



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sestra v domácí péči v období pandemie Covid-19

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Johana Hessová

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Sestra v domácí péči v období pandemie Covid-19*“ 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 10.08.2022

.....

Poděkování

Mé poděkování především patří doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., která mě celou dobu ochotně provázela, podporovala, pomáhala a poskytovala důležité a vzácné rady během zpracovávání diplomové práce. V druhé řadě bych chtěla poděkovat všem agenturám domácí péče, které byly vstřícné a domluvily a umožnily mi rozhovory se sestrami domácí péče a s jejich pacienty. V neposlední řadě mé poděkování patří všem zúčastněným sestram a pacientům, kteří byli ochotni mi zodpovědět připravené otázky a vzdali se dobrovolně svého času pro pomoc s výzkumem.

Sestra v domácí péči v období pandemie Covid-19

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak sestry v domácí péči zvládaly pečovat o své pacienty v době Covid-19. Dále jak sestry v domácí péči ovlivnila pandemie Covid-19 a vládní nařízení a jaký dopad měl Covid-19 na práci sester v domácí péči. Praktická část se skládá z deseti rozhovorů se sestrami domácí péče a pak také se dvěma rozhovory s pacienty, kteří využívají domácí péči. Rozhovory se uskutečnily osobně, ale i telefonicky z důvodu velké vzdálenosti sester či jejich pracovní vytíženosti. Kvalitativní šetření bylo provedeno pomocí hloubkového rozhovoru, jelikož právě tento typ výzkumu umožňuje nejhlubší zkoumání otázek k tématu. Jednalo se o předem připravené otevřené otázky. Po uskutečněných rozhovorech se sestrami domácí péče jsme zjistily, že i přes takto náročnou situaci, se sestry dokázaly stmelit, vzájemně se podpořit a společnými silami poskytnout vždy kvalitní péči svým pacientům. Práce sester domácí péče je opravdu velmi fyzicky a psychicky náročná.

Tato diplomová práce umožňuje lépe porozumět povinnostem, potřebám a pocitům sester domácí péče právě během pandemie Covid-19. Sestry domácí péče musely pracovat velmi ostražitě, jelikož se snažily ochránit před nemocí Covid-19 tu nejzranitelnější a nejrizikovější skupinu pacientů, tedy seniory. Mnohdy byly a jsou totiž sestry v domácí péči opravdu jejich jediné spojení s vnějším prostředím.

Klíčová slova

Sestra; domácí péče; ošetrovatelská péče; pandemie; Covid-19

Nurse in home care during the Covid-19 pandemic

Abstract

The aim of the thesis was to determine the situation of the home care nurses during Covid-19 pandemic and their ability to take care of their patients. The influence of the government restrictions on the home care nurses is covered as well. There is a practical part that consists of 12 interviews, out of which 10 are with the nurses and 2 with the directly affected patients. The interview was done either face to face or by phone depending on the working schedule or distant location of the interviewees. The research was done in depth using "the deep interview technique" questions that allow the best qualitative results. The questions were pre-prepared. The overall result showed that despite the difficult situations, the nurses were able to unite and provide to their patients the best care possible. The occupation of the home care nurse is truly challenging, not only physically but also mentally.

This thesis allows us to understand the duties, needs and feelings of the nurses during the Covid-19 pandemic. The nurses were working very hard, carefully and with precision as they were dealing with the most vulnerable group of individuals that they wanted to protect and do not expose to any risks. We are referring to the senior population. Many times the home care nurses are their only social link and connection with the outside world.

Key words

Nurse; home care; nursing care; pandemic; Covid-19

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 8 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 1.1 Domácí péče..... | 9 |
| 1.1.1 Cíle domácí péče..... | 10 |
| 1.1.2 Agentury domácí péče a role sester v domácí péči..... | 11 |
| 1.1.3 Výhody a nevýhody domácí péče..... | 14 |
| 1.1.4 Domácí péče a její poskytovatelé..... | 16 |
| 1.2 Sestra v domácí péči v období pandemie Covid-19..... | 18 |
| 1.2.1 Domácí péče a její sestry v době onemocnění Covid-19..... | 18 |
| 1.2.2 Sestry v domácí péči v České republice..... | 24 |
| 1.2.3 Zkušenosti sester v domácí péči v období pandemie v některých státech..... | 25 |
| 1.2.4 Psychické dopady pandemie na sestry v domácí péči..... | 27 |
| 1.3 Pandemie Covid-19..... | 29 |
| 1.3.1 Onemocnění Covid-19 a jeho označení..... | 29 |
| 1.3.2 Vývoj pandemie ve světě..... | 31 |
| 1.3.3 Vývoj nakažených – šíření Čína, Itálie..... | 32 |
| 1.3.4 Varianty a mutace Covid-19..... | 33 |
| 1.3.5 Šíření Covid-19 a jeho přenos..... | 35 |
| 1.3.6 Příznaky a diagnostická vyšetření u onemocnění Covid-19..... | 36 |
| 1.3.7 Možnosti léčby a prevence onemocnění Covid-19..... | 39 |
| 2 PRAKTICKÁ ČÁST..... | 42 |
| 2.1 Výzkumné cíle..... | 42 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 42 |
| 3 METODIKA..... | 43 |
| 3.1 Metodika výzkumu..... | 43 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 43 |
| 4 VÝSLEDKY..... | 45 |
| 4.1 Kategorie a subkategorie z rozhovorů se sestrami domácí péče..... | 45 |
| 4.2 Kategorie a subkategorie z rozhovorů s pacienty domácí péče..... | 82 |
| 5 DISKUZE..... | 86 |
| 6 ZÁVĚR..... | 95 |

| | | |
|---|---------------------|-----|
| 7 | ZDROJE | 96 |
| 8 | SEZNAM PŘÍLOH | 107 |

ÚVOD

Právě probíhající pandemie Covid-19 přinesla především přetížené zdravotnictví, vyčerpaný personál v nemocnicích, strach celé populace z onemocnění a především strach z dopadů této pandemie na všechny aspekty života. Vlivem těchto skutečností se otevřelo mnoho debat o tom, jak změnit přístup personálu k pacientům z důvodu ochrany zdraví obou stran. Tyto změny se tak dotkly nejen personálu přímo v nemocnicích, ale například i personálu rychlých záchranných služeb nebo sester v domácí péči.

Tato diplomová práce je zaměřena právě na téma Sestra v domácí péči v období pandemie Covid-19. Vzhledem k probíhající pandemii Covid-19 se téma této diplomové práce řadí mezi aktuality současné doby jak u nás, tak i po celém světě. Tato smutná situace se promítla a stále promítá jak v životech jednotlivců, tak v celé společnosti. Práce není věnována pouze onemocnění Covid-19, ale jak již z názvu vyplývá, věnuje se především situaci související s domácí péčí sester, osamocněním pacientů v izolaci, strachem z budoucnosti, velkým nápořem práce a očekáváním od zdravotnického personálu a v neposlední řadě ztrátou osobního a sociálního života.

Skrze tuto diplomovou práci bych chtěla podrobněji poukázat na problematiku ošetrovatelství v domácí péči v pandemii Covid-19. Domácí péče se v dnešní době řadí mezi nejbezpečnější typ péče o pacienta. Je to z toho důvodu, jelikož ve velké míře snižuje riziko přenosu infekce z člověka na člověka. Právě tento druh péče může být důležitým a nezbytným faktorem pro zajištění a zabezpečení pacientů během pandemie Covid-19, která sužuje celý svět. Sestry v domácí péči mají jak fyzicky, tak i psychicky velmi náročnou práci, kde poskytují ošetrovatelskou péči svým pacientům v jejich vlastním domácím prostředí. K vykonávání této profese jsou samozřejmě velmi dobré vědomosti, ale také dovednost si rychle a důvtipně poradit, umět dokázat správně zhodnotit danou situaci a provést úkon dle stavu pacienta, jelikož jen ony můžou v danou chvíli pacientovi pomoci. Musí se při této práci plně spoléhat sami na sebe. V průběhu pandemie Covid-19 samozřejmě dále pokračovaly v domácí péči. Byly jim poskytnuty ochranné obleky a pomůcky k práci a dále usilovaly o poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče, o ochranu před touto nemocí, o edukaci v preventivních a také mimořádných opatřeních, o snížení obav a strachu z pandemie a podpoření či zlepšení psychického stavu pacientů. Je důležité si říct, že právě sestry v domácí péči byly často pro pacienty jejich jediným spojením s okolním světem.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této diplomové práce je rozdělena na tři podkapitoly. První podkapitola se zaměřuje na domácí péči, její hlavní přínosy a cíle, průběh a také na její rozdělení. Druhou a nejdůležitější podkapitolou teoretické části této práce je domácí péče právě v období pandemie Covid-19 a ovlivnění všeobecných sester touto situací. Tato podkapitola se dále zabývá dopadem tohoto onemocnění na psychiku sester v domácí péči, na změny a opatření týkajících se sester a celkové ovlivnění běžné domácí péče. Třetí podkapitola je věnována pandemii Covid-19, jejímu vzniku a vývoji, průběhu v České republice, ochranným opatřením, příznakům a samozřejmě také péči o pacienty postižené touto nemocí.

1.1 Domácí péče

Jak je uvedeno v Koncepci domácí péče dle MZCR (2020a), domácí péči můžeme definovat jako velmi vysoce kvalifikovaný a odborný typ zdravotní péče, jenž dává možnost navázat na zdravotní péči, která je poskytována v jiných zdravotnických institucích. Z tohoto důvodu umožňuje zkrátit hospitalizaci pacienta jen na nezbytně dlouhou dobu. Jedná se o nezastupitelný typ buď ošetrovatelské nebo léčebně rehabilitační či paliativní péče u pacienta spolu se sociální péčí v jeho vlastním domácím prostředí. Dle zákona č. 372/2011 Sb., což je Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), je domácí péče popsána jako *zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.*

Dle Asociace domácí péče ČR (2019) a MZCR (2020a) je tato forma zdravotní péče poskytována personálem, všeobecnými sestrami, které jsou k tomu odborně způsobilé a kvalifikované, a tak mohou poskytnout správnou péči pacientům v jejich domácnostech, a to dle ordinace jejich ošetřujícího lékaře. Podmínkou pro efektivní, správnou a komplexní službu pacientům je multidisciplinární spolupráce z řad lékařů, všeobecných sester a jiných nelékařských zdravotnických profesí. Celý způsob péče je poskytován pacientům v jejich pohodlí domova, v prostředí, které je jim blízké, známé a jenž umožňuje soukromí. Jak Asociace domácí péče ČR (2019), tak i MZCR (2020a) spolu s agenturou domácí zdravotní péče Sestřička.cz (2020) uvádí, že domácí péče zprostředkovává a vytváří pocit větší důvěry mezi pacientem a všeobecnou sestrou, dále poskytuje pocit uvolnění, lepší psychický stav, a to vše je nezbytnou součástí

k rychlejšímu a snadnějšímu procesu uzdravování. Je ideální pro každého, všechny věkové kategorie i různé diagnózy, kdy zdravotní stav pacienta nevyžaduje pobyt v nemocnici nebo má nějaké chronické onemocnění, se kterým by musel být umístěn do léčebny pro dlouhodobě nemocné. Také je vhodným typem péče pro ty, kdo vyžadují ošetření jen na krátkou dobu, jako například u stavů po některých operacích či traumatech.

Domácí péče se dle Asociace domácí péče ČR (2019) a MZCR (2020a) soustřeďuje především na stabilizaci, podporu, navrácení a prevenci zdraví jednotlivcům, ale i rodinám či lidem, kteří mají stejné sociální prostředí. Dále se zaměřuje na rozvoj samostatnosti, na zmírnění strachu a trápení u lidí s nevléčitelným onemocněním a samozřejmě také na důstojné a poklidné umírání. Jedná se o péči velmi individualizovanou, jenž vychází z aktivního nalézání a uspokojování potřeb jedince, které vychází z jeho nemoci či ze vztahu k jeho zdraví. V České republice se domácí péče stala důležitou součástí v poskytování sociální i zdravotní péče, dále také zákonem danou legislativou, a to již od roku 1990 (MZCR, 2020a).

1.1.1 Cíle domácí péče

Jak je uvedeno v Koncepci domácí péče dle MZCR (2020a), ve zdravotnictví se potřeby jedince vždy posuzují z bio-psycho-sociálního a spirituálního hlediska. Není tomu jinak ani v domácí péči. Během poskytování této formy péče dochází k plnému respektování pacientovi integrity spolu s jeho osobitým vnímáním života a jeho kvality a s jeho sociálním prostředím. Hlavním cílem je tedy v největší možné míře zajištění dostupnosti, rozsahu, odbornosti, kvality a účinnosti zdravotní péče v domácím prostředí pacienta. Šedová (2020) uvádí další cíl domácí péče, a to zmenšení nákladů na zdravotní péči. Na plnění všech cílů se podílí také spolupráce s rodinnými a blízkými osobami, utvoření adekvátního sociálního prostředí, jenž přispívá k rychlejší rekonvalescenci nebo ke zkvalitnění pacientova života. Dále se sem řadí třeba omezování nepříznivého vlivu nemoci na pacientovo psychický stav a jeho blízkých, pomáhání od bolestí a utrpení, zaměření na samostatnost, poskytnutí důstojného a klidného umírání, obstarání komplexní péče a v neposlední řadě zajištění právě bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta (MZCR, 2020a; Šedová, 2020).

Dosažení všech cílů je dle MZCR (2020a) a Šedová (2020) umožněno skrz zajištění kvalitní, správné a potřebné ošetrovatelské péče v pacientově domově. Samozřejmě velký vliv má i samotná motivace pacienta a jeho nejbližších během

rozhodování, kooperace a celkového postoje v průběhu poskytování domácí péče. Zásadní podmínkou je začlenit a zapojit rodinné příslušníky nebo jiné laické osoby do tohoto typu péče (MZCR, 2020a; Šedová, 2020).

1.1.2 Agentury domácí péče a role sester v domácí péči

Pochmanová (2015) popisuje agentury domácí péče neboli také home care za takové agentury, které umožňují a poskytují zdravotnickou péči v domovech pacientů. Všechny služby a úkony se odvíjejí z ordinací praktických lékařů, a to na dobu neomezenou anebo z následné indikace ošetřujícího lékaře po pacientově hospitalizaci na dobu maximálně 14 dní. Výjimka je u pacientů v terminálním stádiu nemoci, kdy domácí péči může indikovat i jiný lékař specialista (Pochmanová et al., 2015; Šedová, 2020). Jak uvádí Pochmanová et al. (2015) a Šedová (2020), jedná se o služby, které jsou plně hrazeny veřejnými zdravotními pojišťovnami. Všechny výkony domácí péče se nacházejí ve Vyhláše Ministerstva zdravotnictví České republiky 331/2007 Sb., které jsou uvedeny pod odborností 925, což znamená domácí zdravotní péče. Jednotlivé výkony a služby jsou uvedeny formou kódu, jenž znázorňuje určitý druh ošetrovatelské péče a také dobu, po kterou se sestra stará o pacienta (MZCR, 2020a).

Nově bude od 1. července 2022 umožněno doporučit a předepsat domácí péči i z řad lékařů s jinými odbornostmi, jako jsou například lékaři poskytující pohotovostní služby nebo lékaři z urgentního příjmu či ambulancí a další. Tato novela má za úkol udělat domácí péči dostupnou pro více pacientů. Nově bude možno indikovat tuto formu péče i lidem bez předchozí hospitalizace. Dle této novely bude tedy možné, aby předepsal domácí péči na 14 dní nejen praktický či ošetřující lékař, jak tomu je dnes, ale i například lékař z ambulance nebo urgentního příjmu. Výjimka je u nevléčitelně nemocných lidí, kdy mohou lékaři paliativní péči indikovat až na tři měsíce (Florence, 2021a). Pochmanová et al. (2015), MZCR (2020a) a Horová et al. (2021) spolu s agenturou domácí péče Sestřička.cz (2020) popisují průběh a konání této péče tak, že v předepisování domácí péče následně pokračuje praktický lékař pacienta, který může stanovit nový cíl a formu péče spolu s intenzitou návštěv zdravotních sester anebo také může navýšit či naopak snížit rozsah poskytované péče. Všeobecné sestry, dle těchto doporučení a indikací, společně s pacienty vytvoří ošetrovatelský plán. Den první dojde k návštěvě pacienta všeobecnou sestrou, která začne vstupním rozhovorem, celkovým vyšetřením a následným šetřením v pacientově domácím prostředí. Po společném

úvodním vstupu této péče dochází k poskytování nařízených zdravotních služeb až do doby, než je lékař ukončí. Sestry pravidelně informují lékaře o aktuálním stavu a průběhu léčby pacienta, a to nejméně jednou měsíčně nebo dle potřeby jako u zhoršení stavu pacienta, ukončení péče a jiné. Po ukončení ošetrovatelské péče vše zaznamenávají do zdravotnické dokumentace pacienta, kterou také předávají lékaři a následně vykazují dopravu. Nejvyšší možný počet návštěv domácí péče, aby mohla být péče hrazená z fondu systému veřejného zdravotního pojištění, jsou tři schůzky denně. Avšak u paliativní péče toto omezení není (Pochmanová et al., 2015; MZCR 2020a). Jak uvádí Šedová (2020), zřizovatelem agentury domácí péče může být soukromá osoba, město nebo také charita.

MZCR (2020a) dále uvádí, že domácí péči zajišťují všeobecné sestry, na které jsou kladeny velmi vysoké nároky. Jedná se jak o fyzické schopnosti, tak i o psychické. Na sestru je vyvíjen neustále psychický tlak, stres z jedinečných podmínek a prostředí, kde je domácí péče právě zajišťovaná. Sestra se v daný okamžik musí spoléhat sama na sebe, musí umět pracovat a rozhodovat se samostatně bez možnosti konzultace. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby všeobecná sestra měla velmi dobré odborné znalosti a dovednosti, na které se během své práce může spolehnout. Důležité je vždy zachovávat profesionalitu, a to zejména během konfliktů, které mohou v průběhu práce nastat. Na vedoucí domácí péče, jako jsou vrchní sestry či manažerky péče, jsou kladeny velké požadavky. Je nezbytné, aby měly vysoké odborné znalosti a vědomosti z oblasti ošetrovatelské, ale také i ze sociální, z personální, z práv a z účetnictví. Zastávají i pozici mentora pro jejich podřízené (MZCR, 2020a).

Mezi odborné zdravotní činnosti sester domácí péče dle Pochmanová et al. (2015), Asociace domácí péče ČR (2019) a Šedová (2020) řadí například měření fyziologických funkcí (především TK a P), měření a hodnocení glykémie, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí, podávání infuzních přípravků nebo enterální výživy, zavádění periferních žilních katétrů a jejich následná péče, ošetřování a převazování ran, ošetření dekubitů a následná prevence, rehabilitace, bandáže, dohlížení na pitný a dietní režim, péče o permanentní močový katétr, popřípadě výměny, podávat klyzma, kontrola a péče o stomie, o umělou plicní ventilaci, odsávání, zdravotní péče o dialyzované pacienty, péče o umírajícího, podávání medikace, nácvik soběstačnosti a celkové zacvičení pacienta a jeho nejbližších k samostatnému ovládnutí některých činností (s.c. aplikace, péče o stomie a jiné), edukace rodinných příslušníků a mnoho dalšího. Většinou všeobecné

sestry neposkytují služby spojené s ranní či jakoukoliv pravidelnou hygienou. Dopomoc se zajištěním potravy včetně nákupů, hygieny, vyzvednutí všech léků nebo třeba i péče o domácnost zajišťují pečovatelské služby. Především pro pacienty v terminálním stádiu nemoci mohou lékaři doporučit a zajistit speciální návštěvy dermatologů, urologů či dalších specialistů v pacientově sociálním prostředí.

Domácí péči můžeme rozdělit do několika forem. Jedná se o domácí hospitalizaci, dále o dlouhodobou domácí péči, o preventivní domácí péči, o domácí hospicovou (paliativní) péči a o jednorázovou hospitalizaci (Kalvach et al., 2011; IVAS, 2018). Domácí hospitalizace se indikuje především pacientům na krátkou dobu, kdy jsou v tzv. pooperačním období, jedná se tedy o pacienty, kteří se doléčují po nějakém chirurgickém výkonu anebo pokud jsou v tzv. poúrazovém období, kdy se zotavují a doléčují po traumatu. Využívá se i u pacientů s neurologickým či kardiovaskulárním onemocněním. Jedná se o pacienty, kteří byli nějakou dobu hospitalizováni v nemocnici, ale již to není zapotřebí. Zdravotní stav pacienta tedy nevyžaduje stálý dohled zdravotnického personálu. Pacientovi je většinou indikován pouze klidový režim doma na lůžku a odborné výkony jako jsou například aplikace injekcí, převazy, podávání infuzí, léčba bolesti a další, které jsou prováděné všeobecnými sestrami. Tato forma obvykle trvá několik dnů či týdnů (Kalvach et al., 2011; IVAS, 2018; Sestřička.cz, 2020). Další formou je dlouhodobá domácí péče. Ta je dle (Kalvach et al., 2011; IVAS, 2018; Sestřička.cz, 2020) určena lidem, kteří trpí nějakým chronickým onemocněním, především z řad onkologických, neurologických, psychiatrických, plicních nemocí anebo také třeba s komplikovaným diabetem mellitem, s částečným nebo s úplným ochrnutím, chronickou bolestí či demencí. Zde vyžaduje jejich zdravotní stav dlouhodobou komplexní péči. Pacienti si mohou zvolit, zda chtějí využít nemocniční péče, ale mnohem častěji si volí právě péči domácí. Během poskytování této péče k pacientovi pravidelně dochází specializovaný odborný personál, jenž svým pacientům pomáhá při hygieně a v jiných odbornostech a také s jejich domácností. Návštěvy mohou být i klidně 4x za den. Tento způsob péče je dlouhodobý, jak již vyplývá z názvu, což znamená někdy i mnoho měsíců či let. Tato forma péče přispívá i k udržení dobrého psychického stavu pacienta. Kalvach et al. (2011) spolu s IVAS (2018) a Sestřička.cz (2020) sdělují, že preventivní domácí péče je většinou indikována ošetřujícím lékařem, který nařídil pravidelné sledování a kontrolování zdravotního stavu pacienta spolu se zjišťováním předem daných hodnot. Snaží se zde zabránit rozvoji komplikací. Jedná se o pravidelné kontroly, které jsou

stanoveny dle ordinace lékaře a o úkony spojené se stavem pacienta, například měření a monitorování krevního tlaku, hladiny glykémie, dietního či pitného režimu, odběry biologického materiálu a mnoho dalšího. Informace zajištěné sestrou během těchto úkonů jsou následně nahlášeny lékaři. Další formou je domácí hospicová péče, která je určena pacientům i jejich rodinám a blízkým v preterminálním a terminálním stádiu nemoci pacienta. Odborný personál lékařů a všeobecných sester se snaží zmenšovat utrpení jak fyzické, tak i psychické a poskytnout pacientovi důstojné a klidné umírání. Domácí prostředí je pro pacienta přirozené, přívětivé a umožňuje mu soukromí a být v okruhu své rodiny a nejbližších. Dochází zde k zapojování rodinných příslušníků do ošetřování a péče o pacienta (Arnoldová, 2016; Sestřička.cz, 2020). Jednorázová hospitalizace je dle (IVAS, 2018) určena tehdy, když je zapotřebí jednorázových výkonů jako jsou například zavedení permanentní močové cévky, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí, ošetření a kontroly ran či různé edukce pacientů a jejich rodiny.

1.1.3 Výhody a nevýhody domácí péče

Tóthová et al. (2011) uvádí, že dle demografických předpovědí vývoje lidské populace zaměřené na Českou republiku se předpokládá, že bude docházet k nepřetržitému vzestupu hranice dožití. Všeobecně se předpokládá, že v roce 2050 dojde ke zvýšení počtu lidí starších 65 let z dnešní jedné sedminy až na jednu třetinu všech obyvatel. To by znamenalo, že by se jednalo skoro o tři milióny lidí starších 65 let v naší populaci. Celkový dopad by byl především na zdravotnictví, kde by znamenal zvyšování požadavků na tyto instituce, dále na systém služeb a také na vzájemné sjednocení těchto organizací poskytujících tyto služby. Zdravotnické i sociální služby, které jsou poskytovány seniorům se v průběhu poslední let ve velké míře změnily. Dříve byli umístováni většinou do léčeben pro dlouhodobě nemocné nebo třeba také do státních domovů pro důchodce, kde byli vzdáleni od rodin a celkově se jednalo o prostředí pro ně cizí. Dnes je tomu již jinak, ale i nadále máme mnoho nedostatků, které působí na kvalitu života pacientů a jeho rodiny. Všichni lidé v jakémkoliv věku mají právo na dostupné a kvalitní služby, které se odvíjejí od jejich požadavků a sem se právě řadí i možnost vybrat si péči, která jim umožní pobývat v jejich domácím sociálním prostředí. I když se pacient v tomto prostředí cítí dobře, je pro něj známé, tak má domácí péče i své nevýhody, které je nezbytné odstranit či alespoň minimalizovat. Je důležité si uvědomovat, že tento způsob péče bude v budoucnu kvůli nižším finančním nákladům, omezenému počtu míst ve

zdravotnických a jiných institucí a také kvůli přibývajícimu počtu starších lidí stále více vyhledáván a používán (Tóthová et al., 2011).

Výhody domácí péče

- Znamé prostředí, soukromí, pohodlí
- Snazší a lepší spolupráce rodinnými příslušníky pacienta
- Neustálý kontakt s rodinou a blízkými
- Zapojení rodiny do péče
- Klidné a bezstresové prostředí
- Příjemnější péče
- Lepší a kvalitnější navázání vzájemného kontaktu
- Možnost zapojení laické veřejnosti (dobrovolníků)
- Možnost rychlejšího zotavení, hojení
- Pozitivně ovlivňuje psychiku pacienta
- Snižování rizika přenosu nemocničních nákaz
- Zkrácení hospitalizace jen na dobu nezbytnou
- Individualita
- Menší finanční náročnost na péči

Nevýhody domácí péče

- Větší vzdálenost od místa bydliště pacienta do zdravotnických institucí
- Při zhoršení zdravotního stavu či komplikací riziko ohrožení pacientova života
- Riziko nedodržování či neuposlechnutí léčebného režimu
- Časová náročnost péče
- Fyzická a psychická zátěž

(Tóthová et al., 2011; IVAS, 2018; Horová et al., 2021)

Domácí péče v České republice je, jak zmiňují Remr (2020) a Horová et al. (2021), více a více žádaná a očekává se, že v budoucnu bude patřit k nejdůležitějším institucím, které budou zajišťovat potřebnou péči příslušníkům rodiny. Předpoklady pro vývoj neformální péče vycházejí ze souvislosti se stárnutím populace a tím následně dochází k preferování této péče ze strany rodiny a laické veřejnosti. Poptávka a využívání domácí péče však není pouze ovlivněna populací, ale podílí se na tom také narůstající ekonomický tlak, chronická onemocnění, vývoj moderních technologií a také změny v rodinných rolích a postojích.

1.1.4 Domácí péče a její poskytovatelé

Truhlářová et al. (2015) zmiňuje, že domácí péči mohou poskytovat kvalifikovaní pracovníci, kde se nejčastěji jedná o všeobecné sestry, avšak velkou skupinou je také rodina, přátelé či partner, kteří se dobrovolně starají o své blízké. Rodinní příslušníci plní nenahraditelnou a osobitou péči především u seniorů. Právě v rodině a blízkých hledají pocit pochopení, podpory a pomoci. Jak uvádí Horová et al. (2021), nezbytným faktorem pro správnou a kvalitní péči jsou především dobré vztahy a komunikace. Péči o své blízké vykonávají nejčastěji ženy, a to ve věku 36 až 64 let. Avšak ženy ve věku 55 až 64 let jsou zjevně nejvíce zatížené pečováním o jejich rodiče. Mnohdy se může stát, že jeden člověk se stará o více osob najednou. Především rodinní příslušníci či partneři představují přibližně až čtyři pětiny neformálních pečujících. V České republice tato skupina tvoří až kolem 80 % v poskytování dlouhodobé péče (Horová et al., 2021). Truhlářová et al., (2015) a Horová et al. (2021) uvádí, že se zpravidla jedná o péči v naplnění základních potřeb, jimiž jsou hygiena, poskytnutí stravy, oblékání, pomoc při vstávání či chůzi, komunikace nebo sociální stimulace. Rizikem této péče je ohrožení vazeb v rodině či její stability. Důvodem často bývá zhoršené jednání nemocného, častější výskyt konfliktů nebo i nepostačující finanční zdroje. To vše může mít za následek, že dojde k přetížení až zhroucení či rozpadu rodiny. Kvalifikované všeobecné sestry či jiní pečovatelé by z těchto důvodů neměli zapomínat i na pacientovu rodinu a jeho okolí. Snížit pečovatelskou náročnost nebo naopak zvýšit celkovou informovanost ohledně této péče mohou dopomoci návštěvy jak odborných, tak i základních poraden. I když se jedná o velmi náročný způsob péče jak pro jednotlivce či rodinu, tak i přesto se jedná o jeden z nejlepších a nejvhodnějších typů péče. Nejen že tato forma poskytuje zdravotní, sociální, pečovatelskou i citovou péči, jenž nemocný vyžaduje, ale také pocit psychické pohody, důvěry, lásky a podpory (Truhlářová et al., 2015; Horová et al., 2021).

Truhlářová et al. (2015) uvádí, aby byla poskytnuta kvalitní domácí péče o nemocného nesoběstačného pacienta z řad rodiny, musí splňovat tři základní pravidla. Jedním z nich je, že rodina a její příslušníci musí dobrovolně chtít o nemocného pečovat. Zde se klade i velký důraz na podporu a pomoc pečovatele, jelikož jeho vyčerpanost a zátěž následně ovlivňuje i jednotlivce v jeho okolí. Složky, které ovlivňují rozhodnutí pečovat o nemocného, mohou vycházet z náboženského vyznání, z pohlaví, ze snahy pomoci i od jiných členů rodiny a také i z pocitu povinnosti. Další podmínkou je, že rodina musí splňovat podmínky k poskytování péče. Je důležité zajistit finanční podmínky a uzpůsobit prostředí bytu či domu ke stavu a potřebám nemocného. Tato forma péče zahrnuje i časovou náročnost. Poslední podmínkou je to, že rodina musí umět a být schopná pečovat o nemocného. Nezbytné je mít dostatek teoretických znalostí a praktických dovedností o tom, jak se starat o nemocného vzhledem k jeho stavu a nemoci. Psychická vyčerpanost či stres a obavy mohou vznikat jako důsledek nedostatku informací a praktických kompetencí pečovatelů.

I když neexistuje zákonná povinnost starat se o naši rodinu a její příslušníky osobně a v domácích podmínkách, tak i přesto je v České republice tato péče brána jako významné etické a společenské pravidlo (Horová et al., 2021).

Komunitní zdravotní péče má dle Bártlová (2009) a Tóthová et al. (2010) nezastupitelné místo ve zdraví populace. Role všeobecných sester v této péči není pouze poskytování zdravotních či ošetrovatelských služeb, ale také vzájemná spolupráce sociální a zdravotní péče spolu s aktivním vyhledáváním ohrožených a rizikových lidí či skupin, vytváření preventivních programů včetně jejich realizace. Plevová et al., (2018) uvádí, že se tedy jedná o typ služby, jenž se zaměřuje i na zdravé jedince a na jedince mimo zdravotnické instituce. Dále také na péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci či o postižené pacienty v určité komunitě. Cílem komunitní zdravotní péče je poskytnout péči dané komunitě komplexně, kdy péči o ně zajišťuje multidisciplinární zdravotnický personál a agentury domácí péče. Rozdíl mezi domácí péčí je v tom, že komunitní se soustřeďuje i na zdravé lidi spolu s prevencí, a tedy na komunitu jako celek, avšak domácí jen na nemocné. Autorky (Bártlová, 2009; Tóthová et al., 2010; Plevová et al., 2018) uvádí, že tito odborníci mají vyvinuté svoje metody a postupy pro co nejefektivnější službu. Proto, aby tento typ komunitní péče byl efektivní a kvalitní, rozděluje se na tzv. laickou a odbornou část. Laická péče zahrnuje identifikování běžných nemocí, podání léků až poskytnutí první pomoci. Výhody této složky, jsou především v tom, že mají

nízké finanční nároky jak ze soukromých, tak i z veřejných zdrojů. Pro odbornou část jsou typické velké odborné znalosti a dovednosti, schopnost ovládat náročné zdravotnické techniky a metody. Je zde velká finanční náročnost a omezená přístupnost. Rozvoj komunitní péče je zásadní ke zlepšení fyzické i psychické pohody a zdraví u všech obyvatel. Avšak v České republice je tato péče rozdělena na dvě části, a to sociální a zdravotní, nikoliv však komplexně.

1.2 Sestra v domácí péči v období pandemie Covid-19

Tato podkapitola, jakožto hlavní téma této diplomové práce, se věnuje, jak již z názvu vyplývá, sestřím v domácí péči v období pandemie Covid-19. Zabývá se především rolí sester v domácí péči u pacienta s onemocněním Covid-19 a po jeho následném vyléčení spolu s celkovou edukací. Jak pandemie Covid-19 ovlivnila domácí péči a práci sester. Dále se zabývá také zkušenostmi sester v domácí péči v období pandemie v některých cizích státech a samozřejmě také u nás v České republice. V neposlední řadě také psychickými dopady pandemie na sestry v domácí péči a také na to, co nového či pozitivního přinesla do tohoto oboru pandemie.

1.2.1 Domácí péče a její sestry v době onemocnění Covid-19

Agentury domácí péče a jejich všeobecné sestry měly a plnily v době pandemie onemocnění Covid-19 velmi významnou roli. Všeobecné sestry domácí péče byly součástí prvních linií v péči o nemocné pacienty, jak popisuje Chen et al. (2020). Domácí péče je, jak uvádí Quinn et al. (2020), nesmírně důležitým typem v oblasti poskytování péče, který může odlehčit náporu v nemocnicích a v jiných institucích, a to především právě v časech pandemie. Dalším velkým přínosem domácí péče je to, že hraje důležitou roli zejména z hlediska prevence šíření infekcí během onemocnění Covid-19. Avšak i přesto byly instituce pro domácí péči pozdě řešené a během plánování zdravotní péče v době pandemie i mnohokrát opomíjené (Quinn et al., 2020; Sterling et al., 2020). Přitom všeobecné sestry pracující v domácí péči, které se starají o své pacienty v jejich domácím prostředí, pečují především o rizikové skupiny – o pacienty starších 65 let, o chronické pacienty či o pacienty v terminálním stádiu nemoci, které v době pandemie Covid-19 byly nejohroženější, a to závažným průběhem nemoci. Sestry poskytující přímou zdravotní péči pacientům v jejich domácím prostředí byly a stále jsou vystaveny mnohem většímu riziku onemocnění Covid-19 a to především z důvodu jejich pracovní náplně (Quinn et al., 2020; Sterling et al., 2020). Současně

s tímto onemocněním došlo dle autorů Quinn et al. (2020) a Sterling et al. (2020) ke zvýšení nároků a zátěže na tyto pracovníky spolu s manažery, kteří měli za úkol vytvořit obsáhlejší postupy a zásady prevence šíření infekce, zajistit důkladné školení sester a poskytnout ochranné osobní pomůcky a nástroje svému personálu, které však v době začínající pandemie byly nedostatečné. V době onemocnění Covid-19 došlo k novým povinnostem jak pro agentury domácí péče a jejich sestry, ale také pro pacienty, kdy všichni museli dbát na zvýšenou prevenci proti nemoci.

Sterling et al. (2020) uvádí, že během pandemie Covid-19 velká řada agentur zaznamenala snížení poptávky na domácí odbornou péči v domovech pacientů, což bylo způsobené zvýšenými obavami z nemoci a možného jejího přenosu od všeobecných sester, a to z řad pacientů a jejich rodin, kteří následně museli převzít přímou péči o své blízké. Zde docházelo k obtížným rozhodnutím, zda si vzít na starosti úplně nového pacienta, kterého neznají nebo počkat, až se situace více uklidní. Avšak zde hrály roli také finance ve smyslu udržení výše platu či výhod a pracovních benefitů. Autoři článků Tyler et al. (2021) a Bandini et al. (2021) popisují, že dále manažeři agentur řešili snížení počtů pracujících všeobecných sester, jelikož řada z nich byla pozitivně testována na onemocnění Covid-19, byly nemocné nebo pociťovaly příznaky onemocnění, popřípadě byly v karanténě. Dalším důvodem byl nedostatek personálu, se kterým se agentury domácí péče potýkaly již před pandemií i během ní, v některých agenturách došlo k prohloubení tohoto deficitu v podobě odchodu sester ze strachu o své zdraví, jelikož sestry byly a jsou mnohokrát vystaveny přímé nákaze během své práce. Jednalo se spíše o věkově starší personál, který by mohl mít horší průběh nemoci, nebo se jednalo o sestry s rodinami, které byly nuceny opustit svá zaměstnání, jelikož se musely starat o své děti a rodiny, když školy a další instituce byly zavřeny (Tyler et al., 2021; Bandini et al., 2021). Z tohoto důvodu docházelo ke snížení doby návštěv u pacientů v jejich domovech. Dalším důvodem ke zkrácení návštěv u pacientů bylo zapříčiněno tím, že vedoucí agentur domácí péče, kteří mohli pomáhat v této době s péčí, se dlouhou dobu zabývali vypracováváním a vývojem nových postupů, zásad, školeními a celkově jim toto plánování zabralo možný čas pro poskytování péče. Před onemocněním Covid-19 sestry v domácí péči používaly během ošetřování a péče pacientů pouze ochranné rukavice, avšak v době pandemie se osobní ochranné pomůcky k prevenci šíření nákazy musely rozšířit ještě o respirátory N95 pro sestry poskytující přímou péči pacientům a o další rozsáhlejší postupy (Quinn et al., 2020; Sterling et al., 2020; Tyler et al., 2021). Dalšími

problémy a překážkami, jak uvádí Quinn et al. (2020) a Sterling et al. (2020) týkající se prevence infekce bylo nedostatečné množství dezinfekčních prostředků, problémy s uplatňováním protokolů kontroly infekce, a to v proměnlivém domácím prostředí pacienta a také potíže s neustále se měnícími a často obtížnými výklady rychle vytvořených pokynů a zásad pro bezpečné postupy týkající se onemocnění Covid-19 z pohledu sester. Avšak většina ochranných pomůcek, školení a postupů se v počáteční fázi pandemie Covid-19 týkala především jen nemocnic a podobných institucí. Z toho důvodu, jak bylo uvedeno výše, byl čas manažerů agentur domácí péče zabrán kvůli přepracování a přizpůsobení vydaných pokynů pro poskytování zdravotnické péče v době pandemie z oblasti nemocniční na oblast péče v domácím prostředí pacienta. Chen et al. (2020) a Quinn et al. (2020) popisují, že sestry domácí péče, kromě svých ošetrovatelských výkonů, také musely během pandemie sledovat a kontrolovat změny zdravotního stavu pacientů, který mohl být způsoben onemocněním Covid-19. Jednalo se o výzvu a o nutnost důsledné péče ze stran všeobecných sester, jelikož velká řada pacientů v domácí péči patřila a stále patří do skupiny velmi rizikových a nákaza by mohla u nich skončit až fatálně. Strach a obavy z nemoci pociťovaly samotné sestry, a o to větší, když by došlo k nákaze na straně jejich pacienta. Velmi důležitým úkolem pro sestry bylo informování a následné zavedení preventivních opatření a zásad do péče o pacienty v domácím prostředí, což znamenalo poskytnout jim kvalitní, a především bezpečnou a ochrannou péči. Sestry během péče sledovaly a monitorovaly možné příznaky onemocnění u pacientů, dále dodržovaly standardní opatření, ale také edukovaly pacienta a jeho blízké o nutnosti a důležitosti respektování standardních opatření k eliminaci nákazy. Tam se řadí edukace o pravidelné a správné hygieně rukou včetně jejich dezinfekce, o respirační hygieně ve smyslu zakrývání úst a nosu při kýchání či kašlání jednorázovým kapesníkem, o omezení dotyků v oblasti úst, nosu či očí, dále o používání osobních ochranných pomůcek, o dezinfekci předmětů a podobně (Chen et al., 2020; MZCR, 2020b). Dále sestry poskytovaly dle Chen et al. (2020) edukaci ohledně samotné nemoci Covid-19, jejím příznakům a možnému přenosu, to vše bylo prováděno za účelem snížení obav a strachu z neznámé nemoci, ukotvení standardních opatření a tím následně docílit útlumu infekce, a především také poskytnutí rad, pomoci a ochrany o už tak vážně nemocné. ASCO (2022) uvádí, že velká řada pacientů domácí péče, především z řad onkologických pacientů, je bohužel vystavena vyššímu riziku úmrtí nebo závažným komplikacím než u pacientů s jinou diagnózou. Proto vzdělávání pacientů a jejich rodin je nezbytnou formou sebeobrany a důležitou rolí sester (Chen et al., 2020).

Quinn et al. (2020) a Sterling et al. (2020) zmiňují, že agentury domácí péče a jejich sestry by měly být mnohem více zapojeny do komplexního plánování zdravotní péče během pandemie v oblasti veřejného zdraví. Pro budoucí plánování v době pandemie jsou nezbytnými specifickými potřebami pro práci sester v domácí péči úplné a ucelené informace o infekčním stavu pacienta, snadný přístup a dostatek osobních ochranných pomůcek spolu s dezinfekcemi, mít komplexní pokyny včetně školení, které budou celkově informovat o daném onemocnění a následných postupech.

Jak je uvedeno v MZCR (2020c), v době pandemie Covid-19, především v jejich začátcích, sestry domácí péče neměly dostatek osobních ochranných prostředků, bylo nezbytné přijmout některá opatření, jež měla pomoci v pokračování a k dosažení komplexní a bezpečné péče pacientům v domácím prostředí. Mezi tyto opatření a návrhy se řadilo například takové opatření, kdy se ve spolupráci s praktickým či ošetřujícím lékařem, jenž domácí péči pacientovi nařídil, vybírali pacienti, kdy jejich zdravotní stav tuto formu péče vyžadoval i nadále, nebo nešla poskytnout jiným způsobem. Pokud došlo k situaci, kdy rodinní příslušníci byli s pacientem doma, ať už kvůli nařízené karanténě či z jiného důvodu, všeobecné sestry se snažily edukovat členy rodiny, aby byli schopni poskytnout dočasnou a správnou péči pacientům. Samozřejmě docházelo i k edukaci ze stran sester o onemocnění Covid-19 a o zásadách pro domácí péči u rizikových pacientů. Pokud sestry poskytovaly svým pacientům péči i nadále, musely se zde ovšem dodržovat nová nařízená pravidla. Jestliže došlo ke kontaktu s pozitivně testovaným člověkem nebo přímo s nemocným na Covid-19, byli pacienti a jejich rodiny povinni telefonicky ohlásit tyto skutečnosti sestrám domácí péče. Muselo docházet k nahlášení karantény příslušníků rodiny, pokud bydleli s pacientem v jedné domácnosti nebo pokud někdo ve stejné domácnosti pociťoval jakékoli příznaky související a ukazující na možné onemocnění Covid-19. Pokud došlo k těmto případům, domácí péče nebyla uskutečněna, kontaktoval se praktický lékař a dle jeho instrukcí a dle pokynů krajské hygienické stanice se následně postupovalo MZCR (2020c). Jak je uvedeno v dokumentech MZCR (2020c) a Domácí zdravotní péče může výrazně ulehčit nemocnicím (2021), během návštěv sestry domácí péče se pacienti a jejich rodiny řídily nařízenými pravidly, kdy se omezoval kontakt jiných osob než pacienta na minimum, pokud bylo zapotřebí informovat či komunikovat i s rodinnými příslušníky, tak za dodržování řádných rozestupů, nasazených respirátorů či jiných ochranných pomůcek k zabránění šíření infekce. Před začátkem ošetření musela sestra vždy změřit tělesnou teplotu pacienta. Jestliže byla neúměrně zvýšená a nepatřila

k projevům pacientova aktuálního zdravotního stavu či jeho nemoci, došlo k ukončení návštěvy sestrou, kontaktoval se praktický lékař, krajská hygienická stanice a následně se vše řídilo dle jejich pokynů. Sestra během celého ošetřování větrala, pokud to bylo možné a dodržovala veškeré hygienicko-epidemické předpisy, aby se snížilo riziko přenosu nákazy. Péče o pacienty po onemocnění Covid-19 někdy byla obohacena o kyslíkovou léčbu, která se poskytovala až do plného obnovení funkce plic pacienta. Bowers et al. (2020) informuje o tom, že nařízená opatření v souvislosti s onemocněním Covid-19 a celkový dopad pandemie měly vliv na zvýšení náročnosti každodenní práce sester v domácí péči. Sestry popisovaly obtíže spojené s nošením chirurgických roušek či s respirátory u pacientů. Objevovaly se problémy spojené s dlouhodobým nošením těchto pomůcek ve smyslu problému s dýcháním a nepohodlím, dále se u pacientů objevovaly problémy s horším přizpůsobováním se těmto nařízením, obtížnost pacientů rozpoznat sestry či jim vůbec porozumět. Dále ztěžovaly práci sester při sledování mimiky a čtení výrazů pacienta, se slyšením jemných tónů hlasu či slabých zvuků u pacienta. Tyto projevy jsou velmi důležité pro poskytnutí empatické komunikace a přístupu (Bowers et al., 2020). Dle Bandini et al. (2021) docházelo i k nemožnosti dodržování zásad veřejného zdraví, jelikož pacienti vyžadovali přímý kontakt během péče. MZCR (2020c) uvádí, že velká obezřetnost, důkladnost v dodržování hygienických a protiepidemických opatřeních během péče se vždy vyžadovala u rizikových pacientů, kde by možná nákaza onemocněním Covid-19 mohla vést k zhoršení stavu pacienta či až k jeho úmrtí. Do této skupiny se řadili a stále řadí pacienti starší 60 let, s chronickým onemocněním jako je například diabetes mellitus, hypertenze, onkologické onemocnění, chronická respirační nemoc a další. Pokud by došlo k tomu, že by sestra v domácí péči neměla dostatek osobních ochranných prostředků a jiných pomůcek, měla by péči o tyto pacienty odmítnout a poskytnout adekvátní odůvodnění tohoto rozhodnutí. Bowers et al. (2020) popisuje, že se začátkem pandemie došlo i k nárůstu potřeby domácí paliativní péče. Nárůst umírajících pacientů v domácím prostředí byl pro sestry velmi emocionálně náročný a vyčerpávající. Bylo důležité, aby sestry dokázaly i přes takto náročnou situaci udržet si emocionální pohodu. K tomu jim mohly dopomoci častější přestávky v práci nebo vzájemná podpora a komunikace sester během tohoto náročného životního období. Pandemie Covid-19 s sebou přinesla také změnu a vedení komunikace skrze ochranné pomůcky a videorozhovory. MZCR (2020c) dále uvádí, že celkově docházelo ke zkrácení doby návštěv sester či k poklesu frekvencí těchto odborných návštěv. Důvodem těchto omezení bylo především nedostatečné vybavení sester v domácí péči ochrannými

pomůckami a také snížení kontaktů a tím možného přenosu infekce. U pacientů, kterým jejich zdravotní stav umožňoval odložení péče na později, nebo jejich péče mohla být zajištěna jinak, docházelo k ukončení indikací domácí péče po dohodě s praktickým či ošetřujícím lékařem. Pacientům a jejich rodinám bylo vysvětleno, že na poskytnutí bezpečné péče nemají sestry dostatek prostředků a pomůcek. Dále agentury domácí péče informovaly nemocnice a jiné instituce o omezeném provozu domácí péče z důvodu právě nedostatečných ochranných prostředků. To následně znamenalo, že pacienti zůstávali na lůžkách v nemocnicích anebo jim byla poskytnuta ambulantní péče pro zachování bezpečného ošetření MZCR (2020c).

Dle MZCR (2020b) používání osobních ochranných pomůcek, jenž sestry domácí péče během pandemie Covid-19 musely využívat, aby došlo k jejich i k pacientově ochraně a omezení možného šíření nákazy, bylo během pandemie klíčové. Řadí se sem pomůcky pro ochranu dýchacích cest ve formě chirurgických roušek či respirátorů třídy FFP2, jednorázové rukavice, používání štítů či ochranného pláště nebylo vyžadováno (MZCR, 2020d). Samozřejmě používání těchto pomůcek muselo být vždy doplněno s kombinací správné a důkladné hygieny rukou včetně jejich dezinfekce, dále používání výhradně dezinfekčních prostředků s virucidním účinkem a opatřit bezpečnou likvidaci odpadu (MZCR, 2020b; MZCR, 2020d). Ballard et al. (2020) uvádí, že účinná reakce na onemocnění Covid-19 spočívá v zajištění silné spolupráce napříč různými odvětvími zdravotnického systému. I když je zapotřebí strategické a promyšlené investice do zdravotnického systému, okamžité poskytnutí financí do komunitní zdravotnické péče a do agentur domácí péče, kde sestry pracují v první linii pandemie Covid-19, jsou důležité pro jejich ochranu a ochranu pacientů. Ballard et al. (2020) a Bandini et al. (2021) popisují, že důležitými kroky, jenž mohou pomoci k ochraně těchto sester, jsou zajištění dostatečného množství vhodných osobních ochranných pomůcek, poskytnutí rapid antigenních testů pro užití v místě pacientova bydliště, digitální techniku pro předání informací, pro komunikaci, pro podporu a pomoc během rozhodování či pro školení. Posílení této zdravotní péče dokáže pomoci zachránit lidské životy, poskytnout komplexní a potřebnou péči pacientům, dále umožňuje poskytnout emocionální podporu, snížit náklady na zdravotní péči a ulehčit náporu v nemocnicích, a to nejen v době pandemie Covid-19. V dokumentu Domácí zdravotní péče může výrazně ulehčit nemocnicím (2021) se zmiňuje, že je důležité si uvědomit, že pacienti, kteří byli hospitalizováni v nemocnici v době pandemie, byli izolováni od okolí, jedná se

především o seniory, jelikož po dlouhou dobu byly návštěvy v nemocnicích zakázané, avšak domácí péče umožňuje pacientům jednak doléčení a komplexní odbornou péči, ale především možnost kontaktů v rámci rodiny pacienta a jeho nejbližších.

1.2.2 Sestry v domácí péči v České republice

Domácí péči a práci sester ovlivnila pandemie Covid-19 i u nás v České republice. Sestry v domácí péči trpěly nedostatkem osobních ochranných pomůcek, a to zejména chirurgických roušek, respirátorů, rukavic spolu s dezinfekčními prostředky, stejně tak jako po celém světě. Během první vlny onemocnění Covid-19 sestry v domácí péči získávaly potřebné ochranné pomůcky různými způsoby, neboť v rámci systému zdravotní péče je domácí péče i v České republice lehce opomíjená a přehlížená. Agentury i sestry domácí péče během pandemie tento fakt pociťovaly, a to především skrz zhoršenou pomalou komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky a s krajskou hygienickou stanicí (Asociace domácí péče ČR, 2020a). Jak dále uvádí Asociace domácí péče ČR (2020a), dobrovolníci a dárci pomáhali agenturám a sestrám domácí péče tím, že jim poskytovali ručně šité roušky, od vlastníků 3D tiskáren dokonce i ochranné štíty a od jiných zase dezinfekce či jednorázové rukavice, aby sestrám byla umožněna bezpečná práce o jejich pacienty. Manažeři agentur se snažili sestry pravidelně informovat o vládních i úhradových nařízeních, o povinném testování zaměstnanců, o zásobování ochrannými pomůckami a o dalších věcech důležitých pro výkon tohoto povolání. Asociace domácí péče České republiky během pandemie předložila ke schválení VZP kompenzační vyhlášku, která pojednávala o přijetí telefonického potvrzení poukazů na domácí zdravotní péči oproti dřívějšímu postupu, kdy indikaci k domácí péči dával pouze praktický či ošetřující lékař výhradně ve své ordinaci, a dále aby platba za částečnou komunikaci sestry a pacienta na dálku byla hrazena v plné výši a nebyla snížena (Asociace domácí péče ČR, 2020a). Kvůli vážné situaci s onemocněním Covid-19 vypracovala Česká společnost hospicové péče ČLS JEP Doporučení pro domácí hospicovou péči v ČR (2020). Mezi tyto pokyny patří omezit až úplně zastavit příjem pacientů do odlehčovacích služeb, dále omezovat poskytování péče na opravdu jen ty nejnnutnější a nezbytné případy vážného stavu pacienta, povinnost nošení osobních ochranných pomůcek jak ze strany pacienta a jeho rodiny, tak ze strany zdravotní sestry spolu s edukací o těchto nařízeních, informovat a upřednostňovat možnost elektronické komunikace (Skype, telefonování apod.), dbát na zvýšenou dezinfekci a hygienu rukou, vykonávat pravidelnou dezinfekci pracoviště a věnovat se zvýšené a pečlivé edukaci

pacientů a jejich rodin o nemočnění Covid-19 i o vládních a protiepidemických nařizeních. MZCR (2020c) uvádí, že tyto pokyny se ve velké míře shodují s vydaným doporučením pro sestry poskytující domácí péči od Ministerstva zdravotnictví České republiky, která byla vydána v březnu roku 2020, jež jsou doplněny o několik bodů. Mezi ně se řadí například, ukončení domácí péče či jeho odložení u pacientů, kde to jejich zdravotní stav a onemočnění dovoluje, omezení přijímání nových pacientů, dokud nebude zajištěna bezpečnost jak sester, tak pacientů formou dostatečného množství ochranných pomůcek a další.

Zhoršené podmínky během práce, strach z nákazy a možného šíření v rodinách sester či mezi pacienty a celkově z nejisté doby provázely sestry v domácí péči během výkonu jejich práce. Avšak u pacientů a jejich rodin tomu nebylo jinak, jelikož i v domácí péči jako takové došlo během pandemie ke změnám a omezením. Jak uvádí představitelka Asociace poskytovatelů domácí péče Ludmila Kondelíková: *„K lidem, kteří jsou covid pozitivní a současně potřebují zdravotní péči, sestry domácí zdravotní péče nejezdí. Tito pacienti musejí být v této době hospitalizováni na specializovaných odděleních vyčleněných pro tuto diagnózu. V domácím prostředí není totiž možné zajistit podmínky tak, aby nedocházelo k šíření této nemoci a nebylo ohroženo zdraví sestry“* (Asociace domácí péče ČR, 2020b).

1.2.3 Zkušenosti sester v domácí péči v období pandemie v některých státech

Lethin et al. (2021) uvádí, že domácí péče nebyla v mnoha zemích, v době pandemie Covid-19, natolik podporována a nedostávalo se jí tak velké pozornosti jako nemocničním zařizením. Nedostatek osobních ochranných pomůcek, nové úkony pro kontrolu a detekci infekce, řízení se protiepidemickými opatřeními, nedostatek zdravotnického personálu či strach a obavy o zdraví své a své rodiny i pacientů provázely sestry domácí péče během jejich práce v době pandemie Covid-19 v mnoha zemích. Markkanen et al. (2021) popisuje, že na sestry, jak již bylo řečeno, velmi dopadal strach a obavy z onemočnění a z možného přenosu především mezi pacienty a sestry domácí péče. Nejvyšším cílem a důležitostí bylo zajištění prevence a sledování výskytu onemočnění Covid-19. Sestry měly obavy o své pacienty, kteří vykazovali známky deprese a úzkostí z izolace a z celkového osamocení z důvodu probíhající pandemie. Dotyk s cílem utišit pacienta nebyl možný, jelikož docházelo k omezování kontaktů a k fyzickému distancování. Bø-Lyng et al. (2021) zmiňuje, že celkově pandemie přinesla

pro sestry v domácí péči a jejich pacienty úplně jinou formu vyjádření soucitu a pochopení. Sestry během své práce po celou dobu nosily respirátory, kromě přímé péče si udržovaly fyzický odstup a pokud to jen šlo, veškeré předávání informací, edukací či předávání nějakých úkolů se provádělo skrz elektronickou komunikaci. Docházelo k vývoji komunikačních médií určených přímo seniorům, která měla snadné ovládání, povětšinou pouze na jedno tlačítko, či byla speciálně upravena pro lidi s fyzickým nebo kognitivním postižením. Dále byly vytvořeny i speciální aplikace určené rodinným příslušníkům pacienta, kde se vyžadovalo heslo a uživatelské jméno, kdy mohli zahájit videohovory s pacienty, vzájemně se vidět, popovídat si a členové rodiny mohli sdílet i fotografie, na které se pacient mohl podívat. Markkanen et al. (2021) dále uvádí, že při používání videokomunikačních platforem docházelo také k technickým závadám, jako zamrznutí obrazovky, sekání obrazu a další, jež následně mělo také určitý psychický dopad, a to jak na pacienta, tak i na sestru. I když byla tato opatření nezbytná, samy sestry pociťovaly jisté izolování od svých pacientů. Doporučení pro zvládnutí úzkosti a depresí z osamocení pacienta ze stran sester bylo věnovat se například poslechu hudby nebo chodit na procházky, jestliže to jejich stav a mobilita umožní. Sestry v domácí péči byly pro pacienty mnohdy jediným pravidelným fyzickým kontaktem. Mnoho sester, a především těch v městských oblastech, bylo odkázáno na veřejnou dopravu, kterou využívaly pro přesun od jednoho pacienta k druhému. Zde docházelo k zvýšenému riziku nákazy a následného přenosu, a to především díky větší koncentraci lidí, z nemožnosti dodržet předepsané bezpečné rozestupy a docházelo i ke střetu s lidmi, kteří nenosili ochranné roušky či respirátory. Agentury domácí péče se s nedostatkem sester potýkaly již před pandemií Covid-19 a tento fakt se v této době jen potvrdil (Markkanen et al., 2021). Manažeři agentur domácí péče měnili svoje postoje k zdravotnickým úkonům a postupům, jelikož péče se zaměřovala především na pacienty bez onemocnění Covid-19 a na jejich ochranu. Docházelo i k tomu, že vedoucí agentur sami zahajovali povinné testování jak sester, tak i pacientů na onemocnění Covid-19 nebo že některé agentury si zavedly speciální profesi tzv. kontrolora, který měl na starost sledování a dohlížení na poctivé nošení osobních ochranných pomůcek (Bø-Lyng et al., 2021). Velkou výzvou pro sestry v domácí péči bylo dle Kelly et al. (2020) a Hazini et al. (2020) i poskytnutí paliativní péče pacientům spolu s uspokojením jejich potřeb. Samozřejmě péče o pacienty v terminálním stádiu nebyla v jistém smyslu nikterak omezena, avšak do nových metod, jež sestry poskytovaly, se řadily i rozhovory a telefonické konzultace pro poskytování

jisté formy péče a uklidnění. Zajišťovat kvalitní a bezpečnou paliativní péči během pandemie Covid-19 je životně důležitým úkolem.

Studie (Lethin et al., 2021), která zjišťovala zkušenosti sester v Itálii, Švédsku, Velké Británii a v Německu v době pandemie Covid-19 a to v druhé vlně tohoto onemocnění, přišla s potvrzenými výsledky, že pandemii v každém státě vnímaly sestry jinak a různě je ovlivnila. Nejvyšší míra stresu a obav se ukázala ve Velké Británii, následně pak v Německu, naopak nejmenší míra obav připadla na Švédsko. Hypotéza, že zmírnění stresu a úzkosti bude docíleno, pokud dojde k větší podpoře těchto služeb ať už od manažerů péče nebo zvenčí se potvrdila ve všech třech státech kromě Velké Británie. Zde se autoři z výsledků studie domnívají, že zkušenosti s pandemií by mohly být pouze jedním z činitelů, které umožňují pochopit úroveň úzkosti a stresu sester. Sestry ze Švédska získávaly velkou externí podporu, a to v jasných a předem daných pokynech (Lethin et al., 2021).

1.2.4 Psychické dopady pandemie na sestry v domácí péči

Pandemie Covid-19 měla dopad na psychiku celé společnosti, a především na zdravotnický personál. Zeleníková (2016) uvádí, že stres můžeme označit jako reakci organismu na nadměrné zátěžové situace, kdy se s ním lidské tělo nedokáže vyrovnat či ho překonat. Již se prokázalo, že dlouhodobý chronický stres má dopad na lidský organismus, snižuje imunitní systém, ovlivňuje funkci orgánů a samozřejmě má velký vliv a dopad na psychický stav člověka. Může způsobit až kompletní vyčerpání organismu jedince, a dokonce až syndrom vyhoření. Mezi nejčastější faktory způsobující chronický stres jsou vyčerpání, velká profesní zátěž či špatné vztahy mezi lidmi (Opatruj.se, ©2021). Sestry se během své práce a o to více v době pandemie, s ním setkávaly. Zeleníková (2016) a Pfefferbaum et al. (2020) uvádějí, že pracovní stres u sester vzniká ze stresorů, jako jsou pracovní tlak a dlouhotrvající přetíženost vlivem nedostatku personálu, z narušených vztahů mezi spolupracovníky, z neadekvátní podpory či komunikace a také třeba i z nejistoty kvůli pracovním změnám. V době onemocnění Covid-19 se k tomu všemu přidala vyčerpání, zvýšení pracovní vyčerpání, rušení plánovaných dovolených, zavádění neznámých nařízení v oblasti veřejného zdraví, nedostatek informací, strach o své zdraví a také obavy o zdraví své rodiny a zda dojde k překonání celé pandemie jako takové (Zeleníková, 2016; Pfefferbaum et al., 2020). Jak uvádí Jayadev et al. (2020), takto zvýšená míra stresu může vést u zdravotních sester až

ke snížení jejich pracovní výkonnosti a může se jistým způsobem projevit i na poskytované péči u pacienta. Sestry během pandemie hrály zásadní roli, jelikož poskytovaly přímou péči svým pacientům, i když za upravených podmínek. Jak uvádí Vévoda et al. (2018), sestry pocitovaly psychický tlak a problémy, které mohly vyústit až v syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření byl velký problém již před pandemií, avšak během ní u sester docházelo k vyššímu počtu výskytu. Dochází zde k fyzickému, ale i citovému vyčerpání, k pocitům méněcennosti a nedostatečného osobního úspěchu, cynismu i depersonalizaci. Galanis et al. (2021) zmiňuje, že negativní pocity od pacientů, kolegů či z rodiny se mohou promítat u sester, kde vyvolají obdobné emoce a způsobí je emocionálně vyčerpanější. U sester se objevovaly nejen pocity stresu a obav, ale také pocity úzkosti, deprese, problémů se spánkem a nespavostí či dokonce s posttraumatickou stresovou poruchou. Duševní a psychický stav sester má negativní dopad nejen na ně samotné, ale také i na jejich rodiny a blízké včetně pacientů a spolupracovníků. Podporování sester může velmi ovlivnit jejich emoce a pocity k zvládnání a vyrovnání se s obtížnou situací a s negativními dopady celé pandemie (Galanis et al., 2021). Jak uvádí Kim et al. (2021) ve své studii, během pandemie Covid-19 se podpora a soudržnost rodiny a blízkých, vysoká osobní odolnost vůči stresu a také spiritualita ukázaly velmi důležitými ukazateli duševního zdraví. Syndrom vyhoření a stres byl a stále je velkou a význačnou výzvou pro sestry (Galanis et al., 2021). Avšak syndromu vyhoření zapříčiněné pandemií můžeme dle Kisa (2020) předcházet, a to hlavně a nejefektivněji tím, že jeho příznaky zavčas identifikujeme a ihned na ně reagujeme. Cíl by měl být zaměřený na vytváření co nejlepší a co nejvíce harmonické vyváženosti mezi prací a jednotlivcem. Také bychom si měli uvědomit důležitost tohoto povolání. Strategiemi pro zlepšení by mělo být zaměření na sociální podpory, nabádat jednotlivce k tomu, aby se více zapojili do rozhodovacích procesů a zlepšit komunikaci s vedením. Mezi strategie, které jsou doporučovány vedení a managementu ve zdravotnictví, které se tak snaží předejít pocitu vyhoření u zdravotnického personálu například patří, uvědomení si, že jedinec má problémy a čelit jim, dále naučit se být správným vedoucím, budovat komunitu v pracovním prostředí, rozumné finanční přílepení a odměny, zaměření se na životní hodnoty a souznění s ostatními, vybízet k flexibilitě a většímu začlenění do pracovního kolektivu a další (Kisa, 2020). Aby docházelo ke kvalitní a komplexní péči musejí být sestry domácí péče dle Machová et al. (2015) v dobrém jak fyzickém, tak i psychickém stavu. Sestry se se zátěží vzniklou z jejich pracovní náplně vyrovnávají skrze volnočasové a pohybové aktivity spolu s relaxací. Před pandemií sestry domácí péče

uváděly problémy, jako byla únava a bolesti hlavy či zad vzniklé právě z náročnosti jejich povolání, avšak u sester je psychické zatížení mnohem vyšší než fyzické a z tohoto důvodu je důležité, zabývat se prevencí v této oblasti (Machová et al., 2015).

V době onemocnění Covid-19 do nejrizikovější skupiny patřil jednoznačně zdravotnický personál, jelikož na něj byl vyvíjen velký a neustálý tlak, dále vysoká očekávání, docházelo i ke změně jejich pracovní náplně či způsobu výkonu jejich práce. Na základě tohoto ohrožení byly vydány Asociací klinických psychologů České republiky rady a doporučení k uchování si duševního zdraví. Mezi ně se řadily tipy jako podporování interpersonálních vztahů, vzájemné komunikace, hovořit o těžkých situacích, akceptovat všechny pocity a emoce, nosit osobní ochranné pomůcky, odpočívat, vzdělávat se a být schopni správně a pozitivně odpovídat na otázky pacientů a mnoho dalšího (Covid Portál, 2022h). V závěru roku 2020, v průběhu druhé vlny pandemie, byla schválena opatření Radou vlády zabývající se péčí o duševní zdraví. Tato vydaná opatření pojednávají o vyhotovení informujících kampaní k tomuto tématu, jež obsahují dostatečné informace k sebepečí a o onemocnění Covid-19 jako takovém. Začlenit do výuky studentů program prevence před psychickými onemocněními, zajistit větší dostupnost psychoterapie a třeba také věnovat se boji proti dezinformačním zprávám a jiným hoaxům. Dále pojednává o získávání podpory a pomoci ze stran psychologů PČR a jiných institucí a vytvoření linek podpory pro všechny zdravotníky (MZCR, 2020e). Linky fungují po dobu 24 hodin, poskytují psychickou podporu a pomoc od odborníků ze Systému psychosociální intervenční služby a jsou určeny výhradně sestřám a jinému zdravotnickému personálu, na který doléhá tlak a celková krizová situace způsobená onemocněním Covid-19. Cílem je umožnit zdravotnickému personálu bezpečné prostředí pro komunikaci, poskytnout pomoc a rady pro překonání negativních emocí a naplnění jejich potřeb. Veškeré hovory jsou pod rouškou anonymity a diskrétnosti (MZCR, 2020f). Ostatní občané mají svoji linku, a to pod číslem 1212, která stejně jako u zdravotnické linky poskytuje psychickou podporu v tak náročném životním období (MZCR, 2020g).

1.3 Pandemie Covid-19

1.3.1 Onemocnění Covid-19 a jeho označení

Ze začátku je důležité si říct, co znamená vlastně koronavirus a kam bychom jej zařadili. Pojmenování Koronavirus se využívá pro viry, které se řadí do čeledi Coronaviridae. Víme, že viry jsou nebuněčné organismy, které potřebují k replikaci

(reprodukcí) hostitelskou buňku. Nemají svůj vlastní metabolický systém a potřebné enzymy, a právě z tohoto důvodu využívají hostitelovu buňku. Využívají její biosyntetický a energetický aparát, a tím se mohou viry množit a mohou tak na konci celého procesu replikace vznikat nové a vyzrálé viriony (virové částice), které jsou následně uvolněny z buňky, aby infikovaly další hostitelské buňky. Hovoříme zde o malých, drobných, infekčních částicích obalených proteinem, které obsahují DNA či RNA, jež jsou nositeli genetické informace, přičemž koronaviry spadají mezi viry, které obsahují RNA informaci. V prvních fázích infekce dochází ke snížení reakce imunitního systému, což má za následek přemnožení virionů v buňce pacienta, který je koronavirem napaden (Drnková, 2019; Gavalierová, et al., 2021). Viry podléhají častým mutacím z důvodu přizpůsobení se měnícím se podmínkám a jsou viditelné pouze skrz elektronový mikroskop (Drnková, 2019; Gavalierová, et al., 2021; WHO, ©2021a).

Jak uvádí Gavalierová, et al. (2021), koronavirus je charakterizován čtyřmi hlavními proteiny, které jsou podstatné pro replikaci (zmnožení) a pro infekčnost. Jedná se o proteiny nukleokapsidové, obalové, membránové a hrotové. Špičky hrotových proteinů, které vystupují z membrány, vytváří tvar, který si můžeme představit jako korunu, latinsky corona. Právě z označení corona, které uvádí Gavalierová, et al. (2021), pocházejí první dvě písmena „CO“ názvu COVID-19. Písmena „VI“ odkazují na virus a „D“ na počáteční písmeno slova disease (nemoc). Číslice „19“ v názvu odkazuje na rok 2019, ve kterém byl evidován první případ tohoto onemocnění. Oficiální název nemoci, který vydala WHO (©2021a) se nazývá coronavirus disease (onemocnění koronavirem), zkráceně tedy COVID-19. Virus, který tuto nemoc způsobuje, se nazývá severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (těžký akutní respirační syndrom koronavirus 2) neboli SARS-CoV-2 (Gavalierová, et al., 2021; WHO, ©2021a). Toto pojmenování bylo zvoleno z toho důvodu, že virus má genetickou příbuznost s koronavirem, jež způsobil vypuknutí epidemie SARS koncem února roku 2003 v Číně, jak uvádí WHO (©2021c), WHO (©2021a) spolu s Akademií věd ČR, (2020a). Název COVID-19 přijala a oznámila WHO 11. února 2020 v souladu s již vypracovanými pokyny se Světovou organizací pro zdraví zvířat (OIE) a Organizací OSN pro výživu a zemědělství (FAO) a to dle Gavalierová, et al. (2021) a WHO (©2021a). Z důvodu celosvětově rostoucího počtu nakažených se WHO rozhodlo charakterizovat tuto nemoc jako pandemii – a to dne 11. března 2020 (Státní zdravotní ústav, 2020a).

1.3.2 Vývoj pandemie ve světě

Jak uvádí Akademie věd ČR (2020a), během epidemie SARS-CoV v roce 2003 v čínské provincii Kuang-tung bylo již zjištěno, že právě netopýři, Vrápenci, představují hostitele pro koronaviry. Během následujících rozsáhlých výzkumů se objevilo až 30 dalších nových druhů koronavirů u netopýřů. U některých z nich je riziko možného přenosu na člověka. Není zřejmé, kdy a za jakých podmínek by k přenosu mohlo dojít. Avšak konzumace, machinace s divokými zvířaty, a právě s netopýry spolu s přelidněním obyvatelstva a jejich rozpínání do nových míst, to vše napomáhá k vyššímu přenosu infekce. Jak píše Klára Petrželková z Ústavu biologie obratlovců AV ČR: *„Nebezpečím nejsou netopýři či jiná zvířata, ale člověk sám. Proniká na dříve nedostupná místa, ničí přirozené biotopy, rychle se přesunuje po celém světě. Patogenům to umožňuje překonat bariéry, které jim dříve zabraňovaly člověka infikovat a nekontrolovaně se šířit. Nemusíme se tedy obávat netopýřů. Musíme se ale zamyslet, jak měníme svět kolem nás.“* (Akademie věd ČR, 2020a)

První člověk nakažený onemocněním Covid-19 byl nahlášen v prosinci 2019 v Číně ve městě Wu-chan v provincii Chupej. Během následujících několika měsíců bylo toto onemocnění rozšířeno takřka po celém světě. Zjistilo se, že onemocnění způsobené virem SARS-CoV-2 je geneticky úzce příbuzné s koronaviry právě z populace netopýřů, konkrétně z řad Vrápenců z rodu *Rhinolophus*. Tito netopýři se normálně objevují v Asii, v Evropě, na Středním východě a také v Africe. Z bližších výzkumů se zjistilo, že velká část pozitivních případů na přítomnost SARS-CoV-2 měla přímé spojení s velkoobchodním trhem Chua-nan ve městě Wu-chan, jelikož první pacienti byli z řad prodejců nebo zákazníků a zaměstnanců (Akademie věd ČR, 2020a; Jiumeng, et al., 2020; WHO, 2020d; Gavalierová, et al., 2021). Tato skutečnost vedla 1.ledna 2020 k uzavření a vyčištění trhu. Vzhledem k tomu, že v době vypuknutí tohoto onemocnění na trhu Chua-nan byli netopýři v zimním spánku a není jisté, zda tam byli k prodeji, je pravděpodobnější, že nemoc nebyla přenesena přímo z netopýra na člověka ale skrze jiného mezihostitele, skrze jiného savce. Nelze ani jednoznačně říci, zda tento trh byl ohniskem nákazy anebo zda byl jen důležitou součástí v počáteční fázi rozšiřování této nemoci, jak uvádí Jiumeng, et al. (2020), Akademie věd ČR (2020a), Gavalierová, et al., (2021) a WHO (2020e).

Kvůli vysokým a stoupajícím pozitivním případům, vyhlásila WHO 30. ledna 2020 tuto situaci za Globální stav zdravotní nouze tedy Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), jak nás informují Jiumeng, et al. (2020) a WHO (2020e).

1.3.3 Vývoj nakažených – šíření Čína, Itálie

Se začátkem vývoje epidemie onemocněním Covid-19 byly nejvíce zasaženy země Čína, kde epidemie začala a Itálie, která se následovně stala první zasaženou oblastí v Evropě. Světová zdravotnická organizace (WHO) byla 31. prosince 2019 poprvé obeznámena o případech pneumonie s neznámou etiologií. První případy se objevovaly v Číně ve městě Wu-chan, v provincii Chu-pej. Již 3. ledna 2020 bylo nahlášeno 44 pacientů, kdy 11 z nich bylo ve velkém ohrožení života. Všichni pacienti byli izolováni a hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních ve městě Wu-chan. Mezi prvními klinickými příznaky se objevovaly především febrilie, potíže s dýcháním, únava, suchý kašel a snímky z rentgenového vyšetření ukazovaly invazivní léze na obou plicích, jak uvádí WHO (2020f) a WHO (2020g). V této době byly zahájeny výzkumy ke zjištění patogenu a jeho etiologie a obratem se začalo s hygienickými opatřeními. Důkazy ukazovaly na to, že vznik tohoto onemocnění může pocházet anebo má alespoň souvislost s velkoobchodním trhem Chua-nan ve Wu-chanu. Nových 41 pacientů bylo nahlášeno 11. ledna 2020, kdy jeden pacient nakonec podlehl tomuto onemocnění. Jeho zdravotní stav však byl již před tímto onemocněním špatný. Tento pacient byl první obětí nemoci Covid-19. K uzavření celé provincie Chu-pej došlo 27. ledna 2020. Byla zavedena mimořádná opatření jako např. zastavení veřejné dopravy, izolace nakažených a jejich kontaktů, uzavření veřejných prostorů a jiné. Zmínky ze dne 15. února 2020 přináší, že Covid-19 se velmi rychle roznesl, a to až do 26 zemí. Následně toto rozšíření mělo za následek 51 857 laboratorně nově potvrzených pozitivních pacientů a 1 669 úmrtí. Skoro všechny pozitivní případy a úmrtí se objevily právě v Číně (WHO, 2020f; WHO, 2020g; Bao-Liang, et al., 2020).

Jak uvádějí Sebastiani, et al. (2020) a Villa, et al. (2020), italská národní zdravotnická služba oznámila ve dnech 23. až 24. února 2020 dvě největší ohniska nemoci Covid-19 a to v regionech Lombardie a Veneto v severní části Itálie. Začalo se zde s přísným zavedením mimořádných opatření k potlačení pandemie. Postupně se začaly zavírat školy a veškeré služby, a především se zavedla přísná a striktní opatření v rámci omezení volného pohybu veřejnosti. Dne 10. března 2020 se po rozhodnutí vlády tato

opatření rozšířila na celý stát. Největší riziko nákazy bylo v oblasti Lombardie. Počet aktivních případů byl natolik vysoký, že rychle překročil možnosti sledování, hlídání izolace či karantény lidí v epicentru pandemie Covid-19. Docházelo zde k rychlému nárůstu nakažených lidí, přetížení zdravotnických institucí až ke kolapsu právě v nejvíce zasažené oblasti, Lombardii. Velká úmrtnost byla samozřejmě také jeden z hlavních důvodů, proč tato přísná opatření byla zavedena, a to po dobu necelých dvou měsíců. Dle různých výzkumů se zjistilo, že tato nekompromisní opatření, začínající právě na severu Itálie a následně rozšířená po celé zemi, měla velký dopad na snížení incidence pandemie (Sebastiani, et. al., 2020; Villa, et al., 2020; Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità, 2020).

Jak Villa, et al. (2020) a Bao-Liang, et al. (2020) informují, onemocnění Covid-19 se nakonec rozmohlo po celém světě a vznikla tak pandemie. Tato situace má, a ještě bude mít obrovské ekonomické, kulturní, a i sociální následky spolu se ztrátou lidských životů. Aby se mohla lépe zvládat situace okolo pandemie Covid-19, je obzvláště důležité, aby veřejnost porozuměla tomuto onemocnění a aby byla celkově obeznámena se všemi riziky, opatřeními, co tato nemoc přináší (Villa, et al., 2020; Bao-Liang, et al., 2020).

1.3.4 Varianty a mutace Covid-19

Jak uvádí Covid Portál (2021a) a Státní zdravotní ústav (2021b), viry jsou známé tím, že se nepřetržitě pozměňují a že dochází ke vzniku nových mutací. Jedná se vlastně o chybu, která se vytvoří právě během množení neboli replikaci viru. Z tohoto důvodu můžeme v budoucnu očekávat, že dojde k objevení nových variant tohoto viru. V případě onemocnění Covid-19 se jedná o výměnu či úplnou ztrátu aminokyseliny v bílkovinném řetězci. Každá nová obměna viru má pak genom, který zahrnuje jednu speciální, určitou sadu mutací. Během pandemie se mohou nějaké varianty koronaviru pouze objevit, ale vzápětí se i ztratit, avšak existují i takové, které trvají a roznášejí se dál po celé populaci. Jiné známé variace viru mají zase schopnost snadnějšího přenosu infekce anebo jsou schopny vyhnout se získaným protilátkám navozených imunitním systémem z vakcinace. Právě tyto mutace jsou rizikové, jelikož umožňují viru vyvíjet se ve světě nezávisle na sobě (Covid Portál, 2021a; Státní zdravotní ústav, 2021b). Jak se již psalo o pár řádků výše, u virů velmi často vznikají nové mutace, a jak uvádí Covid Portál (2021a), za měsíc dojde u viru SAR-CoV-2 k vytvoření přibližně jedné až dvou mutací.

Variety, se kterými jsme se setkali v průběhu pandemie Covid-19, byly Britská, Jihoafrická a Brazilská. Velká Británie objevila poprvé Britskou variantu v září roku 2020, kterou následně označila jako B.1.1.7. Dle GISAID, což je vědecký systém zaveden k pojmenování, sledování a zkoumání koronaviřů, především SARS-CoV-2, se tato varianta ke dni 5.3.2021 rozšířila celkem do 91 států po celém světě a do 44 států pouze v USA (Covid Portál, 2021a; Státní zdravotní ústav, 2021b).

Covid Portál (2021a) a Státní zdravotní ústav (2021b) zmiňují, že jihoafrická varianta nazývaná B.1.351 byla objevena začátkem října 2020. K datu 5.3.2021 byla dle GISAID detekována ve 42 státech a v 9 státech USA. Tato mutace se vyznačuje především tím, že dokáže napadnout i člověka, který již tuto nemoc v minulosti prodělal. Očkování má v tomto případě nižší účinnost než u jiných variant.

V Brazílii se na začátku ledna 2021 zjistila nová varianta označená P.1. Identifikována byla při preventivním testování na letišti v Japonsku u cestujících právě z Brazílie. Brazilská varianta byla dle GISAID ke dni 5.3.2021 rozšířena do 21 států a 8 států USA, jak uvádí Státní zdravotní ústav (2021b).

Pandemie Covid-19 je, jak již víme, způsobená koronavirem SARS-CoV-2. V průběhu času dochází u všech virů, včetně koronaviru způsobující toto onemocnění, ke změnám. Některé změny jsou natolik malé až skoro nepatrné, kdy jejich důsledky virus nějak neovlivní. Avšak jak uvádí WHO (©2021h), jiné změny mohou vlastnosti viru natolik pozměnit, že následně může dojít třeba k snadnějšímu přenosu viru, těžšímu průběhu daného onemocnění nebo ovlivnění účinnosti vakcinace, léčebných a diagnostických prostředků a mnoho dalšího. Z tohoto důvodu se WHO v kooperaci s různými výzkumnými odborníky, vnitrostátními orgány či institucemi rozhodla v lednu 2020 sledovat a zkoumat vznik a vývoj právě SARS-CoV-2. Kvůli vzniku různých variant viru se tyto organizace na konci roku 2020 rozhodly zaměřit na detekci specifických variant zájmu neboli Variants of Interest (VOI) a variant obav čili Variants of Concern (VOC). Mezi oblasti VOI patří např. varianty SARS-CoV-2 s genetickými změnami, které ovlivňují vlastnosti viru (šíření, závažnost onemocnění, eliminace vakcín apod.) a mezi VOC zase např. varianta SARS-CoV-2, která prokázala spojitost s vyšší virulencí, se zvýšeným přenosem viru nebo škodlivých změn či se sníženou dostupností vakcín, léčiv nebo diagnostiky. Odborníci následně zvolili písmena řecké abecedy, jako

například Alfa, Beta, Gamma či Delta pro snazší rozlišení a označení jednotlivých mutací (WHO, ©2021h).

O nově objevené variantě B.1.1.529 informují WHO (2021ch) a WHO (2021i), která pochází z Jižní Afriky a byla pojmenována WHO dne 26.11.2021 názvem Omicron. Poprvé se objevila 24.11.2021 právě v Jižní Africe. Tato varianta je nadále zkoumána a monitorována. Zatím předběžné výzkumy ukazují na to, že by zde mohlo být vyšší riziko opětovné nákazy u lidí, kteří již onemocněli Covid-19 prodělali oproti jiným variantám. (WHO, 2021ch; WHO, 2021i).

1.3.5 Šíření Covid-19 a jeho přenos

Roku 2019 se objevil úplně první případ nákazy Covid-19, za který je zodpovědný vir SARS-CoV-2. Od tohoto roku se i dnes stále potýkáme s tímto onemocněním. Za dva roky toto onemocnění postihlo celý svět. Jak uvádí portály Onemocnění aktuálně (2021), Johns Hopkins University & Medicine: Coronavirus resource center (2021), Our world in data (2021) a World o meter (2021), v dnešní době se tato nákaza stále šíří a její konec je v nedohlednu. Budoucnost celého světa doufá v záchranu ve formě očkování. K dnešnímu dni a to 27.11.2021 se nakazilo onemocněním Covid-19 celkem 260 764 664 lidí po celém světě. V České republice se ke stejnému datu udává 2 130 589 případů. Počet provedených antigenních a PCR testů k tomuto dni v České republice dělá 43 503 739. Odebralo se celkem 13 465 749 vzorků k PCR testování a 30 037 990 vzorků k antigennímu. Dohromady se odebralo 43 503 739 vzorků po celé České republice. Počet úmrtí v souvislosti s koronavirem SARS-CoV-2 ve světě je již na čísle 5 191 633 pacientů, v České republice se jedná o 32 744 úmrtí, jak informuje MZCR (2021a) a Onemocnění aktuálně (2021). Opět ke dni 27.11.2021 se celosvětově podalo 7 575 305 286 dávek vakcín. Česká republika ke stejnému datu vykázala 13 402 860 očkovaní. Počet ukončené vakcinace u nás momentálně činí 6 349 163 (MZCR, 2021a). I přes všechna zavedená opatření a dostupnou možnost očkování je stále počet aktivních případů velice vysoký, přibližně 20 004 918 ve světě a v ČR přibližně 271 940, přičemž dosud nejvyšší přírůstek pozitivně testovaných v ČR za jeden den bylo 27752 lidí, a to dne 25.11.2021 (Onemocnění aktuálně, 2021; MZCR, 2021a).

Jak uvádí Trojánek et al. (2020) a WHO (©2021b), virus SARS-CoV-2 se přenáší skrze kapénky. Může se roznášet z úst či nosu nakaženého pacienta, a to formou kýčání, kašlání, mluvení nebo během zpěvu, ale i třeba pouze skrze dýchání. Vlastní přenos

infekce je způsoben vdechnutím nebo když se kapénky dostanou do přímého styku se sliznicí během bezprostředního kontaktu s nakaženou osobou. Další možný způsob přenosu je nepřímo skrze kontakt s infikovanými povrchy a následujícím dotykem očí, úst či nosu. Během laboratorních průzkumů se například zjistilo, že na nerezové oceli a plastech dokáže virus setrvat až 72 hodin a na mědi přibližně čtyři hodiny. Kapénky se většinou šíří jen na kratší vzdálenosti, a to do 1 až 2 metrů. Někteří pacienti ani nemusí vědět, že jsou infikováni tímto virem. Zde se objevuje velké riziko přenosu infekce. Mnoho lidí, kteří se tímto virem nakazí, prodělají lehčí až středně těžkou respirační nemoc, kdy nepotřebují žádnou další či speciální léčbu. Avšak objevují se i pacienti se závažným stavem, kteří již potřebnou lékařskou pomoc nutně vyžadují. Lidé polymorbidní nebo s kardiovaskulárními nemocemi, s arteriální hypertenzí, s chronickými respiračními chorobami, s diabetem mellitem, s rakovinou či i senioři mají větší pravděpodobnost, že se u nich toto onemocnění rozvine do vážného stavu. Toto onemocnění může postihnout člověka v jakémkoliv věku a jeho následky mohou být až fatální. Pacienti, kteří podstoupili očkování se mohou tímto virem ovšem nakazit také, avšak vakcinace by je měla ochránit právě před těžkým průběhem tohoto onemocnění (Trojánek et. al, 2020; WHO©2021b).

1.3.6 Příznaky a diagnostická vyšetření u onemocnění Covid-19

Mezi nejčastější příznaky, které se objevují u pacientů s onemocněním Covid-19 se řadí subfebrilie, spíše až febrilie, únava, suchý dráždivý kašel, ztráta čichu a chuti. Příznaky, které nejsou až tolik časté jsou: bolest hlavy, krku, svalů nebo kloubů, rýma či ucpaný nos, nevolnost, zvracení, průjem, závratě, zarudlé oči, různé druhy kožních vyrážek anebo změny barvy prstů na ruce či nohou. Do závažných příznaků patří dušnost, potíže s dýcháním, bolest či tlak na hrudi, nechutenství, zmatenost, ztráta hybnosti anebo řeči. Tyto příznaky uvádějí WHO (©2021j), Covid Portál (2021b) a Gavalierová et al. (2021).

Jak uvádí Radvan et al. (2021), můžeme se setkat i s tzv. Post-covid-19 syndromem, kdy jedinci i po vyléčené nemoci způsobené virem SARS-CoV-2, jsou obtěžováni přetrvávajícími příznaky. Jedná se o příznaky, které jsou detekovány po 12. týdnu od zjištění nemoci. Většinou se jedná o dechové problémy, mnohdy i při normální plicní funkci. Dalšími respiračními příznaky jsou např. námahová dušnost, bolesti v krku a dlouhotrvající kašel. Mezi další příznaky během tohoto syndromu se řadí bolest svalů,

kloubů, únav anebo také zvýšená teplota. Mohou se objevovat i příznaky kardiální, jako je palpitace nebo neurologické, jako jsou výpadky paměti či deprese nebo může docházet i ke vzniku arteriální hypertenze či diabetes mellitus a jiné (Radvan et al., 2021).

Trojánek et al. (2020) doplňuje, že inkubační doba pro onemocnění Covid-19 se dle různých výzkumů a studií udává mezi 2 až 14 dny. Pacienti, kteří onemocněli právě touto chorobou, musí zůstat po dobu 14 dnů v izolaci, aby nedošlo k dalšímu šíření této nemoci. Za pozitivní případ se považuje takový pacient, kterému vyšel laboratorně potvrzený výsledek o získání infekce SARS-CoV-2. Nezáleží zde na tom, jestli pacient pociťuje nějaké příznaky či nikoliv anebo na pacientově anamnéze. K diagnostice právě této nemoci se využívají testy antigenní nebo také RT-PCR testy s mnohem větší přesností (Trojánek et al., 2020).

Antigenní testy umožňují dle Akademie věd České republiky (2021b), Covid Portál (2021c) a CDC (2021a) objevit přítomnost specifického virového antigenu čili virovou bílkovinu a tím následně právě i virovou infekci. Jedná se o tzv. imunotesty. Tento typ testování odhalí nakaženého na vrcholu jeho infekce. Antigenní testy se dělí na tzv. rapid test a test provedený v laboratoři. Kvalitní antigenní test provedený v laboratoři dokáže tyto proteiny (bílkoviny) detekovat i u bezpříznakových jedinců. Tím pádem je tedy citlivější a spolehlivější než tzv. rapid test. Pomocí rapid testu je ale možné získat výsledek již pod 30 minut. Avšak tyto testy nejsou natolik přesné jako RT-PCR testy. Udává se, že antigenní testy dosahují spolehlivosti zhruba 50 % u bezpříznakových pacientů a 75 % u silně pozitivních pacientů. Vzorek pro otestování se odebírá výtěrem z nosohltanu (Akademie věd České republiky, 2021b; Covid Portál, 2021c; CDC, 2021a). Samotný výtěr je pro dosažení kvalitních výsledků velice důležitý. V případě, že výtěr není proveden správně, zvyšuje se riziko falešně negativního testu. Dříve bylo možné provádět antigenní testy ze slin nebo výtěrem z nosohltanu za pomoci testovacích sad pro samoodběr. V případě pozitivních výsledků byl pacient následně podroben přesnému RT-PCR laboratornímu testu (Covid Portál, 2021d; Covid Portál, 2021c). Z důvodu nízké citlivosti těchto testů byl tento způsob testování v ČR až na výjimky zrušen ke dni 22.11.2021 (Covid Portál, 2021c).

Akademie věd České republiky (2021b) a Covid Portál (2021c) uvádí, že molekulární test RT-PCR na nákazu Covid-19 detekuje přítomnost virové RNA (Ribonukleová kyselina). Pokud je člověk vystaven nákaze Covid-19, tak na základě

nejrůznějších chemických reakcí dochází ke kopírování virového RNA. Tento test následně odhalí kopie tohoto virového materiálu a označí vzorek za pozitivní. Pokud test neodhalí jedinou molekulu virového RNA, je vzorek prohlášen za negativní. Spolehlivost RT-PCR testu se uvádí okolo 95 %. Časová náročnost 48 hodin u RT-PCR testu je oproti antigennímu rapid testu, kde známe výsledky zhruba do 30 minut propastná, na druhou stranu je tato nevýhoda naopak vykoupena znatelně vyšší spolehlivostí, a to až téměř o 50 %. Testování se provádí odebráním vzorku výtěrem z nosohltanu, hltanu nebo ze slin. Jeho stinnou stránkou je velká finanční nákladnost oproti antigenním testům a jak již bylo řečeno, delší doba čekání na výsledky (Akademie věd České republiky, 2021b; Covid Portál, 2021c). Před každým odběrem, jak informuje Covid Portál (2021d), by lidé neměli minimálně 30 minut, avšak lepší je 1 až 2 hodiny, jíst, pít, kouřit a čistit si zuby, aby se dosáhlo přesných výsledků.

Do jisté míry specifickou formou testování na prodělání tohoto onemocnění je test na protilátky. Jak uvádí Akademie věd České republiky (2021b), Covid Portál (2021c) a CDC (2021b), test na protilátky testuje koncentraci molekul imunoglobulinu ve vzorku krve. Molekuly imunoglobulinu produkuje imunitní reakce organismu při prodělání nákazy Covid-19, kdy protilátky bojují proti viru SARS-Cov-2. Obecně se hledají ve vzorku krve protilátky IgM a IgG. Protilátky IgM začínají vznikat zhruba týden od nákazy a protilátky IgG vznikají později v závěrečné fázi nemoci a po jejím prodělání. Protilátky IgG jsou tedy dlouhodobým identifikátorem prodělání nemoci Covid-19. Tyto testy jsou tedy vhodné především pro pacienty, kteří měli příznaky nákazy Covid-19 a chtějí si ověřit, zda tuto nemoc prodělali. Spolehlivost testu na protilátky z žilní krve je udávána v rozmezí 90 % - 99 % procenty. Jak ale již název testu vypovídá, jedná se o test na protilátky, které se začínají tvořit až v průběhu nemoci. To znamená, že v úvodních fázích nemoci nemusí být prokázány žádné protilátky (Akademie věd České republiky, 2021b; Covid Portál, 2021c; CDC, 2021b). Testování je prováděno odběrem kapilární nebo žilní krve. V případě testu z kapilární krve je možné provést tento test doma s hrozbou nižší spolehlivosti. Vyšší spolehlivost mají testy z žilní krve provedené v certifikovaných laboratořích. Výsledky testů je možné získat v průběhu 1 až 2 dní. Po prodělané nemoci, anebo po vakcinaci, dochází k tomu, že se protilátky časem vytrácejí, avšak tato rychlost je u každé nemoci odlišná. V současnosti se tento test nedoporučuje ke stanovení imunity po vakcinaci na onemocnění Covid-19 (Akademie věd České republiky, 2021b; Covid Portál, 2021c; CDC, 2021b).

Rentgenové vyšetření plic u pacientů s Covid-19 není v počátečním stádiu této nemoci dostatečné. Jak Trojánek et al. (2020) uvádí, toto vyšetření není dosti citlivé ke zjištění primárních změn v parenchymu plic, avšak jeho použití je vhodnější pro sledování či kontrolu pokročilejších změn především u pacientů s horším průběhem. Nejvíce používaným vyšetřením je výpočetní tomografie neboli CT vyšetření, které umožňuje diagnostikovat nemoc Covid-19 i již v prvotních fázích nemoci, a to kvůli jeho velké citlivosti (Trojánek et al., 2020).

1.3.7 Možnosti léčby a prevence onemocnění Covid-19

Onemocnění Covid-19 je pro celý svět stále novou chorobou, a tudíž cílená léčba na vir SARS-CoV-2 v současné době ještě není k dispozici. Trojánek et al. (2020) a Kämpel et al. (2020) uvádí, že základem je z toho důvodu především symptomatologická léčba, která se odvíjí od příznaků pozitivního pacienta, spolu s léčbou podpůrnou. Pozitivně testovaní pacienti musí dodržet izolaci po dobu minimálně 14 dní od prokázání positivity testem. Jediný, kdo může ukončit izolaci je praktický lékař a to, pokud proběhla minimální doba izolace a zda poslední tři dny nemá pacient nějaké příznaky spojené s onemocněním Covid-19, jak informuje Covid Portál (2021e). Ti, kteří mají mírný průběh nemoci a mohou se léčit doma, by měli dodržovat klidový režim, průběžně měřit svoji tělesnou teplotu, konzultovat svůj stav s praktickým lékařem, mít dostatečný pitný režim a užívat léky na zmírnění jejich příznaků. Mezi nejčastější léky patří antipyretika (Ibuprofen, Paracetamol), expektorancia (ACC) a antitusika. U hospitalizovaných pacientů se používá také symptomatologická léčba, dále měření fyziologických funkcí, dle potřeby oxygenoterapie u <93 % saturace hemoglobinu kyslíkem, dostatečná hydratace, laboratorní a zobrazovací vyšetření (KO + diff, CRP, laktát, urea a kreatinin, D-dimery, LDH, ALT, AST, bilirubin, minerály, RTG, CT). Pacienti s těžkým průběhem musí být hospitalizováni a izolováni na JIP, musí se jim zajistit komplexní péče, dle potřeby UPV (u pacientů s SpO₂ <90 % při 10 l/min maskou; s těžkou hypoxémií), popřípadě ECMO, dále tekutinová terapie. Antivirotika, která se používají během léčby jsou např. Remdesivir i.v. po dobu 10 dní nebo třeba Molnupiravir, který zapříčiní, že vir se nedokáže dále replikovat, Paxlovid od společnosti Pfizer anebo také například Favipiravir p.o. Dále se k léčbě využívají kortikoidy, Glukokortikoidy – Dexamethasona to nejdříve šestý den od vzniku příznaků a samozřejmě nesmíme opomenout důležitost prevence TEN a podání antikoagulací. Dle potřeby a stavu pacienta se využívají i jiné

léčivé přípravky a celkově se během léčby musí zohledňovat i jeho chronická medikace (Trojánek et al., 2020; Kümpel et al., 2020).

Pro překonání pandemie Covid-19 je důležitá prevence, především pak vakcinace populace, správná hygiena rukou, správné nošení ochranných respirátorů FFP2 či KN95 bez výdechového ventilu nebo nanoroušek v uzavřených prostorech, dezinfekce společných prostor, popř. i osobních věcí, dodržování minimálně 1,5m rozestupu od ostatních osob, při kašlání si zakrývat ústa a zůstat raději doma, pokud se necítíme dobře, jak zmiňuje WHO (©2021). Další formou prevence je například omezování počtu lidí na kulturních akcích nebo omezování provozu restaurací a barů. Dále byla zavedena prevence v podobě prokazování bezinfekčnosti před vstupem na kulturní akce, do restaurací a jiných služeb v podobě certifikátu prokazujícího prodělanou nemoc v minulých 180 dnech, ukončené očkování nebo certifikát o podstoupeném testu na toto onemocnění (Covid Portál, 2020f).

Pandemie Covid-19, nové onemocnění, které nikdo před tím neznal, s sebou přinesla strach, nejistotu a celkově těžké časy pro celý svět. Avšak vědci a různí odborníci se napříč světem spojily, aby společně vytvořily spolehlivé a bezpečné vakcíny právě proti novému viru SARS-CoV-2 (WHO, 2021k). Za celou dobu pandemie vznikla řada vakcín, ale u nás, v České republice se může očkovat jen s registrovanými vakcínami, které jsou schváleny a povoleny EU, a to na základě Evropské agentury pro léčivé přípravky neboli European Medicines Agency (EMA), jak informuje Covid Portál (2021g) a MZCR (2021b). V současné době se očkuje vakcínami Comirnaty od společnosti Pfizer/BioNTech, kde je k plnému očkování potřeba dvou dávek, kdy mezi nimi musí být rozmezí 21 dnů. Další uznanou vakcínou je Spikevax od společnosti Moderna, kde je opět potřeba dvou dávek, zde ale v rozmezí 28 dnů. Touto vakcínou se mohou očkovat i děti od 12 let. Vaxzevria od výrobce AstraZeneca je také dvoudávková, avšak zde je rozmezí mezi dávkami od 28 až do 84 dnů. Vakcinaci mohou podstoupit pouze lidé starší 18 let. Poslední možnou vakcínou v ČR je Janssen od společnosti Janssen Pharmaceutica (Johnson & Johnson), která je jako jediná jednodávková a opět určena dospělým osobám. Platnost plného očkování platí až po podání všech potřebných dávek a po uplynutí 14 dní od aplikace poslední (Covid Portál, 2021g; MZCR, 2021b). WHO dne 15.11.2021 vydala prohlášení o účinných a bezpečných vakcínách. Na seznamu se nacházejí stejné vakcíny, jenž se používají i v České republice, ale jsou zde i jiné jako Sinopharm, Sinovac a Covaxin. Cizinci, kteří mají vakcínu jinou, než která platí

pro ČR, se musí nechávat testovat a řídit se mimořádnými a ochrannými podmínkami. V České republice byla od 13.12.2021 umožněna registrace k očkování dětem již ve věku 5 až 11 let, dříve se mohlo s vakcinací začít až od 12 let, a to pouze vakcínou Comirnaty. (Covid Portál, 2021g; MZCR, 2021b).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Výzkumné cíle

1. Zjistit, jak sestry v domácí péči zvládaly pečovat o své pacienty v době Covid-19.
2. Zjistit, jak sestry v domácí péči ovlivnila pandemie Covid-19 a vládní nařízení.
3. Zjistit, jaký dopad měl Covid-19 na práci sester v domácí péči.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jak sestry v domácí péči ovlivnila pandemie Covid-19?

Výzkumná otázka č.2: Jakým způsobem se sestry v domácí péči chrání před Covid-19?

Výzkumná otázka č.3: Jak nahlíží sestry v domácí péči na Covid-19 a s ním spojená vládní nařízení?

Výzkumná otázka č.4: Jaký je největší problém domácí péče v době pandemie z pohledu sestry?

Výzkumná otázka č.5: Jak pandemie Covid-19 ovlivnila či změnila práci sester v domácí péči?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

V empirické části diplomové práce byl použit kvalitativní design. Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí hloubkového rozhovoru se sestrami pracujícími v domácí péči, jelikož právě tento typ výzkumu umožňuje nejpodrobnější a nejhlubší zkoumání otázek k tématu. Jednalo se o předem připravené otevřené otázky, které se skládaly z pěti hlavních, nejdůležitějších otázek a poté z doplňujících určených k dané hlavní otázce. Počet doplňujících otázek se pro každou otázku lišil (viz. Příloha č. 1). Celkem se jednalo o 38 otázek. Následně také docházelo k rozhovoru se dvěma pacienty, kterým byla během pandemie Covid-19 poskytnuta odborná domácí péče. Zde se celkově jednalo o 18 otázek (viz. Příloha č. 2). Posléze docházelo ke zkoumání a zpracování získaných dat. Byly vytvořeny dva různé okruhy otázek, kdy jeden byl speciálně určen všeobecným sestram a druhý pacientům domácí péče. Kvalitativní výzkum, jak uvádí Švaříček et al. (2007), můžeme vysvětlit jako proces bádání určitých problémů či jevů v přirozeném prostředí, kdy je cílem vyzískat kompletní obraz právě těchto jevů vycházejících z hloubkově zpracovaných dat a ze speciálního vztahu výzkumníka a informanta neboli aktéra výzkumu. Výzkumné šetření se uskutečnilo v březnu roku 2022 a bylo zcela anonymní. Informanti byli předem vybráni a osloveni pro účast na tomto výzkumu a ujištění, že získané informace budou využity pouze ke zpracování praktické části diplomové práce. Docházelo tedy k oslovení staničních a vrchních sester agentur domácí péče, které následně informovaly sestry, zda by byly ochotné poskytnout rozhovory pro výzkum k praktické části diplomové práce. Během kvalitativního šetření se data zaznamenávaly pomocí mobilního zařízení a jeho možnosti nahrávání, dále docházelo k zapisování důležitých informací během rozhovoru s informanty a k následnému doslovnému přepisu výpovědí. Získané výsledky byly zpracovány pomocí kódování a následně se použila kategorizace k analýze získaných dat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Kritéria výběru byly a) zdravotní sestry pracující v agenturách domácí péče, 2) minimální praxe tří let v domácí péči, 3) péče o pacienty v době pandemie Covid-19. Výzkumný soubor se skládal z 10 sester. Dále během výzkumu došlo k rozhovoru se dvěma pacienty, kterým byla v průběhu pandemie sestrami poskytnuta odborná domácí péče a následně byly odpovědi zaznamenány a

analyzovány. Výzkumné šetření se uskutečnilo v březnu roku 2022. Informanti byli předem ujistěni, že celý výzkum je pod záštitou anonymity a ochrany osobních údajů, informací a výpovědí. Rozhovory se sestrami domácí péče proběhly v jejich agenturách, kdy se ochotně dostavily do práce o něco dříve a dané rozhovory umožnily. Se třemi sestrami se rozhovory uskutečnily přes telefon, a to jednak z důvodu nemoci sester a poté také z daleké vzdálenosti. Rozhovory s pacienty proběhly v jejich domácím prostředí, a to přes sestry domácí péče, které předaly písemnou žádost o umožnění poskytnutí rozhovoru. Následně po souhlasu pacienta nám domluvily setkání. Výzkumné soubory byly od sebe odlišeny přiděleným specifickým označením. Sestry domácí péče, jež byly vybrány a poskytly rozhovory, byly ve výzkumu znázorněny pod zkratkou „SDP“, jenž znamená sestry domácí péče a následně každé sestře bylo přiřazeno číslo pro jejich vzájemné rozlišení a také dle pořadí poskytnutých rozhovorů v březnu 2022. Ve výzkumu jsou jednotlivé sestry tedy znázorněny pod zkratkou SDP 1-10.

Pacienti domácí péče, kteří odpověděli na určené otevřené otázky, byli identifikováni ve výzkumu pod zkratkou „PDP“, což znamená pacienti domácí péče. K vzájemnému odlišení se použily číslovky 1-2. Ve výzkumu praktické části diplomové práce se pacienti tedy objevují jako PDP1 a PDP2. Doba trvání jednoho rozhovoru se u sester domácí péče pohybovala průměrně kolem 45 až 50 minut, u pacientů byla tato doba kratší a to kolem 40 až 35 minut.

4 VÝSLEDKY

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného vzorku z řad všeobecných sester

| Sestry v domácí péči | Počet odpracovaných let v domácí péči | Ukončené vzdělání sester v domácí péči |
|----------------------|---------------------------------------|--|
| SDP1 | 17 let v domácí péči | SŠ |
| SDP2 | 9 let v domácí péči | VŠ |
| SDP3 | 7 let v domácí péči | VŠ |
| SDP4 | 18 let v domácí péči | SŠ |
| SDP5 | 8 let v domácí péči | SŠ |
| SDP6 | 17 let v domácí péči | SŠ |
| SDP7 | 4 roky v domácí péči | VŠ |
| SDP8 | 5 let v domácí péči | VŠ |
| SDP9 | 11 let v domácí péči | SŠ |
| SDP10 | 4 roky v domácí péči | VŠ |

(vlastní zdroj tabulky)

Získané výsledky byly zpracovány pomocí kódování a následně se použila kategorizace k analýze získaných dat. Rozbor a interpretace výsledků se uskutečnil pomocí vytvoření kategorií a subkategorií. Celkem se jedná o pět kategorií, mezi které patří Vliv pandemie Covid-19 na sestry v domácí péči, Ochrana sester v domácí péči před Covid-19, Vliv vládních nařízeních na sestry v domácí péči, Problémy domácí péče v období pandemie a Dopad pandemie na práci sester v domácí péči. Subkategorií je dohromady 18.

4.1 Kategorie a subkategorie z rozhovorů se sestrami domácí péče

Kategorie č.1: Vliv pandemie Covid-19 na sestry v domácí péči

Subkategorie č. 1: Fyzické a psychické ovlivnění sester

Subkategorie č. 2: Nedostatek zdravotnického personálu

Subkategorie č. 3: Přesčasy sester během pandemie

Subkategorie č. 4: Zásadní rozdíl v pracovních postupech

Subkategorie č. 5: Změna práce s příchodem pandemie

Kategorie č.2: Ochrana sester v domácí péči před Covid-19

Subkategorie č.1: Ochranné pomůcky během pandemie

Subkategorie č. 2: Vliv pandemie na používání ochranných pomůcek

Subkategorie č. 3: Ochrana sester před onemocněním Covid-19

Subkategorie č. 4: Poskytnutí informací či školení od zaměstnavatele

Subkategorie č. 5: Ochranné pomůcky a testování pacienta

Kategorie č. 3: Vliv vládních nařízeních na sestry v domácí péči

Subkategorie č.1: Ovlivnění sester vládními nařízeními

Subkategorie č. 2: Zhodnocení vládních nařízeních

Kategorie č. 4: Problémy domácí péče v období pandemie

Subkategorie č. 1: Největší vlivy na kvalitu při poskytování péče

Subkategorie č. 2: Stížnosti ze stran pacienta nebo jeho rodiny

Kategorie č. 5: Dopad pandemie na práci sester v domácí péči

Subkategorie č. 1: Změny a dopady pandemie na práci sester

Subkategorie č. 2: Nově zavedená opatření a nařízení

Subkategorie č. 3: Moderní technologie během pandemie

Subkategorie č. 4: Spolupráce s ošetřujícím lékařem pacienta

Kategorie č. 1: Vliv pandemie Covid-19 na sestry v domácí péči

Celá tato kategorie pojednává o tom, jak pandemie Covid-19 ovlivnila práci sester v domácí péči, jak pandemie sestry ovlivnila po fyzické a psychické stránce nebo zda sestry pocítily nedostatek zdravotnického personálu a jakým způsobem řešily tento problém. Dále jsme se také ptaly, jestli se objevil během onemocnění Covid-19 nějaký zásadní rozdíl v pracovních postupech či zda došlo ke změně jejich práce.

Fyzické a psychické ovlivnění sester

Sester domácí péče jsme se dotazovaly, jak je pandemie Covid-19 ovlivnila po fyzické a psychické stránce.

Jak řekla SDP1: „Celá tato situace byla pro nás jak po fyzické, tak po psychické stránce náročnější. Cítily jsme se po fyzické stránce velmi unaveně, ale to i po psychické, jelikož jsme měly pacienty, kteří umřeli s onemocněním Covid-19. Byly jsme ale od státu finančně odměněny, takže to pro nás bylo alespoň příjemné pozitivní povzbuzení. Naši pacienti to nesli také špatně, nebylo jim dobře, cítili se izolovaní a někdy osamocení.“

SDP2 uvedla: „Celá situace ohledně onemocnění Covid-19 byla hodně náročná. Musely jsme dokázat rychle reagovat na aktuální problémy, jako třeba na zvýšenou nemocnost sester. Během pandemie jsme také některé z nás měly doma děti, a z důvodu nedostatku personálu jsme si musely zařídit všechny věci okolo, aby péče o naše pacienty zůstala zachována za každých podmínek. Během celé této situace jsem byla ve velkém stresu. Ať to bylo z onemocnění Covid-19 jako takovém, tak ale i z obav, že nakazím své pacienty, rodinu a mé malé děti. Řešila jsem i kdo bude s dětmi doma, občas nám vypomáhali rodiče, ale někdy jsme se s manželem museli doma střídat. Bylo to někdy opravdu velmi náročné. Po fyzické stránce jsem byla rozhodně mnohem unavenější. S žádným případem syndromu vyhoření ze strany sestřiček jsem se nesetkala. V té době na nějakou „prevenci“ před možným vznikem syndromu nebyl ani čas. Řešila se práce, jak zajistit děti, potravu a tak dále. Nějaká obrana před syndromem se neřešila, si myslím. Ale teď například odjedu do lázní, abych si pořádně odpočinula a nabrala síly.“

Další výpovědí na tuto otázku bylo od SDP3: „Pandemie Covid-19 měla dle mého názoru jak fyzický, tak i psychický dopad. Z fyzického hlediska se jednalo o ochranné pomůcky, kdy respirátory a obleky byly pro nás nekomfortní a oblékání k pacientům nás i zdržovalo od práce. Psychicky jsme měly samozřejmě strach z nákazy jako takové. Bylo

to i pro nás ze začátku nové onemocnění, kdy jsme se bály, abychom se nenakazily jak my, tak i naše rodiny a naši pacienti. Bylo to náročné období, hlavně v začátcích pandemie.“

Obdobně vypovídala i SDP5: *„Pandemie mě ovlivnila v tom, že jsem se velmi bála, abych nenakazila moje pacienty, protože jsou to starší nemocní lidé. Bála jsem se, že kdybych je nakazila, tak by to mohlo velmi vážně ohrozit jejich zdravotní stav a že by to někteří nemuseli zvládnout. Naštěstí se mi nic takového nestalo. Ale opravdu nejhorší pro mě bylo, že jsem se celou dobu strachovala o své pacienty. Samozřejmě dále nás pandemie všechny ovlivnila také v tom, že se personál musel více chránit a u pozitivního pacienta jsme musely nosit ochranné obleky a další pomůcky. Bylo to opravdu náročné.“*

Podobné výpovědi jsme získaly od SDP4, SDP6, SDP7, SDP8 a SDP9. Odpověď u SDP4 byla obohacena o zpětnou vazbu: *„Všechny jsme pociťovaly strach. Bylo to nové onemocnění, nová situace a ze začátku jsme nikdo nevěděl, co přesně bude dál. Řekla bych ale takhle zpětně, že naopak mi to dalo nové zkušenosti, zjistila jsem, že dokážeme pracovat v jakékoliv situaci a musím říct, že jsem i pyšná, jak jsme to všechny sestry zvládly. Fyzicky jsem byla unavenější.“* Další velmi podobnou odpověď poskytla SDP6: *„K fyzickému ovlivnění u mě nedošlo, jen jsem tedy byla unavenější. Musely jsme si hodně vycházet vsříc, jelikož někdo byl v karanténě, někdo onemocněl na Covid-19 a někdo čerpal OČR, jelikož měl doma malé děti. Máme ale skvělý kolektiv a snažily jsme si pomáhat a podporovat se. Psychicky to bylo těžké v tom, že nikdo jsme onemocnění Covid-19 neznal a nevěděly jsme, kam to může až vést. Měly jsme strach z nákazy a také o naše pacienty.“* SDP7 také uvádí, že pandemie měla negativní dopad především na psychickou stránku: *„Pandemie Covid-19 nás vcelku negativně ovlivnila po psychické stránce, kdy nápor médií nás neustále obklopoval informacemi o šířící se nákaze a někdy i dezinformacemi. Stát vydával jednotlivá opatření, jež nás omezoval v běžném denním životě, a tak jsme nikde nemohly načerpat energii, když už jsme měly volno. Po fyzické stránce jsem nepociťovala nikterak zvláštní změny.“* Obdobná výpověď především co se týče psychické stránky nám poskytla SDP9: *„Fyzicky jsem pociťovala větší únavu, spíše to ale pro mě bylo psychicky náročné. Především začátky pandemie byly psychicky velmi náročné z důvodu nedostatku informací a častých dezinformací.“* Taky SDP8 vypovídala podobně: *„Pandemie mě ovlivnila rozhodně negativně. Obávala jsem se nákazy, úplně zpočátku jsme neměly dostatek ochranných pomůcek, což se naštěstí brzo vyřešilo. I pozitivní pacienti zprvu vůbec nechápali, proč mají mít při příchodu sestry nasazený*

respirátor, zlobili se a musela jsem jim ho sama nasazovat, což nesli s nelibostí. Bála jsem se o moje děti, rodinu a v neposlední řadě také o své pacienty. Bylo to pro mě opravdu psychické vyčerpání. Fyzicky jsem pocítovala větší únavu, ale jinak nic jiného.“

Zajímavou a lehce odlišnou výpověď uvedla SDP10: *„Fyzicky myslím, že ne, práce je pořád stejně fyzicky náročná. Sestra je v domácím prostředí sama a někdy si musí poradit i s nemohoucím pacientem. Avšak psychicky to bylo jednoznačně náročnější. Na začátku nikdo neměl informace, pacienti sledovali daleko více média a tam byl cítit větší strach a stres, který sestry musely eliminovat, i když samy cítily nejistotu.“*

Nedostatek zdravotnického personálu

Sestrám byla položena otázka, zda nějakým způsobem pocítily nedostatek zdravotnického personálu – sester v domácí péči během pandemie Covid-19 a jak tento případný problém řešily.

Mezi sestry, které uváděly, že naštěstí problém s nedostatkem personálu nezažily se řadí SDP6, SDP8 a SDP10. Jak uvádí SDP6: *„Pandemie byla určitě velký nátlak na veškerý náš zdravotnický personál, avšak můžu říct, že naštěstí jsme se s nedostatkem sester nesetkaly. V případě, že bychom musely řešit nedostatek personálu, bychom se odvolávaly na okolní domácí zdravotní péče a zahájily s nimi spolupráci tím, že by nám poskytli kvalifikované pracovníky.“* Ani SDP8 nepocítovala nedostatek personálu, jak říká: *„Ani ne. Pracuji v menším městě, kde není nemocnice, takže tady sestry nemají tolik pracovních příležitostí, pokud nechtějí někam dojíždět. A možná mám štěstí i na kolektiv, všechny spíše pracovaly, takže jsem nedostatek personálu nemusela řešit. Péče o naše pacienty tedy zůstala stejná i během pandemie.“* Obdobný případ zažila i SDP10, jak uvádí: *„Nedostatek personálu jsme naštěstí řešit nemusely. Když onemocněla jedna nebo dvě sestřičky, což byl snad maximální počet, kdy takhle naráz někdo dohromady onemocněl, tak jsme si jen převzaly a přerozdělily jejich pacienty mezi sebe. Během pandemie jsme nepocítovaly žádný nedostatek personálu. Opravdu jsme měly štěstí, že jsme byly minimálně nemocné a většinou maximálně dvě naráz, což s přehledem zvládneme my ostatní pokrýt.“*

Velký nedostatek personálu zažila SDP1: *„Jeden čas jsme zažily dokonce i pouze čtyři sestry na směně, a to především na začátku pandemie. Jinak nás bývá celkem 10 včetně vrchní sestry, a to je plný stav. Nedostatek sester jsme řešily tak, že jsme musely*

odvolat některé návštěvy u pacientů, kteří naši péči tolik nepotřebovali. Jednalo se především o cvičení – fyzioterapii. Jinak jsme neustále chodily k pacientům a poskytovaly jim péči jako například převazy, aplikace injekcí, podání infuzí a další. Žádný čas se u pacientů nezkracoval, musely jsme udělat prostě naši práci a postarat se o pacienty.“

Obdobnou zkušenost zažila i SDP2: *„Nedostatek personálu jsme měly. Nejtěžší a největší problém pro nás byl na začátku pandemie. Mnoho z nás onemocnělo na Covid-19 anebo některé z nás musely být doma na OČR kvůli nemocným dětem. Máme skvělou vrchní sestru, která nám při poskytování péče u pacientů velmi pomáhala. Vzala si pacienty nemocné sestřičky a jela za nimi. Když jsme měly opravdu málo personálu, nepřijímali se noví pacienti, ale přeposílaly jsme je do jiných agentur nebo se dočasně rušily péče u pacientů, ke kterým jezdíme na rehabilitaci. Dále se tedy i stávalo, že nám pacienti a jejich rodiny sami volali a péči rušili, jelikož se báli možné nákazy. Jinak jsme našim pacientům i v menší skupině sester musely poskytnout potřebnou péči.“* Stejnou zkušenost s pomocí od vrchní sestry vypověděla i SDP4: *„Zažily jsme období, kde nás bylo opravdu málo. Bylo to jak kvůli nemoci sestřiček, tak ale i kvůli čerpání OČR, jelikož máme sestřičky s malými dětmi. Pokud byla nějaká sestra nemocná, tak se její pacienti museli rozvrhnout mezi zbývající pracující sestry. Pacientům se péče musela poskytnout vždy. Tím pádem se počet pacientů, který jsme za den musely objet, navyšoval a tím pádem docházelo i k přesčasům. Když bylo opravdu málo sester, tak naše vrchní sestra jezdila za pacienty také. Před pandemií jsme měly plný stav.“*

S nedostatkem personálu se setkala i SDP3: *„Myslím si, že nedostatek personálu byl snad všude. I my jsme zažily kapacitní krizi, kdy z deseti až jedenácti sester nás mohlo přijít do práce jen čtyři až pět včetně vrchní sestry. Bylo to opravdu náročné. V těchto případech se u pacientů, ke kterým jezdíme na cvičení, návštěvy dočasně rušily nebo se přesouvaly na jiné dny. Další pacienti, kteří žili s rodinami nebo za nimi každý den někdo dojížděl, tak naši návštěvu sami odvolávali a rodina jim danou péči poskytla sama. Samozřejmě kdyby byl jakýkoliv problém, mohli nám vždy zavolat. Dočasně péči rušili především z obav z nemoci.“*

SDP5 uvádí případ, kdy pacient zrušil péči do té doby, než se sama uzdraví z onemocnění Covid-19: *„Ano, určitě jsem na své práci pocítila nedostatek personálu, protože jsme střídavě téměř všechny sestřičky onemocněly na Covid-19 a tím pádem jsme musely nahrazovat chybějící sestry. Byly chvíle, kdy nás chybělo hodně, a i sama jsem*

bohužel onemocněla. Takže jsme se dostávaly do situací, kdy jsme musely některé péče rušit. Nechávaly jsme si nezbytně nutnou péči. Nedokázaly jsme obsáhnout péči u všech našich pacientů počtem pracujících sester. Vždy se rušily rehabilitace, protože se nejedná o úplně zásadní péči. Nikdy se nemohly zrušit návštěvy u pacientů, kterým se podávaly léky, inzulíny, klystýry anebo se prováděly převazy nebo se pečovalo o stomie a další. Vždy se rušilo opravdu jen cvičení, rehabilitace. V okolí našeho bydliště máme svoje pacienty, kam výhradně jezdíme jen my. Jiné sestřičky za nimi dojíždí jen v případech mojí nemoci nebo dovolené. Jinak se mezi všemi ostatními pacienty střídáme. Pokud jsem byla nemocná, tak ostatní sestřičky měly moje pacienty s výjimkou jedné rodiny, která řekla, že dokud budu nemocná, tak přerušuje péči. Ale stávalo se také to, že nám pacienti sami volali, že přerušují péči, dokud se neuzdravíme, a že péči obnoví, až nás bude dostatek. Byli i pacienti, kteří po celou dobu Covid-19 rušili péči, protože měli strach, abychom je nenakazily a podobně. Tyto případy byly především v začátcích pandemie, kdy strach byl opravdu velký.“

Dotazované SDP7 a SDP9 stejně vypověděly, že s nedostatkem personálu se potýkají již delší dobu: *„U nás byl nedostatek sester vždy, před pandemií, během ní i nyní, takže velký rozdíl jsem nepocítila. Asi jsme měly štěstí, že jsme neonemocněly Covidem všechny najednou, ale postupně jsme se vystřídalaly. Takže péči jsme nemusely rušit, jen jsme v případech nemoci jedné z nás musely převzít její pacienty a poskytnout jim péči, což následně vedlo k přesčasům.“* SDP9 navíc tvrdí, že za nedostatkem domácích sester je nižší finanční ohodnocení, než je u sester v nemocnicích: *„Nedostatek sester máme dlouhodobě, již před pandemií jsme omezily nové příjmy. Sestry v domácí péči mají práci v mnoha směrech obtížnější, a přesto jsou méně finančně ohodnocené než v nemocnicích. V pandemii byly dny, kdy bylo více pacientů na jednu sestru, protože některé procházely karanténami. V domácí péči je výhoda oproti nemocničnímu oddělení taková, že pacienty například s rehabilitací můžeme po domluvě dočasně přerušit. A takto jsme případný nedostatek personálu i řešily.“*

Přesčasy sester během pandemie

Sestry domácí péče byly dotazovány, zda musely kvůli pandemii Covid-19 pracovat přesčasy.

Jak uvádí SDP1: *„Přesčasy jsme měly, když nás byl nedostatek. Když některé kolegyně byly nemocné nebo byly v karanténě, tak jsme si musely vzít jejich pacienty a jet*

poskytnout péči místo nich a tím pádem jsme musely pracovat přesčas. Pacientům musela být péče poskytnuta. Každá z nás má své pacienty, jezdíme přibližně k 6 až 8 pacientům každý den. Pokud byly kolegyňe nemocné a naše kapacity nedostačující, péče u pacientů, kterým je poskytována rehabilitace se musela dočasně přerušit. Samozřejmě když nás opět bylo více a jedna sestřička onemocněla, u pacienta jsme ji zastoupily.“

Obdobně vypovídala i SDP2: *„Pracovaly jsme přesčas, a to především kvůli nemocným sestrám na Covid-19. Zároveň jsme musely i nějaké péče, které nevyžadovaly naši návštěvu akutně přerušit a tím pádem jsme si program péče mohly trochu uzpůsobit našim silám. Protože máme u více než poloviny pacientů rehabilitační cvičení, mohly jsme dobu cvičení zkrátit a popřípadě se i na nějaký čas rušily. Rehabilitace nebyla například 3x týdně, ale jen dvakrát. Avšak veškerá akutní péče vždy zůstala, jako třeba převazy, aplikace injekcí, infuze, péče o stomie a další.“*

Odpovědi na položenou otázku se víceméně shodovaly u SDP3, SDP4 a SDP7. Jak SDP3 uvádí: *„Přesčasy jsme samozřejmě na pracovišti měly. Bylo to jak z důvodu nemocnosti sester na onemocnění Covid-19, tak ale i z důvodu čerpání OČR, jelikož je mezi námi mnoho sester, které mají malé děti.“* SDP4 navíc doplnila, že vrchní sestra se sestřičkám snažila pomoci: *„Zažily jsme období, kde nás bylo opravdu málo. Bylo to jak kvůli nemoci sestřiček, tak ale i kvůli čerpání OČR, jelikož máme sestřičky s malými dětmi. Pokud byla nějaká sestra nemocná, tak se její pacienti museli rozvrhnout mezi zbývající pracující sestry. Pacientům se péče musela poskytnout vždy. Takže se počet pacientů, který jsme za den musely objet, navyšoval a tím pádem docházelo i k přesčasům. Když bylo opravdu málo sester, tak naše vrchní sestra jezdila za pacienty také, aby nám ulehčila, a abychom neměly na starosti najednou o tolik pacientů více“*(SDP4). Díky výpovědi SDP7 jsme zjistily, že stále dochází do školy, a tudíž od jejích kolegyň jí přesčasy dělaly větší problémy: *„V práci jsem měla o něco více směn než obvykle. Bylo to především ze začátku pandemie, kdy hodně sester bylo na OČR anebo když některá onemocněla na Covid-19. Jelikož k tomu chodím ještě do školy, tak to pro mě bylo opravdu někdy náročné, abych vše nějak dohromady skloubila a mohla tak v práci pomáhat a zároveň ale také stíhala školu. Jsem ráda, že teď už to tolik řešit nemusím, ulevilo se mi.“*

Na položenou otázku SDP5 řekla: *„Samozřejmě, že jsme měly přesčasy. Průměrně máme od pěti do devíti pacientů denně a když vám onemocní skoro půlka sestřiček*

najednou, nic jiného vám nezbyvá, než pracovat přesčasy a poskytnout péči všem pacientům. Byly jsme více unavení, ale nešlo s tím bohužel nic dělat. Péče pacientům musela být poskytnuta, ale když nás bylo zase více, střídaly jsme se, snažily jsme čerpat i náhradní volno právě z přesčasových hodin. Držely jsme jako tým a myslím si, že nás to i více stmelilo.“

SDP8,SDP9, SDP10 a SDP6 vnímaly přesčasy jako obvyklou věc, která patří k jejich povolání. Jak uvádí SDP8: *„Přesčasy byly, ale ty jsou i bez pandemie, takže nic neobvyklého. Patří to k našemu zaměstnání.“* Téměř shodnou odpověď řekla SDP9: *„Přesčasy byly určitě více, a to kvůli větší nemocnosti sester, nařízeným karanténám nebo i kvůli čerpání OČR. Nevím, zda mě to ovlivnilo, tohle naše práce přináší i bez pandemie. Prostě někdy je přesčas, ale vždy se dá vyřešit i volno.“* Podobně se k tomu stavěla i SDP10, která vypověděla: *„Tak je samozřejmostí, že vlivem pandemie dojde i k tomu, že budeme muset mít více přesčasů, než jsme byly zvyklé. Když nás bylo opravdu málo, tak jsem byla více unavená, ale bohužel to k tomu i patří. Osobně jsem během pandemie čerpala OČR, jelikož jsem měla nemocné dítě, ale když vše šlo zařídit, chodila jsem do práce normálně. Každou z nás nějak pandemie ovlivnila, překvapila, ale musely jsme si pomáhat, abych to vše společně zvládly, a abychom dokázaly našim pacientům poskytnou potřebnou péči.“* SDP6 během své odpovědi navíc přidala, že se jim staniční sestra, co se týká volna, snažila vždy vyjít vstříc: *„Myslím, že to bylo stejné jako před pandemií. Práce navíc, pokud někdo onemocní, bývá občas vždycky, ale pokud jsem nutně potřebovala volno, např. kvůli návštěvě lékaře, dostala jsem ho. Naše staniční sestra se velmi snaží vyhovět i našim osobním potřebám.“*

Zásadní rozdíl v pracovních postupech

Sestrám pracujících v agenturách domácí péče byla položena otázka, zda byl nějaký zásadní rozdíl v pracovních postupech před a v průběhu pandemie Covid-19.

Jak uvádí SDP8: *„Pracovní postupy zůstaly stejné, jen k nim přibylo více hygienických opatření, které jsme vždy dodržovaly, ale nyní je musíme mít i administrativně založené.“*

SDP1 uvádí: *„Pokud pacient vyšel pozitivní, tak jsme se musely před návštěvou obléct, to znamenalo vzít si ochrannou kombinézu, štít, rukavice, návleky na nohy, respirátor a dodržovaly jsme řádnou desinfekci rukou. Pokud byl negativní, nosily se*

rukavice, ale to i před pandemií, a místo roušek se používaly respirátory. Po péči jsme se musely z ochranných pomůcek svléct a zlikvidovat je. Dávaly jsme je do speciálně označeného koše na infekční materiál, který jsme si vozily, ale ten sloužil a slouží i na převazový materiál a další věci. Potom jsme tyto koše dávaly do biologického odpadu, který máme v agentuře k dispozici.“

Obdobnou odpověď uvedly SDP3 a SDP4. Jak uvádí SDP3: *„Zásadní rozdíl byl v nošení ochranných pomůcek. U pozitivního pacienta na Covid-19 se musely nosit ochranné obleky, respirátor, brýle, štíty, rukavice a návleky na boty. Jinak se k pacientům nosily jen návleky na boty, rukavice a respirátory. Dříve bylo nošení těchto pomůcek hodně individuální. Já jsem třeba člověk, který nosil rukavice neustále i předtím spolu s rouškou. Dále se využívala hodně dezinfekce, ale ta by měla být užívána běžně, jako součást hygienického režimu, protože chodíme od pacienta k pacientovi a zvyšuje se zde riziko přenosu.“* SDP4 navíc odpověděla, že k zásadnímu rozdílu v pracovních postupech se řadilo i antigenní testování zaměstnanců: *„Za mě bych řekla, že se jednalo především o pomůcky, jako byly respirátory, štíty, brýle, overaly a rukavice. Dále jsme se musely dle vládních nařízení, které byly v platnosti, testovat antigenními testy před začátkem poskytování péče našim pacientům.“*

SDP2 uvádí, že v době pandemie se více soustředila na dezinfekci rukou a celkově na svoje zdraví: *„Více myslíme na svoje zdraví. Zůstaly nám i nadále respirátory. Více možná přemýšlíme, co s odpadem, dále určitě více používáme dezinfekce, kterou jsme tedy i předtím hodně používaly, ale řekla bych, že se to momentálně znásobilo. Samozřejmě velkým rozdílem oproti době před Covidové je to, že se musely nosit ochranné pomůcky. U pozitivního kompletní ochranný oděv a u negativního či bez jakýchkoliv příznaků nemoci se nosily respirátory, rukavice a návleky na boty.“* Obdobnou odpověď uvedly SDP9 a SDP10. SDP9 vypověděla: *„Hygienická opatření musíme dodržovat neustále, jen si to stále víc připomínáme. Jediný zásadní rozdíl byly ochranný overal a štít, který se dříve nenosily.“* O dezinfekci rukou navíc vypověděla SDP10: *„Za mě bych řekla, že největším rozdílem byl přístup k pozitivnímu pacientovi, kde jsme musely nosit veškeré ochranné pomůcky jako byly obleky, brýle, štíty, čepice, respirátory, rukavice a návleky na boty. Více se také soustředilo na dodržování dezinfekce rukou.“*

SDP5 dále vypověděla, že rozdíl byl v přístupu k pacientovi: „Rozdíl byl dle mého názoru v přístupu k pozitivnímu a negativnímu pacientovi. Pokud byl někdo pozitivní v pacientovo rodině, chtěly jsme, aby se pacient otestoval, abychom věděly, jestli je pozitivní i on. Většinou to pacienti dělali automaticky, pokud se zjistila nákaza v rodině. Celkově jsme po nich vyžadovaly, aby nás pacienti kontaktovali, jestli budou pozitivní oni nebo členové rodiny a pokud by se necítili nějak dobře. Péče se ale u pacientů musela provést vždy, jak u negativních, tak i u pozitivních. Další rozdíl byl v ochranných pomůckách. K pozitivnímu pacientovi se chodilo v kompletním ochranném obleku a k negativním jen v respirátoru a rukavicích.“

SDP6 uvedla zásadní rozdíly v postupech u pozitivních pacientů: „Řekla bych, že zásadní rozdíl byl jen v případech Covid pozitivních pacientů. Kdy bylo nutné dodržovat přísné hygienické zásady. To byl nejzásadnější rozdíl. Jednalo se o ochranný oděv, respirátor, popřípadě ze začátku pandemie se nosily dvě roušky, dvoje rukavice na sobě, dezinfekce před a po pacientovi a nechávaly jsme si Covid pozitivní pacienty na konec, aby nehrozil přenos nemoci někam dál. Celkový největší a nejhorší problém byl, když jsme po pacientech vyžadovaly, aby po celou dobu návštěvy nosili roušku nebo respirátor. Vysvětlit jim důvod tohoto opatření, anebo aby toto opatření vůbec akceptovali, bylo občas velmi obtížné. Protože jim to vadilo, překáželo a spousty lidí nechápalo důležitost nošení roušek a respirátorů. Problémy byly spíše s pacienty než s rodinnými příslušníky.“

SDP7 odpověděla, že je důležité vědět, zda je pacient pozitivní či nikoliv: „Rozhodně je nutné předem vědět, zda pacient není covid pozitivní a vzít si předem všechny ochranné pomůcky, protože není možné nosit všechny stále u sebe – mám na mysli ochranný oblek, štít, čepice. Respirátor a rukavice stále u sebe je samozřejmostí. Také si mnohem více dezinfikuji ruce než před pandemií, takže pokožka rukou je mnohem více namáhána a potřebuje větší péči.“

Změna práce s příchodem pandemie

Další otázka určená sestřám domácí péče pojednávala o tom, zda došlo ke změně práce sester s příchodem onemocnění Covid-19 a popřípadě v čem konkrétně.

Jak uvádí SDP1: „Některé návštěvy sester domácí péče byly zrušené. Docházelo se pouze k pacientům, kteří potřebovali neodkladnou péči, také k pacientům, kteří byli sami nebo neměli žádné domácí zázemí. Dále jsem docházely i k pacientům, kteří měli

rodinu, ale rodinní příslušníci byli v práci a nemohli jim poskytnout potřebnou péči. Vždy jsme musely jít i k pozitivním pacientům, kdy naší péči jejich stav vyžadoval nebo kdy danou péči prostě potřebovali a nebyl nikdo jiný, kdo by jim ji mohl poskytnout, neměli rodinu.“

Podobně vypovídala i SDP5: „Pandemie s sebou přinesla změnu v tom, že docházelo k dočasnému přerušování péče u pacientů. Jednalo se ale o pacienty, kterým byla poskytována fyzioterapie. Pokud byl pacient pozitivní a jezdilo se za ním kvůli cvičení, tak se péče u něj na 14 dní, po dobu Covid-19, přerušila. Dokud se neuzdraví. V průběhu pandemie a nedostatku zdravotnického personálu se u těchto pacientů přerušovala péče i na delší dobu. Vše se odráželo od stavu personálu. Pokud byl někdo pozitivní v pacientově rodině, chtěly jsme, aby se pacient otestoval, abychom věděly, jestli je pozitivní i on. Většinou to pacienti dělali automaticky, pokud se zjistila nákaza v rodině. Vyžadovaly jsme po nich, aby nás kontaktovaly, jestli budou pozitivní oni nebo členové rodiny a pokud by se necítili nějak dobře. Péče se ale u pacientů musela provést vždy, jak u negativních, tak i u pozitivních. Jak jsem již říkala, mohla se odkládat pouze rehabilitace. Testování jsme jinak u pacientů nevyžadovaly, pouze nošení roušek. Snažily jsme se také o omezování kontaktu s pacientovou rodinou a vyžadovaly jsme po nich nošení respirátorů. Výjimka byla pouze v případech, kdy nám členové rodiny během péče nějak pomáhali. Dále nošení ochranných pomůcek, štítů, brýlí, respirátorů, obleků a další bylo velmi náročné. Představte si 45 minut rehabilitace nebo provádění jiných úkonů ve všech ochranných pomůčkách. Bylo to náročné, nekomfortní a vyčerpávající.“

Obdobně odpověděla i SDP2, která navíc hovořila o infekčním odpadu: „Začaly jsme mnohem více využívat ochranné pomůcky, především pak štíty, brýle, respirátory, rukavice, pláště, kombinézy (celotělové), čepice a tak dále. Dříve jsme využívaly respirátory nebo roušky a rukavice například jen při převazech. Infekční odpad se musel dávat do dvou pytlů, polepil se štítkem, dal se do speciálních kýblů, odvezl se k nám do mrazáků a lednic a následně jej likvidovala k tomu speciálně určená firma. Dále jsme se musely ráno před prací otestovat antigenními testy a pak až jsme mohly jet do terénu.“

SDP7 hovořila o nošení ochranných pomůcek: „Určitě se změnila, a to v několika oblastech. Musely jsme začít nosit respirátory, které nám zhoršovaly komunikaci se starými, hůře slyšícími klienty. Musely jsme provádět důkladné dezinfekce našich věcí. Tím mám na mysli tašku, se kterou chodím ke všem klientům. Takže to pro nás bylo nejen

psychicky ale zároveň i fyzicky náročné. A to nemluvím o oblékání ochranných pláštů“ Stejně tak jako SDP9: „Myslím si, že se naše práce ani moc nezměnila. Jsme zvyklé používat dezinfekci, rukavice i roušky. Snad jen používání ochranných obleků a štítů bylo pro nás fyzicky náročnější a psychicky pro pacienty.“

O testování před prací na onemocnění Covid-19 hovořila SDP3: *„Pandemie s sebou přinesla testování na Covid-19. Jednalo se o pravidelné testování, dvakrát v týdnu po třech dnech, po nějaké době bylo nařízeno pouze jednou týdně a teď si myslím, že od 17.3. se už testovat nebude.“*

Kromě testování se SDP4 ale také vyjádřila o rušení péče: *„Práce se celkově během pandemie nezměnila. Musely jsme se před prací testovat na onemocnění Covid-19, už si nepamatuji jak často, ale bylo to podle vyhlášky o nouzovém stavu. Poskytování péče našim pacientům se musela poskytovat během celého období onemocnění Covid-19. Stávalo se ovšem to, že nám sami pacienti volali a péči odvolávali, jelikož měli strach z pandemie a z možného přenosu onemocnění. Anebo nám volali, že jim vyšly pozitivní výsledky. Pokud byli pozitivní a péče nešla odložit, jejich zdravotní stav nebo výkony to neumožňovaly, tak jsme jim péči samozřejmě poskytly. Ovšem během těchto případů jsme musely být oblečeni v ochranných oblecích a dalších pomůckách. Pokud byl ale pacient pozitivní a péče, jako tomu bylo v případech fyzioterapie, mohla být odložena, tak se tak i stalo. Stejně cvičení u nemocných pacientů je neefektivní, jelikož mají být v klidu. Docházelo ale i k tomu, že jsme měly nedostatek sester z důvodu nemoci. To následně vedlo k vytvoření plánů, které sloužily k rozhodnutí o přerušení péče u pacientů, a to z důvodu nedostačené kapacity personálu. Jednalo se především o pacienty s fyzioterapií. Naši pacienti ale dokážou sami cvičit, znají cviky, popřípadě jejich rodina, která jim dopomáhá, takže to nebyl nějak velký problém.“*

Komunikaci s pacienty zmiňovala a velmi ji zdůrazňovala SDP6: *„Práce zůstala stejná, ale rozhodně byl větší důraz na dezinfekci, na nošení respirátorů a na celkovou ochranu jak nás, tak našich pacientů. Práce, jak jsem již říkala, byla stejná, jelikož jsou to stejně nemocní pacienti a péče jim musela být poskytnuta jako v době před onemocněním Covid-19. Mnozí pacienti ani nerozuměli nebo nevěřili pandemii, co se vlastně děje, takže jsme prováděly i jakousi osvětu, kde jsme jim říkaly, co je nového, jaká opatření jsou a podobně. Předávaly jsme jim neustále informace o onemocnění Covid-19, povídaly jsme si s nimi o tom, také je utěšovaly a uklidňovaly. My, sestřičky domácí*

péče, jsme pro ně nejčastější člověk, se kterým se vidí a se kterým mluví. Samozřejmě mají rodiny, se kterými taky mluví, ale my, když za nimi jdeme, tak docházíme vyloženě za nimi a věnujeme se přímo jim. Každý rodinný příslušník pacienta, má svoji práci, svoje povinnosti a už nemají tolik času s nimi hovořit.“

Výpovědi SDP8 a SDP10 jsou si podobné v tom, že pojednávají o obtížném oblékání ochranných obleků v pacientovo prostředí. SDP8 uvádí: *„Rozhodně se naše práce změnila, v domácí péči oproti bariérovému ošetřování v nemocnici je problém, kde se u klienta převléci do ochranných pomůcek, protože již prostředí u klienta na chodbě za dveřmi považují za infekční. Je prakticky problém, kam si máte odložit svoje oblečení, když klienti mají na věšáku svoje věci, když si ochranný oblek (neprodyšný) musím obléci přes svoje oblečení, během práce se zpotím a takto musím pak vyjít ven, třeba do mrazu a riskuji kromě nákazu covidem i nachlazení.“* Obdobnou odpověď uvedla i SDP10: *„Změna byla velická, běžně jsme používaly roušky a dezinfekci, avšak jen u covidových pacientů jsme musely začít nosit ochranné speciální obleky. V domácím prostředí je samozřejmě obtížné se oblékat do tohoto obleku, a i celkově poskytnout pacientovi péči.“*

Kategorie č.2: Ochrana sester v domácí péči před Covid-19

Tato kategorie pojednává o tom, jakým způsobem se sestry v domácí péči chránily před onemocněním Covid-19. Zda měly dostatek ochranných pomůcek před a během pandemie či je nutné některé i nadále používat anebo jakým způsobem se sestry domácí péče chránily před onemocněním Covid-19. Dále jsme zjišťovaly, jestli sestry měly od svých zaměstnavatelů dostatek informací, zda proběhlo nějaké speciální školení o pandemii či jestli měly možnost se s někým poradit, když nevěděly, jak dál postupovat.

Ochranné pomůcky během pandemie

Sestry domácí péče byly dotazovány, zda měly problémy s nedostatkem ochranných pomůcek před a během pandemie Covid-19, a pokud takový problém nastal, jak byl řešen, a jak dlouho trval.

Jak uvádí SDP1: *„Od začátku pandemie jsme měly dostatek ochranných pomůcek. Nikdy nebyl problém, že bychom jich měly málo. Stejně tomu tak bylo i před onemocněním Covidem-19, kdy jsme měly dostatek roušek, rukavic, dezinfekcí i návleků na boty. Všechny ochranné pomůcky a dezinfekce jsme dostávaly od agentury včetně dezinfekce do aut. Musím říct, že se naše vrchní sestra v tomto ohledu o nás vždy postarala.“*

Pomoc ze strany veřejnosti zmiňovala SDP2: „Velmi nám pomáhala veřejnost. Lidé ze začátku šili roušky a dávali je nám darem. Naše vrchní sestra nám sháněla pomůcky a po nějaké době jsme jich měly dostatek. Nikdy jsme problém s ochrannými pomůcky tedy neměly. Tehdy jsme spíše řešily, kam vyhazovat použité roušky a jak je likvidovat, máme například v autě speciální kýble, kam dáváme infekční odpad. Poté tyto kýble svážíme k nám do označených lednic a mrazáků, kde to následně likviduje speciální firma.“

Obdobně vypověděla i SDP3: „Ze začátku byl nedostatek ochranných pomůcek, takže se nosily látkové roušky, jelikož nic jiného k dispozici nebylo. Ale myslím si, že je nosily snad všude, protože nic jiného k dispozici nebylo. Po čase jsme ale měly dostatek roušek a respirátorů, takže se využívaly jen ty. V počátcích pandemie byla vyhlášena sbírka. Lidé doma šili látkové roušky a nosili je jak nemocnicím, tak i nám. Tyhle roušky se dále distribuovaly lidem bezpřístřeší, sociálně slabším a dalším. Lidé je šili a darovali, aby každý měl dostatek roušek. Dezinfekcí jsme měly dostatek, protože jsme dostaly dezinfekce darem na začátku pandemie z Jihočeské univerzity z biologického centra a poté jsme je i nakupovaly. Ochranné pomůcky nám byly distribuovány i z kraje. Celkově ale mohu říct, že jsme se s nějakým velkým nedostatkem pomůcek nesetkaly. Bylo to jen finančně náročnější.“

Svoji odpověď navíc SDP6 doplnila informací o dezinfekci: „Dezinfekce jsme dostávaly z vysoké školy z biologického centra, kde nám ji studenti připravovali, ale bylo to jen ze začátku pandemie, jelikož v té době byl dezinfekcí nedostatek. Dále nám ji sháněla vrchní sestra, ale kde přesně to nevím. Jinak ochranných pomůcek byl dostatek. Když jsme ještě neměly k dispozici respirátory, nosily jsme dvě roušky na sobě, ale i tak se nějaké problémy, že nemáme pomůcky, u nás vůbec neřešily.“

SDP4 a SDP7 řekly podobnou odpověď: „My jsme žádný problém ve smyslu s nedostatkem ochranných pomůcek neměly. Veškeré pomůcky nám zajistila vrchní sestra“ (SDP4). Obdobně vypověděla i SDP7: „Musím říct, že tento problém se mě naštěstí nedotknul. Naše paní vrchní se snažila, abychom opravdu měly dostatek všech pomůcek, a to se jí také dařilo.“

SDP5 uvedla: „Začátkem pandemie byl nedostatek ochranných pomůcek snad všude. Ale naše vrchní nám je vždy nějak sehnala. Vím, že veřejnost nám přinášela ze začátku látkové roušky, které jsme dávaly i našim pacientům, ale my jsme pomůcek měly

dostatek. Nosily jsme ze začátku k pacientům roušky, štíty a brýle. Veškerý infekční odpad se dával do dvou pytlů a odvážel se k nám do lednic. Odpad likvidovala speciální firma, kterou máme objednanou.“

Nedostatek ochranných obleků uvedla SDP8: *„Ano, úplně na začátku pandemie jsme neměly obranné celotělové obleky a štíty, ale pokud si vzpomínám, trvalo to maximálně 14 dní, než jsme dostaly zásobu všeho potřebného. Vše zařizovala naše paní staniční.“* Stejně tak vypověděla SDP10, která navíc uvedla, že pomoc přišla od kraje: *„Myslím, že pomůcky jsme měly od začátku. Základ používáme běžně a speciální obleky přišly také brzy. Výpady byly na straně dodavatelů, ale kraj začal zásobovat i domácí péče a praktiky, takže problém naštěstí nenastal.“* Pomoc ze strany kraje uvedla ve své výpovědi také SDP9: *„Pomůcky jsme měly, míváme většinou zásobu na měsíc. A když začaly výpady od dodavatelů, tak hodně pomohl kraj, takže jsme to překlenuly dobře.“*

Vliv pandemie na používání ochranných pomůcek

Tato subkategorie pojednává o tom, zda se vlivem pandemie Covid-19 nějak změnilo používání ochranných pomůcek, jestli je nutné i nadále některé z nich nosit, používat, avšak v minulosti tomu tak nebylo.

Jak uvádí SDP1: *„Dříve, tak pokaždé, když jsme šly k pacientovi, tak jsme měla pouze návleky na boty a rukavice. Když jsme byly nachlazené nebo byl náš pacient, tak se nosily během návštěvy roušky. Někdo však nosil roušky u každé návštěvy pacienta. Je to hodně individuální. Během pandemie se nosily respirátory místo roušek, a to u každé návštěvy a u pozitivních pak celý ochranný oblek, návleky, brýle, štíty, rukavice, a to k pacientům, kteří byli pozitivní na onemocnění Covid-19. Musely jsme se v práci testovat 2x týdně antigenním testem. Momentálně se k pacientovi stále nosí respirátory, rukavice a návleky. Snažíme se řádně dezinfikovat, na to teď opravdu poctivě myslíme. Pokud se jde pečovat o pozitivního pacienta, kompletní ochranné pomůcky zůstávají, ale momentálně je to velmi vzácně.“*

Obdobně vypověděla SDP2: *„Momentálně stále nosíme respirátory a k pozitivnímu pacientovi všechny ochranné pomůcky, jako je overal, respirátor, štít a dvoje rukavice. Musím ale říct, že pozitivního pacienta na Covid-19 jsem neměla hodně dlouho“.*

Svoji podobnou výpověď doplnila SDP3 o svůj názor: „Před pandemií jsme nenosily žádné respirátory a roušky byly individuální. Roušky se nosily pravidelně jen tehdy, pokud jsme byly nachlazený, abychom nenakazily pacienta. Ale jinak pomůcky tohoto typu se v domácí péči nenosily, avšak výjimkou byli infekční pacienti, nemyslím Covid-19, kteří měli třeba Stafylokoka. Tam jsme používaly ochranné obleky a podobně, ale jinak se používaly jen návleky na boty a rukavice. Zatím musíme při návštěvách nosit stále respirátory nebo roušky. Nemůžu říct, jestli nám roušky nebo respirátory vydrží při práci i nadále. Myslím si, že je ale po nějaké době nebudeme muset nosit.“

SDP4 uvedla: „Řekla bych, že se nic nezměnilo. Akorát místo roušek nosíme respirátory a k pozitivním pacientům máme ochranný oblek, štít, dvoje rukavice a další pomůcky. Dříve jsme nosily roušky jen tehdy, pokud jsme byly nastydlé, ale bylo to hodně individuální. Myslím si, ale že respirátor budu nosit, i když nebudu muset. I přesto, že se tato situace zlepšuje, pořád mám strach, nechci někomu ublížit.“

SDP6 taktéž uvedla svůj názor: „Samozřejmě, celotělový oblek a štít jsem před pandemií používat nemusela. Stále nosím při kontaktu s pacientem a jeho rodinou, popř. i ve výtahu s cizím člověkem respirátor a nehodlám to měnit.“

SDP5, SDP7, SDP8, SDP9 a SDP10 uvedly velmi podobné odpovědi. Jak uvádí SDP5: „Určitě nošení respirátorů, které jsme běžně nenosily a musíme je nosit doposud. Dále ochranné pláště nebyly běžné a doted' byly na denním pořádku. Pak i ochranné brýle nebo štíty na obličej.“ Obdobně odpověděla i SDP7: „Moc se toho nezměnilo. Možná obleky, dříve jsme spíše používaly ochranné pláště, když jsme měly pacienta s diagnózou MRSA. Roušky jsme mohly také používat, nyní jsme však musely, a to i nadále během jakékoliv návštěvy u pacienta.“ SDP8 uvedla: „Kromě speciálních obleků jsme ochranné pomůcky používaly vždy. Samozřejmě nebyly povinné například roušky u každého pacienta, ale máme je u sebe pořád a v případě potřeby jsme je běžně využívaly. Teď musíme nosit roušku nebo respirátor a v případě pozitivního pacienta i speciální obleky, ale já jsem pozitivního pacienta naštěstí neměla opravdu dlouho.“ SDP9 se navíc zmínila o pravidlech nošení pomůcek ze stran vlády či vedení: „Před pandemií jsme plošně nepoužívaly ústenku nebo respirátor ke všem klientům, nyní ano. Pravidla užívání se řídí vládními nařízeními, případně pokyny z vedení, které respektujeme.“ SDP10 svoji výpověď doplnila o hygienická opatření: „Nenosily jsme respirátory, ale v případě naší

potřeby a našeho uvážení roušky. Zatím máme stále nařízeny nosit ke každému pacientovi respirátory. Zaměřuji se na větší důslednost hygienických opatření a dezinfekci rukou.“

Ochrana sester před onemocněním Covid-19

Sestry domácí péče byly tázány, jakým způsobem dodržovaly bezpečnou péči o pacienta a jakým způsobem se chránily před onemocněním Covid-19.

SDP1 uvádí: *„Pravidelnou hygienou a dezinfekcí rukou, jak před každým pacientem, tak po jeho péči. U pozitivního pacienta se nosily kompletní ochranné pomůcky, jako byl oblek, brýle, štít, respirátor, dvojce rukavice a návleky na boty. Pokud byl pacient negativní, tak se nosily jen rukavice, návleky a respirátor. Pozitivní pacienty jsme si nechávaly na konec směny, aby náhodou nedošlo k přenosu nemoci. Musely jsme se také povinně testovat na onemocnění Covid-19.“*

Testování zmiňovala SDP2 a SDP4. SDP2 uvedla: *„Začaly jsme mnohem více využívat ochranné pomůcky, především pak štíty, brýle, respirátory, rukavice, pláště, kombinézy, čepice a tak dále. Dříve jsme využívaly respirátory nebo roušky a rukavice například jen při převazech. Infekční odpad se musel dávat do dvou pytlů, polepil se štítkem, dal se do speciálních kýblů, odvezl se k nám do mrazáků, o které se poté stará speciální firma. Dále jsme se musely ráno před prací otestovat antigenními testy a pak až jsme mohly jet do terénu.“* O testování podrobněji hovořila SDP4: *„Testovaly jsme se pravidelně a začaly jsme s tím i ještě před tím, než to bylo povinné. Testujeme se i nadále. I když velká většina sestřiček je očkováná, tak zatím v tom budeme pokračovat i nadále, jelikož tím chráníme naše pacienty, sebe a také naše rodiny. Sestřičky, co měly po dvou dávkách očkování, tak se nějakou dobu nemusely testovat, ale potom jsme si dobrovolně odhlasovaly, že se preventivně budeme stejně všichni testovat. Samozřejmě jsme všechny dbaly na pravidelnou hygienu rukou včetně dezinfekce.“*

Téměř totožně se SDP2 odpověděla i SDP3 kromě antigenního testování: *„Musely jsme nosit ochranné pomůcky, jako byly respirátory, rukavice, návleky na boty a pokud byl pacient pozitivní, musely jsme se před péčí obléct do ochranných obleků a vzít si navíc ochranné štíty. Nosily jsme ty pomůcky, které byly povinné a určené pro péči u pozitivního pacienta. Infekční odpad jsme musely dávat do dvou a tří pytlů, které se pak svázely k nám do agentury do lednic a mrazáků, kde na to máme speciální místo a poté je odváží a likviduje speciální firma, kterou na to máme nasmlouvanou.“*

SDP5 uvedla: „*Především ochrannými pomůckami, které jsme měly k dispozici a velmi častou dezinfekcí rukou, a také dekontaminací použitého materiálu.*“

Obdobně vypověděla SDP6 a SDP10. SDP6 uvedla: „*Využívala jsem ochranné pomůcky, jako například celotělový oblek, respirátor, čepice, štít, rukavice, návleky na obuv u pozitivních pacientů s následnou důkladnou dezinfekcí rukou. U ostatních pacientů jsem vždy nosila nový respirátor, rukavice a návleky a samozřejmě i zde proběhla dezinfekce rukou. Dodržovala jsem pravidelnou a řádnou dezinfekci rukou.*“ SDP10 navíc zmínila i dezinfekci oblečení: „*Vždy jsem nosila veškeré nařízené ochranné pomůcky, které měly být u pozitivního či negativního pacienta. Snažila jsem se pečlivě dodržovat hygienu a dezinfekci rukou. Doma po práci následovala důkladná sprcha a dezinfekce oblečení.*“

Podobně jako ostatní informantky odpověděla i SDP7: „*Především ochrannými pomůckami, dodržováním pandemických nařízení, pravidelným antigenním testováním a později i očkováním.*“

Možnost přednostního očkování zmínila SDP8: „*Používáním rukavic, roušek, respirátorů, empírů, dezinfekce rukou před a po výkonu. Již v lednu 2021 byla možnost očkování pro sestry, které jsem samozřejmě využila. Bezpečnou péči o pacienta jsem se snažila dodržovat i probíhajícím pravidelným preventivním testováním.*“

O větrání v místnosti a o snaze dodržování bezpečné vzdálenosti hovořila SDP9: „*Ochrana funguje oboustranně. Důsledně jsem dodržovala zakývání úst rouškou nebo respirátorem a dezinfekcí rukou. Pokud to bylo možné, co nejvíce času jsem trávila v bezpečném odstupu, což se ovšem s ošetřováním pacienta často vylučuje. U pacienta, který se jevil jako rizikový nebo již měl prokázané onemocnění na Covid-19, jsem používala oblek a rukavice, během návštěvy jsem větrala a snažila jsem se být v bezpečné vzdálenosti. Svoji ochranu jsem posilovala aplikací ústního spreje před a po návštěvě. Zvýšenou pozornost jsem věnovala použitým, potenciálně infikovaným ochranným pomůckám, což je ale v domácí péči dost obtížné.*“

Poskytnutí informací či školení od zaměstnavatele

Ptaly jsme se sester domácí péče, zda měly během pandemie od svých zaměstnavatelů dostatek informací o onemocnění Covid-19, o tom, jak mají v tomto období přistupovat k pacientům či jaká jsou nová nařízení nebo podmínky ke správné a

bezpečné práci. Dále jsme se ptaly, jakým způsobem se je zaměstnavatel snažil proškolenovat v rámci vzniklé situace okolo pandemie.

Jak uvádí SDP1: „*Hodně jsme spolupracovaly s hygienou, akorát nevím, zda to byla dobrá spolupráce. Protože hygiena říkala pořád jiné informace, „co člověk, to jiné informace“. Chodily nám celooblastní a celocharitní informace z republiky, takže jsme se řídily spíše podle nich, a abychom je měly vždy při ruce, tak nám je vrchní sestra vytiskla. Měly jsme u nás vyvěšené informace, když se potkáme s pozitivním pacientem, tak jak správně reagovat, komu se ozvat, jak pacienta správně informovat o dalším jeho postupu a jiné. Musely jsme se v tom dobře orientovat, protože se nás pacienti a jejich rodiny často ptali. Aktuální informace jsme dostávaly pravidelně od vrchní sestry.“*

Obdobnou odpověď uvedla i SDP2: „*Dostatek informací jsme měly po celou dobu pandemie. Hodně pokynů a rad jsme získávaly od zaměstnavatele a od vrchní sestry. Měly jsme pravidelné porady, kde se řešily aktuální témata, opatření anebo také správné postupy s pozitivním pacientem. Většinu informací jsme měly od hygieny a naše vrchní sestra nám je předávala. Tiskla nám informační papíry, kde byl například napsaný postup, co dělat, když byl pacient pozitivní nebo když jsme přišly do kontaktu s pozitivním pacientem, jaká jsou aktuální nařízení karantény, kdy máme volat praktickému lékaři a podobně.“*

SDP3 a SDP5 navíc uvedly, že si prakticky zkoušely správný postup při oblékání ochranných pomůcek: „*Školení jsme si dělaly v agentuře, kde nám byl řečeny veškeré informace k onemocnění Covid-19, k opatřením, k ochranným pomůckám, které jsme si i názorně zkoušely a podobně. Naše pacienty jsme během návštěv o tomto onemocnění a opatřeních edukovaly samy, ale speciální školení k tomu nebylo. Informace od vedení jsme dostávaly pravidelně, ale spíše byl občas problém v nejednotných informacích a pravidlech od Ministerstva zdravotnictví, hygieny nebo od praktických lékařů. Každý uváděl jiné řešení a postupy.“* Podobnou výpověď řekla i SDP5: „*Každý den nás vrchní sestra seznamovala s novinkami ohledně Covid-19, vládních opatření a podobně. Byly jsme pravidelně informovány. Měly jsme i sezení ohledně ochranných pomůcek a zkoušely jsme si správný postup při oblékání a svlékání obleků a dalších pomůcek.“*

Podporu v kolektivu zmínila SDP4: „*Pomáhaly a radily jsme si mezi sebou. Máme skvělý kolektiv a také vrchní sestru, která nám ve všem poradí. Na poradách práce, které byly každý den ráno, nám vrchní sestra předávala zprávy o Covid-19, o různých vládních*

nařízeních, řešily jsme s ní Covid-19 situaci a podobně. Pokud někdy došlo ke změně informací nebo opatření, ihned nám předávala novinky.“

Informační desky uvedla SDP6: *„Ano měla. Pokaždé jsme dostávaly nové informace, které jsme měly i pohromadě ve speciálních deskách, do kterých jsme měly možnost nahlížet, kdy se nám zachtělo, a když jsme potřebovaly. Takže informované jsme byly dostatečně. Měly jsme velmi časté porady, skoro můžu říct, že pokaždé, když jsem byla v práci, jsme řešily postupy a plány, jak a co budeme dělat pro zajištění bezpečné péče.“* S informacemi v tištěné podobě měla zkušenost i SDP10: *„Určitě, vedení zpracovávalo nová nařízení a vyhlášky a vždy nám byly v tištěné podobě i předány. Školení jsme neměly, ale porady ano. Informací jsme měly dostatek.“*

S nedostatkem informací na začátku pandemie se setkala SDP7: *„Ano, dostaly jsme spoustu informací v písemné podobě, ale ne hned zpočátku, to jsme si musely vystačit s naším vzděláním a zkušenostmi. Vše bylo nové a nikdo přesně nevěděl, co se vlastně děje. V průběhu pandemie jsme poté měly pravidelné porady se staniční sestrou, která nás o všem informovala a pokud byla nová vyhláška či opatření, dostaly jsme ji vždy písemně.“*

Lehce odlišnou odpověď zmínila SDP8: *„Myslím, že ano. Vedení reagovalo velmi rychle na nová nařízení a hned nám předávalo ucelené informace. Školení v době pandemie nemohly být, ale on-line jsme byly informovány pravidelně a dostatečně.“*

Jinou výpověď uvedla SDP9: *„Zaměstnavatel nás informoval v mezích svých možností maximálně. Otázkou je, zda měl vždy dostatečné informace i on sám. V naší práci probíhá komunikace často prostřednictvím vzkazů. V kanceláři na nástěnce jsme měly k dispozici vytištěné odborné informace z Ministerstva zdravotnictví. Ty důležitější nám byly předávány k osobnímu přečtení. Dále tam byly zdůrazněné důležité vzkazy týkající se konkrétních pacientů. Aktuální důležité informace nám byly také sdělovány telefonicky.“*

Ochranné pomůcky a testování pacienta

V této subkategorii jsme se sester pracujících v agenturách domácí péče ptaly, zda bylo před jejich příjezdem nutné testovat pacienta na přítomnost Covid-19 a zda musel během jejich návštěvy nosit nějakou ochrannou pomůcku.

Jak uvádí SDP1: „Před pandemií nemuseli pacienti nosit roušky ani nic podobného, ale pak už jsme je vyžadovaly, ale to bylo vše, co jsme po nich chtěly. Když byla rodina pacienta nemocná a bydleli společně, tak se k nim nechodilo, jen v případech, pokud to stav pacienta vyžadoval, anebo když se jednalo o úkony, které se musely udělat. Rodinní příslušníci museli během našich návštěv nosit také roušky. Testy na Covid-19 před návštěvou jsme po pacientech nechtěly, ale pár pacientům jsme je dělaly, avšak to bylo na jejich žádost, a hlavně ze začátku. Rodiny pacientů s nimi jezdili aktivně na výtěry, takže si to většinou zařizovala rodina sama.“

SDP2 vypověděla: „Naši pacienti jsou vesměs ležící lidi na posteli a starý lidi, který žijí z důchodu a popřípadě ze sociální dávky, takže po nich nemůžeme vyžadovat, aby si kupovali testy. Takže testování před naší návštěvou jsme po nich nevyžadovaly, avšak roušky nebo respirátory ano. Dále jsme po nich chtěly, aby nás vždy kontaktovali, kdyby se u nich v rodině objevil někdo pozitivní nebo pokud byli shledáni jako rizikový kontakty.“

SDP3, SDP7 a SDP10 odpověděly podobně. SDP3 uvedla: „Testování nebylo nařízené, ale roušku a později dle opatření respirátor jsme po pacientech vyžadovaly.“ Téměř shodnou odpověď uvedla i SDP7: „Trvaly jsme na roušce a pak dle nařízení na respirátoru. Testování jsme nechtěly.“ SDP10 se navíc zmínila o povinnosti pacienta kontaktovat sestru při možné nákaze onemocněním Covid-19: „Dle nařízení, jsme musely trvat na nošení roušek a pak i respirátorů. Pacienti se testovaly pouze podle svého uvážení. Pouze pokud byli třeba označeni jako rizikový kontakt nebo pokud se necítili dobře, ale my jsme to po nich nevyžadovaly. Chtěly jsme jen vědět, pokud došlo k takovému případu.“

Možnost antigenního testování pacienta měla SDP4: „Naši klienti byli informováni, že pokud mají respirační příznaky či zvýšenou tělesnou teplotu, aby nás o tom ihned informovali. V případě pozitivních příznaků jsme měly možnost provést testování pomocí antigenního testu. Všichni klienti během naší návštěvy nosili ochranu úst.“

Jak uvádí SDP5: „Po pacientech jsme testování na Covid-19 nevyžadovaly, ale pokud se necítili dobře nebo si udělali test sami a vyšli pozitivní, chtěly jsme být o tom informovány, abychom se podle toho mohly zařídit. Při našich návštěvách jsme po pacientech a případně jejich rodinách chtěly, aby měli nasazené respirátory nebo roušky.“

Záleželo to na tom, co bylo zrovna vyhlášené, jaké ochranné pomůcky se mají nosit. Pokud členů rodiny nebylo během péče zapotřebí, požádaly jsme je, aby se s námi nesetkávali, abychom omezovaly kontakty na co nejméně. Samozřejmě u pacientů, kteří to nebyli schopni dodržet, jako například u mentálně postižených, dementních nebo z nějakého zdravotního důvodu, kdy se jim špatně dýchalo, tak u nich jsme roušky nevyžadovaly. Ale u rodin a jiných pacientů vždy. Většina pacientů i rodinných příslušníků nám v tomto případě vyhověli, ale samozřejmě jsme se setkaly i s případy, kdy se bránili buď pacienti, nebo členové rodiny. V tomto případě jsme je upozornily, že pokud bychom náhodou vyšly pozitivní a nevěděly o tom, může dojít k nákaze anebo že půjdou do karantény, jelikož jsme povinni nahlašovat rizikové kontakty. Většina lidí ale byla spolupracujících.“

Podobnou odpověď uvedla i SDP8 a SDP9. SDP8 uvedla: *„Pacienti měli povinnost nosit během našich návštěv alespoň roušky. Po některých pacientech jsme to ale nevyžadovaly, jako bylo například u dementních pacientů nebo třeba u pacientů s dýchacími obtížemi. Testovat se nemuseli, jen jsme chtěly, aby nás informovali, jestli mají příznaky Covidu-19 nebo jestli nebyli v rizikovém kontaktu.“* Obdobně vypověděla i SDP9: *„Testování jsme po našich pacientech nechtěly. Pokud měly nějaké příznaky nebo byli v rizikovém kontaktu, chtěly jsme to vědět, abychom se na jejich péči mohly připravit. Po celou dobu návštěvy jsme vyžadovaly minimálně roušky od pacientů a popřípadě jejich rodin, pokud tam s námi byli. Pacienti s respiračními onemocněními byli z těchto nařízení samozřejmě uvolněni.“*

S občasným nedodržováním nošení ochranných pomůcek se setkala SDP6: *„Test na přítomnost onemocnění se u pacientů neprováděl plošně, ale vždy, když tam bylo nějaké riziko, například kontakt s nakaženou osobou nebo příznaky onemocnění. Trvaly jsme na roušce, později respirátoru. Ne všichni pacienti to však dodržovali a poté to bylo na místě obtížné vymáhat.“*

Kategorie č. 3: Vliv vládních nařízení na sestry v domácí péči

Tato kategorie zkoumá to, jak sestry domácí péče v období pandemie Covid-19 nahlíží na pandemii a s ní spojená vládní nařízení. Jakým způsobem sestry ovlivnila vydaná vládní nařízení týkajících se jejich profese nebo které, dle jejich nabytých zkušeností, označují za prospěšné či nikoliv.

Ovlivnění sester vládními nařízeními

V této subkategorii byly sestry domácí péče dotazovány, zda je pandemie Covid-19 a s ní spojená vládní nařízení nějakým způsobem ovlivnila a jak je celkově vnímala.

Jak uvádí SDP1: *„Vládní nařízení, které se týkaly roušek, ochranných obleků, dezinfekcí byly za mne správné, normální. Bylo to pro naši ochranu a já s tím plně souhlasila. Veškerá vydaná vládní nařízení byla za mě správná a vhodná k dané situaci.“*

Pacienty jako rizikovou skupinu označila SDP2: *„Myslím si, že je dobře, že takováto opatření byly zavedené, protože lidé, za kterými jezdíme, jsou riziková skupina a u nich se pro jejich ochranu musely striktně dodržovat tato nařízení. Ze začátku jsem z nich upřímně měla obavy. Nařízení byly chaotické, ale samozřejmě Covid-19 byl pro všechny nový, ale postupem času si myslím, že takto zavedené byly správné.“*

Profesní výjimku z vládních nařízení zmínila SDP3: *„Asi nás nejvíce nás zasáhlo nošení ochranných pomůcek, především respirátorů. S ochrannými pomůckami je náročnější pracovat, ale jsou nezbytně nutné. Jinak se nás většina nařízení netýkala, ve smyslu zákazů návštěv nebo opouštění krajů a měst, jelikož díky naší práci jsme patřily do výjimek.“*

Podobnou odpověď uvedla SDP7: *„Vládní nařízení jsem respektovala. Byla důležitá pro překonání pandemie. Opatření týkající se zákazu opouštění měst, krajů a podobně se nás kvůli naší práci netýkala. Dotkla se nás potřeba ohledně respirátorů, testování a očkování.“*

Narušení běžného pracovního režimu vlivem vládních opatření vypověděla SDP4: *„Všechna vládní nařízení, která se týkala ochranných pomůcek, jednotlivých postupů týkajících se manipulace s kontaminovaným odpadem, dezinfekce povrchů či správná a častá hygiena rukou nás jako sestry ovlivnila asi nejvíce. Veškerá vládní nařízení všem narušila běžný pracovní režim, se kterými jsme se snažily nějakým způsobem vyrovnat. Bylo to hodně stresující období, ale bohužel tyto opatření byly odůvodněné.“*

SDP5 uvedla: *„Musely jsme se naučit používat mnohem více ochranných pomůcek, stále být ve střehu a soustředit se v jakém pořadí je oblékat a v jakém zase*

odkládat. Musely jsme také dbát zvýšenou pozornost dezinfikování a kontrolování, zda máme s sebou v autě dostatek všech těchto pomůcek.“

Stížnost na vládní nařízení uvedly SDP6, SDP8 s SDP9. SDP6 uvedla: *„Vládní nařízení byla zmatečná, měnila se ze dne na den, a to mělo pochopitelně i vliv na péči. Především ze začátku, jsme nikdo nevěděl, jak máme postupovat, co dělat a vláda nás oproti nemocnicím opomíjela.“*SDP8 také uváděla stížnost na zmatečná vládní nařízení: *„Vládní nařízení obecně byla dost často chaotická. Nicméně jsem se jim snažila důvěřovat a respektovala jsem je. Nejvíce mě ovlivnily opatření týkající se ochranných pomůcek a testování.“* SDP9 navíc uvedla stížnost týkající se prodlevy finančního ohodnocení: *„Mně osobně vadil chaos a časté změny ve vyhlášených nařízeních, bylo to pro nás zbytečně stresující. Také mně vadilo, že sestry pracovaly s plným nasazením a na finanční ohodnocení musely čekat. Nejvíce nás jako sestry, si myslím, ovlivnilo nošení respirátorů, testování a očkování.“*

SDP10 vypověděla: *„Za sebe můžu říct, že mě při práci ovlivnily především nařízení týkající se ochranných pomůcek, postupů u pozitivního pacienta a testování. Jednalo se o potřebná nařízení, abychom se všichni udrželi v bezpečí. Vydaná nařízení, týkající se mé práce bych řekla, že byla v pořádku, ale u ostatních jsem s některými nesouhlasila.“*

Zhodnocení vládních nařízeních

Sester domácí péče jsme se ptaly, jak by zhodnotily vydaná vládní nařízení týkajících se jejich profese, zda jim některá přišla správná či nikoliv anebo jim některá během péče u pacientů chyběla.

Jak uvedla SDP1: *„Abych pravdu řekla, neměla jsem čas řešit, jestli mají vládní nařízení smysl nebo ne. Snažily jsme se tuhle situaci prostě nějak „přežít“ a zvládnout ji při nejmenší újmě. Upřímně jsem nechápala, proč praktičtí lékaři nejezdili za imobilními pacienty k nim domů, když se chtěli naočkovat. Myslím si, že musely být vynaložené mnohem větší náklady na převoz imobilního pacienta na očkování, na místo toho, aby praktický doktor došel k pacientovi domů a naočkoval jej.“*

SDP2 uvedla: *„Už si je příliš nepamatuji, ale celkově nařízení byly spíše chaotické. Často se měnily délky karantény, izolace, a to bylo velmi náročné, jelikož jsme pak nevěděly, jestli doba trvání je 10 nebo 14 dní.“*

Jak vypověděla SDP3: „*Sama jsem s vládními nařízeními problém neměla. Respektuji je. Pokud byly nařízené respirátory, nosila jsem je, až povinné nebudou, odložím je. Chráníme jak sami sebe, tak i pacienty.*“

SDP 4, SDP6 a SDP10 se shodovaly ve svých výpovědích v tom, že sestry domácí péče byly, co se týká vládních nařízeních, v době pandemie Covid-19 dosti opomíjené. SDP4 uvedla: „*Přehlížený v domácí péči jsem odjakživa. Jsme stejný zdravotnický personál jako jsou v nemocnicích a dle mého názoru měli přednost zdravotníci v nemocnicích a my jsme byly hodně v zapomnění. Sama jsem se o vládní nařízení nezajímala, jelikož mi ve většině přišla nesmyslná, ale pokud se něco týkalo konkrétně nás, vždy nám o tom řekla naše vrchní sestra a samozřejmě se to dodržovalo.*“ Obdobnou odpověď uvedla i SDP6: „*Veškerá média ukazovala nemocnice a jejich sestry v první linii a také záchranáře, ale my jsme byly postaveni také do první linie. Sestry v domácí péči jsou obecně opomíjené a ani během Covid-19 to nebylo jiné. Opravdu jsme jako zdravotnický personál často opomíjený, a především začátek pandemie s porovnáním s jinými zdravotnickými zařízeními to jen potvrdil.*“ Zhodnocení vládních nařízeních je dle SDP10: „*Z mého pohledu se nařízení vztahující se k naší profesi příliš nelišilo od těch obecných. Je jasné, že zdravotnická péče při pandemii musí fungovat a zamezit kontaktu zdravotníka s pacientem nelze. Jako prospěšné jsem paradoxně vnímala maximální omezování kontaktů u ostatních profesí, když už to u zdravotníků nebylo možné. Zakázat přetíženým zdravotníkům dovolenou, kterou nutně potřebují, je samozřejmě špatně, ale neřekla bych, že to v dané situaci šlo vyřešit lépe. Bylo by výborné, kdyby se podařilo doplňovat chybějící personál, aby měli zdravotníci více možností si odpočinout, ale domnívám se, že to bylo neřešitelné, například povolávání studentů bylo problematické. Jako výslovně negativní vnímám zvýhodňování personálu v nemocnicích. Domácí péče mi často připadala veřejností i vládou přehlížená.*“

Jak uvedla SDP5: „*Na některé jsme nahlížely pozitivněji a na některé zase negativněji. Sama za sebe bych řekla, že většinu nařízeních, která byla a jsou bych nechala i nadále. Pořád se onemocnění Covid-19 bojím. Ale konkrétně si teď již nevybavuji, jaká nařízení jsme vnímaly negativně. Jen mohu říct, že většina vládních nařízeních byla podávána chaoticky a občas to mělo dopad i na poskytování péče.*“

SDP7 chyběla ze strany vlády větší edukace veřejnosti v oblasti ochranných pomůcek: „*Jednotlivá nařízení vlády byla dle mého názoru občas velmi chaotická. Příště*

bych se především zaměřila na lepší edukaci všech lidí, co se týká manipulace s ochrannými pomůckami, protože lidé tolik nedbali na pravidelnou výměnu ochranných pomůcek, a tím ztrácely význam.“

Svoji osobní zkušenost s nedostatečným informováním veřejnosti ze strany vlády k domácí péči uvedla SDP8: *„Neřekla bych, že by byla některá špatná, všechna směřovala k ochraně nás všech. Mnohem více jsem musela měnit, prát a dezinfikovat svoje oblečení. Chybělo mi, že nebylo zpočátku našim klientům jasně řečeno, že je jejich povinnost při příchodu sestry k nim domů si nasadit alespoň roušku z důvodu ochrany sester, někteří to nechápali, byli k nám agresivní, přitom ve zdravotnickém zařízení by si to netroufli.“*

SDP9 uvedla: *„Z profesního hlediska si myslím, že byla nařízení správná. Vadilo mi, že vláda stále něco nařizovala a málo vysvětlovala.“*

Kategorie č. 4: Problémy domácí péče v období pandemie

V této kategorii jsme zkoumaly problémy domácí péče v době pandemie Covid-19 z pohledu sestry. Co mělo dle sester domácí péče největší vliv během pandemie na poskytování kvalitní péče a zda se setkaly během jejich práce s nějakými stížnostmi ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků.

Největší vlivy na kvalitu při poskytování péče

Sester domácí péče jsme se ptaly, co podle nich patřilo v době pandemie k největším vlivům, které ovlivňovaly kvalitu a správnost poskytování péče.

SDP1 uvedla: *„Velkou roli hrála zodpovědnost každého z nás, aby dodržoval nošení ochranných pomůcek, aby dodržoval veškerá hygienická opatření a tím pádem byl zdravý a mohl jít do práce. Ale naše zodpovědnost byla a je velmi důležitá také proto, protože jsme byly velký zdroj infekce. Je to z toho důvodu, jelikož navštívíme za den několik lidí, potkáme rodiny pacientů, jsme u pacientů delší čas a pak přejezdíme zase k někomu dál. Mohly jsme být z epidemiologického hlediska velkým zdrojem, protože jsme jezdily každý den mezi lidmi, mezi nemocné lidi a mezi seniory. Proto zodpovědnost byla a je velmi důležitá a nezbytná pro naši práci, kort v době pandemie.“*

Dle SDP2, SDP9 a SDP10 se kvalita péče nijak nezměnila. Jak uvádí SDP2: *„Podle mě se kvalita péče nikterak nezhoršila. Pořád jsme poskytovaly kvalitní*

plnohodnotnou péči. Docházelo ke snížení počtu pacientů, ale na kvalitě péče to vliv nemělo.“ Obdobnou odpověď uvedla i SDP9: „Pandemie s sebou přinesla mnoho změn a problémů, ale kvalitní péče u našich pacientů byla vždy zachována. Řešily jsme nedostatek personálu a zmatek ve vládních nařízeních, ale nic z toho nemělo vliv na poskytnutou péči.“ SDP10 uvedla: „Ztížené podmínky v období pandemie v podobě nejrůznějších vládních nařízeních a nutnosti nošení ochranných pomůcek mohly mít vliv na péči. Nicméně si myslím, že to nebylo v negativním smyslu slova, kvalita rozhodně zůstala zachována. Pouze provádění péče se do jisté míry změnilo vlivem nařízeních a pandemie jako takové. Naším pacientům byla vždy poskytnuta kvalitní a komplexní péče.“

Mezi nejdůležitější vlivy k poskytnutí kvalitní péče jsou dle výpovědi SDP3 tyto: *„Zachování klidné hlavy, a především psychická opora všem klientům. Dále správné dodržování hygienických postupů a samozřejmě také správná aseptická péče o rány. To vše bylo dle mého názoru nejzásadnějšími vlivy pro poskytnutí kvalitní péče v době pandemie.“*

SDP4 řekla: *„Nejspíš snaha nás sester, zatímco ostatní v pandemii pracovali z domova, nebo nemohli pracovat vůbec.“*

SDP5 uvedla: *„Určitě dobrý kolektiv a lepší spolupráce rodinných příslušníků u pacientů.“*

Shoda ve výpovědích se objevila u SDP6 a SDP8. SDP6 uvedla: *„Určitě tlak a přetížení, za takových podmínek nelze práci odvést kvalitně. Také trochu diskomfort spojený s užíváním ochranných pomůcek. Často to je bariéra v komunikaci s nedoslýchavými pacienty.“* Vliv ochranných pomůcek zmínila i SDP8: *„Byly jsme dost omezeni kvůli ochranným pomůckám, ve smyslu horší manipulace a celková pohyblivost v oblecích, také jsem se hodně potily a způsobovalo to větší únavu následně, při nošení roušek, respirátorů a štítech se nám během práce hůře dýchalo. U pacienta se průměrně stráví přes 30 minut.“*

SDP7 vypověděla: *„Nedostatek sester, který byl již předtím. Nespoupráce rodinných příslušníků, kteří nám třeba oznámili, že jsou Covid pozitivní a byli v kontaktu s naším pacientem.“*

Stížnosti ze stran pacienta nebo jeho rodiny

V rámci této subkategorie jsme se dotazovaly sester domácí péče na to, zda se setkaly s nějakými stížnostmi a popřípadě z jakého důvodu ze strany pacientů nebo rodinných příslušníků během pandemie.

SDP1 odpověděla: *„Ne, nesetkala. Všichni měli pochopení. Chápali, že se péče kvůli pandemii musí omezit nebo zrušit.“* Obdobně odpověděla i SDP5: *„Ne, nesetkala. Řekla bych, že všichni jsme byli na jedné lodi, jak naši pacienti, jejich rodiny anebo také my i veřejnost. Cítila jsem solidaritu, pochopení.“*

O občasném přerušení péče ze strany rodiny pacienta se zmínila SDP2: *„Lidé jsou různí, takže někteří přijímali dočasné zrušení péče v pořádku a někteří zase hůře. Většinou ale všichni chápali situaci a důvod dočasného přerušení péče. Když mohla péči, myslím tím rehabilitaci, zastoupit rodina, kdy třeba dcera, která se stará o maminku, nechodila v tu dobu do práce, tak docházelo i k tomu, že péči na určitou dobu přerušili sami. Takže jak říkám, kde se rodiny chtěly zapojit a nějak pomoci, tak se tak i stalo, kde ne, tak jsme musely poskytovat péči i nadále. Samozřejmě jsme dělaly osvětu v rámci respirátorů, roušek, ochranných pomůcek, dezinfekce a další. Dále jsme pacienty i jejich rodiny vybízely k zodpovědnosti, že pokud by došlo k tomu, že se setkají s někým pozitivním nebo se nebudou cítit dobře, tak že nám to musí nahlásit a péče bude třeba krátkodobě přerušena, než budou mít výsledky testů a jiné.“*

Laskavé a vstřícné jednání pacientů a jejich rodin zmínila SDP3 a SDP4: *„Nesetkala jsem se s žádnými stížnostmi. Lidé byli hrozně moc vstřícní a chápali, že péči musíme odložit. Když třeba došlo k tomu, že jsem vyšla pozitivní a musela jsem jim volat a oznámit jim to, nezlobili se, a naopak mi přáli brzké uzdravení. Všichni pacienti a rodinní příslušníci byli opravdu velmi empatičtí a vstřícní.“* Obdobnou výpověď uvedla i SDP4: *„Nikdy jsem se s žádnými stížnostmi nesetkala ba naopak. Lidé byli vděční, že jsme přišli, že jim poskytujeme péči i v tak rizikovém období. Měla jsem jen pozitivní zkušenosti, jak ze strany pacientů, tak i jejich rodin. Máme s pacienty skvělé vztahy. Za některými jezdíme pravidelně i několik let. Všechny naše pacienty dobře známe včetně jejich rodin a řekla bych, že jsme i takovou „součástí“ jejich rodiny.“*

SDP6 řekla: *„Často jsem se setkávala u starších pacientů, že byli málo informováni o jednotlivých postupech, jak se během této pandemie mají chovat. Byli to*

lidé, kteří žijí sami nebo někde na samotě. To vedlo k jejich občasným stížnostem na nošení ochranných pomůcek nebo třeba také ke změně doby péče, ale vzhledem k našim pravidelným návštěvám jsme se snažily o zlepšení jejich informovanosti.“

Stížnosti a agresivní chování uvedla i SDP7: *„Ano, některým klientům vadilo, že při návštěvě sestry jsme požadovaly nasazení roušky či respirátoru, nedalo se s nimi domluvit a byli i opakovaně agresivní. Musely jsme jim proto po domluvě s praktickým lékařem péči ukončit.“*

SDP8 odpověděla: *„Stížnosti ani ne. Spíše někteří pacienti rušili péči ze strachu z nákazy, což bylo ale pochopitelné. Později jsem se setkávala s problémy s nošením roušek v jejich domácím prostředí. Vše se řešilo domluvou.“*

Ukončení domácí péče u pacienta uvedla SDP9: *„Ano, setkala, a to především při povinnosti nošení respirátorů nebo roušek. Pokud nechtěli pacienti dodržovat opatření, tak jsme ve spolupráci s praktickým lékařem rušily péči. Někteří pacienti se zase báli, že se nakazí od sester, které mají i jiné pacienty, ale s nimi se vždy dalo domluvit nebo přerušili péči na nějaký čas dobrovolně.“*

Se stížnostmi se setkala i SDP10: *„Prakticky ne, respektive ne v přímé souvislosti s pandemií. Určité typy lidí mají potřebu si stěžovat skrz libovolné záminky. Takže jsem se setkala se dvěma rodinnými příslušníky, chronickými stěžovateli, kterým jako záminka posloužila údajná nedostačující protiinfekční ochrana.“*

Kategorie č. 5: Dopad pandemie na práci sester v domácí péči

Celá tato kategorie pojednává o tom, jak pandemie Covid-19 ovlivnila a změnila práci sester v domácí péči, jaký dopad pandemie měla na jejich práci, zda se zavedla nová opatření či pokyny do jejich práce vlivem onemocnění Covid-19, která i po skončení pandemie zůstanou. Dále jsme se ptaly, zda využívaly více moderní technologie v komunikaci s pacienty nebo třeba také na to, zda se nějakým způsobem změnila komunikace mezi nimi a ošetřujícím lékařem pacienta právě během pandemie.

Změny a dopady pandemie na práci sester

V této subkategorii jsme zjišťovaly změny a dopady onemocnění Covid-19 na práci sester domácí péče a jakým způsobem sestry zvládly pečovat o své pacienty.

SDP1 vypověděla: „Během pandemie se péče o naše pacienty víceméně nezměnila. Samozřejmě z důvodu našich kapacit se dočasně přerušovala péče u pacientů, kteří měli indikovanou rehabilitaci. Před naší návštěvou jsme po pacientech nevyžadovaly žádné testování na onemocnění Covid-19. Když se pacienti cítili dobře, péče se u nich normálně vykonávala. Samozřejmě museli mít po celou dobu naší návštěvy nasazené roušky, a to i jejich rodina, pokud tam byla přítomna. My jsme měly po celou dobu nasazené respirátory, rukavice a návleky na botách. Pokud došlo k tomu, že pacienti byli v kontaktu s někým pozitivním, byli vysláni na výtěr a museli nás o tom informovat. Když byli pacienti pozitivní a péče mohla být dočasně přerušena, přerušila se. Samozřejmě pokud to jejich zdravotní stav nedovoloval, docházely jsme za nimi, ale musely jsme se před péčí obléct do kompletních ochranných pomůcek. Pokud jsme vyšly pozitivní my, vše se řešilo přes hygienu, obvolaly jsme všechny pacienty a informovaly je o možné nákaze. Následně jsme respektovaly, co bylo v té době nařízené.“

SDP2 uvedla: „K pacientům třeba na převazy, klyzma, infuse nebo celkově k pacientům, kteří nás během pandemie potřebovali se dojíždělo neustále. I teď je k těmto pacientům neustále dojížděno a poskytováno zdravotnické ošetření a péče. Jen pacienti s chronickým onemocněním, u kterých se prováděla fyzioterapie se odvolávali. Během pandemie jsme po celou dobu nabíraly nové lidi. Měsíčně přibíráme 5 až 6 nových klientů za měsíc a obdobně tomu bylo i během pandemie Covid-19. Po celou dobu péče jsme musely nosit ochranné pomůcky a u pacientů, kde to jejich stav umožňoval, jsem je vyžadovaly také. Celkově se více zaměřujeme a opravdu dbáme na důkladnou hygienu rukou.“

Stmelení a soudržnost kolektivu uvedly SDP3 a SDP5: „Bylo to hrozně náročné období. Určitě nás tato situace naučila spoustu věcí i to, jak si mezi sebou vyjít více vstříc. Pracujeme velice dobře jako jeden tým, máme skvělý kolektiv, takže jsme si pomáhaly v rámci přesčasů a přepracovanosti. Myslím si, že jsme to zvládly, a že nás čekají mnohem těžší věci. Celkově se přerušovala péče, ale jen u pacientů, kde to jejich stav dovoloval a pouze rehabilitace. Dále jsme musely nosit ochranné pomůcky a u pozitivních pacientů, kteří vyžadovali péči, se musely nosit kompletní ochranné pomůcky jako overal, štítý a podobně.“ SDP5 uvedla: „Byla to náročná situace, ale společně jsme ji zvládly. Řekla bych, že nás to i více stmelilo jako tým a opravdu jsme si pomáhaly. Když se sestřičky vracely zpět do práce po nemoci a pokud to bylo možné, snažily jsem se čerpat náhradní volno z přesčasových hodin, abychom si více odpočinuly. Myslím si, že si také mnohem

více uvědomujeme důležitost nošení ochranných pomůcek, ale komunikace přes respirátor byla a je náročná. Pacienti nám hůře rozumí, ale chápeme jejich podstatu a naléhavost, ale s tímto problémem jsme se musely během pandemie také vyrovnávat. Psychicky jsme se snažily pacienty povzbudit, uklidnit a edukovat je celkově o pandemii. Vztahy v domácí péči mezi sestrou a pacientem jsou velmi blízké a vždy jsme se pacienty snažily nějakým způsobem podpořit a povzbudit je. Nové pacienty jsme přijímaly i během pandemie. Bylo zapotřebí přijímat nové pacienty, zacvičit je například v péči o stomie a podobné. Pokud jejich stav vyžadoval domácí péči a naše kapacita to dovolovala, vždy jsme pacienta přijaly.“

Při plné kapacitě pacientů v agentuře se tato situace řešila obdobným způsobem u SDP4 a SDP6. SDP4 uvedla: „Setkávala jsem se i s případy, kde pacienti nebo jejich rodiny sami odvolávali péči. Jednalo se pouze o lehčí fyzioterapii. Byly to často případy, kdy se rodina pacienta o něj dokázala postarat sama, znala cviky, a i nám během našich návštěv pomáhala. Péči rušili kvůli tomu, že se báli nemoci. Tyhle případy byly především na začátku pandemie, kdy nikdo přesně nevěděl, co se děje, co od Covid-19 můžeme očekávat. Když největší strach a obavy ustoupily, péče se, pokud to bylo možné, opět obnovovala. Přibíraly jsme také i nové pacienty, pokud jsme tedy měly volnou kapacitu a pokud se jednalo o důležité a nezbytné úkony. Nepřibíralo se v začátcích cvičení. O přijetí či odmítnutí rozhodovala vrchní sestra. Pokud jsme měly plný stav, vrchní sestra se je snažila odkázat na jiné agentury domácí péče, kde by jim danou péči dokázaly poskytnout.“ Podobně odpověděla i SDP6: „Po celou dobu pandemie jsme přibíraly nové pacienty. Samozřejmě mohly jsme odmítnout fyzioterapii, rehabilitaci, ale medicínské věci, které byly nezbytně nutné jako jsou léky, inzulíny, převazy, ošetření stomií a další jsme přibíraly pořád. Pokud nebyla dostatečná kapacita sester, vrchní sestra pacientům žádající o domácí péči předala kontakty na jiné agentury a snažila se s nimi najít jinou náhradu, ale nikdy se nemohlo a nemůže jednat o nezbytně nutné výkony. Myslím si, že díky této situaci máme v sobě mnohem více zakódované automatické mytí, ale především dezinfekce rukou. To si myslím, že u nás zůstane, ale nejenom u nás jako zdravotníků, ale také ve většině obyvatel.“

SDP7 uvedla: „Onemocnění Covid-19 měl jak psychicky, tak fyzicky negativní dopad na všechny sestry v domácí péči. Protože postupem času docházelo k psychickému občas i fyzickému vyčerpání u sester. Všechny sestry se ale během této pandemie o klienty

zvládly postarat, jak nejlépe mohly. Práce se změnila vlivem vládních nařízení, které jsme musely dodržovat.“

Zhoršení astma kvůli nošení respirátorů uvedla SDP8: „Zpočátku jsme se bály nejen o své zdraví, ale i o zdraví našich blízkých. Při velmi častém nošení respirátoru a používání dezinfekce se mi přechodně zhoršilo astma, musela jsem častěji používat inhalátory. Práce se změnila v tom, že stále nosím respirátor a dezinfikuji si je podstatně více. Péče je stejná, jen ochranná opatření přibyla. Musely jsme to zvládnout i s ochrannými pomůckami, jinak to nešlo.“

SDP9 odpověděla: „Mezi největší dopady počítám stres a obavy a dále také tendence k pracovnímu přetěžování. Práce se změnila nejvíce v již zmíněné zvýšené opatrnosti.“

Obdobnou výpověď uvedla i SDP10: „Všechny jsme cítily strach a nejistotu, že ohrozíme sebe a své rodiny. Péče jako taková je stejná. Je to přece naše práce starat se o nemocné, Covid-19 na tom nic nezměnil.“

Nově zavedená opatření a nařízení

Sester jsme se ptaly na to, zda vznikly nebo se zavedla nějaká nová opatření, nařízení či pokyny do jejich práce vlivem pandemie, které i po jejím skončení zůstanou.

SDP1 odpověděla: „Dříve jsme k pacientům nosily vždy ochranné návleky na boty, rukavice, avšak roušky se nosily pouze individuálně. Kdy jsme před pandemií nosily roušky, bylo to jen tehdy, když jsme byly nachlazené nebo když jsme měly kašel nebo celkově jsme se necítily dobře. Jinak to bylo na každé z nás, jestli je budeme chtít nosit či nikoliv. V tuto chvíli se během návštěv u pacientů musí neustále nosit respirátory a pak samozřejmě také rukavice, návleky na boty spolu s pravidelnou dezinfekcí rukou a materiálu. Ale myslím si, že po skončení pandemie a uklidnění celé této situace se roušky nebudou muset nosit a bude to opět individuální.“

SDP2 řekla: „Zavedlo se povinné nošení ochranných pomůcek, ale opravdu nevím, zda bude i po skončení pandemie nutné tato opatření stále dodržovat.“ Obdobně odpověděla i SDP5, SDP6, SDP8, SDP9 a SDP10. SDP5 odpověděla: „Nevím, zda od vlády nebo jen od našeho vedení budou v budoucnu nějaká opatření nebo nové pokyny, která se budou muset po skončení pandemie i nadále dodržovat.“ SDP6 uvedla: „Doposud

nám zůstalo nošení respirátorů, ale nevím, zda to bude trvat i nadále. To samé, jak to bude v případě testování nebo očkování.“ SDP8 řekla: „Nedokážu odhadnout, pravděpodobně přetrvává zvýšená ochrana před infekcí u rizikových pacientů. Jak tomu bude ale nadále, nevím. Myslím si, že nošení ochranných pomůcek a očkování bude dobrovolné a individuální.“ SDP9 vypověděla: „Nemám tušení, ale myslím si a i doufám, že po skončení pandemie se vše vrátí zpátky, jak tomu bylo před pandemií.“ Obdobnou odpověď uvedla i SDP10: „Myslím si, že konec pandemie s sebou odnese i veškerá opatření. Nošení roušek bude zase individuální.“

SDP3 uvedla: „Myslím si, že to bude hodně individuální. Sama za sebe musím říct, že jsem si během pandemie uvědomila nutnost ochranných pomůcek, a i kdyby vláda povinnost nošení roušek zrušila, nebudu ji prozatím odkládat. Ochrana nás a našich pacientů je velmi důležitá. Hlavně většina našich pacientů tvoří senioři, kteří mají sníženou imunitu a zabránění možného přenosu infekce nebo nemoci je pro ně nesmírně důležitá.“

SDP4 vypověděla: „Myslím, že ne. Co se týče bezpečnosti a hygieny bylo již nařízeno i před Covidem-19.“

SDP7 odpověděla: „Ne, žádná nová opatření nebo pokyny nemáme a myslím si, že ani nebudou.“

Moderní technologie během pandemie

Sester domácí péče jsme se dotazovaly, zda více využívaly moderní technologie v komunikaci s pacienty během pandemie a popřípadě které, z jakého důvodu a jak to ovlivnilo jejich práci.

SDP1 uvedla: „Jak před pandemií, tak během ní, a i teď nejvíce využíváme mobilní telefony. Fotíme začátek a průběh hojení ran. Dále telefon používáme ke komunikaci mezi sebou, dále voláme svým pacientům, kdy jim oznamujeme v kolik za nimi přijedeme anebo pokud by došlo k nějaké změně. Když se péče u nějakého pacienta zrušila, jen jsem mu v den naší obvyklé návštěvy zavolaly, aby si pocvičil sám a zeptaly jsme se ho, jak se má, jestli nedošlo ke změně jeho stavu a podobné. Naši pacienti umí cvičit sami, znají cviky a popřípadě i jejich rodina, která jim během cvičení pomáhá.“

SDP2 odpověděla: „Telefony využíváme běžně. Voláme pacientům před naší návštěvou a informujeme je o čase našeho příjezdu. Pokud se přerušila péče, kontaktovaly

jsme pacienty v den, kdy jsme je měly původně navštívit a ptaly jsme se na jejich zdravotní stav, jak zvládají celou situaci Covid-19, jak se mají po psychické stránce a podobně. Snažily jsme se je přes telefon uklidnit, snížit jejich obavy a celkově je v tomto období podpořit.“ Obdobnou odpověď uvedla i SDP3: *„Telefony se používají při práci v domácí péči neustále. Používáme je při kontaktování pacientů ohledně našeho příjezdu, s praktickými lékaři, a i mezi sebou. V době pandemie se navíc využívaly pro kontrolu pacientů. Pokud se u nich péče přerušila, pravidelně jsme jim volaly a ptaly se na jejich stav nebo pokud péči sami zrušili a podobně. Pořád jsme s našimi pacienty byly v pravidelném kontaktu, abychom věděly, jak se jim daří.“*

Rozhovory s rodinami zmínila SDP4: *„Využíváme telefony. Pokud se přerušila péče, volaly jsme jim, jak se cítí. Většinou jsme jim telefonovaly v den, kdy měli mít původně péči. Řešily jsme spolu jak se mají, jak zvládají tuhle situaci, povídali jsme si a snažila jsem se je i informovat o Covid situaci. Snažila jsem se především starší lidi psychicky podpořit, jelikož po celou dobu pociťovali strach. Kontaktovala mě i rodina pacienta a ptali se mě, jak se mám. Volaly jsme si z jak zdravotnického hlediska, tak i z hlediska lidského. Jak jsem říkala, máme skvělé vztahy jak s pacienty, tak s jejich rodinami.“*

Online školení uvedla SDP5: *„Absolvovaly jsme online školení, kdy jsme byly poučovány a informovány o dané situaci, o novinkách týkající se pandemie, o nařízeních a podobně. Pacientům, kde byla přerušena péče, jsme cíleně volaly. Kontaktovaly jsme je v ten, kdy měla být původně naplánovaná péče, abychom věděly, jak se mají, jak zvládají pandemii, jak vypadá jejich zdravotní stav a tak dále. Udržovaly jsme s nimi pravidelný kontakt. Běžně pacientům voláme jen před naším příjezdem.“*

SDP6 odpověděla: *„Výraznou změnu nepozoruji, protože telefonická komunikace probíhala normálně, jako před pandemií.“*

SDP7 uvedla: *„Ne, rozhodně nelze poskytovat ošetrovatelskou péči bez osobního kontaktu. U spousty našich pacientů – seniorů jsme rády, když umí vůbec zvednout mobil. Snažily jsme se také prostřednictvím telefonu i vysvětlovat, edukovat. Později pomohla média, větší informovanost populace.“*

Videokonference a on-line porady zmínila SDP8: *„Určitě, s vedením se používaly videokonference, on – line porady, telefonní a email spojení s rodinnými příslušníky*

pacientů i s lékaři. K pacientům se přijet musí.“ Obdobně vypověděla i SDP9: „Při komunikaci s pacientem jistě ne, k pacientovi musíte přijet. Ale neprobíhaly běžné porady, takže spoustu věcí jsme řešily telefonicky. Porady vedení byly formou on-line.“

SDP10 odpověděla: *„Zdravotní péče se nedá dělat na dálku. Takže ne, nevyužívala. Občas si s pacienty telefonuji z organizačních důvodů, bez souvislosti s pandemií.“*

Spolupráce s ošetřujícím lékařem pacienta

Sester domácí péče jsme se ptaly, zda se změnila nějakým způsobem komunikace mezi nimi a ošetřujícím lékařem pacienta během pandemie a popřípadě jakým způsobem.

SDP1 odpověděla: *„K praktickému lékaři chodíme běžně jednou za tři měsíce potvrzovat péči, kde během této návštěvy si i promluvíme o celkovém stavu pacienta. Komunikace s praktickými lékaři byla ale v té době obtížná. Nemohly jsem se jim vůbec dovolat a máme s tím problémy i ještě teď. V některých případech jsme teda za praktickými lékaři i osobně docházely a když nebylo zbylí, čekaly jsem v čekárně, pak jsme s nimi vyjednávaly třeba potvrzení, které jsme potřebovaly pro pacienta a podobné. Ale to bylo opravdu jen zřídka. Pokud praktický lékař nebyl k dostižení, zařizovala to následně ve velké většině pacientova rodina, kdy třeba obstarávaly vyzvednutí obvazového materiálu a podobné.“*

SDP2 uvedla: *„Komunikace s praktickými lékaři byla obtížná, jelikož byli hodně vytížení a nemohly jsme se jim někdy i dovolat. Pokud jsme nemohly delší dobu navázat s lékaři kontakt, urgovaly jsme naše vedení a informovaly je o tomto problému a kontaktovaly jsme hygienu. Vedení následně získalo oficiální vyjádření z hygieny a podle toho jsme se poté i řídily. V případech potvrzení péče u pacienta, jsme za nimi docházely do ordinací, kde jsme si někdy musely vyčkat i pěkně dlouhou frontu. Naštěstí problémy s kontaktováním praktických lékařů bylo, alespoň u mě, jen párkrát. Pokud by došlo ke zhoršení stavu pacienta, tak ve většině případů voláme rovnou rychlou záchrannou službu. V těchto případech hraničí naše kompetence jako sestry. V případech zhoršení stavu pacienta a nedovolání se praktického lékaře, tak se samozřejmě ihned kontaktuje záchranná služba. To je pro nás obecná poučka.“*

Obdobně odpověděla i SDP3, SDP7 a SDP9. SDP3 uvedla: *„Nemohly jsme se praktickým lékařům dovolat. Komunikace s nimi byla opravdu obtížná, ale chápu, že jim*

volalo spousty lidí, a tak byly přetížení. Když jsme se jim nemohly dovolat, poslaly jsme jim emaily, které se nám časem osvědčily a poté na ně bylo v celku rychle zareagováno. Potvrzování poukazů domácí péče bylo obtížné, protože si někteří praktičtí lékaři uzavřeli ordinace a nemohly jsme za nimi ani dojít. V tomto případě jsme jim neustále volaly, dokud jsme se nedovolaly. Péči indikuje lékař a nemůžeme ji začít dřív, dokud se s lékařem nedomluvíme.“ SDP7 řekla: *„Spousta lékařů začala ordinovat jen po telefonu, takže se jim ani někdy nešlo dovolat. Tento problém tu byl i předtím, ale teď se ještě prohloubil. Spousta praktických lékařů nepřijde navštívit své pacienty ani mimo pandemii, natož při ní.“* Podobně odpověděla i SDP9: *„Praktičtí lékaři jsou v souvislosti s pandemií přístupnější komunikaci po telefonu, zasilání e-receptů a podobně. Negativním důsledkem, který nám komplikuje plynulost práce, bylo někdy přetížení jejich telefonní linky.“*

Soukromá telefonní čísla na lékaře zmínila SDP4 i SDP6. SDP4 odpověděla: *„Komunikace s praktickými lékaři byla horší, ale bylo to hodně individuální. Mám na ně soukromá čísla pro akutní případy a když jsem se jim nemohla dovolat, využívala jsem je.“* SDP6 uvedla: *„S praktickými lékaři komunikujeme úplně na začátku, když se domlouvá péče, poté při různých změnách u pacienta, také za nimi docházíme pro potvrzení a zde byl celkový kontakt s praktickými lékaři náročný. Když jsme chodily pro potvrzení, občas jsme si vystály velkou frontu na chodbě nebo i venku, než nás pustili do ordinace. Mám soukromé telefonní číslo na pár praktických lékařů, ale využívala jsem je opravdu jen výjimečně. Po většinu času jsem jim neustále telefonovala, dokud mi to nezvedli.“*

SDP5 vypověděla: *„Nijak se nezměnila, komunikovaly jsme stejně jako před pandemií.“*

SDP8 uvedla: *„Více telefonické a emailové komunikace, jinak ne.“* Podobnou odpověď uvedla i SDP10: *„Možná častější telefonická konzultace, ale jinak vlastně ne.“*

4.2 Kategorie a subkategorie z rozhovorů s pacienty domácí péče

Kategorie: Vliv pandemie Covid-19 na pacienty v domácí péči

Subkategorie č. 1: Dopad pandemie na pacienty

Subkategorie č. 2: Komunikace během pandemie

Subkategorie č. 3: Péče v době pandemie

Subkategorie č. 4: Ochranné pomůcky během pandemie

Kategorie: Vliv pandemie Covid-19 na pacienty v domácí péči

V této kategorii jsme se zabývaly tím, jak ovlivnila a jaký dopad měla pandemie Covid-19 na pacienty, kteří potřebují profesionální domácí péči. Jak probíhala péče poskytovaná zdravotnickým personálem, zda došlo vlivem onemocnění Covid-19 k nějakým změnám a také, zda bylo zapotřebí nosit nějaké ochranné pomůcky během návštěv sester.

Dopad pandemie na pacienty

Pacientů jsme se dotazovaly na jejich osobní zkušenost s pandemií a také na to, jak je tato situace změnila či ovlivnila, když byli sami v roli pacientů domácí péče.

PDP1 uvedl: „Bál jsem se, opravdu jsem se velmi bál. Nevěděl jsem zpočátku, co se to vlastně děje. Sledoval jsem zprávy, samozřejmě moje rodina mě informovala a i sestřičky, ale informace, že na onemocnění Covid-19 umírají především senioři anebo vážně nemocní lidé byla vážně děsivá. Bydlím sám ve svém bytě a po domluvě s rodinou jsem na nějaký čas zůstal raději ode všech izolovaný. Dcery mi nakupovaly a nechávaly mi to přede dveřmi a každý den jsme si volali. Sestřičky byly jediné, které jsem opravdu pravidelně vídal. Samozřejmě jsme po celou dobu měli roušky a hned co to bylo možné, jsem se nechal naočkovat.“

PDP2 odpověděl: „Bylo to velmi těžké období. Samozřejmě, že jsem měl strach, abych se nenakazil nebo někoho z mojí rodiny, jelikož bydlím s dcerou a její rodinou pospolu. Všichni jsme se k tomu, ale snažili přistupovat poctivě, bezpečně a dodržovali jsme všechna nařízení, která byla vyhlášena. Nechal jsem se naočkovat hned v první vlně pandemie a poté i zbytek rodiny. Jelikož bydlím v přízemí a dcera s rodinou v patře, ze

začátku jsme společný kontakt omezovali, abych se nenakazil, jelikož dcera se zetěm chodili do práce a mohli se někde nakazit. Když mi přinášeli nákup nebo mi poklízeli v bytě a podobně, měli jsme nasazené roušky a dezinfikovali jsme si ruce. Naštěstí jsem onemocnění Covid-19 neprodělal, ale dozvěděl jsem se, že moje ošetřující sestřička ano, to mi bylo velmi líto. Báł jsem se o ní. Bylo to hrozné a smutné období pro všechny.“

Komunikace během pandemie

Pacientů domácí péče jsme se ptaly, jakým způsobem s nimi sestry během pandemie komunikovaly. Zda onemocnění Covid-19 zapříčinilo nějakou změnu či rozdíl právě v komunikaci a k tomu určených technologiích.

PDP1 odpověděl: *„Se sestřičkami máme předem dané termíny a čas, kdy ke mně přijdou. Před jejich odchodem si ještě potvrdíme následující návštěvu a já si ji zapíšu do kalendáře. Sestřičky mi volají v ten den, kdy mají dorazit, aby mi upřesnily, v kolik hodin přesně přijdou, protože se někdy stává, že se zdrží, tak abych o tom věděl. Mají čísla i na moje dcery, takže kdyby byl problém, můžou jim kdykoliv zavolat. Sestřičky jsou opravdu moc hodné, vždycky když tady byly a staraly se o mně, povídali jsme si spolu, předávaly mi zprávy a novinky ohledně Covidu a uklidňovaly mě. Když se péče musela z nějakého důvodu odložit, volaly mi a ptaly se mě, jak se mám. To bylo od nich velmi hezké a milé. Pravidelně kontaktovaly i moje dcery. Žádný rozdíl podle mě v komunikaci kvůli pandemii nebyl, jen se občas péče přesunula a asi jsem si jen častěji telefonovali.“*

PDP2 uvedl: *„Sestřička mi volá vždy v den její návštěvy a upřesňuje mi čas, ve který přijede. Máme předem stanovené datумы její návštěvy i čas, ale ten se někdy kvůli zdržení u jiných pacientů mění. Sestřička za mnou většinou přijíždí odpoledne. Během pandemie se občas stávalo, že mi volala, že se péče přesouvá na jiný den nebo že se úplně ruší kvůli nedostatku zdravých sestřiček. Pokud se tak stalo, vždy mi zavolala v náš předem stanovený čas pravidelných návštěv, aby se mě zeptala, jak se mám, jak se mi vede, jak se cítím, jak zvládám a celá moje rodina tuto situaci a říkala mi i nějaké informace ohledně pandemie, nařízeních a podobně. Sestřička, která za mnou jezdí je opravdu skvělá a moc milá. Co se týká komunikace, tak neshledávám žádnou změnu způsobenou onemocněním Covid-19.“*

Péče v době pandemie

Tato subkategorie pojednává o tom, jak se změnila poskytovaná péče u pacientů domácí péče. Zda pacienti shledávali nějaké rozdíly v přístupu sestry před a během pandemie, či jakým způsobem docházelo k jejich ošetření. Dále jsme se ptaly, zda jim sestry domácí péče věnovaly dostatek času a zda se péče kvůli pandemii nezkracovala.

PDP1 uvedl: „Jak jsem již říkal, sestřičky byly ze začátku opravdu jediné, které jsem pravidelně vídal. Neřekl bych, že se péče nějakým způsobem změnila. Sestřičky se mi starají o nohu. Převazují mi jí kvůli bércovým vředům momentálně ob den a jsou tu přibližně asi 30 až 40 minut. Také mi měří krevní tlak. Nepocítoval jsem, že by se mi méně věnovaly. Ani tomu tak nebylo. Mám štěstí, že sestřičky, které za mnou jezdí, jsou opravdu moc milé a hodné. Jedině jsme po celou dobu návštěvy nosili roušky nebo respirátory kvůli naší bezpečnosti a sestřičky měly i rukavice a jiné pomůcky. Někdy se péče odložila na jiný den nebo z důvodu nemoci přijela jiná sestřička, ale to se stávalo i před pandemií a výjimečně. Jen mi sestřičky řekly, že kdybych se necítil dobře nebo kdybych měl některé z příznaků onemocnění Covid-19 jako třeba kašel, teplotu, ztrátu chuti nebo čichu, zimnici a podobně, tak abych je o tom vždy předem informoval. Nevím, zda se péče třeba neměnila u lidí, kteří byli pozitivní na Covid-19, ale to nevím, jelikož jsem ho naštěstí nikdy nedostal.“

PDP2 vypověděl: „V přístupu sestřičky žádný rozdíl nebyl. Je opravdu velmi laskavá a hodná. Někdy se stávalo, že péče byla odložená nebo se úplně zrušila, ale jelikož bydlím s dcerou a ta, pokud to jen jde, je vždy u péče také přítomna, bez problému zastoupila sestřičku v péči. Jsem po autonehodě a sestřička se mnou cvičí teď asi kolem 30 minut 2x týdně, ale někdy si zacvičím i jen s dcerou sám. Dcera ví, jak se mají cviky správně provádět. Sestřička jí to ukazovala, a i si to dcera před ní zkoušela. Měli jsme všichni po celou dobu nasazenou roušku nebo respirátor, větrali jsme a po péči si dezinfikovali ruce. Sestřička samozřejmě měla i svoje speciální pomůcky. Žádný čas péče sestřička nezkracovala, poctivě se mnou cvičila jako před pandemií. Už nevím, kdy to přesně bylo, ale jeden čas měly nedostatek sestřiček v agentuře domácí péče a často se mi rušila péče, což bylo ale samozřejmě pochopitelné. Byla to pro všechny náročná doba a převážně pro zdravotníky. Tak jsme se po domluvě s dcerou, se sestřičkou a mým doktorem rozhodli péči na nějakou dobu úplně přerušit. Dcera se o mě skvěle starala. Ale

i když byla péče zrušená, stejně se mi sestřička ozvala, aby se mě zeptala, jak se mám. Všichni v agentuře jsou celkově moc hodní.“

Ochranné pomůcky během pandemie

V této subkategorii jsme zjišťovaly, zda pacienti museli během návštěv sestry užívat ochranné pomůcky, či byla nařízená nějaká ochranná protiepidemická nařízení přímo od agentur domácí péče.

PDP1 řekl: „Ano, musel jsem mít po celou dobu návštěvy nasazenou roušku nebo respirátor. Očkovat jsem se povinně nemusel, nevyžadovaly to ode mě, ale jak jsem říkal, šel jsem hned na začátku a dobrovolně. Měl a stále mám z tohoto onemocnění respekt a snažím se chránit i nadále. Dcery mi přinesly dezinfekci na ruce, tak tu jsem také hodně používal, ale nařízený jsem to neměl. Sestřičky po mně chtěly jen nasazenou roušku nebo respirátor. Také jsme se snažili udržovat bezpečnou vzdálenost, pokud to samozřejmě šlo a po celou dobu návštěvy sestřiček jsem větral.“

PDP2 odpověděl: „Sestřička po mně a po dceři chtěla, abychom měli po celou dobu její návštěvy nasazenou roušku nebo respirátor, což bylo ale samozřejmé. Během péče jsme také větrali. Jiná nařízení nebo požadavky sestřička po nás nechtěla, až teda na informování jí v případech naší nemoci. Pokud bych já nebo někdo z rodiny onemocněl Covidem-19 nebo pokud bychom pociťovali nějaké příznaky. V těchto případech chtěla, abychom ji o tom vždy předem informovali. Očkovat nebo testovat jsem se před příjezdem sestřičky povinně nemusel ani nikdo z rodiny, ale stejně jsem se v první vlně dobrovolně nechal naočkovat a poté i zbytek rodiny. Bylo to jak pro naši bezpečnost, tak i pro bezpečnost ostatních.“

5 DISKUZE

Tato diplomová práce s názvem *Sestra v domácí péči* v období pandemie Covid-19 a její výzkum se zabývá zjištěním a zkoumáním, jak onemocnění Covid-19 ovlivnilo domácí péči a její sestry včetně jejich pacientů. Kvůli celosvětově rostoucím počtům nakažených se WHO rozhodlo charakterizovat tuto nemoc jako pandemii a to dne 11. března 2020 (Státní zdravotní ústav, 2020a).

Jak uvádí Dostálová et al. (2018), česká populace lidí rychle stárne a tím dochází k navyšování počtu obyvatel ve věku nad 65let. Můžeme tedy předpokládat, že v roce 2030 budou lidé s touto věkovou hranicí dosahovat až k 23,9 % z celkové populace České republiky a v roce 2050 by tato procentuální část mohla být dokonce až 32,3 %. Vyšší věk s sebou přináší ale také vyšší rizika vzniku chronických onemocnění a s tím spojenou potřebnou péči. Přibývá lidí s omezenou sebedpéčí a lidí, jenž využívají více služby zdravotnických zařízení. A právě zde, je jednou z možností odborné zdravotní péče domácí péče, která má ve zdravotnictví své nezastupitelné místo (Dostálová et al., 2018). Jak je uvedeno v MZCR (2020a), domácí péči můžeme definovat jako velmi vysoce kvalifikovaný a odborný typ zdravotní péče, jenž dává možnost navázat na zdravotní péči, která je poskytována v jiných zdravotnických institucích. Z tohoto důvodu umožňuje zkrátit hospitalizaci pacienta jen na nezbytně dlouhou dobu. Jedná se o nezastupitelný typ buď ošetrovatelské nebo léčebně rehabilitační či paliativní péče u pacienta spolu se sociální péčí v jeho vlastním domácím prostředí. Hlavním cílem je tedy v největší možné míře zajištění dostupnosti, rozsahu, odbornosti, kvality a účinnosti zdravotní péče v domácím prostředí pacienta.

Dle Ministerstva pro místní rozvoj ČR (2022) je v celé České republice 534 agentur domácí péče, kdy v jihočeském kraji jich bylo dle uvedené databáze v roce 2018 celkem 41.

Kvalitativní šetření probíhalo v agenturách domácí péče, a to s deseti všeobecnými sestrami a dvěma pacienty využívajícími odbornou domácí péči. Za účelem sběru dat a informací byly zhotoveny dva okruhy otázek určené k rozhovorům se sestrami a pacienty domácí péče. Rozhovory se uskutečnily osobně, ale i telefonicky, z důvodu velké vzdálenosti sester, jejich pracovní vytíženosti a také z důvodu epidemiologické situace v souvislosti s pandemií Covid-19. Díky poskytnutým rozhovorům jsme zkoumaly u sester domácí péče vliv pandemie Covid-19 na sestry v domácí péči, ochranu

sester v domácí péči před Covid-19, vliv vládních nařízeních na sestry v domácí péči, problémy domácí péče v období pandemie a také dopady pandemie na práci sester v domácí péči.

První zkoumanou kategorií byl Vliv pandemie Covid-19 na sestry v domácí péči. Zde jsme zjišťovaly subkategorie, jako bylo Fyzické a psychické ovlivnění sester, Nedostatek zdravotnického personálu, Přesčasý sester během pandemie, Zásadní rozdíl v pracovních postupech a Změna práce s příchodem pandemie. U subkategorie Fyzické a psychické ovlivnění sester jsme se sester domácí péče ptaly, jak je pandemie Covid-19 ovlivnila po fyzické a psychické stránce. Velká většina sester vypověděla, že se cítily v této době mnohem unavenější a že pandemie s sebou přinesla celkově větší stres a obavy. Pro všechny sestry domácí péče byla pandemie náročnou situací. Podobné výpovědi jsme získaly od SDP4, SDP6, SDP7, SDP8 a SDP9, které pojednávaly o tom, že během pandemie pociťovaly strach, jak z onemocnění jako takového, tak i z nevědomosti, co tato pandemie způsobí, o své rodiny a také o jejich pacienty, jelikož velká většina jejich pacientů jsou staří a nemocní lidé. Pandemie ale byla pro ně i novou zkušeností, která je utvrdila v tom, že dokážou pracovat skvěle jako jeden tým, že si dokážou navzájem pomoci a že jsou schopny pracovat v jakékoliv situaci. SDP2 uvedla, že se s žádným případem syndromu vyhoření nesetkala, stejně jako ostatní. Studie Que et al. (2020) uvádí, že během pandemie Covid-19 se u zdravotnického personálu objevovaly stavy úzkosti, deprese, strachu, nespavosti a celkové psychické problémy. Zjistili, že do rizikových faktorů těchto psychických problémů se řadí účast zdravotníků v první linii, dále získávání negativních zpráv o pandemii či negativní zpětné vazby od pacientů a jiných zdravotníků, kteří pracovali v první linii, anebo také pociťování nejistoty. Zdravotnický personál je na rozdíl od ostatních vystaven velkému tlaku, jelikož se během práce mohl častěji setkat s pozitivními pacienty. Vyskytovalo se u nich větší riziko přenosu infekce z důvodu počáteční nedostatečné ochrany, zkušeností, z přepracovanosti, z velkých změn životního stylu, karantény a podobně. Všechny tyto faktory se podílí na zvýšení možného výskytu psychologických problémů mezi zdravotnickými pracovníky, což může negativně ovlivnit efektivitu práce a jejich pohodu (Que et al., 2020).

V druhé subkategorii Nedostatek zdravotnického personálu byla sestrám položena otázka, zda nějakým způsobem pociťovaly nedostatek zdravotnického personálu – sester v domácí péči během pandemie Covid-19. Většina sester domácí péče vypověděla, že trpěly nedostatkem zdravotnického personálu z důvodu onemocnění Covid-19. Avšak

některé uváděly, že naštěstí tento problém nezažily. Mezi tyto případy se řadí SDP6, SDP8 a SDP10. Zbylé sestry domácí péče odpověděly, že problém s nedostatkem personálu měly. SDP1 uvedla zkušenost, že jich schopných k práci bylo jeden čas pouze čtyři z deseti. Nedostatek personálu řešily prozatímním odvoláním péče u pacientů, kterým se poskytovala rehabilitace. Jak uvádí Stewart et al. (©2021), již před pandemií byl nedostatek zdravotnického personálu. Světová zdravotnická organizace vydala na začátku roku 2020 zprávu o zjištění, že po celém světě chybí okolo šesti milionů zdravotních sester. Pandemie Covid-19 s sebou přinesla velkou krizi ve zdravotnictví z důvodu právě nedostatečného personálu. Sestry, které již před pandemií čelily velkému tlaku, byly během pandemie vystaveny ještě většímu tlaku a také novým a velkým výzvám, které onemocnění Covid-19 s sebou přineslo. Neustálý zvyšující se tlak, neústupné pracovní tempo způsobily, že vlivem stresu, syndromu vyhoření a velkému pracovnímu vyčerpání bez dostatečného zázemí, docházelo k nárustu odchodu sester z jejich profese (Stewart et al., ©2021).

Třetí zkoumanou podkategorií byly Přesčasové sestry během pandemie. Sestry domácí péče byly dotazovány, zda musely kvůli pandemii Covid-19 pracovat přesčas. Veškeré výpovědi sester byly kladné a tím pádem byly nuceny pracovat přesčas. Bylo to kvůli nedostatku zdravotnického personálu z důvodu nemoci Covid-19, nařízené karantény či čerpání OČR u některých sester kvůli nemocným dětem. Čerpání OČR zmínily SDP3, SDP4 a SDP7. Korelus (2020) uvádí, že snížením požadavků na vzdělání zdravotních sester z vysokoškolského na středoškolské vzdělání pro pozice praktických sester, které mají omezené kompetence, rozhodně nevyřeší sníženou kapacitu sester v České republice. Naopak účinným krokem je přiměřené finanční ocenění, zaměstnanecké výhody, vhodné pracovní zázemí a podmínky, umožnění osobního růstu, vzdělávání a samozřejmě také zajistit co nejmenší počet přesčasů. Ovšem přesčasové sestry mohou být ovlivněny pouze dostatečným množstvím zdravotnického personálu.

Další zkoumanou subkategorií byl Zásadní rozdíl v pracovních postupech. Sestrám pracujících v agenturách domácí péče byla položena otázka, zda byl nějaký zásadní rozdíl v pracovních postupech před a v průběhu pandemie Covid-19. Všechny sestry odpověděly, že největším rozdílem či změnou bylo nošení ochranných pomůcek, a to především u pozitivních pacientů. Jedině, kdo takto neodpověděl byla SDP8, která uvedla, že pracovní postupy zůstaly stejné, jen k nim přibýlo více hygienických opatření, které musely dodržovat a také že byly více administrativně zatížené.

Další podkategorie byla zaměřená na Změny práce s příchodem pandemie. Otázka pojednávala o tom, zda došlo ke změně práce sester s příchodem onemocnění Covid-19 a popřípadě v čem konkrétně. Sestry vypovídaly různě, některé hovořily o ochranných pomůckách, další zase o rušení péče u pacientů, kde to jejich stav dovoloval, o povinném testování před prací či o komunikaci s pacienty. Jak uvádí Quinn et al. (2020), agentury domácí péče zaregistrovaly během pandemie Covid-19 nárůst dočasného přerušování péče ze stran rodiny. Kdy důvodem byl především strach z onemocnění a z možného přenosu infekce. Dále bylo vedení agentur zatíženo vytvářením nových preventivních opatření a školeních či také sháněním dostatečného množství osobních ochranných pomůcek, dezinfekcí nebo i zastupováním sester během jejich nemoci. Správné a brzké nošení ochranných pomůcek spolu s řádnou hygienou rukou zapříčiní pokles jak ekonomický, tak také pokles rizika přenosu onemocnění Covid-19 (Gordon et al., 2020).

Druhou zkoumanou kategorií byla Ochrana sester v domácí péči před Covid-19. První a druhou podkategorií byly Ochranné pomůcky během pandemie a Vliv pandemie na používání ochranných pomůcek. Sestry domácí péče byly dotazovány, zda měly problémy s nedostatek ochranných pomůcek před a během pandemie Covid-19 a pokud takový problém nastal, jak byl řešen a jak dlouho trval. Většina sester vypověděla, že žádné problémy s nedostatkem pomůcek nenastal, že ze začátku pandemie jim pomáhala veřejnost ve smyslu daru látkových ručně šitých roušek a že se jejich vedoucí zasloužili o to, aby měly vždy dostatek ochranných pomůcek. MZCR (2020c) spolu s Allison et al. (2020) naopak uvedlo, že všeobecné sestry v domácí péči nemají dostatečné množství osobních ochranných pomůcek. Tento problém je nutný odstranit, aby sestry mohly bezpečně poskytovat péči pacientům, kde to jejich zdravotní stav vyžaduje. Tento problém ohrožuje nejen zdravotníky, ale také pacienty včetně jejich rodin či kohokoliv, kdo navštíví danou domácnost.

Druhá subkategorie pojednává o tom, zda se vlivem pandemie Covid-19 nějak změnilo používání ochranných pomůcek, jestli je nutné i nadále některé z nich nosit. Většina sester uvedla, že během své práce i nadále využívají respirátory a samozřejmě i rukavice, a že se více zaměřují na dodržování hygienických opatření ve smyslu dezinfekce rukou. Nošení roušek je podle vládních nařízení stále povinné. Dle usnesení č. 113/2022 Sb., Usnesením poslanecké sněmovny o ukončení stavu pandemické pohotovosti, které nabylo účinnosti 5. května 2022 a jež pojednává o ukončení

pandemické pohotovosti, se zrušila veškerá nařízení týkající se onemocnění Covid-19 včetně povinného nošení roušek ve zdravotnictví.

Třetí zkoumanou podkategorií byla Ochrana sester před onemocněním Covid-19, kde sestry domácí péče byly tázány, jakým způsobem dodržovaly bezpečnou péči o pacienta a jakým způsobem se chránily před onemocněním Covid-19. Všechny sestry na tuto otázku odpověděly, že ochranu a bezpečnost zajišťovaly používáním ochranných pomůcek včetně jejich řádné likvidace, řádnou a pravidelnou dezinfekcí rukou, testováním či očkováním. Pravidelné antigenní testování zmiňovaly SDP2 a SDP4. Možnost a využití přednostního očkování pro lidi pracující ve zdravotnictví zmínila pouze SDP8. Gordon (2020) uvádí, zamezit přenosu a šíření onemocnění Covid-19 ve zdravotnictví vyžaduje nařízení týkající se prevence, kdy hlavním a základním činitelem jsou osobní ochranné pomůcky. Správná a kvalitní ochrana zdravotníků zajišťuje nejen zamezení šíření infekce, ale také poskytuje jejich ochranu. Používání pomůcek jako jsou rukavice, roušky nebo respirátory, obličejové štíty, zástěry nebo také ochranné celotělové pláště a jiné a díky jejich správné manipulaci, vzniká bariéra mezi pacientem a zdravotním personálem, která zabraňuje přenosu infekcí, které jsou obsažené v tělesných tekutinách. (Gordon et al, 2020).

Čtvrtou podkategorií bylo Poskytnutí informací či školení od zaměstnavatele. Ptaly jsme se sester domácí péče, zda měly během pandemie od svých zaměstnavatelů dostatek informací o onemocnění Covid-19, o tom, jak mají v tomto období přistupovat k pacientům. Dále jsme se ptaly, jakým způsobem se je zaměstnavatel snažil proškolenovat v rámci vzniklé situace okolo pandemie. Většina sester vypověděla, že informace získávaly především od jejich vedoucích, které je pravidelně zásobovaly novými zprávami o aktuálním dění, o onemocněním Covid-19 jako takovém, o postupech řádné a bezpečné práce při styku s pozitivním pacientem či i o správné manipulaci s ochrannými pomůckami. Jejich zaměstnavatelé a vedoucí získávali povětšinou času informace především z krajských hygienických stanic či z Ministerstva zdravotnictví. SDP3 a SDP5 navíc uvedly, že si prakticky zkoušely správný postup při oblékání ochranných pomůcek. S nedostatkem informací na začátku pandemie se setkala SDP7. Burdová et al. (2020) vydala jedenáct pravidel pro domácí hospicovou péči, jenž měly v takto náročné životní situaci způsobené pandemií poskytnout sestrám domácí péče přehledná doporučení, podle kterých by se měly řídit. Řadí se sem doporučení jako třeba nechodit do domácností pacientů, kde nebudou mít všichni přítomní nasazené roušky, dále třeba také dodržování

důkladné a pravidelné dezinfekce rukou nebo také vyvěšovat aktuální informace a opatření, jež jsou určeny veřejnosti na webové stránky či jiné sociální sítě agentury a další. Další doporučení pro zdravotní sestry domácí péče, která shrnují veškeré informace a změny ohledně této péče v souvislosti s onemocněním Covid-19 vydalo také MZCR (2020c). Veškerými vládními nařízeními a doporučeními, které byly vypracované odborníky, se manažeři domácí péče a jejich sestry řídili.

Pátá subkategorie pojednávala o Ochranných pomůckách a testování pacienta. V této subkategorii jsme se sester ptaly, zda bylo před jejich příjezdem nutné testovat pacienta na přítomnost Covid-19 a zda musel během jejich návštěvy nosit nějakou ochrannou pomůcku. Všechny sestry vypověděly, že se pacienti testovat nemuseli. Vše záleželo na jejich uvážení a na tom, jestli pociťovali některé z příznaků onemocnění Covid-19. Dále uvedly, že pacienti museli po celou dobu jejich návštěvy dle vládních nařízeních nosit roušku či respirátor. S občasným nedodržením nošení ochranných pomůcek ze stran pacientů se setkala SDP6. MZCR (2020c) uvedlo, že sestry domácí péče mají informovat a požadovat po pacientech a po jejich rodinných příslušnících, aby měli po celou dobu jejich návštěvy nasazené roušky nebo respirátory, popřípadě jinou pomůcku, jenž zabrání možného přenosu infekce.

Třetí kategorie byla pojmenována jako Vliv vládních nařízeních na sestry v domácí péči. První podkategorií bylo Ovlivnění sester vládními nařízeními. V této subkategorii byly sestry domácí péče dotazovány, zda je pandemie Covid-19 a s ní spojená vládní nařízení nějakým způsobem ovlivnila a jak je celkově vnímala. Většina sester vypověděla, že s vydanými opatřeními souhlasila a plně je respektovala. Sestry nejvíce zasáhly vládní nařízení týkajících se ochranných pomůcek, testování a očkování. Stížnost na vládní nařízení uvedly SDP6, SDP8 a SDP9. Připadala jim zmatečná, měnila se ze dne na den, a to mělo dle jejich výpovědí i vliv na péči.

Druhou podkategorií bylo Zhodnocení vládních nařízeních. Sester domácí péče jsme se ptaly, jak by zhodnotily vydaná vládní nařízení týkajících se jejich profese, zda jim některá přišla správná či nikoliv. Většina odpověděla, že vládní nařízení byla podávána chaoticky, což se někdy odráželo i na jejich pracovním výkonu. SDP 4, SDP6 a SDP10 vypověděly, že byly a stále jsou vládou a s nimi spojenými nařízeními dosti opomíjené. Byly také v první linii Covid-19, ale média a vláda je nijak zvláště neřešila. SDP7 chybělo ze strany vlády kladení většího důrazu na edukaci veřejnosti v oblasti

ochranných pomůcek, jelikož se setkala s lidmi, kteří nedbali na pravidelnou výměnu ochranných pomůcek, a tím docházelo k ztracení jejich významu. Jak uvádí Rowe et al. (2020), sestry domácí péče byly také v první linii při poskytování péče během pandemie a poskytovaly bezprostřední péči především starším lidem, kteří patřili v té době do rizikové skupiny, a přesto byly do velké míry vyřazeny z vládních a zdravotních strategií, jež sloužily ke zmírnění přenosu onemocnění Covid-19.

Ve čtvrté zkoumané kategorii s názvem Problémy domácí péče v období pandemie jsme zkoumaly problémy domácí péče v době pandemie Covid-19 z pohledu sestry. První podkategorií byly Největší vlivy na kvalitu při poskytování péče. Zde jsme se sester domácí péče ptaly, co podle nich patřilo v době pandemie k největším vlivům, které ovlivňovaly kvalitu a správnost poskytování péče. Sestry zmiňovaly vlivy jako ochranné pomůcky, nedostatek personálu či psychický tlak způsobený danou situací. Dle SDP2, SDP9 a SDP10 se kvalita péče vlivem pandemie nijak nezměnila. Galanis et al. (2021) zmiňuje, že negativní pocity od pacientů, kolegů či z rodiny se mohou promítat u sester, kde vyvolají obdobné emoce a způsobí emocionální vyčerpanost. U sester se objevovaly nejen pocity stresu a obav, ale také pocity úzkosti, deprese, problémy se spánkem a nespavostí či dokonce posttraumatická stresová porucha. Duševní a psychický stav sester má negativní dopad nejen na ně samotné, ale také i na jejich rodiny a blízké, včetně pacientů a spolupracovníků, a také na jejich poskytování péče. V rámci subkategorie Stížnosti ze stran pacienta nebo jeho rodiny jsme se dotazovaly sester domácí péče na to, zda se setkaly s nějakými stížnostmi ze strany pacientů nebo rodinných příslušníků během pandemie. Sestry ve velké většině vypověděly, že nesetkaly. Rodiny spolu s pacienty byly dle jejich slov chápaví, vstřícní a laskaví k právě probíhající náročné situaci. Avšak SDP7, SDP9 a SDP10 uvedly, že se se stížnostmi setkaly. Nejčastěji se týkaly povinného nošení ochranných roušek a v některých případech se i kvůli agresivnímu chování pacientů péče ukončovala.

Pátá a poslední kategorie byla pojmenována jako Dopad pandemie na práci sester v domácí péči, jenž pojednává o tom, jak pandemie Covid-19 ovlivnila a změnila práci sester v domácí péči. První zkoumanou subkategorií byly Změny a dopady pandemie na práci sester. V této subkategorii jsme zjišťovaly změny a dopady onemocnění Covid-19 na práci sester domácí péče. Výpovědi se lehce lišily, ale převažovaly odpovědi, že pandemie s sebou přinesla strach a obavy. Dále všechny sestry vypověděly, že práce jako taková zůstala stejná, jen docházelo v některých případech k rušení péče, a to u pacientů,

kterým byla poskytována rehabilitace a také bylo nutné po celou dobu návštěvy nosit ochranné pomůcky. Stmelení a soudržnost kolektivu navíc uvedly SDP3 a SDP5. O rušení péče jak ze stran agentur domácí péče či ze stran pacientů se zmínila Rowe et al. (2020), která uvedla, že péče se vlivem onemocnění Covid-19 měnila. Docházelo k rušení domácí péče ze stran pacienta a jeho rodiny, jelikož kvůli vládním příkazům, museli rodinní příslušníci zůstat doma. Pracovali z domova a tím pádem se mohli postarat o pacienta. Dále měli obavy z možného přenosu onemocnění Covid-19 ze stran všeobecných sester, a tak žádali o dočasné přerušování péče. Kvůli nemocnému personálu docházelo k rušení či odkládání návštěv i ze stran agentur. V podkategorii Nově zavedená opatření a nařízení jsme se sester ptaly na to, zda vznikly nebo se zavedly nějaká nová opatření, nařízení či pokyny do jejich práce vlivem pandemie, které i po jejím skončení zůstanou. Všechny vypověděly, že neví, zda nějaká opatření zůstanou i nadále. V další subkategorii s názvem Moderní technologie během pandemie byly sestry dotazovány, zda více využívaly moderní technologie v komunikaci s pacienty během pandemie. Sestry vypověděly, že nejvíce využívaly mobilní zařízení pro komunikaci mezi nimi a pacienty, avšak mobilní telefony využívaly pro svou práci i před pandemií. Nejčastěji je používaly a používají z důvodu ohlášení jejich příchodu či změny péče nebo i z důvodu podpory pacientů, kteří onemocněli onemocněním Covid-19. SDP5 zmínila navíc online školení, během kterého byly poučovány a informovány o dané situaci, o novinkách týkající se pandemie, o nařízeních a podobně. Videokonference a online porady zmínila SDP8 a SDP9. Jak uvádí Leontjevas et al. (2021), pandemie s sebou přinesla poukázání na důležitost významu telekomunikací a telehealth ve zdravotnictví. Telehealth je označení pro poskytování léčby, odborné péče a také podpory a povzbuzení formou videohovorů, prostřednictvím telefonního zařízení, e-mailů a také použitím speciálně k tomu určených aplikací. Pandemie urychlila nástup použití telehealth, nicméně aby využití bylo maximálně přínosné a bezpečné, tak je nutné v této oblasti vzdělávat personál ve zdravotnictví, pacienty i ostatní v oblasti telekomunikací a snažit se zavést telehealth do každodenního života, jak zdravotnického personálu, tak i ostatních lidí. Poslední podkategorií byla Spolupráce s ošetřujícím lékařem pacienta. Sestry domácí péče jsme se ptaly, zda se změnila nějakým způsobem komunikace mezi nimi a ošetřujícím lékařem pacienta během pandemie. Všechny odpověděly, že ošetřujícím lékařům bylo těžší a náročnější se dovolat. Výjimkou byla SDP5, která uvedla, že se komunikace mezi nimi během pandemie nikterak nezměnila. Občasné využívání soukromého telefonního čísla na lékaře zmínily SDP4 a SDP6. Jak uvádí Florence (2021b), pandemie Covid-19 způsobila, že

praktičtí lékaři jsou mnohem více pracovně vytížení, než tomu bylo před touto situací. V nejzasáženějších regionech musí jedna ordinace vyřešit za den až sto hovorů s pacienty, což způsobilo, že jejich pracovní doba se zvýšila, a to na deset či dokonce i více hodin. V ordinacích praktických lékařů způsobuje velký nával i zájem o očkování, a to především aplikace třetí dávky proti onemocnění Covid-19. Jejich vytíženost je dána také administrativními úkony spojenými s onemocněním Covid-19, které je často během jejich práce zpomalují.

6 ZÁVĚR

V diplomové práci na téma Sestra v domácí péči v období pandemie Covid-19 jsme si stanovily tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak sestry v domácí péči zvládaly pečovat o své pacienty v době Covid-19. V dalším jsme zjišťovaly, jak sestry v domácí péči ovlivnila pandemie Covid-19 a vládní nařízení a naším posledním cílem bylo zjistit, jaký dopad měl Covid-19 na práci sester v domácí péči.

Sestry se dokázaly stmelit, vzájemně se podpořit a společnými silami poskytnout kvalitní péči svým pacientům během pandemie Covid-19. I když se na začátku pandemie potýkaly s nedostatkem osobních ochranných pomůcek, se zvýšenou nemocností svých kolegyně, a také s tím, že vláda a její vydané strategie a pokyny na ně na začátku zapomněla. V období pandemie Covid-19 se péče u některých pacientů zrušila, a to u pacientů, u kterých se prováděla rehabilitace a jejich zdravotní stav to umožňoval. Sestry však své pacienty poté vždy kontaktovaly, aby je psychicky podpořily, informovaly o novinkách či si s nimi jen pohovořily.

Tato diplomová práce umožňuje lépe porozumět povinnostem, potřebám a pocitům sester domácí péče právě během pandemie Covid-19. Je důležité si říct, že mnohdy byly právě pouze ony tím jediným kontaktem, který jejich pacient po dlouhou dobu pandemie měl. Pacienti, a především ti dlouhodobě nemocní, berou mnohdy sestry domácí péče jako součást jejich rodiny.

Výsledky diplomové práce mají své využití pro praxi, mohou být dále použity v přednáškách a seminářích pro studenty předmětu Všeobecná sestra na ZSF JU či i pro informování manažerů agentur domácí péče o tom, jak pandemii vnímaly jejich sestry.

7 ZDROJE

1. *Aktuálně o koronaviru*, 2021a. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/>
2. ALLISON, T., et al., 2020. Extreme Vulnerability of Home Care Workers During the COVID-19 Pandemic—A Call to Action. *JAMA Internal Medicine* [online]. 180(11), 1459-1460 [cit. 2022-7-5]. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.3937.
3. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 320 s. ISBN 978-80-271-9307-3.
4. BALLARD, M., et al., 2020. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Global Health* [online]. 5(6), 1-7 [cit. 2022-2-11]. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-002550.
5. BANDINI, J., et al., 2021. Home Care Aide Safety Concerns and Job Challenges During the COVID-19 Pandemic. *A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* [online]. 31(1), 20-29 [cit. 2022-2-11]. DOI: 10.1177/1048291120987845.
6. BAO-LIANG, Z., WEI, L., et al., 2020. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences* [online]. 16(10), 1745-1753 [cit. 2021-11-27]. DOI: 10.7150/ijbs.45221.
7. BÁRTLOVÁ, S., 2009. Ošetřovatelství v systému komunitní zdravotní péče. *Kontakt* [online]. 11(1), 109-114 [cit. 2022-2-6]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2009/01/20.pdf>
8. BØ-LYNG, H., et al., 2021. Healthcare leaders' use of innovative solutions to ensure resilience in healthcare during the Covid-19 pandemic: a qualitative study in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research* [online]. 21(1), 1-11 [cit. 2022-2-12]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06923-1>.
9. BOWERS, B., et al., 2020. End-of-life care during COVID-19: opportunities and challenges for community nursing. *British Journal of Community Nursing* [online]. 26(1), 44-46 [cit. 2022-2-11]. DOI: 10.12968/bjcn.2021.26.1.44.

10. *Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern*, 2021i. [online]. WHO. [cit. 2021-12-3]. Dostupné z: [https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)
11. *Coronavirus disease (COVID-19)*, ©2021b. [online]. WHO. [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
12. *Coronavirus disease (COVID-19)*, ©2021j. [online]. WHO. [cit. 2021-12-3]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
13. *Coronavirus disease (COVID-19)*, c2021i. [online]. WHO. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2
14. *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, 2021. [online]. Our world in data. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
15. *COVID-19 - China*, 2020g. [online]. WHO. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233>
16. *COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated*, 2021k. [online]. WHO. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice>
17. *COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC*, 2021. [online]. World o meter. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdUOA?Si
18. *COVID-19 Dashboard*, 2021. [online]. Johns Hopkins University & Medicine: Coronavirus resource center. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
19. *COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum*, 2020e. [online]. WHO. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
20. *COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR*, 2021. [online]. Onemocnění aktuálně. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>
21. *Člověk, nebo netopýři – kdo může za šíření onemocnění Covid-19?*, 2020a. [online]. Akademie věd České republiky. [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: <https://www.avcr.cz/cs/veda-a-vyzkum/biologicko-ekologicke-vedy/Clovek-nebo-netopyri-kdo-muze-za-sireni-onemocneni-COVID-19/>

22. *Domácí péči čeká od ledna řada novinek*, 2021a. [online]. Florence [cit. 2022-2-3]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/domaci-peci-ceka-od-ledna-rada-novinek/>
23. *Domácí zdravotní péče může výrazně ulehčit nemocním*, 2021. [online]. Charita Olomouc. [cit. 2022-2-11]. Dostupné z: <https://www.olomouc.charita.cz/aktuality/domaci-zdravotni-pece-muze-vyrazne-ulehcit-nemocnicim/>
24. *Domácí zdravotní péče*, 2019. [online]. Asociace domácí péče ČR. [cit. 2022-2-6]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/o-domaci-peci>
25. *Domácí zdravotní péče*, 2020. [online]. Sestřička.cz. [cit. 2022-1-31]. Dostupné z: <https://www.sestricka.cz/domaci-zdravotni-pece>
26. *Doporučení k používání respirátorů a roušek (ústenek) a doporučené třídy ochrany pro vybrané profese*, 2020b. [online]. MZCR. [cit. 2022-2-11]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/doporuceni-k-noseni-respiratoru-a-rousek-ustenek-a-doporucene-tridy-ochrany-pro-vybrane-profese/>
27. *Doporučení poskytovatelům zdravotní péče*, 2020d. [online]. MZCR. [cit. 2022-2-11]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/doporuceni-poskytovatelum-zdravotni-pece/>
28. *Doporučení pro domácí hospicovou péči v ČR*, 2020. [online]. Státní zdravotní ústav. [cit. 2022-2-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/doporuceni-pro-domaci-hospicovou-peci-v-cr>
29. *Doporučení pro poskytovatele domácí zdravotní péče v souvislosti s epidemií onemocnění COVID-19*, 2020c. [online]. MZCR. [cit. 2022-2-11]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/doporuceni-pro-poskytovatele-domaci-zdravotni-pece-v-souvislosti-s-epidemii-onemocneni-covid-19/>
30. DOSTÁLOVÁ, V., et al., 2018. Analýza vývoje počtu pacientů domácí zdravotní péče, hospitalizovaných pacientů a klientů pobytových zařízení sociálních služeb v letech 2000–2016. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 7(3), 99-105 [cit. 2022-6-30]. Dostupné z: https://cello-ilc.fhs.cuni.cz/CEL-19-version1-analyza_vyvoje_poctu_pacientu.pdf
31. DRNKOVÁ, B., 2019. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, s. 140. ISBN 978-80-271-1083-4.

32. *Duševní hygiena zdravotníků*, 2022h. [online]. Covid Portál. [cit. 2022-2-13]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/psychologicka-pomoc/dusevni-hygiena-zdravotniku>
33. *Formy domácí péče*, 2018. [online]. IVAS: Agentura domácí zdravotní péče České Budějovice. [cit. 2022-2-3]. Dostupné z: <https://www.ivas.cz/domaci-pece-informace-pro-pacienty/formy-domaci-zdravotni-pece/>
34. GALANIS, P., et al., 2021. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *JAN – Journal of Advanced Nursing* [online]. 77(8), 3286–3302 [cit. 2022-2-13]. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14839>.
35. GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A., et al., 2021. *COVID-19 Edukácia dospelého pacienta*. Poprad: Infodoktor, o.z., 144 s. ISBN 978-80-973660-1-8.
36. *General Information about COVID-19 & Cancer*, 2022. [online]. ASCO. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://www.asco.org/covid-resources/patient-care-info/general-info>
37. GORDON, C., et al., 2020. Use of personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Nursing* [online]. 29(13), 748–752 [cit. 2022-7-5]. DOI: 10.12968/bjon.2020.29.13.748.
38. HAZINI, A., et al., 2020. The role of palliative care during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 26(5), 198-199 [cit. 2022-2-12]. DOI: 10.12968/ijpn.2020.26.5.198.
39. HOROVÁ, J., BÁRTLOVÁ, S., et al., 2021. Neformální péče o osobu závislou na péči – možnosti podpory a pomoci. *LOGOS POLYTECHNIKOS* [online]. 12(1), 14-28 [cit. 2022-2-4]. Dostupné z: file:///C:/Users/JOHY/Desktop/Logos_1_2021.pdf
40. *Hygiena*, 2020f. [online]. Covid Portál: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/hygiena>
41. CHEN, S.-C., et al., 2020. Nursing Perspectives on the Impacts of COVID-19. *The Journal of Nursing Research* [online]. 28(3), 1-4 [cit. 2022-2-10]. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000389.
42. *Informace o dostupných vakcínách*, 2021g. [online]. Covid Portál: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/informace-o-vakcine/informace-o-dostupnych-vakcinach>

43. *Interim Guidance for Antigen Testing for SARS-CoV-2*, 2021a. [online]. CDC-Centers for Disease Control and Prevention. [cit. 2021-12-6]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.html>
44. *Izolace*, 2021e. [online]. Covid Portál. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/onemocneni-obecne-o-opatrenich/izolace>
45. *Jak se nechat otestovat?*, 2021d. [online]. Covid Portál. [cit. 2021-12-6]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/testovani/jak-se-nechat-otestovat>
46. JAYADEV, P.S., RAMAWAT, V.K., et al., 2020. Perceived stress among nurses during covid-19 outbreak. *International Journal of Multidisciplinary Research* [online]. 1(3), 103-107 [cit. 2022-4-11]. Dostupné z: <https://gfnpsijmr.com/wp-content/uploads/2020/08/Vinit-Final.pdf>
47. JIUMENG, S., WAN-TING, H., LIFANG, W., et al., 2020. COVID-19: *Epidemiology, Evolution, and Cross-Disciplinary Perspectives. Trends in Molecular Medicine* [online]. 26(5), 483-495 [cit. 2021-11-27]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2020.02.008>.
48. KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
49. KELLY, D., et al., 2020. What palliative care can learn from the COVID-19 pandemic. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 26(6), 261-262 [cit. 2022-2-12]. DOI: 10.12968/ijpn.2020.26.6.261.
50. KIM, S.C., QUIBAN, C., et al., 2021. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. *Nursing Open* [online]. 8(2), 900-907 [cit. 2022-4-11]. DOI: 10.1002/nop2.697.
51. KISA, S., 2020. Burnout among Physicians and Nurses during COVID-19 Pandemic. *European Journal of Environment and Public Health* [online]. 4(2) [cit. 2022-4-11]. DOI: 10.29333/ejeph/8447.
52. *Koncepce domácí péče*, 2020a. [online]. MZCR. [cit. 2022-1-31]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
53. KORELUS, P., 2020. *Chybějí tisíce zdravotních sester. Je nutné jejich vysokoškolské vzdělání?*. [online]. Universitas. [cit. 2022-7-1]. Dostupné z:

- <https://www.universitas.cz/aktuality/6364-v-cesku-chybeji-tisice-zdravotnich-sester-je-nutne-aby-mely-vysokoskolske-vzdelani>
54. KÜMPEL, P., et al., 2020. *Doporučený postup SIL ČLS JEP léčby pacientů s onemocněním covid-19*. [online]. Infekce.cz: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/zprava20-132.htm>
55. LEONTJEVAS, R., et al., 2021. Telehealth and telecommunication in nursing homes during COVID-19 antiepidemic measures in the Netherlands. *International Psychogeriatrics* [online]. 33(8), 835-836 [cit. 2022-7-9]. DOI: 10.1017/S1041610221000685.
56. LETHIN, C., et al., 2021. Organizational Support Experiences of Care Home and Home Care Staff in Sweden, Italy, Germany and the United Kingdom during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare* [online]. 9(6), 1-13 [cit. 2022-2-12]. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9060767>.
57. *Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví*, 2020f. [online]. MZCR. [cit. 2022-2-13]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/linka-kolegialni-podpory-pro-pracovniky-ve-zdravotnictvi/>
58. MACHOVÁ, A., et al., 2015. Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. *Florence* [online]. 11(1-2), 19-22 [cit. 2022-2-18]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/1/psychicke-a-fyzicke-faktory-v-profesi-sestry-v-domaci-peci/>
59. MARKKANEN, P., et al., 2021. “It changed everything”: The Safe Home Care qualitative study of the COVID-19 pandemic’s impact on home care aides, clients, and managers. *BMC Health Services Research* [online]. 21(1), 1-14 [cit. 2022-2-12]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07076-x>.
60. *Ministerstvo zdravotnictví iniciovalo vznik linky kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví*, 2020g. [online]. MZCR. [cit. 2022-2-13]. Dostupné z: https://koronavirus.mzcr.cz/ministerstvo-zdravotnictvi-iniciovalo-vznik-linky-kolegialni-podpory-pro-pracovniky-ve-zdravotnictvi/?fbclid=IwAR0Rs5ZqL2xLSUCqqgrHLobLHGGkKkSxZoYGXD RvqmH3_06WcQKMSo0Pdrs
61. *Mutace koronaviru*, 2021a. [online]. Covid Portál. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/onemocneni-obecne-o-opatrenich/mutace-koronaviru>

62. *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*, ©2021a. [online]. WHO. [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
63. *Očkování proti onemocnění covid-19*, 2021b. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/ockovani-proti-covid-19/>
64. *Onemocnění novým koronavirem SARS-CoV-2 (dříve 2019-nCoV), pojmenováno jako „COVID-19“ (coronavirus disease 2019)*, 2020a. [online]. Státní zdravotní ústav. [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/onemocneni-novym-koronavirem-2019-ncov>
65. *Origin of SARS-CoV-2*, ©2020d. [online]. WHO. [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus_origin-2020.1-eng.pdf
66. PFEFFERBAUM, B., et al., 2020. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine* [online]. 383(6), 510-512 [cit. 2022-2-17]. DOI: 10.1056/NEJMp2008017.
67. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetřovatelství I: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN 978-80-271-2327-8.
68. *Pneumonia of unknown cause – China*, 2020f. [online]. WHO. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>
69. *Počet agentur Domácí zdravotní péče (home care)* [online], 2022. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR [cit. 2022-6-30]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/sck/ukazatele-indikatory/pocet-agentur-domaci-zdravotni-pece-home-care>
70. POCHMANOVÁ, K., et al., 2015. *Průvodce domácí péčí*. Praha: Cesta domů, 45 s. ISBN 978-80-905809-2-3.
71. *Praktičtí lékaři „jedou na hraně“*, 2021b. [online]. Florence. [cit. 2022-7-10]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/covid-19/prakticti-lekari-jedou-na-hrane/>

72. *Prevention and response to COVID-19: evolution of strategy and planning in the transition phase for the autumn-winter season*, 2020. [online]. Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità. Rome [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: https://www.iss.it/documents/5430402/0/COVID+19_+strategy_ISS_MoH+%281%29.pdf/f0d91693-c7ce-880b-e554-643c049ea0f3?t=1604675600974
73. *Přehledně: Čtyři druhy testů na přítomnost koronaviru SARS-CoV-2*, 2021b. [online]. Akademie věd České republiky. [cit. 2021-12-6]. Dostupné z: <https://www.avcr.cz/cs/o-nas/aktuality/Prehledne-Ctyri-druhy-testu-na-pritomnost-koronaviru-SARS-CoV-2>
74. *Příznaky*, 2021b. [online]. Covid Portál. Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2021-12-3]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/onemocneni-obecne-opatrenich/priznaky>
75. QUE, J., SHI, L., et al., 2020. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry* [online]. 33(3), 1-12 [cit. 2022-6-30]. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100259.
76. QUINN, M., et al., 2020. Impacts of the COVID-19 Pandemic on Home Health and Home Care Agency Managers, Clients, and Aides: A Cross-Sectional Survey, March to June, 2020. *Home Health Care Management & Practice* [online]. 33(2), 125-129 [cit. 2022-2-10]. DOI: <https://doi.org/10.1177/1084822320980415>.
77. RADVAN, M., BARTEČKŮ, E., et al., 2021. Následná péče po prodělaném covidu-19 a její úskalí. *Vnitřní lékařství*. 67(1), 30-35. DOI: 10.36290/vnl.2021.004.
78. REMR, J., 2020. Potřeby pečujících. In: DRAGOMIRECKÁ, E., et. al. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. Univerzita Karlova: Karolinum, s. 161-185. ISBN 978-80-246-4598-8.
79. ROWE, T., et al., 2020. COVID-19 exposures and infection control among home care agencies. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 91, 1-6 [cit. 2022-7-8]. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104214.
80. SEBASTIANI, G., et. al., 2020. Covid-19 epidemic in Italy: evolution, projections and impact of government measures. *European Journal of Epidemiology* [online]. 35(10), 341–345 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-020-00631-6>

81. *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*, ©2021c. [online]. WHO. [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1
82. *Soubor opatření v oblasti péče o duševní zdraví pro druhou vlnu epidemie COVID-19*, 2020e. [online]. MZCR. [cit. 2022-2-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/Soubor-opat%C5%99en%C3%AD-v-oblasti-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-pro-druhou-vlnu-epidemie-covid-19.pdf?fbclid=IwAR3sD44EnAa2bNxc9jCTAhq-GcCXIoAZoXj4mSxS6B69EeQ0x-Wf5MIG7_g
83. *Srovnání různých typů testů*, 2021c. [online]. Covid Portál. [cit. 2021-12-6]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/testovani/srovnani-ruznych-typu-testu>
84. STERLING, M., et al., 2020. Experiences of Home Health Care Workers in New York City During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Internal Medicine* [online]. 180(11), 1453-1459 [cit. 2022-2-10]. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.3930.
85. STEWART, D., BURTON, E., et al., ©2021. *Sestry jako vedoucí hlas: vize budoucnosti zdravotnictví* [online]. Ženeva: ICN, 60 s. [cit. 2022-6-30]. ISBN 978-92-95099-88-3. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2013/04/ICN-Toolkit_2021_CZ.pdf
86. *Stres a vyhoření*, ©2021. [online]. Opatruj.se. [cit. 2022-2-13]. Dostupné z: <https://www.opatruj.se/dusevni-zdravi/stres-a-vyhoreni?fbclid=IwAR0xYzg58HdLJNr5N5bMBR7xtJY40-0lpmodt3Y0WFjOQvzh6uuPt-Zb4bI>
87. ŠEDO VÁ, L., 2020. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství: pro obor Zdravotně-sociální péče*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 95 s. ISBN 978-80-7394-822-1.
88. ŠVAŘÍČEK, R., et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
89. TÓTHOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., et al., 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt* [online]. 13(2), 129-137 [cit. 2022-2-4]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/283540715_Nazory_lekaru_a_vseobecnych_sester_na_vyhody_a_nevyhody_pece_o_seniory_v_domacim_prostredi

90. TÓTHOVÁ, V., et al., 2010. Uplatnění komunitní sestry v českém zdravotnictví: Předpoklady a překážky. *Zdravotnictví v České republice* [online]. 4(13), 128-132 [cit. 2022-2-6]. Dostupné z: <https://adoc.pub/uplatnni-komunitni-sestry-v-eskem-zdravotnictvi-pedpoklady-a.html>
91. *Tracking SARS-CoV-2 variants*, ©2021h. [online]. WHO. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
92. TROJÁNEK, M., GREBENYUK, V., et al., 2020. Nový koronavirus (SARS-CoV-2) a onemocnění COVID-19. *Časopis lékařů českých*. 2(159), 55-65. ISSN 1805-4420.
93. TRUHLÁŘOVÁ, Z., et al., 2015. *Mezi láskou a povinností: péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus, 121 s. ISBN 978-80-7435-570-7.
94. TYLER, D., et al., 2021. *COVID-19 Intensifies Home Care Workforce Challenges*. [online]. ASPE – The Assistant Secretary for Planning and Evaluation. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://aspe.hhs.gov/reports/covid-19-intensifies-home-care-workforce-challenges#acronym>
95. *Update on Omicron*, 2021ch. [online]. WHO. [cit. 2021-12-3]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/28-11-2021-update-on-omicron>
96. *Using Antibody Tests for COVID-19*, 2021b. [online]. CDC-Centers for Disease Control and Prevention. [cit. 2021-12-6]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests.html>
97. Usnesení č. 113/2022 Sb., Usnesení Poslanecké sněmovny o ukončení stavu pandemické pohotovosti, 2022. [online]. [cit. 2022-7-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 56, s. 1146. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=113/2022%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
98. *Varianty koronaviru SARS-CoV-2*, 2021b. [online]. Státní zdravotní ústav. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/Coronavirus/Zakladni_info/2021_covid_JAR_varianta_web_4.pdf
99. VÉVODA, J., et al., 2018. Psychosociální rizika ve zdravotnictví. *Časopis Lékařů českých* [online]. 157(8), 411-418 [cit. 2022-2-14]. ISSN 1805-4420.

100. VILLA, S., LOMBARDI, A., et al., 2020. The COVID-19 pandemic preparedness ... or lack thereof: from China to Italy. *Global Health & Medicine* [online]. 2(2), 73-77 [cit. 2021-11-27]. DOI: 10.35772/ghm.2020.01016.
101. *Výroční zpráva 2020*, 2020a. [online]. Asociace domácí péče ČR. [cit. 2022-2-12]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/files/documents/eZDEzhEmWUQYnw9QSCwjJrex3kp8adkEfXTQzkwQ.pdf>
102. *Zahlcené záchranky. Tisňové linky blokují pacienti s covidem, kteří nemohou sehnat svého lékaře*, 2020b. [online]. Asociace domácí péče ČR. [cit. 2022-2-12]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/novinky/zahlcene-zachranky-tisnove-linky-blokuj-pacienti-s-covidem-kteri-nemohou-sehnat-sveho-lekare>
103. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2022-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
104. ZELENÍKOVÁ, R., 2016. *Zátěž a stres v práci zdravotnických pracovníků*. [online]. SeniorZone. [cit. 2022-2-13]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/zatez-a-stres-v-praci-zdravotnickych-pracovniku-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Er0GQgsOusWMxu04JrRwIyE/?fbclid=IwAR0Rs5ZqL2xLSUCqqgrHLobLHGGkKkSxZoYGXDRvqmH3_06WcQKMSo0Pdrs

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Otázky pro rozhovory se sestrami domácí péče

Příloha č. 2: Otázky pro rozhovory s pacienty domácí péče

Příloha č. 1: Otázky pro rozhovory se sestrami domácí péče

1. Jak sestry v domácí péči ovlivnila pandemie Covid-19?

- 1a) Jakým způsobem ovlivnila pandemie Covid-19 fyzicky, i psychicky vás a vaše pacienty?
- 1b) Změnila se v něčem vaše práce s příchodem COVID-19? V čem?
- 1c) Pocítila jste nějak na své práci nedostatek zdravotnického personálu (sester v domácí péči) během pandemie? Byl před a během pandemie nedostatek sester v domácí péči? Jakým způsobem jste řešily nedostatek personálu?
- 1d) Je nějaký zásadní rozdíl v pracovních postupech před a v průběhu pandemie? V čem?
- 1e) Jakým způsobem jste vnímala pandemii Covid-19, jak vás ovlivnila? Jakým způsobem jste pandemii překonávala a zvládala?
- 1f) Měla jste možnost se s někým poradit, když jste nevěděla, jak dál postupovat?
- 1g) Musela jste pracovat přesčas během pandemie? Musela jste pracovat přesčas více nebo méně během pandemie? Jak vás to ovlivnilo?

2. Jakým způsobem se sestry v domácí péči chrání před Covid-19?

- 2a) Měla jste problémy s nedostatkem ochranných pomůcek před a během pandemie? Jaký? Kdy ten problém nastal? Jak dlouho trval? Jakým způsobem došlo k odstranění tohoto problému?
- 2b) Změnilo se nějak vlivem pandemie používání ochranných pomůcek? Je nutné teď některé nosit, používat a předtím to nutné/nařízené nebylo?
- 2c) Jakým způsobem jste dodržovala bezpečnou péči o pacienta? Jakým způsobem jste se chránily před onemocněním Covid-19?
- 2d) Měla jste během pandemie od svého zaměstnavatele dostatek informací a školení o pandemii, o onemocnění Covid-19 jako takovém, o tom, jak přistupovat k pacientům, jaká jsou nová nařízení či podmínky ke správné a bezpečné práci?
- 2e) Jakým způsobem se váš zaměstnavatel snažil Vás proškolen v rámci vaší práce a v rámci vzniklé situace okolo pandemie?
- 2f) Bylo nutné nějak testovat pacienta na přítomnost Covid-19 před vaším příjezdem?
- 2g) Musel pacient nosit nějaké ochranné pomůcky během vaší návštěvy?

3. Jak nahlíží sestry v domácí péči na Covid-19 a s ním spojená vládní nařízení?

- 3a) Jakým způsobem sestry v domácí péči ovlivnila pandemie Covid-19 a vládní nařízení?
- 3b) Jak byste zhodnotila nařízení vlády, která se týkala vaší profese, byla některá špatná nebo naopak opravdu prospěšná? Která a jakým způsobem vás ovlivnila? Chyběla vám nějaká?
- 3c) Jaká vládní nařízení se vás jako sester v domácí péči nejvíce dotkla/zasáhla?
- 3d) Udělala byste zpětně něco jinak v rámci své profese v období pandemie? Jiná nařízení, jiné pomůcky, jiná komunikace s pacienty atd.?

4. Jaký je největší problém domácí péče v době pandemie z pohledu sestry?

- 4a) Co byste zlepšila na domácí péči (v rámci nabytých zkušeností z pandemie)?
- 4b) Co podle vás mělo/má největší vliv na poskytování kvalitní péče v tomto období?
- 4c) Je něco, co komplikuje kvalitní péči v tomto období?
- 4d) Setkala jste se s nějakými stížnostmi ze strany pacientů nebo rodinných příslušníků během pandemie? Jaké? Z jakého důvodu?

5. Jak pandemie Covid-19 ovlivnila či změnila práci sester v domácí péči?

- 5a) Jaký dopad měl Covid-19 na práci sester v domácí péči?
- 5b) Jakým způsobem sestry v domácí péči zvládaly pečovat o své pacienty v době Covid-19?
- 5c) Změnila se v něčem vaše práce s příchodem COVID-19? V čem?
- 5d) Vznikla/zavedla se nějaká opatření/nařízení/pokyny do vaší práce vlivem pandemie, které i s jejím odchodem zůstanou? Jaká?
- 5e) Využívala jste nějak více moderní technologie (telefon, sms, videochat, webkamery atd.) v komunikaci s pacienty během pandemie? Jak moc? Které? Proč? Jakým způsobem to ovlivnilo vás a vaší práci?
- 5f) Bylo pro vás lepší se spojit v rámci ochrany sebe a pacienta před onemocněním telefonicky nebo bylo lepší se vystavit riziku a pacienta vidět a pomoc mu osobně?
- 5g) Je pro vás lepší osobní setkání s pacientem nebo prostřednictvím moderních technologií např. po telefonu? Co to pro vás přináší?

- 5h) Byl velký problém pozitivně testovaný pacient na Covid-19, byla mu poskytnuta péče, jakým způsobem?
- 5ch) Byl nějaký odlišný přístup k pacientovi s pozitivním výsledkem na onemocnění Covid-19 oproti negativnímu pacientovi? Jaký?
- 5i) Jakým způsobem se změnila edukace rodiny a pacienta před a během pandemie? V čem konkrétně?
- 5j) Změnila se nějak komunikace mezi vámi a ošetřujícím lékařem pacienta během pandemie? Jakým způsobem a proč?

Příloha č. 2: Otázky pro rozhovory s pacienty domácí péče

- 1) S čím a jak dlouho se léčíte?
- 2) Ovlivnila vás nějak pandemie Covid-19; jak byste to popsal?
- 3) Byl nějaký rozdíl v přístupu sestry před a během pandemie; jak byste to popsal?
- 4) Jak Vás sestra ošetřovala během pandemie/Jakým způsobem docházelo k vašemu ošetření?
- 5) Jakým způsobem sestry s Vámi komunikovaly během pandemie?
- 6) Byl nějaký rozdíl v komunikaci a v použitých technologiích před a během pandemie; jaký?
- 7) Byl jste nakažen onemocněním Covid-19 v době, kdy Vás měla navštívit sestra? Pokud ano, jak jste to řešili?
- 8) Musel jste během návštěv sestry užívat nějaké ochranné pomůcky? (roušky, dezinfekce, očkování, hygiena atd.)
- 9) Byly nařízená nějaká ochranná protiepidemická nařízení přímo od agentur domácí péče?
- 10) Změnila se nějak péče před a během pandemie; jakým způsobem?
- 11) Jak byste hodnotil péči během pandemie?
- 12) Je něco, co byste zlepšil na domácí péči v době pandemie?
- 13) Je něco, co vám chybělo v rámci péče v době pandemie?
- 14) Byly sestry ochotné během pandemie Vás navštívit?
- 15) Měly sestry strach z onemocnění?
- 16) Měl jste strach z onemocnění?
- 17) Věnovala vám sestra vždy dostatek času?
- 18) Pomáhala vám rodina s péčí během pandemie?