíc po hospitalizaci. Pak se to začalo vracet do normálu... Omezovalo mě to hodně v komunikaci s lidmi, nemohla jsem se účastnit důležitých akcí, veškerá interakce s lidmi probíhala přes mobil, takže to samozřejmě bylo to omezující a jiné.“*

P5 *„Chvíli jsem to schvalovala, protože jsem si říkala, že je lepší být doma a omezit sociální kontakt, než aby všichni prožívali to, co já v nemocnici. Ale potom*

už mi to přišlo zbytečně dlouhé... Změny vidím hlavně v tom, že si více vážím zdraví a nepotřebuju už trajdat mezi lidma jako dřív, ale zase si vážím každé rodinné sešlosti... Pracovala jsem z domova, takže pro mě bylo těžké skloubit v domácím prostředí práci a péči o rodinu a domácnost. Neměla jsem doma dostatečný klid, špatně se mi soustředilo... Více si vážím osobního kontaktu, a hlavně osobní komunikace.“

P6 „Za mě osobně si myslím, že v mém případě to bylo zbytečný. Chápu, že určitá věková kategorie to potřebovala... Rád bych řekl, že se ze mě stal nekuřák a začal se o sebe starat, ale to se tak úplně nestalo. Furt kouřím, i když o pár cigaret míň... Tak asi jen v tom, že mi ubyla ta fyzička... Asi nijak výrazný. Vše bylo a je jako dřív.“

P7 „Tím, že jsem se k tomu stavěla zodpovědně již před mým onemocněním, tak se toho po mém propuštění příliš nezměnilo... Myslím si, že se žádné velké změny konat nebudou, jen že si budu ještě víc vážit své rodiny a blízkých kolem mne... Na zaměstnání naštěstí žádné, jsem již v důchodu. A s rodinou se nám vztahy možná ještě zlepšily. Po propuštění z nemocnice jsem si víc vážila jakéhokoliv kontaktu s lidmi, kteří mi prostě při izolaci chyběli.“

P8 „Musím, uznat, že chápu ten důvod všech omezení, protože ty nemocnice byly opravdu přeplněné. Takže samozřejmě, že jsem izolaci stále trochu dodržovala, ale méně než před tou nemocí popravdě... Myslím, že žádné velké změny se u mne neodehrály. Zdraví si vážím stále stejně a času, který mohu strávit se svou rodinou si vážím také stále stejně... Po neschopence jsem v práci byla taková pomalejší furt. A s rodinou jsme zavedli rodinné odpoledne vždy jednou za týden, abysme se všichni viděli, protože člověk si té rodiny o to víc váží, když ví, že by tu třeba s ní už nemusel být...během covidové izolace mi ubylo na přátelích, ale za to, ty, se kterými se vídám do teď tak mi přijde, že se ty vztahy upevnily.“

P9 „Stále stejný, zase jsme byli s babičkou doma a na zahrádce a nikam jinam moc nechodili... Člověk si v tomto věku už toho svého zdraví váží čím dál víc. A především každého dne, který může na tomto světě zažít. Žádné změny se u nás neudály a jsem za to rád, nechtěl bych nic měnit... Asi v tom, že jsme se na sebe nesmírně těšili, jinak asi žádný jiný vliv neměla. Asi žádný, my se už obecně s nikým moc nestýkáme. Žijeme s babičkou především pro sebe a pak také samozřejmě pro rodinu.“

Shrnutí informací z této kategorie

Na otázku týkající se změny postoje k izolaci a omezení sociálních kontaktů po propuštění z nemocnice mi odpovědělo šest dotázaných, že se jejich postoj nijak výrazně nelišil od toho před hospitalizací. Pouze participant P1 a P8 stále izolaci a omezení sociálních kontaktů dodržovali, ale v menší míře. Dotázaný P6 vnímal izolaci a omezení jako zbytečná, avšak chápal potřebu dodržování v určité věkové kategorii.

Co se týče otázky vlivu izolace na perspektivu na život dotázaných, odpovědělo pět participantů, že u nich nenastaly žádné změny. Dotázaní P7, P8 a P9 dále dodali, že si rodiny a zdraví váží stále stejně jako předtím. Naopak participant P2 a P6 uvedli, že se po izolaci pokusili omezit kouření, ale bez většího úspěchu. Dotázaná P4 uvedla, že po izolaci začala více cvičit a snaží si předcházet své zdraví, což se shoduje s tím, což potvrdila i participantka P5, která k tomu po izolaci preferuje spíše trávení času s rodinou a nevyhledává již davové akce.

Na otázku vlivu izolace na zaměstnání a rodinný život dotázaných dvě participantky P7 a P8 uvedly, že se izolací jejich rodinné vztahy zlepšily, naopak dotázaný P1 se vlivem izolace začali scházet s rodinou méně. Dotázaní P4 a P6 zmínili ni sníženou pracovní výkonnost z důvodů izolace. Participantka P5 uvedla, že kvůli práci z domova zaznamenala nedostatek klidu a soustředění. Zbývající tři dotázaní nezaznamenali, žádný vliv izolace na tuto zkoumanou oblast.

Další otázka byla zaměřena na vliv pobytu v nemocnici na sociální vztahy dotázaných. Pět participantů uvedlo, že izolace neměla žádný vliv na jejich sociální vztahy. Naopak dotázaní P4, P5 a P7 zmínili, že si díky izolaci nejen v nemocnici, o to více váží osobního kontaktu a komunikace, která byla během izolace značně omezená a komplikovaná. Participant P8 dále uvedl i úbytek přátel, ale za to vztahy, které přetrvaly, o to víc posílily.

9.2.3 Jaké kroky by dle pacientů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie?

S touto výzkumnou otázkou souvisí ze seznamu položených otázek k rozhovoru podotázky č. 20–28, které jsou zaměřené na kroky a podněty ke zlepšení sociální izolace z pohledu pacienta.

1. Podněty ke zlepšení důsledků sociální izolace z pohledu pacienta

Do této kategorie spadají podotázky č. 20, 21, 22, 23 a 26, které cílí na podněty a kroky, které by mohly snížit důsledek sociální izolace v období pandemie z pohledu dotázaných. Podotázka č. 20 má za cíl zmapovat, které zdroje informací a podpory dotazovaným pomohly zvládnout sociální izolaci během pandemie. Následná podotázka č. 21 byla zaměřená přímo na osobní zkušenosti participantů s tím, co funguje, pokud jde právě o zvládnání sociální izolace. S čímž přímo souvisí i podotázka č. 22, která se zaměřuje na možnosti snížení negativních dopadů sociální izolace. Podotázka č. 26 se týkala způsobu udržení kontaktu s rodinou během hospitalizace. A nakonec, v podotázce č. 23, se participantů podělili o cenné rady a zkušenosti, které jim osobně fungovaly během jejich sociální izolace při hospitalizaci.

P1 *„Já koukal na televizi a poslouchal rádio... Pomáhalo si povídat se spolupacienty nebo personálem a každé den jsem volal s dcerou. No a co nepomáhá? Panika... Myslím, že rozvolnění některých opatření by bylo jediné prospěšné. Jako třeba jak bylo zákaz vycházení... Že hlavně nemůžou panikařit... Já si s dcerou volal.“*

P2 *„Ten covid byl v televizi prakticky každé den, to už člověka až unavovalo, ale spoustu se z toho člověk dozvěděl. A podporou jsme si byli navzájem s babičkou... Já jsem to nijak neřešil, byl jsem si s babičkou oporou jako vždycky a stačilo to... Člověk by na to neměl být sám, nějakou tu psychickou oporu potřebuje každé... Je důležitý hlavně nepanikařit... No s rodinou jsme se domluvili, že si vždycky ve 4 zavoláme.“*

P3 *„Popravdě jsem žádné informace moc nevyhledávala... Pomáhalo věnovat se mým koníčkům, jako je cvičení třeba. Ale byl to chvíli problém, protože i na fitka jednu chvíli přišla ta omezení, tak jsem cvičila alespoň doma... Možná nějakým online setkáním, nebo něco podobného... Aby se snažili hledat radost v maličkostech a aby udržovali kontakt s rodinou. Hlavně jsme si volali, ale taký jsme si psali sms zprávy.“*

P4 *„I když mi sociální sítě v něčem horšili stav psychiky, když jsem si četla příběhy nakažených, kteří se zhoršovali nebo skončili špatně, tak mi v něčem i pomohli, protože tam lidé psali i svoje dobré zkušenosti a byli pozitivně naladěni. Také mi pomáhala moje rodina, která se mnou udržovala přes hovory kontakt a snažila*

se mě podporovat, jak to jen šlo. V neposlední řadě sestřičky na oddělení mi byly oporou... Číst knihy, koukat se na filmy, dělat věci, na které normálně nemáte tolik času kvůli práci. Určitě nefunguje nic nedělat, ležet a jen přemýšlet. To vás zavede do špatných myšlenek a jen prohloubí strach... Nic mě nenapadá... Hlavně to vydržet, zabavit se, nemyslet na nejhorší a udržovat optimismus. Soustředit se na uzdravení... No určitě to byl internet, SMS, hovory a videohovory.“

P5 „Mě pomáhala hlavně podpora ze strany rodiny a přátel. Zprávy jsem nečetla a televizi jsme přestali sledovat, protože nás to akorát děsilo... Jsem se soustředila na rodinu. A dělala jsem vše proto, aby to u nás doma fungovalo a byli jsme zdraví... Nějaká psychologická pomoc, hlavně pro děti. Nějaký instrukce pro rodiče, jak s nimi mluvit o týhle situaci a taky jak se k nim chovat, jak s nimi trávit takhle doma čas... Domáhat se častěji informací o svém zdravotním stavu. Nebo taky a hlavně být v kontaktu s rodinou a neporovnávat se s ostatními pacienty a neříkat si, že dopadneme stejně ne-li hůř. A hlavně věřit v uzdravení... Já jsem hlavně využívala videohovory a online komunikaci přes whatsapp.“

P6 „Je fakt, že jsme se o tom dost bavili a ona mi to říkala z toho zdravotnického pohledu. No a pak televize a zprávy na internetu... Já sledoval ty filmy a četl různé články na netu... Tak asi aby nebyly tak striktní omezení ne? Podle mě některý omezení a ty zákazy shromáždění byly až přes čáru... Že mají zůstat v klidu a nepanikařit, to je podle mě nejdůležitější. A ať komunikují s rodinou, přáteli. My jsme si volali a psali přes messenger každé den.“

P7 „Nejvíce mi pomohla samozřejmě rodina, ale důležité, co mi pomáhalo bylo vůbec nesledovat žádné zprávy v televizi ani žádné novinky na internetu, protože jsem se alespoň víc nestresovala... Tak určitě být v kontaktu s rodinou a přáteli... Vůbec nevím... Snažit se zůstat pozitivně naladěný, volat si s rodinou a přáteli a soustředit se hlavně na brzké uzdravení... Byly to hlavně videohovory s rodinou a přáteli.“

P8 „Co se týká informací o covidu, tak nejvíce jsem tyto otázky řešila s rodinou známou, která dělá ve zdravotnictví. Potom to, byla určitě televize i internet... Především zaměstnat hlavu, hodně jsem sledovala kriminálky, u kterých mne pohltil děj a musela jsem přemýšlet... Možná by pomohla lepší informovanost a validní informace v médiích... Důležitý je zůstat v klidu a věřit v uzdravení... Nejvíce mi pomohlo, že jsme

v době, kdy fungují videohovory. Protože mi hodně pomohlo nejen rodinu slyšet, ale i vidět aspoň pomoci kamery.“

P9 „My s babičkou posloucháme rádio a občas koukáme na televizi, ale ta nám nedělala moc dobře, protože tam nebyla snad jediná pozitivní zpráva... Především musíte být stále obklopen lidmi, na kterých Vám záleží, to je podle mne nejdůležitější... Podle mě měli směřovat ty omezení jen na shromažďování cizích lidí. Měli se více snažit, aby se to úplně nedotýkalo rodin. Nás se totiž dotklo i to omezení, kdy bylo zakázáno přejíždět do jiného okresu, protože vedle v okresu žije syn s rodinou... Aby neztráceli naději. Aby se snažili myslet na hezké věci, na ty, co jim dělají radost a moc nesledovali zprávy... občas jsme si zavolali, ale znáte to. Já to s tím telefonem vůbec neumím, a ještě jsme se skoro neslyšeli.“

Shrnutí informací z této kategorie

Na otázku č. 20, která se zaměřovala na zdroje podpory a informací, které dle dotázaných pomáhaly se zvládnutím sociální izolace mi sedm participantů uvedlo, že sledovali a poslouchali převážně zprávy v televizi, na internetu a v rádiu. Avšak čtyři z nich později přestali využívat tyto zdroje informací kvůli negativnímu vlivu na jejich psychiku. Dalšími zdroji podpory a získání informací pro dotázané byla rodina či blízcí, které uvedlo pět participantů. Pouze participantka P3 uvedla, že se vyhýbala jakýmkoli informacím kvůli negativnímu dopadu na její psychiku.

V otázce č.21 jsem se snažila zjistit, jakým způsobem dotázaní zvládali sociální izolaci. Pět participantů P1, P2, P5, P7 a P9 uvedlo že jim nejvíce pomohlo se především soustředit na rodinu a blízké a komunikovat s nimi. Participant P1 dále zmínil i komunikaci s personálem. Dále dle dotázaných funguje především se věnovat svým koníčkům nebo zabavit se čtením či sledováním filmů. Na otázku, čemu se vyvarovat zdůraznila participantka P4, že dle ní je důležité se něčím zabavit, jelikož nicnedělání prohlubuje strach i špatné myšlenky.

Na otázku č. 22, která se týkala způsobu snížení negativního důsledku sociální izolace z pohledu dotázaného, respondenti odpovídali různě. Tři z nich se shodli, že ke snížení negativního důsledku by dle nich pomohlo rozvolnit některá ze striktních opatření. Participant P9 přímo uvedl příklad, kdy mu zákaz opuštění okresu znemožnilo setkávání s rodinou. Dotázaný P2 mezi další možnosti snížení důsledku uvedl i potřebu psychické opory ze strany rodiny. Naopak dotázaná P3 by spíše uvítala psychickou

oporu v podobě psychologické pomoci, zejména pro děti. Dotázaná P8 považuje za klíčové především zlepšení informovanosti obyvatelstva.

Cílem otázky č. 23 bylo zprostředkovat rady, které by dle dotázaných mohly pomoci ostatním pacientům, kteří jsou hospitalizováni taktéž s onemocněním covid-19 a tudíž se se sociální izolací potýkají také. Pět participantů zdůraznilo důležitost nepanikaření, to doplňují dotázaní P4, P7 a P8 o poznatek soustředění se především na uzdravení. Dle tří participantů je také důležité udržovat kontakt s rodinou. Participant P3, P4, P7 a P9 dále zdůraznili hledání radosti v maličkostech, pozitivní naladění a nepodlehnutí ztrátě naděje.

Otázka č. 26 byla zaměřená na způsob kontaktu mezi rodinou a dotázaným během hospitalizace. Všichni participanté uvedli, že si se svými blízkými volali, čtyři z nich také využívali videohovory, které byli pro ně mnohdy lepší, jelikož jak uvedl participant P8, mu více pomáhalo rodinu vidět než jen slyšet. Kromě toho také využívali jako další způsob komunikace SMS zprávy, WhatsApp nebo Messenger.

2. Možnost podpory pacienta ze strany blízkých osob

Do této kategorie jsem zařadila pouze podotázku č. 27, která se zaměřuje na způsob podpory pacientů, ze strany blízkých a rodinných příslušníků při jejich hospitalizaci.

P1 *„Mě jen chyběly ty návštěvy.“*

P2 *„Dcera se snažila a donesla mi do nemocnice můj oblíbený časopis na čtení. A popravdě nevím, v čem jiným by mě mohla pomoci. Udělala mi ale radost, že na mě myslela a snažila se.“*

P3 *„Tím, že by rodiny provozovali více videohovory, přece jen se vidět je něco víc než se jen slyšet. A nebo když pošlou něco dobrého.“*

P4 *„V mém konkrétním případě se všichni snažili mi často psát, informovat mě co je nového, udržovali se mnou kontakt, takže to bylo super.“*

P5 *„Myslím si, že dělali maximum a ani pro ně to nebylo lehké.“*

P6 *„No nic moc mě nenapadá. Asi svou přítomností?“*

P7 „Určitě jsou důležité časté telefonáty a pokud to jde tak přes personál poslat nemocnému občas nějaký dárek nebo dobrotu.“

P8 „Mohu říct, že mám opravdu skvělou rodinu, která si podle mě udělala rozpis na to, kdo kdy bude volat, abych se necítla sama. Tím, že na mne mysleli udělali víc, než si myslí, nic víc jsem od nich nepotřebovala.“

P9 „No když by mohli přijít na tu návštěvu, ale to nešlo, bylo to zakázané.“

Shrnutí informací z této kategorie

Touto otázkou bylo možné zjistit, jakým způsobem podpory by se mohli blízcí podílet na zlepšení sociální izolace hospitalizovaných jedinců. Čtyři participanti zdůraznili, že si velmi cení udržování komunikace s příbuznými, ať už prostřednictvím hovoru či videohovoru. Tři participanti také zmínili, že oceňují, když jim rodina přinese oblíbené věci do nemocnice, jako například časopis. A v neposlední řadě uvedli dva dotázaní, že by ocenili především návštěvu od svých blízkých.

3. Podněty ke zlepšení podmínek sociální izolace pro hospitalizované pacienty

Do této kategorie byly zařazeny podotázky č. 24, 25 a 28, které se soustředí na možné změny spojené s hospitalizací. Podotázka č. 24 se týká možností zlepšení podmínek pro pacienty během hospitalizace. Podotázka č. 25 se zaměřuje na způsob, jakým může zdravotnický personál pomoci pacientům zvládat sociální izolaci. Podotázka č. 28 se věnuje možnostem zlepšení celkových podmínek pro pacienty během sociální izolace v nemocnicích, či jiných zdravotnických zařízeních z pohledu samotných hospitalizovaných jedinců.

P1 „Nám každou chvíli blbla televize, tak možná kdyby je spravili bylo by to fajn. A ocenil bych i více prostoru. Být celý den zavřenej na té izolaci bylo občas o nervy... Já si myslím, že by stačilo si s pacientem povídat a trochu víc se o něj zajímat... Tak ta lepší televize, nebo vlastní záchod či sprcha pro pokoj.“

P2 „Tak za mě by se mohlo třeba zlepšit jídlo. Ale jinak si myslím, že všechno bylo tak jak by mělo být. Teda teď mě tak napadá, že když přišel ten personál na pokoj, tak jak měli ty skafandry, tak nikdo nevěděl, kdo to je. Jestli sestra, lékař, rehabilitační, bylo by lepší, kdyby byli popsání na zádech... Myslím, že by mohli být víc komunikativnější s tím pacientem. Mě by potěšilo vyměnit ty masky za brýle.“

Mít celý den na sobě masku, to bylo hrozný, kdybych mě ty kyslíkový brýle, ty by byly rozhodně pohodlnější. A kdyby byly povolený návštěvy.“

P3 *„Myslím si, že by prospělo více komunikace mezi personálem a pacientem... Určitě vřelým přístupem, více komunikovat a informovat o tom co se děje a co se bude dít dál... Nic mě nenapadá.“*

P4 *„Větší soukromí na pokojích, například nějaké zidky mezi pacienty. A víc personálu by to asi taky chtělo. A podrobnější sdělování informací lékařem... Myslím, že by mohlo pomoci mít na ty pacienty více času. Z toho následně plyne možnost zodpovědět jejich otázky, pobavit se s nimi chvíli. Nebo třeba uspořádat nějaký program pro nakažené... Napadá mě akorát umožnění návštěv jednou za čas, když by se návštěva oblékla do ochranných obleku a na chvíli měli povoleno jít na návštěvu.“*

P5 *„Určitě mít na každém pokoji koupelnu a záchod. Mít větší soukromí a nebýt na pokoji s pacienty v horším stavu. Taky by bylo dobré vědět, kdo zrovna přišel na pokoj, jestli lékař nebo sestra. To totiž nebylo moc poznat... Myslím, že by bylo fajn mít na ně jako na pacienty víc času a povídat si s nimi... Jak jsem již odpovídala dříve, lepší zázemí, více soukromí a informací. A taky bych neodpírala návštěvy. Stačilo by se jen převlíct do skafandru.“*

P6 *„Já bych snesl víc soukromí, vím že se to lehko říká hůř dělá, ale tak to je... Asi si víc povídat s pacienty o běžných věcech. Jakože já bych tu možnost asi nevyužil, ale někomu by to mohlo pomoci... Já myslím, že ty návštěvy by mohly být povolený. A kdyby měl člověk víc soukromí tak by to bylo fajn.“*

P7 *„Asi kdyby bylo více personálu, bylo by více času na péči o pacienty... Kdyby měli více času, tak by bylo super, kdyby si přišli s pacienty občas popovídat... Myslím si, že nejdůležitější je dostatek personálu. Když by ho bylo dostatek, tak bude více času na pacienty a ti nebudou potom tak osamocení.“*

P8 *„Já byla s hospitalizací poměrně spokojená, možná bych ocenila více soukromí a rozdělené koupelny a záchody... Já si myslím, že toho ti zdravotníci měli až nad hlavu. Vydali ze sebe tolik energie a myslím si, že víc toho už udělat nemohli... Možná by se mi líbily, kdyby byly povoleny návštěvy, alespoň jeden den v týdnu, třeba v neděli, člověk by se měl k čemu upnout a na co se těšit.“*

P9 „*Mě by určitě potěšili návštěvy, dalo by mi to více síly na boj s tou nemocí... Já myslím, že zdravotníci dělali vše, co bylo v jejich silách... Tím že by právě ty návštěvy povolili, to by bylo skvělé. To by se člověk měl na co těšit každý den.*“

Shrnutí informací z této kategorie

K otázce č. 24, která se týkala zlepšení podmínek pro pacienty, uvedli čtyři participanti, že by ocenili větší soukromí, například pomocí zástěn, jak navrhuje participant P4. Dále by uvítali oddělený záchod s koupelnou pro každý pokoj zvlášť. Dva dotázaní se také shodli, že by ocenili zlepšení komunikace mezi personálem a pacientem. Jako další možnosti zlepšení podmínek uvedli dotázaní P2 a P5 rozlišení personálu podle pozice, například nápisem na zádech oděvu, jelikož v ochranných oblecích nebylo jasné, kdo právě přišel na pokoj a o koho se jedná. Participanti uvedli i jiné možnosti zlepšení, jako například funkční televize, lepší strava, více personálu, volnější prostor během hospitalizace a povolené návštěvy. Participant P5 dále uvedl, že by dle něj bylo lepší rozdělit pacienty podle jejich zdravotního stavu.

Na otázku č. 25, jak by se mohli zdravotníci více podílet na pomoci pacientům při zvládání sociální izolace, téměř všichni dotázaní odpověděli, že by uvítali vstřícnější a komunikativnější přístup personálu. Participant P3 dále zdůraznil, že by ocenil i vřelejší přístup a lepší informovanost. Dotázaný P4 zmínil i možnost vymyšlení programu pro nakažené v izolaci. Naopak participanti P8 a P9 uvedli, že zdravotníci již dělali vše, co bylo v jejich silách, a nemohli by podle nich udělat více.

Na otázku č. 28, týkající se zlepšení podmínek pro snížení důsledků sociální izolace u hospitalizovaných pacientů, odpovědělo šest dotázaných, že by ocenili zejména povolení návštěv, alespoň v omezené míře, například jednou týdně, jak navrhla participantka P8. Dotázaná P7 poté naopak zdůraznila důležitost dostatku personálu, což by umožnilo dle ní větší péči o pacienty a snížilo by to tak jejich pocit osamělosti.

10. Diskuse

Cílem diplomové práce bylo důkladně zmapovat vnímání pacientů sociální izolace během hospitalizace v období pandemie. Dále je zaměřena na dopady této izolace na hospitalizované klienty a identifikaci kroků, které by podle samotných hospitalizovaných jedinců mohly vést ke zlepšení důsledků sociální izolace.

Pro tento výzkum byly stanoveny tři hlavní výzkumné otázky a prostřednictvím podotázek tyto otázky důkladně rozvedeny. Tímto byla zachycena všechna klíčová témata související s problematikou sociální izolace u hospitalizovaných klientů. Pro získání dat byla zvolena kvalitativní metoda, která umožňuje získat podrobnější a hlubší vhled do zkoumané problematiky skrze detailnější sdělení informací.

Výzkumný soubor tvořili jedinci, kteří byli hospitalizováni s komplikacemi spojenými s onemocněním covid-19 na standardním lůžkovém oddělení v období pandemie.

V kapitole věnované výsledkům jsou data systematicky kategorizována podle jednotlivých výzkumných otázek a následně byly vytvořeny tematické okruhy pro jednotlivé výzkumné otázky. Tento přístup umožnil dosáhnout větší přehlednosti a lepší interpretace získaných výsledků.

V rámci první výzkumné otázky, která se zabývá vnímáním sociální izolace pacienty během hospitalizace v období pandemie, byla data kategorizována do čtyř tematických okruhů neboli kategorií.

První kategorie je zaměřena na analýzu vnímání izolace a omezení sociálních kontaktů pacienty ještě před samotnou hospitalizací s onemocněním covid-19. V tomto tematickém okruhu bylo zaznamenáno, že izolaci i omezení sociálního kontaktu před hospitalizací dotázaní chápali a dodržovali již před hospitalizací. Po diagnóze covid-19 následovaly u některých pacientů pocity strachu, ale zároveň i odhodlanost čelit této výzvě. Tyto získané poznatky lze porovnat se studií, jako je například výzkum provedený autorem Dagnino et al. (2020), který také identifikoval obavy a strach z přítomnosti i budoucnosti jako rizikový faktor ovlivňující vliv sociální izolace na jedince. Předpoklady spojené s hospitalizací na covidovém oddělení byly převážně neutrální, s výjimkou jednoho dotázaného, který vyjádřil negativní překvapení

ze striktního režimu na oddělení. Naopak dva dotázaní byli spíše příjemně překvapeni, jelikož jejich očekávání byla horší, než tomu v důsledku bylo.

V rámci druhé kategorie, která se zabývala vnímáním izolace a omezení sociálních kontaktů během hospitalizace téměř všichni pacienti potvrdili, že vnímali pocit sociální izolace, zejména izolaci od svých blízkých nebo v situacích, kdy za nimi přicházel pouze personál, a to oblečený v ochranných oblecích. Tyto získané poznatky lze porovnat s poznatky z výzkumu od Holt-Lustad (2020), který odloučení od rodiny zařadil jako jeden z rizikových faktorů přispívající ke vzniku sociální izolace. Výzkum byl dále zaměřen na dobu, kdy pacienti pocítovali sociální izolaci nejvíce. Dotázaní sdíleli, že tento pocit izolace byl nejvýraznější v odpoledních a večerních hodinách, či závisel na jejich osobním rozpoložení. Součástí tohoto tematického okruhu bylo i porovnání současné hospitalizace s předchozími. Bylo zjištěno, že současná hospitalizace se výrazně lišila v zavedených izolačních opatřeních, která omezila pobyt pacientů v nemocnici. Patřily sem například zákazy návštěv, omezení možnosti opustit pokoj nebo kontakt s personálem v ochranných oblecích. Tato opatření měla za následek větší pocit izolace a omezení, což se promítlo do vnímání hospitalizovaných jedinců. Tyto poznatky odpovídají také výsledkům výzkumu provedeného Dagninem et al. (2020), který identifikoval nucené odloučení od rodiny, přátel, ztrátu svobody a sociálního kontaktu jako významné stresory, které ovlivňují jedince během sociální izolace.

Třetí tematický okruh se zaměřil na pocity a emoce, které pacienti prožívali během hospitalizace s onemocněním covid-19. Při výpovědích dotázaných jsem zaznamenala především negativní emoce. Mezi nejčastěji uváděné negativní pocity patřil strach z nejistoty, smutek a stesk po blízkých, se kterými se nemohli setkat a úzkost z nejistého vývoje onemocnění. Dotázaní také vyjadřovali pocity zoufalství, deprese a vyčerpání, které souvisely s dlouhodobým omezením sociálních kontaktů. Zmiňovali také negativní emoce, jako je demotivace a nuda z dlouhého pobytu v nemocnici bez možnosti běžných aktivit. Někteří dokonce prožívali vztek a nenávisť vůči situaci, která je omezila a izolovala od běžného života. Tyto negativní pocity a emoce, které sdíleli dotázaní, jsou v souladu s informacemi, které byly v teoretické části této práce nastíněny. Autoři Pfefferbaum a North (2020) zdůrazňují, že sociální izolace může vyvolat širokou škálu psychických a emocionálních stavů. Na druhou stranu, v rámci téže kategorie byly identifikovány i pozitivní emoce, které pacienti

prožívali. Mezi nejčastěji zmiňované patřila úleva a radost, kterou pociťovali při přijetí dobrých zpráv o svém zdravotním stavu nebo při komunikaci s rodinou a blízkými. Součástí byla i otázka směřující k největším obavám. Odpovědi jednoznačně ukázaly, že největší obavu pociťovali z možnosti zhoršení svého zdravotního stavu a tím i strachu z úmrtí. Tímto tematickým okruhem byla zachycena široká škála emocí, které pacienti prožívali během hospitalizace s covid-19, otázka ukázala na významné aspekty, které ovlivňovaly jejich prožívání sociální izolace.

V rámci posledního čtvrtého tematického okruhu v této výzkumné otázce, který se zaměřoval na způsoby zpestření času a podporu od personálu během hospitalizace, byly získány zajímavé informace od dotázaných. Téměř všichni pacienti uvedli, že se snažili zpříjemnit si čas sledováním filmů, zpráv nebo používáním notebooku a mobilního telefonu. Jako další způsob trávení času uvedli čtení knih a luštění křížovek, což jim pomáhalo odvádět pozornost od aktuální situace. Komunikace s rodinou, blízkými, pacienty či personálem se ukázala jako další důležitý prvek, který pomáhá pacientům zvládat sociální izolaci a přinášel jim psychickou podporu. Tyto poznatky jsou shodné s informacemi, které byly zaznamenány ve výzkumu provedené Budimir et al. (2021), který vyzdvihuje význam sociální opory při zvládání krizových situací. Tato studie podporuje zjištění této diplomové práce, že negativní pocity a emoce způsobené sociální izolací mají vliv na hospitalizované jedince a zdůrazňuje roli sociální opory jako klíčového faktoru při snižování těchto negativních dopadů. Bohužel, v této části okruhu se objevily i některé negativní názory. Pouze šest respondentů pociťovalo podporu ze strany personálu. Na tento problém bylo již předem upozorněno ve výzkumu Sugg et al. (2023), který zmiňuje nedostatečnou podporu ze strany zdravotního personálu. Zároveň se ukázalo, že právě podpora ze strany zdravotnického personálu mohla taktéž napomoci zmírnění důsledků sociální izolace. Toto zjištění posiluje význam tématu této diplomové práce a poukazuje na potřebu zlepšit komunikaci a podporu od zdravotních pracovníků vůči hospitalizovaným pacientům.

V rámci druhé výzkumné otázky zaměřené na to, zda jedinci pociťují dopad sociální izolace při hospitalizaci v období pandemie, byly vytvořeny tři kategorie.

V prvním kategorii, která se zabývala dopadem sociální izolace na fyzické a duševní zdraví jedinců, byly zaznamenány některé důležité aspekty. Všichni dotázaní

pocítli vliv sociální izolace na jejich duševní stav, přičemž opět zmiňovali negativní emoce a pocity, jak bylo uvedeno výše. Tato data potvrzují shodu s výzkumem od Hwang et al. (2020), který rovněž zdůrazňuje negativní dopad sociální izolace na psychické i fyzické zdraví jedinců. Zjištění těchto společných informací posiluje význam a poukazuje na důležitost řešení a prevence sociální izolace v nemocničním prostředí během pandemie. Ohledně způsobu vyrovnání se s touto psychickou nepohodou se participanti snažili především vyhnout negativním zprávám, čímž se snažili udržet si svou psychickou pohodu. Významnou roli hrála i komunikace s rodinou a věnování se koníčkům a zájmům, což jim také pomáhalo snižovat stres a napětí. Jedna z dotázaných se setkala s většími obtížemi, to vedlo k vyhledání odborné pomoci po hospitalizaci v podobě psychologa. Hwang et al. (2020) ve svém výzkumu zdůrazňují negativní dopad prohloubení již existujícího duševního onemocnění v souvislosti se sociální izolací. To poukazuje na důležitost poskytování podpory a psychosociální péče pro hospitalizované jedince, kteří mohou zažívat různé formy psychického nepohodlí v důsledku sociální izolace. Pokud jde o dopad sociální izolace na fyzické zdraví, téměř všichni respondenti uvedli zvýšenou únavu, pocit zesláblosti a úbytek na váze. Někteří také zmiňovali problémy s pleť a vypadávání vlasů. Tyto fyzické projevy mohou být důsledkem kombinace stresu, omezené pohybové aktivity a změn ve stravovacích návycích, což naznačuje význam poskytování péče o fyzické zdraví pacientů během hospitalizace. Celkově tedy získané výsledky ukazují na význam dopadu sociální izolace na fyzické i duševní zdraví hospitalizovaných jedinců během pandemie. Důležité je nejenom léčit samotné onemocnění, ale také poskytovat podporu a péči, která pomáhá zvládat psychické a fyzické nároky, které s tímto obdobím souvisí.

Ve druhém tematickém okruhu druhé výzkumné otázky, který se zaměřoval na vnímání rozdílu vlivu sociální izolace mezi domovem a nemocnicí, byly získány důležité poznatky o rozdílu prožívání izolace v těchto dvou odlišných prostředích. Téměř všichni dotázaní vyjádřili, že izolace doma byla pro ně mnohem příjemnější z několika klíčových důvodů. Patřily sem především blízkost rodiny, komfort, pohodlí soukromí a svoboda, kterou domácí prostředí poskytuje. Pacienti se tak cítili pohodlněji, což mělo pozitivní vliv na jejich duševní pohodu během izolace. Shodné poznatky lze nalézt i v práci Plevové (2019), která zdůrazňuje klíčovou roli rodiny a rodinného zázemí při uspokojování potřeb jedinců. Podle této autorky rodina vytváří prostředí

pohodlí a poskytuje nezbytný pocit bezpečí a komfortu, což má pozitivní vliv na zvládání krizových situací, včetně období sociální izolace v nemocničním prostředí. Tato informace nám poskytuje další důležitý aspekt, který by mohl být zohledněn při navrhování podpůrných a terapeutických opatření pro hospitalizované pacienty a přispět ke zlepšení jejich celkového prožívání během pandemie. Dva dotázaní uvedli i pozitivum izolace v nemocnici, a to v případné rychle poskytnuté pomoci ze strany zdravotnického personálu. Další otázka této kategorie se týkala vlivu izolace na proces zotavování nemocného. Dotázaní zde zmiňovali, že v izolaci měli větší motivaci ke cvičení a rehabilitaci, což bylo způsobeno touhou po rychlejším návratu do domácího prostředí a obnovení běžných aktivit. Po propuštění z nemocnice všichni respondenti vyjádřili především radost a úlevu, že mohou být opět doma se svými rodinami. Výsledky této kategorie naznačují, že prostředí, ve kterém se jedinec nachází během sociální izolace, má významný vliv na jeho pocity, duševní pohodu a motivaci ke zotavování. Domácí prostředí přináší větší komfort a podporu, zatímco hospitalizace může být spojena s větší rychlostí poskytnuté pomoci ze strany personálu. Tato poznání mohou být využita k lepšímu porozumění a podpoře pacientů během jejich hospitalizace a následného zotavování.

V rámci poslední kategorie druhé výzkumné otázky, která se zaměřovala na dopad sociální izolace na jedince po hospitalizaci, byly získány zajímavé poznatky o tom, jaké změny nastaly u dotázaných po absolvování izolace v nemocnici. Na otázku týkající se pohledu na omezení sociálních kontaktů před a po hospitalizaci, většina z nich uvedla, že dodržovali izolaci a omezení kontaktů pořád stejně. Tři respondenti však omezení po hospitalizaci dodržovali v menší míře, přičemž jeden z nich považuje tato omezení za zbytečná, ale chápe je v určité věkové kategorii. Toto naznačuje, že hospitalizace neměla u většiny dotázaných zásadní vliv na jejich pohled na omezení sociálních kontaktů. Další otázka zkoumala, zda izolace měla nějaký vliv na perspektivu života dotázaných. Většina respondentů uvedla, že si rodiny a zdraví váží stále stejně. Dva dotázaní dále uvedli, že se neúspěšně snažili omezit kouření, dále dvě dotázané začaly zase více cvičit a dbát o své zdraví. Toto naznačuje, že izolace mohla u některých jedinců posílit motivaci k péči o zdraví a osobní pohodu. V otázce týkající se vlivu izolace na zaměstnání a rodinný život, dvě dotázané uvedly, že se jejich rodinné vztahy zlepšily, zatímco jeden dotázaný bohužel uvedl, že se s rodinou schází méně. V oblasti zaměstnání, někteří dotázaní zaznamenali sníženou pracovní výkonnost

nebo nedostatek klidu a soustředění na práci z důvodu práce z domova. Ostatní respondenti žádný vliv izolace na zaměstnání nezaznamenali. Poslední otázka v této kategorii se týkala vlivu pobytu v nemocnici na sociální vztahy dotázaných. Většina z nich uvedla, že nemocniční pobyt neměl výrazný vliv na jejich sociální vztahy, avšak tři respondenti zmínili, že si díky izolaci více váží osobního kontaktu a komunikace, která byla v průběhu hospitalizace značně omezená a komplikovaná. Jeden dotázaný uvedl, že došlo ke ztrátě některých přátel, ale zároveň se posílily vztahy, které vydržely. Toto tvrzení potvrzuje i práce Gottwaldové (2018), která poukazuje na skutečnost, že při hodnocení vlivu sociálních vztahů na individuální pohodu nezáleží tolik na jejich počtu, jako spíše na jejich kvalitě. Důležitost kvalitních sociálních vazeb a podpory z blízkého okolí je klíčovým faktorem pro pacienty v nemocničním prostředí, zvláště v době sociální izolace. Tato informace nám umožňuje podtrhnout význam kvalitní komunikace a podpory, kterou mohou poskytnout rodina, přátelé a zdravotnický personál v období hospitalizace. Tyto výsledky naznačují, že sociální izolace během hospitalizace měla různé důsledky na jednotlivé respondenty. U některých nezpůsobila výrazné změny, zatímco u jiných mohla mít pozitivní vliv na jejich perspektivu na život, rodinné vztahy a péči o své zdraví. Zároveň ukazují na důležitost podpory a komunikace v průběhu hospitalizace k minimalizaci negativních dopadů sociální izolace na pacienty.

K třetí výzkumné otázce, která se zaměřovala na to, jaké kroky by podle pacientů vedly ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie, byly vytvořeny tři tematické okruhy, které poskytují zajímavé poznatky.

První kategorie se zabývala podněty ke zlepšení důsledků sociální izolace z pohledu pacientů. Bylo zjištěno, že většina dotázaných využívala jako zdroj informací televizi, internet a rádio, avšak čtyři z nich přestali tyto zdroje dále využívat kvůli negativnímu vlivu na jejich psychiku. Jedna dotázaná uvedla, že se vyhýbala jakýmkoliv informacím již od začátku, kvůli negativnímu dopadu na její psychiku. Rodina a rodinní známí byli často uváděni jako další zdroj podpory, který dotázaní využívali. Pro zvládnutí sociální izolace nejvíce pomáhalo dotázaným soustředit se na rodinu a komunikovat s ní. Dále bylo zmíněno i věnování se koníčkům, čtení knih a sledování filmů. Další otázka v této kategorii zkoumala snížení negativního důsledku sociální izolace z pohledu pacienta. Respondenti uváděli, že by ke snížení negativních důsledků mohlo pomoci rozvolnění některých striktních opatření, což by umožnilo větší

volnost a kontakt s rodinou. Někteří uváděli potřebu psychické opory, ať už od rodiny nebo odborníků, jako je psychologická pomoc. Další dotázaná považuje za klíčové především zlepšení informovanosti obyvatelstva. Na otázku, která se zaměřovala na rady, které by mohly pomoci ostatním pacientům, kteří jsou hospitalizováni s covid-19 a potýkají se sociální izolací. Zde jsem znamenala důležité rady, které dotázaní předali. Ovládání paniky, soustředění se na uzdravení, udržování kontaktu s rodinou, hledání radosti v maličkostech, pozitivní naladění a neztrácení naděje byly častými zmínkami. Tyto rady mohou být užitečné pro další hospitalizované pacienty, kteří čelí podobné situaci. Na poslední otázku v této kategorii týkající se způsobu kontaktu mezi rodinou a dotázaným během hospitalizace odpovídali všichni pacienti shodně. Volali se svými blízkými, a čtyři z nich využívali také videohovory, které jim pomáhaly lépe udržovat spojení s rodinou. Kromě toho také využívali jako další způsob komunikace SMS zprávy, WhatsApp nebo Messenger.

V rámci druhého okruhu ve třetí výzkumné otázce, který se zaměřoval na možnosti podpory pacientů ze strany blízkých osob, jsem získala zajímavé poznatky. Participanti zdůraznili, že pro ně má velký význam udržování komunikace s příbuznými, ať už prostřednictvím telefonických hovorů nebo videohovorů. Tato forma kontaktu jim umožňuje cítit se ve spojení se svými blízkými, což je zvláště důležité během období sociální izolace. Dotázaní rovněž ocenili, když jim rodina přináší do nemocnice věci, které je těší, jako například časopisy nebo jiné drobnosti. Tyto předměty mohou být pro hospitalizované pacienty cenné, protože jim pomáhají rozptýlit myšlenky a přinášejí do jejich každodenního prostředí kousek známého a příjemného. Dva dotázaní vyjádřili touhu po návštěvách od svých blízkých. Návštěvy mohou vytvářet pocit spojení a blízkosti, což může pozitivně ovlivnit náladu a psychické zdraví pacientů. Tyto poznatky ukazují, jak důležitá je podpora a kontakt s blízkými osobami během hospitalizace, zejména v situacích, kdy jsou pacienti konfrontováni s omezením sociálních kontaktů. S tímto souhlasí i Vacek (2017), který zdůrazňuje nezastupitelnou roli rodiny v životě každého jednotlivce. Důležitost rodinných vazeb a podpory je klíčová pro celkové zdraví a pohodu jedince, a to včetně situací hospitalizace a sociální izolace. Význam rodiny a její přítomnosti ve zvládání krizových situací a obtížných životních okamžiků je nezpochybnitelný a ukazuje, že podpora a kontakt s blízkými jsou klíčovými faktory pro psychické

i fyzické blaho pacientů. Rodina a blízcí hrají klíčovou roli v podpoře pacientů a mohou významně přispět k jejich pohodě a zlepšení celkového prožívání hospitalizace.

V rámci třetí kategorie, která se zaměřovala na podněty ke zlepšení podmínek sociální izolace pro hospitalizované pacienty, jsem získala důležité informace o tom, co by mohlo pomoci pacientům lépe zvládat tuto náročnou situaci. Dotázaní zdůraznili, že by ocenili větší soukromí během hospitalizace. Ocenili by možnost využít například zástěn nebo oddělených záchodů s koupelnami pro každý pokoj zvlášť. Toto by mohlo přispět k pocitu většího pohodlí a soukromí. Dotázaní také navrhli zlepšení komunikace mezi personálem a pacientem. Dále také uvedli jako podnět pro zlepšení izolace jasnější identifikaci personálu v ochranných oblecích, což by mohlo přispět k lepšímu a plynulejšímu průběhu komunikace. Další možnostmi zlepšení podmínek, které uvedli dotázaní, zahrnovaly funkční televize, posílení personálního obsazení, volnější prostor během hospitalizace a povolené návštěvy. Tyto změny by mohly pozitivně ovlivnit náladu a pohodu pacientů a snížit tak pocit izolace. Pokud jde o zapojení zdravotníků v pomoci pacientů při zvládání sociální izolace, vyjádřili dotázaní přání po vstřícnějším a komunikativnějším přístupu a lepší informovanosti. Lékaři a zdravotní personál by mohli pomoci pacientům lépe zvládat sociální izolaci tím, že projeví vřelost, pochopení a ochotu naslouchat pacientovým potřebám a obavám. Jeden z dotázaných navrhl, že by zdravotníci mohli pomoci pacientům tím, že vymyslí program pro nakažené v izolaci, což by mohlo přispět k lepšímu vyplnění volného času a zábavě během nemocničního pobytu. Dotázaní dále zdůraznili, že by ocenili povolení návštěv alespoň v omezené míře, například jednou týdně. Návštěvy od blízkých osob by mohly být velmi cennou formou podpory a pocitu spojení s vnějším světem, což by mohlo výrazně snížit pocit osamělosti a izolace. Dále byl zdůrazněn poznatek o důležitosti dostatečného množství personálu. Přítomnost většího množství personálu by umožnila lepší péči o pacienty a vytvoření osobního spojení. To by mohlo pomoci snížit pocit osamělosti a izolace, když pacienti nemají možnost být v kontaktu s rodinou a blízkými. Tyto odpovědi ukazují, že povolení návštěv a dostatečný personál by mohly být klíčovými prvky ke zlepšení podmínek během hospitalizace, a tím i ke snížení negativních důsledků spojených s omezením sociálních kontaktů. Zahrnutím těchto podnětů by bylo možné lépe zohlednit potřeby a pohodu pacientů, kteří se potýkají s náročným obdobím sociální izolace během nemocničního pobytu. Zlepšení podmínek během hospitalizace a aktivní zapojení zdravotníků mohou pomoci pacientům lépe

zvládat sociální izolaci a snížit negativní důsledky spojené s tímto omezením sociálních kontaktů. Tyto podněty mohou být cenným zdrojem informací pro zlepšení péče a podpory pro hospitalizované pacienty, zejména v době pandemie nebo jiných náročných situací.

Je nutné poukázat na omezení studie, která by mohla ovlivnit výsledky a způsob interpretace zjištěných informací. Jedním z významných omezení je omezený počet respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu. Je nutné brát v úvahu, že výsledky nemusí být zcela reprezentativní pro širší populaci, z důvodu omezeného zkoumaného vzorku. I přes snahu zajistit co nejvíce rozmanitost mezi respondenty, může být toto zastoupení nedostatečné. Je také relevantní zmínit, že rozhovory s účastníky proběhly až více než rok po jejich hospitalizaci. Tento časový odstup může zkreslit jejich vzpomínky na zkušenosti během hospitalizace a ovlivnit tak poskytnuté informace. Bylo by zajímavé a užitečné provést podobnou studii s rozhovory uskutečněnými ihned po hospitalizaci, abychom porovnali výsledky a lépe porozuměli dopadům sociální izolace na zdraví a pohodu jedinců. K tématu sociální izolace hospitalizovaných klientů nejen v období pandemie dosud neexistuje v českém kontextu dostatek literatury. Zároveň se toto stěžejní téma dotýká velmi ohrožených osob, u kterých může sociální izolace zásadně negativně ovlivnit léčbu, průběh hospitalizace i samotné zdraví pacientů.

Vzhledem k tomu, že tato práce je značně limitovaná, nabízí se prostor pro budoucí výzkumy, které by zahrnuly rozsáhlejší kvantitativní analýzy. Tyto analýzy by mohly poskytnout více měřitelných a statisticky významných výsledků, které by podpořily závěry této práce. Celkově lze konstatovat, že tato diplomová práce poskytuje shrnutí důležitých poznatků o dopadu sociální izolace na zdraví a pohodu jedinců. Přestože je zde několik omezení, která byla popsána výše, nezmenšuje to hodnotu získaných poznatků, ale pouze naznačuje možnosti pro budoucí výzkumy, které by mohly v této oblasti přispět k ještě komplexnějšímu a ucelenějšímu pohledu na dané téma.

Tento výzkum tak poskytuje cenné informace o vnímání, pocíťování a zvládání sociální izolace u jedinců během hospitalizace v období pandemie. Výsledky naznačují klíčové aspekty, které by mohly vést ke snížení sociální izolace v takových náročných situacích. Respondenti identifikovali konkrétní kroky a strategie, které by mohly

pomoci zmírnit pocit osamělosti a izolace během jejich pobytu v nemocnici. Vzhledem k aktuálnosti tohoto tématu, mohou tyto poznatky být cenným zdrojem pro zdravotnické pracovníky, kteří se snaží poskytnout optimální podporu pacientům v době jejich hospitalizace. Rovněž mohou sloužit jako významný podklad pro tvorbu intervencí a programů, které by se zaměřovaly na zlepšení pohody a duševního zdraví pacientů v obtížných situacích izolace.

11. Závěr

Tato diplomová práce se zabývá problematikou sociální izolace hospitalizovaných klientů s covid-19 v období pandemie a jejím vlivem na jejich zdraví a psychické pohodlí. Hlavními cíli této práce bylo zmapovat vnímání pacientů sociální izolace při hospitalizaci, zmapovat dopad této sociální izolace na jedince a také zmapovat kroky, které by dle dotázaných mohly přispět ke zlepšení důsledků sociální izolace v období pandemie.

Výsledky výzkumu jasně ukázaly, že hospitalizovaní jedinci v období pandemie vnímali silný pocit sociální izolace. Izolace měla také významný dopad na jejich fyzické i psychické blaho. Zároveň jedinci uvedly klíčové prvky, které by mohly přispět ke zlepšení negativních důsledků sociální izolace během hospitalizace. Ty zahrnují především povolení návštěv, lepší komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem, dostatečnou informovanost a podporu osobních zájmů či vytváření programů pro pacienty v izolaci.

Tato diplomová práce může přispět k lepšímu porozumění problematice a sloužit jako východisko pro další výzkum a implementaci opatření k podpoře hospitalizovaných pacientů. Zároveň může přispět k lepšímu porozumění dopadů sociální izolace na zdraví a potřeby jedinců, posílení péče a podpory pro hospitalizované pacienty s covid-19 a k vytvoření citlivějšího a respektujícího prostředí ve zdravotnictví. Poskytuje užitečné informace, které mohou vést k vylepšení podmínek během hospitalizace a snížení negativních důsledků sociální izolace.

Výstupem práce bude interpretování výsledků v podobě přednášky pro všeobecné sestry v Úrazové nemocnici v Brně na téma: Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů v období pandemie.

Seznam použité literatury

1. Aktuální informace o COVID-19 – Oficiální informační portál Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Aktuální informace o COVID-19 – Oficiální informační portál Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Copyright © 2021 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/>
2. ALEEM A., AKBAR SAMAD, A.B., SLENKER, A.K. Emerging Variants of SARS-CoV-2 And Novel Therapeutics Against Coronavirus (COVID-19). *StatPearls* [online]. StatPearls Publishing 2021, 1-54 [cit. 2021-12-15]. PMID 34033342. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570580/>
3. BAMBI, S., IOZZO, P., RASERO, L., LUCCHINI, A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. *Dimensions of Critical Care Nursing* [online]. 2020, **39**(5), 239-241 [cit. 2023-03-13]. ISSN 1538-8646. Dostupné z: doi:10.1097/DCC.0000000000000438
4. BANERJEE, D., RAI, M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry* [online]. 2020, **66**(6), 525-527 [cit. 2023-01-17]. ISSN 0020-7640. Dostupné z: doi:10.1177/0020764020922269
5. BERG-WEGER, M., MORLEY, J. E. Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *The journal of nutrition, health & aging* [online]. 2020, **24**(5), 456-458 [cit. 2023-03-13]. ISSN 1279-7707. Dostupné z: doi:10.1007/s12603-020-1366-8
6. BUDIMIR, S., PROBST T., PIEH, Ch. Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown. *Journal of Mental Health* [online]. 2021, **30**(2), 156-163 [cit. 2023-03-22]. ISSN 0963-8237. Dostupné z: doi:10.1080/09638237.2021.1875412
7. BUHEJI, M, BUHAID, N. Nursing Human Factor During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Nursing Science* [online]. 2020, **10**(1), 12-24 [cit. 2023-01-17]. ISSN 2167-745X. Dostupné z: doi:10.5923/j.nursing.20201001.02

8. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 9788024754024.
9. CACIOPPO, S., GRIPPO, A. J., LONDON S., GOOSSENS L., CACIOPPO, J. T. Loneliness. *Perspectives on Psychological Science* [online]. 2015, **10**(2), 238-249 [cit. 2023-03-11]. ISSN 1745-6916. Dostupné z: doi:10.1177/1745691615570616
10. CASCELLA M., RAJNIK M., ALEEM A., DULEBOHN S. C., DI NAPOLI R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). *StatPearls* [online]. StatPearls Publishing 2021, 1-76 [cit. 2021-12-10]. PMID 32150360. Dostupné z: <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/52171>
11. CAZEAU, N. Social Isolation: Managing Psychological Distress in Hospitalized Patients During the COVID-19 Pandemic. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2020, **24**(5), 472-474 [cit. 2023-03-13]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: doi:10.1188/20.CJON.472-474
12. CROSS, J. H., KWON, Ch., ASADI-POOYA, A. A. et al. Epilepsy care during the COVID-19 pandemic. *Epilepsia* [online]. 2021, **62**(10), 2322-2332 [cit. 2023-01-20]. ISSN 0013-9580. Dostupné z: doi:10.1111/epi.17045
13. ČERNOUŠEK M. Sociologická encyklopedie: *izolace sociální* [online]. 2017 [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Izolace_soci%C3%A1ln%C3%AAD
14. DAGNINO, P., ANGUITA, V., ESCOBAR, K., CIFUENTES, S. Psychological Effects of Social Isolation Due to Quarantine in Chile: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2020, **11** [cit. 2023-02-27]. ISSN 1664-0640. Dostupné z: doi:10.3389/fpsy.2020.591142
15. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: GRADA Publishing a.s, 316 s. ISBN 97880271071.
16. DOSKOČIL, O., BELÁŇOVÁ, A. Nemocniční kaplani během pandemie covid-19. *Caritas et veritas* [online]. 2021, **11**(1), 109-127 [cit. 2023-01-20]. ISSN 18050948. Dostupné z: doi:10.32725/cetv.2021.012

17. DOUGLAS, M., KATIKIREDDI S. V., TAULBUT, M., MCKEE, M., MCCARTNEY, G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ* [online]. 2020, 369, [cit. 2023-03-01]. ISSN 1756-1833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.m1557
18. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ E., SALOŇOVÁ, R. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
19. DZÚROVÁ, D., JAROLÍMEK, J. COVID-19 pandemic spread across geographical and social borders: Can we face it? *Geografie* [online]. 2020, **125**(1), 1-20 [cit. 2021-12-10]. ISSN 1212-0014. Dostupné z: doi:10.37040/geografie2020125010001
20. Elmhurst University. *How the COVID-19 Pandemic Changed the Role of Nurses* [online]. Elmhurst University, 2022. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://onlinedegrees.elmhurst.edu/blog/covid-19-changed-role-of-nurses>
21. FÜSZL, A., BOUVIER-AZULA, L., VAN DEN NEST, M., EBNER, J., STRASSL, R., GABLER, C., DIAB-ELSCHAHAWI, M., PRESTERL, E. Provision of safe patient care during the COVID-19 pandemic despite shared patient rooms in a tertiary hospital. *Antimicrobial Resistance & Infection Control* [online]. 2022, **11**(1) [cit. 2023-01-20]. ISSN 2047-2994. Dostupné z: doi:10.1186/s13756-022-01091-1
22. GUO, Y-R., CAO, Q-D., HONG, Z-S., et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research* [online]. 2020, **7**(1) [cit. 2021-11-25]. ISSN 2054-9369. Dostupné z: doi:10.1186/s40779-020-00240-0
23. HADAŠOVÁ, L. et al., 2019. *Princípy bariérového ošetrovatelstva v praxi* [online]. Prešov: FZO, Prešovská univerzita [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/principy-barieroveh-o-osetrovatelstva-v-praxi/>
24. HAMPLOVÁ, D. *Rodina a zdraví - jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2014. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788074191695.

25. HOLT-LUNSTAD, J. Culture of health: *Social Isolation And Health* [online]. JUNE 21, 2020, 1-6 [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: doi:10.1377/hpb20200622.253235
26. HOLWERDA, T. J., DEEG, D. J. H., BEEKMAN, A. T. F., VAN TILBURG, T. G., STEK, M. L., JONKER, C., SCHOEVEERS, R. A. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [online]. 2014, **85**(2), 135-142 [cit. 2023-03-01]. ISSN 0022-3050. Dostupné z: doi:10.1136/jnnp-2012-302755
27. HWANG, T., RABHERU, K., PEISAH, C., REICHMAN W., IKEDA, M. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics* [online]. 2020, **32**(10), 1217-1220 [cit. 2023-02-22]. ISSN 1041-6102. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610220000988
28. JACKSON, D., BRADBURY-JONES, C., BAPTISTE, D., GELLING, L., MORIN, K., NEVILLE, S., SMITH, G. D. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2020, **29**(13-14), 2041-2043 [cit. 2023-01-17]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.15257
29. JOVIC, T. H., ALI, S. R., IBRAHIM, N., JESSOP, Z. M., TARASSOLI, S. P., DOBBS, T. D., HOLFORD, P., THORNTON, C. A., WHITAKER, I. S. Could Vitamins Help in the Fight Against COVID-19? *Nutrients* [online]. 2020, **12**(9), [cit. 2021-12-18]. ISSN 2072-6643. Dostupné z: doi:10.3390/nu12092550
30. KAMPF, G. Efficacy of ethanol against viruses in hand disinfection. *Journal of Hospital Infection* [online]. 2018, **98**(4), 331-338 [cit. 2023-01-20]. ISSN 01956701. Dostupné z: doi:10.1016/j.jhin.2017.08.025
31. KAMPF, G., JATZWAUK, L. Ist die Desinfektion öffentlicher Flächen zur Prävention von SARS-CoV-2 – infektionen sinnvoll?. *Das Gesundheitswesen* [online]. 2021, **83**(03), 180-185 [cit. 2023-01-20]. ISSN 0941-3790. Dostupné z: doi:10.1055/a-1335-4549
32. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 9788027101306.

33. Koncepce ošetrovatelství – Ministerstvo zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. Copyright © 2021 Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2021-12-25]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-oseetrovatelstvi/>
34. LAMPRAKI, Ch., HOFFMAN, A., ROQUET, A., JOPP, D. S., WANG, T. Loneliness during COVID-19: Development and influencing factors. *PLOS ONE* [online]. 2022, **17**(3) [cit. 2023-03-11]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0265900
35. LIANG, T. *Příručka pro prevenci a léčbu Covid-19* [online]. COVID19CZ, 2020 [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://kniha.covid19cz.cz/covid19cz/ke-stazeni>
36. LI, H., LIU, S-M., YU, X-H., TANG, S-L., TANG, CH-K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents* [online]. 2020, **55**(5) [cit. 2021-11-23]. ISSN 09248579. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105951
37. MA, J., HUA, T., ZENG, K., ZHONG, B., WANG, G., LIU, X. Influence of social isolation caused by coronavirus disease 2019 (COVID-19) on the psychological characteristics of hospitalized schizophrenia patients: a case-control study. *Translational Psychiatry* [online]. 2020, **10**(1) [cit. 2023-03-13]. ISSN 2158-3188. Dostupné z: doi:10.1038/s41398-020-01098-5
38. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Doporučený postup č. 7/2020 pro COVID zóny a ochranu zaměstnanců a klientů v sociálních službách v souvislosti s onemocněním COVID-19* [online]. MPSV, 2020. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP_7_pro_cOVID_zony_a_ochranu_zam%C4%9Bstnancu_a_klientu.pdf
39. Ministerstvo zdravotnictví. *Doporučení hlavní hygieničky ČR poskytovatelům ambulantní a lůžkové zdravotní péče a poskytovatelům sociálních služeb* [online]. MZ ČR, 2022. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/doporuzeni-hlavni-hygienicky-cr-poskytovatelum-ambulantni-a-luzkove-zdravotni-pece-a-poskytovatelum-socialnich-sluzeb/>
40. Ministerstvo zdravotnictví. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. MZ ČR, 2021. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-oseetrovatelstvi/>

41. Ministerstvo zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví nařídilo všem nemocnicím vyčlenit prostor pro triáž pacientů* [online]. MZČR, 2020. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-naridilo-vsem-nemocnicim-vyčlenit-prostor-pro-triaz-pacientu/>
42. Ministerstvo zdravotnictví. *Rada pro duchovní péči ve zdravotnictví a nemocniční kaplani nabízí pomoc všem, kteří žijí v nejistotě a obavách spojených s pandemií koronaviru SARS-CoV-2* [online]. MZČR, 2020. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kaplan-pomoc-koronavirus/>
43. MOORE, L. D., ROBBINS, G., QUINN, J., ARBOGAST, J. W. The impact of COVID-19 pandemic on hand hygiene performance in hospitals. *American Journal of Infection Control* [online]. 2021, **49**(1), 30-33 [cit. 2023-01-20]. ISSN 01966553. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajic.2020.08.021
44. NORMANDIN, L., WONG, C., DUMEZ, V., et al. Reducing social isolation during the COVID-19 pandemic: Assessing the contribution of courtesy phone calls by volunteers. *PLOS ONE* [online]. 2022, **17**(5) [cit. 2023-03-13]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0266328
45. NOVOTNÁ, H., ŠPAČEK, O., ŠTOVÍČKOVÁ, M. ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 9788075710253.
46. Omezení návštěv ve zdravotnických zařízeních. *Covid Portál | Vládní opatření lidskou řečí* [online]. Copyright © 2021 Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2021-12-25]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/opatreni/zdravotnicka-socialni-zarizeni/omezeni-navstev-ve-zdravotnickych-zarizenich>
47. O'SÚILLEABHÁIN, P. S., GALLAGHER S., STEPTOE, A., Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosomatic Medicine* [online]. 2019, **81**(6), 521-526 [cit. 2023-03-11]. ISSN 1534-7796. Dostupné z: doi:10.1097/PSY.0000000000000710
48. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 9788024756462.
49. PEPLAU, LA., PERLMAN, D. Perspectives on loneliness. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley; 1982. pp. 1–8.

50. PFEFFERBAUM, B., NORTH, C. S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine* [online]. 2020, **383**(6), 510-512 [cit. 2023-03-06]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: doi:10.1056/NEJMp2008017
51. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 9788027108886.
52. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 9788027108893.
53. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 9788024722238.
54. RAZAI, M. S., OAKESHOTT, P., KANKAM, H., GALEA, S., STOKES-LAMPARD, H. Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ* [online]. 2020, 369, 1904 [cit. 2023-02-23]. ISSN 1756-1833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.m1904+
55. RICHARDS, D. A., HILLI, A., PENTECOST, C., GOODWIN V. A., FROST, J. Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2018, **27**(11-12), 2179-2188 [cit. 2023-01-20]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.14150
56. ROZSYPAL, H. *Základy infekčního lékařství*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 9788024629322.
57. SAIBERTO VÁ, S., JUŘENÍKOVÁ, P., SOBEK, L., JAŠŠO, P. Specifická bariérová péče a preventivní opatření u pacientů s infekčním onemocněním. *Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál Lékařské fakulty Masarykovy univerzity* [online], [cit. 17. 01. 2023]. Dostupné z: <https://portal.med.muni.cz/clanek-671-specificka-barierova-pece-a-preventivni-opatreni-u-pacientu-s-infekcnim-onemocnenim.html>. ISSN 1801-6103.
58. SAIBERTO VÁ, S., POKORNÁ, A. Nejčastější chyby při používání osobních ochranných pomůcek. *Medicina pro praxi*, 2021, číslo 18.1, 75–78. Dostupné z: doi: 10.36290/med.2021.013
59. SHARMA, S., NUTTALL, C., KALYANI, V., HEMLATA, H. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19. *Journal of the Pakistan Medical Association* [online]. 2020 [cit. 2023-03-13]. ISSN 0030-9982. Dostupné z: doi:10.5455/JPMA.29

60. Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Bakteriální infekce komplikující covid-19* [online]. SÚKL, 2021. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: https://www.sukl.cz/file/96982_1_1
61. Státní zdravotní ústav. *5. květen 2017 světový den hygieny rukou* [online]. SZÚ, 2017. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: <https://szu.cz/publikace/5-kveten-2017-svetovy-den-hygieny-rukou>
62. SUGG, H. V. R., RICHARDS, D. A., RUSSELL, A-M., et al. Nurses' strategies for overcoming barriers to fundamental nursing care in patients with COVID-19 caused by infection with the SARS-COV-2 virus: Results from the 'COVID-NURSE' survey. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2023, **79**(3), 1003-1017 [cit. 2023-03-14]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.15261
63. ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978802475711779.
64. ŠTEFAN, M., CHRDLÉ, A., HUSA, P., BENEŠ, J., DLOUHÝ, P., Covid-19: diagnostika a léčba. *Infekce.cz: Klinická mikrobiologie a infekční lékařství* [online]. Praha: Trios, 2021, **27**(2), 61-87. [cit. 2021-11-23]. ISSN 1211-264X. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/DPCovid21/DP5-covid-DP-podrobny-09-21.pdf>
65. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. *Sociální psychologie a její využití v pomáhajících profesích: studijní texty k distančnímu studiu*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s r.o., 2019. ISBN 9788087723463.
66. THOMAS-RÜDDEL, D., WINNING, J., DICKMANN, P., OUART, D., KORTGEN, A., JANSSENS, U., BAUER, M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): update for anesthesiologists and intensivists March 2020. *Der Anaesthetist* [online]. 2021, **70**(S1), s. 1-10 [cit. 2021-11-25]. ISSN 0003-2417. Dostupné z: doi:10.1007/s00101-020-00760-3
67. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Triton, 2014. ISBN 9788073877859.
68. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační*

- studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 9788070135907.
69. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026205234.
70. TROJÁNEK, M., GREBENYUK, V., HERMANNOVÁ, K., NEČAS, T., GREGOROVÁ, J., KUCBEL, M., ŠÍN R., ROHÁČKOVÁ, H., STEJSKAL, F. Nový koronavirus (SARS-CoV-2) a onemocnění COVID-19. *Časopis lékařů českých* [online]. 2020, **159**(2), s. 55–66 [cit. 2021-11-25]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/archiv-ci-sel/2020-2-6>
71. TYLOVÁ, V., KUŽELOVÁ, H., PTÁČEK, R., Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2014, **110**(3), 151-157. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_3_151_157.pdf
72. USHER, K., BHULLAR, N., JACKSON, D. Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2020, **29**(15-16), 2756-2757 [cit. 2023-03-01]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.15290
73. VACEK, P. *Pedagogická psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. ISBN 9788074356841.
74. V ČR zemřel první pacient pozitivní na koronavirus – Aktuální informace o COVID-19. *Aktuální informace o COVID-19 – Oficiální informační portál Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Copyright © 2021 [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/v-cr-zemrel-prvni-pacient-pozitivni-na-koronavirus-2/>
75. WEINSTEIN, N., HANSEN, H., NGUYEN, T. Definitions of Solitude in Everyday Life. *Personality and Social Psychology Bulletin* [online]. 2022, [cit. 2023-01-17]. ISSN 0146-1672. Dostupné z: doi:10.1177/01461672221115941

76. WHO. *Constitution* [online]. WHO, b.r., [cit. 2023-01-24].
Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
77. WU, B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy* [online]. 2020, 5(1) [cit. 2023-01-17]. ISSN 2397-0642.
Dostupné z: doi:10.1186/s41256-020-00154-3
78. ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 9788027101559.
79. Zákaz návštěv – Úrazová nemocnice Brno. *Úrazová nemocnice Brno* [online]. Copyright © 2021 Úrazová nemocnice Brno [cit. 2021-12-25].
Dostupné z: <https://unbr.cz/2021/11/01/zakaz-navstev>

Seznam tabulek

Tabulka 1.: Charakteristika výzkumného vzorku

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

1. Jaký byl Váš postoj k izolaci a omezení sociálních kontaktů před tím, než jste byl/a hospitalizován/a s covid-19?
2. Jaký byl Váš první dojem, když jste se dozvěděl/a, že jste pozitivní na covid-19 a budete muset být hospitalizován/a?
3. Jaká byla Vaše očekávání ohledně Vašeho pobytu v nemocnici a jak se lišila od Vašich skutečných zkušeností?
4. Jak byste popsal/a Váš den na nemocničním pokoji? Pociťoval/a jste během dne vliv sociální izolace?
5. Vnímali/a jste pocit sociální izolace? Popřípadě jak a v čem jste ji přesně pociťoval/a?
6. Jak byste popsal/a své pocity, které jste pociťoval/a během svého pobytu v nemocnici?
7. Jaké emoce jste během hospitalizace vnímali?
8. V čem se lišila hospitalizace s covid-19 oproti jiným hospitalizacím, které jste zažil/a?
9. Jaké byly vaše největší obavy a strachy, které jste prožíval/a během sociální izolace v nemocnici?
10. Jakým způsobem jste se bavil/a a zpestřoval/a čas během izolace?
11. Jaký vliv měla sociální podpora od zdravotnického personálu na vaše zvládání izolace a procesu zotavování?
12. Jaký vliv měla sociální izolace na vaši psychickou pohodu a jakým způsobem jste se s tím vypořádal/a?
13. Pociťoval/a jste během izolace nějaké fyzické změny na sobě, popřípadě jaké?
14. Jakým způsobem se lišila vaše zkušenost s izolací během hospitalizace od zkušeností s izolací během karantény doma?
15. Jaký vliv měla sociální izolace na váš proces zotavování a jak jste se cítil/a po propuštění z nemocnice?
16. Jaký byl Váš postoj k omezení sociálních kontaktů a izolaci po propuštění z nemocnice?
17. Jaký vliv měla izolace na Vaši perspektivu na život a jaké změny se u Vás udály?

18. Jaký vliv měla izolace na Vaše zaměstnání a rodinný život?
19. Jaký vliv měl pobyt v nemocnici na Vaše sociální vztahy?
20. Jaké zdroje informací a podpory Vám pomohly zvládnout sociální izolaci během pandemie?
21. Jaké byly vaše osobní zkušenosti s tím, co funguje a co ne, pokud jde o zvládnání sociální izolace během pandemie?
22. Jakým způsobem by podle Vás mohl být snížen negativní důsledek sociální izolace během pandemie?
23. Jaké rady byste dal/a ostatním pacientům s covid-19, kteří se musí vypořádat se sociální izolací během hospitalizace?
24. Jak by se daly zlepšit podmínky pro pacienty při hospitalizaci?
25. Jakým způsobem by podle Vás mohli zdravotničtí pracovníci pomoci pacientům zvládat sociální izolaci během pandemie?
26. Jakým způsobem jste udržoval/a kontakt se svými blízkými během hospitalizace a co vám nejvíce pomohlo?
27. Jakým způsobem by se podle Vás mohli vaši blízcí připojit ke zlepšení vaší situace během sociální izolace?
28. Jak by se podle Vás daly zlepšit podmínky pro pacienty během sociální izolace v nemocnicích a zdravotnických zařízeních?

Sociodemografické otázky:

1. pohlaví:
2. věk:
3. délka hospitalizace: