



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika poskytování ošetrovatelské péče na
akutních psychiatrických odděleních v souvislosti
s nákazou Covid-19**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lenka Turková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 7. 8. 2023

.....

Lenka Turková

Poděkování

Chtěla bych všem moc poděkovat za jejich pomoc a motivaci během mé bakalářské práce. Děkuji vedoucí své bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za cenné rady a vedení, a také bych jí ráda vyjádřila svou vděčnost za její trpělivost a ochotu věnovat mi svůj čas při diskuzích, konzultacích a nápravách mé práce.

Problematika poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou Covid-19

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou Covid-19.

Teoretická část práce začíná přehledem organizace psychiatrické péče v České republice. Dále se zaměřuje na vybrané akutní stavy pacientů, kteří jsou přijímáni na akutní oddělení psychiatrie, včetně schizofrenie, neurotických, stresových a somatoformních poruch, poruch duševního zdraví způsobených užíváním alkoholu a psychoaktivních látek. Zvláštní pozornost je věnována onemocnění Covid-19 a jeho dopadu na akutní psychiatrická oddělení. Teorie se dále zabývá problematikou poskytování ošetrovatelské péče během pandemie Covidu-19, včetně hygienických opatření.

Empirická část práce je zpracována pomocí kvalitativního šetření s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Pomocí otevřeného kódování byla data rozdělena do tří kategorií a šesti podkategorií. Výzkumný soubor tvořilo 10 informantů. Byly to sestry z různých zařízení, jež pracují na akutních psychiatrických odděleních a které pracovaly na tomto oddělení za doby pandemie covidu-19. Jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje od čtyř do 49 let. Soubor byl vybrán účelovou metodou.

Výsledná část práce je zaměřena na dopady pandemie covidu-19 na akutní psychiatrická oddělení a ošetrovatelskou péči. Výsledky analýzy dat poskytují cenné poznatky o této problematice. Jednou z klíčových zkoumaných oblastí byly změny v provozu psychiatrických oddělení z důvodu pandemie. Některá oddělení byla přeorganizována na specializované covidové oddělení, zatímco jiná byla rozdělena na sekce pro pacienty s onemocněním a bez něj. S tímto opatřením souviselo intenzivní školení personálu pro práci v infekčním prostředí a zvýšené sledování pacientů s ohledem na možnou nákazu.

Klíčová slova

Akutní psychiatrická oddělení, ošetrovatelská péče, Covid-19, pandemie, sestra

The issue of providing nursing care in acute psychiatric wards in connection with the Covid-19 infection

Abstract

This bachelor thesis focuses on the providing of nursing care in acute psychiatric wards in the context of Covid-19 infection.

The theoretical part of the thesis starts with an overview of the organization of psychiatric care in the Czech Republic. It then focuses on selected acute conditions of patients admitted to acute psychiatric wards, including schizophrenia, neurotic, stress and somatoform disorders, and mental health disorders caused by alcohol and psychoactive substance use. Special attention is given to Covid-19 disease and its impact on acute psychiatric wards. The theory also addresses the providing of nursing care during the Covid-19 pandemic, including hygiene measures.

The empirical part of the thesis is developed through a qualitative investigation with a semi-structured interview technique. Using open coding, the data was divided into three categories and six sub-categories. The research population, consisted of 10 informants. They were nurses, from different facilities, who work in acute psychiatric wards and who worked in this ward during the Covid-19 pandemic. Their experience in health care ranges from 4 to 49 years. The sample was selected by purposive sampling.

The final part of the thesis focuses on the impact of the Covid-19 pandemic on acute psychiatric wards and nursing care. The results of the data analysis provide valuable insights into this issue. One of the key areas examined was changes in the operation of psychiatric wards due to the pandemic. Some wards were reconfigured into specialist covid wards, while others were divided into sections for patients with and without the disease. This measure involved intensive training of staff to work in an infectious environment and increased monitoring of patients for possible infection.

Key words

Acute psychiatric ward, nursing care, Covid-19, pandemic, nurse

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Organizace psychiatrické péče v ČR.....	11
1.1.1 Druhy poskytované psychiatrické péče	11
1.2 Vybrané akutní stavy pacientů přijímaných na akutní oddělení psychiatrie a bezpečnostní intervence	14
1.2.1 Schizofrenie	14
1.2.2 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	16
1.2.3 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	16
1.2.4 Poruchy chování a duševní způsobené užíváním psychoaktivních látek .	18
1.2.5 Deeskalační metody	19
1.2.6 Omezovací prostředky a jejich použití v akutních stavech na lůžkovém psychiatrickém oddělení	20
1.3 Onemocnění Covid-19	21
1.3.1 Problematika poskytování ošetrovatelské péče během pandemie Covidu-19 – hygienická opatření.....	23
1.3.2 Dopad Covidu-19 na psychický stav pacientů.....	24
1.3.3 Vliv Covidu-19 na poskytovatele ošetrovatelské péče	24
1.3.4 Komunikace a její význam v době pandemie	26
2 Cíle a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3 Metodika	29
3.1 Použité metody a techniky	29
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	30
4 Výsledky	31

4.1	Struktura výzkumného souboru	31
4.2	Kategorizace dat.....	34
5	Diskuze	41
6	Závěr	47
7	Použité zdroje	48
8	Přílohy.....	56
9	Seznam použitých zkratk	59

Úvod

Každý den máme možnost ovlivnit životy druhých lidí prostřednictvím péče, porozumění a laskavosti, kterou jim věnujeme. Těmito úvodními slovy je vyjádřen významný aspekt lidského života, který se plně projevuje v naší každodenní poskytované péči.

V době pandemie nákazy Covid-19 je nezbytné si uvědomit sílu a význam péče, porozumění a laskavosti jak pro pacienty, tak i pro nás samotné. Tato pandemie představovala nové výzvy a podmínky, které ovlivňovaly poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních. Cílem této práce je prozkoumat, jak se poskytování této ošetrovatelské péče vyvíjelo a přizpůsobovalo novým výzvám v souvislosti s nákazou Covid-19, a jaký vliv měla tato pandemie na psychický stav pacientů i na samotné poskytovatele ošetrovatelské péče.

Během této práce se zaměříme na specifika ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních, včetně komunikace a jejího vlivu v době pandemie, používání deeskalačních metod a omezovacích prostředků při akutních stavech. Dále se budeme zabývat organizací psychiatrické péče v České republice a vybranými akutními stavy pacientů, včetně schizofrenie, neurotických poruch a poruch způsobených užíváním alkoholu či psychoaktivních látek.

Výsledky této práce mohou přinést cenné poznatky pro studenty ošetrovatelství a pro sestry v praxi. Mohly by sloužit jako studijní materiál a poskytnout podněty ke zlepšení poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních, a to jak v období pandemie, tak i v budoucnosti.

1 Současný stav

1.1 Organizace psychiatrické péče v ČR

V České republice je poskytována péče o duševní zdraví v různých formách, a to prostřednictvím vzájemně propojených sítí služeb (Tuček, 2022). Základními články této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení (psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, psychiatrické kliniky) a zařízení systému komunitní péče (Petr, 2014). Kvalitu poskytované péče ovlivňuje do značné míry i její organizace. Reforma organizace poskytované péče měla v České republice probíhat v rozmezí let 2014–2020, přičemž se kladl důraz na rozdělení na různé systémy péče (Winkler a Janoušková, 2013). Primárním cílem této reformy psychiatrické péče je zvýšení efektivity díky včasné diagnóze a odhalení skrytých psychiatrických onemocnění. Díky tomu se začaly vytvářet formy zdravotních služeb, aby jejich účinnost a kvalita byly co největší (Papežová, 2021). Součástí kvalitní poskytované péče jsou oblasti sociální, psychologická, ošetrovatelská a psychiatrická. Cílovou skupinou jsou lidé s duševní poruchou (Petr, 2014). V odvětví psychiatrie je rovněž podstatné zabývat se výzkumem a následnou terapií těchto poruch (Tuček, 2022). Psychiatrická oddělení jsou obvykle součástí nemocnic, ale mohou existovat i samostatně. Tato oddělení jsou určena pro krátkodobou dobrovolnou, ale občas i nedobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou nebo s akutní dekompenzací chronické duševní poruchy (Marková, 2006). Psychiatrické nemocnice jsou určeny pro pacienty všech věkových kategorií. Plní však i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde nejsou psychiatrická oddělení zřízena nebo kde chybí lůžková kapacita (Petr, 2014). Psychiatrické nemocnice jsou, na rozdíl od psychiatrických oddělení, určeny pacientům, kteří vyžadují dlouhodobou hospitalizaci a následnou rehabilitaci (Marková, 2006).

1.1.1 Druhy poskytované psychiatrické péče

Ambulantní péče je základním článkem celé psychiatrické péče (Marková, 2006). První, kdo přichází do těsného kontaktu s nemocným člověkem, bývá většinou zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS), která musí zhodnotit aktuální stav pacienta. ZZS pak následně předá pacienta do ambulantní péče (Todorova et al., 2022). Kontakt v ambulantní péči bývá velmi často dlouhodobý, kontinuální a ambulantní psychiatr se

stává koordinátorem (průvodcem) péče o pacienta (Petr, 2014). Ambulantní péče má za úkol diagnostiku, prevenci, léčbu i následnou rehabilitaci, resocializaci a posouzení duševních poruch. Ambulance mohou koordinovat další postup péče o pacientovo duševní zdraví a provádějí dispenzární péči podle platných předpisů u lidí se závažnou duševní poruchou. Další ambulance jsou specializované, jako například sexuologické, gerontopsychiatrické, pro poruchy příjmu potravy, dále ambulance pro děti a dorost, ordinace pro alkoholismus a toxikomanie. Do této oblasti patří i zajištění péče o pacienty, kteří jsou v ochranné léčbě. Pokud ambulantní psychiatr usoudí, že ambulantní péče je pro pacienta nedostačující, indikuje léčbu v lůžkovém zařízení (Marková, 2006).

Dalším odvětvím psychiatrické péče je lůžková péče, která se dále člení na akutní, následnou a specializovanou. Poskytovatelé musí být schopni přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatologií z celého širokého spektra diagnóz v oboru psychiatrie (Petr, 2014). Tato péče je nepřetržitá a poskytuje se akutně lidem, u kterých nestačí pouze docházet do ambulance, a je proto nutná hospitalizace nejméně na dvacet čtyři hodin. Psychiatrická akutní lůžková oddělení provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Poskytují i konziliární služby pro ostatní oddělení nemocnice (Jones, 2020). Lůžková péče je poskytována dobrovolně nebo nedobrovolně bezprostředně po vzniku nebo při zhoršení psychické poruchy u lidí, kteří v důsledku této poruchy ohrožují sebe nebo své okolí (Petr, 2014).

Nedobrovolná hospitalizace a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta je upravena § 38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění. Toto ustanovení stanovuje situace, kdy lze pacienta hospitalizovat nebo poskytnout neodkladnou péči bez jeho souhlasu. Podle tohoto ustanovení pacienta lze bez jeho souhlasu hospitalizovat v několika situacích. Patří sem případy, kdy mu bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče nebo kdy je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví (zákon o zdravotních službách, 2011). Dále to zahrnuje případy, kdy je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu pacienta. Kromě toho lze pacienta hospitalizovat bez jeho souhlasu, pokud ohrožuje sám sebe nebo své okolí a projevuje známky duševní poruchy nebo je pod vlivem návykové látky a nelze tuto hrozbu odvrátit jiným způsobem. Další situací je, kdy jeho zdravotní stav vyžaduje neodkladnou péči,

a zároveň není schopen sám vyslovit souhlas (zákon o zdravotních službách, 2011). Zákon dále stanovuje pravidla pro hospitalizaci nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností bez souhlasu jejich zákonných zástupců v případě podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání. Pokud jde o poskytování neodkladné péče bez souhlasu pacienta, je to povoleno pouze v určitých případech. Patří sem situace, kdy pacient není schopen souhlasit z důvodu svého zdravotního stavu, nebo kdy trpí vážnou duševní poruchou, která by mohla vážně ohrozit jeho zdraví. Důležité je také, že zákon určuje povinnost informovat určité osoby o hospitalizaci pacienta, a to i bez jeho souhlasu, pokud je to nezbytné pro zajištění jeho péče (zákon o zdravotních službách, 2011). Pokud není známa žádná osoba, kterou by bylo možné informovat, poskytovatel má povinnost informovat Policii České republiky. Kromě toho zákon umožňuje poskytnout bez souhlasu pacienta jiné zdravotní služby, stanoví-li tak zákon o ochraně veřejného zdraví, a záchrannou službu. Toto ustanovení má klíčový význam pro situace, kdy je pacientův stav tak závažný nebo náhlý, že vyžaduje neodkladnou péči nebo hospitalizaci, a přitom není možné získat jeho souhlas včas (zákon o zdravotních službách, 2011).

Následná lůžková péče je určena nemocným, u nichž byl ukončen diagnostický proces a nastavena terapie. V této péči jsou pacienti, kteří prokazují psychopatologii, a proto nemohou být propuštěni do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociální péče (Petr, 2014). V této fázi péče není možné hospitalizovat pacienta bez jeho souhlasu, pokud se nejedná o velmi vážnou duševní poruchu, při které je zapotřebí pokračovat v léčebné terapii, aby nedošlo k vážnému poškození zdraví pacienta (zákon o zdravotních službách, 2011).

Lůžková péče specializovaná je zaměřena na určitou diagnózu, věk či způsob léčby (např. léčba poruch příjmu potravy, závislostí, gerontopsychiatrických pacientů). V tomto případě mohou být lůžka akutní i následná (Petr, 2014).

Komunitní péče v psychiatrii je široký soubor služeb, programů a zařízení, kde si poskytovatelé kladou za cíl pomoci klientům s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Snaha podpořit pacienty ve vedení života co nejspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby (Petr, 2014). Cílem této péče je kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, podpora vztahů

s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou jsou tak nejenom pacienti s duševní poruchou, ale i rodinní příslušníci. Komunitní péči můžeme rozdělit na krizová psychiatrická centra, mobilní krizové týmy a denní stacionáře. Komunitní sestry v psychiatrii provádí svou práci v přirozeném prostředí pacienta. Provádějí case management (případová studie), individuální rehabilitace i krizové intervence, posuzují stav pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracovávají krizový plán, pečují o somatický stav pacienta, psychoedukují pacienta i jeho blízké, trénují komunikační dovednosti a techniky zaměřené na zvládání běžných situací a další koordinace potřebných služeb (Pěč, 2022).

1.2 Vybrané akutní stavy pacientů přijímaných na akutní oddělení psychiatrie a bezpečnostní intervence

Podle zjištění v ÚZIS z ročenky z roku 2021 jsou nejčastějšími akutními stavy přijímaných na akutní oddělení psychiatrie tyto: schizofrenie, neurotické, stresové a somatoformní poruchy, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022).

1.2.1 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které patří do skupiny psychotických onemocnění. Prvním ustáleným názvem pro toto onemocnění se stal pojem *dementiae praecox* v roce 1896. V roce 1911 použil poprvé známý švýcarský psychiatr Eugen Bleuler slovo *schizofrenie*, a také použil poprvé slovo primární symptomy, kam zařadil poruchy asociací, poruchy efektivity, autismus a ambivalence. Schizofrenie u nemocného významně narušuje schopnost adekvátně vnímat podněty z okolí tak, jak jsou, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě. Epidemiologie této nemoci je rozdílná v různých kulturách, mezi rasami i na jednotlivých kontinentech. Může být diagnostikována i v dětském věku, ale je to velmi ojedinělé. Mezi pohlavím je rozdíl jen ve věku. U žen je to mezi dvacátým druhým až třicátým čtvrtým rokem a u mužů nejčastěji mezi šestnáctým a dvacátým pátým rokem. Etiologie u tohoto onemocnění není známa. V dnešní době se vychází z teorie, že toto onemocnění je podmíněno multifaktoriálně ve shodě s mnoha patogenetickými vlivy (Raboch et al., 2012). Další teorií je teorie zátěže a dispozice, kdy si každý pacient nese určitou míru dispozice a ta se v běžném životě setkává se zátěží. Průběh a prognóza se objevují v době dospívání

nebo rané dospělosti. Rozvoj je většinou postupný. Prvních projevů si rodina ani přátelé většinou nevšimnou, přikládají je normálnímu chování a často to přirovnávají k těžkému období, které pomine. Časté bývají uzavřenost, pasivita, introvertnost a snížený kontakt s rodinou a blízkými. Taktéž bývají přítomny poruchy spánku, neurčité bolesti hlavy a poruchy pozornosti. Při dalším rozvoji se u nemocného může objevit nové zaujetí vírou, okultismem, zvláštnosti v oblékání a chování, rozklady nálad, podrážděnost, vztahovačnost, úzkost, neklid, výrazná nespavost a přechod z režimu spánku do bdění. Postupem času dochází k rozvoji bludů a halucinací, až nakonec dojde k úplnému propuknutí akutních příznaků neboli atak, které se střídají s ústupem příznaků (Raboch et al., 2012). Schizofrenie je léčitelné onemocnění a přibližně třetina pacientů se vrátí k běžnému životu. Při léčbě se používají jako základ psychofarmaka většinou ze skupiny antipsychotik. Pokud léky nefungují, může se přistoupit k elektrokonvulzivní terapii (Peterková, 2023). Ošetrovatelská péče o tyto pacienty se orientuje podle obsahu bludů a halucinací. V akutní fázi je nutné navázat s pacientem kontakt a zajistit bezpečí pro pacienta i jeho okolí. V této fázi může mít agrese na okolí nebo na sebe samého charakter obrany, kdy pacient pod vlivem psychózy chce utéct, bojovat se zdravotníky, nebo se pokusit o sebevraždu. Pokud to situace vyžaduje, mohou být použity omezovací prostředky. Sestra by pacientovi měla pomoci s orientací v čase a prostoru. Dodržujeme mezi pacientem bezpečnou vzdálenost, která by měla být na délku jedné paže. Důležité je myslet na to, že člověk se chová násilně především proto, že nevidí v danou chvíli jinou alternativu (Petr, 2014).

Ošetrovatelská péče u pacienta se schizofrenií je specifická tím, že se u pacienta mění celá jeho osobnost. Toto onemocnění patří mezi nejzávažnější duševní poruchy. Pokud se pacient nachází v akutní fázi tohoto onemocnění, je nutné zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí. To znamená více zdravotníků, dostatek prostoru mezi zdravotnickým personálem a pacientem, zvonek pro přivolání pomoci kolegů a zajištění únikové cesty pro případ nouze (Brigantová, 2011). Z tohoto důvodu je v některých případech nutné použít omezovací prostředky. V tomto okamžiku by sestra měla klást důraz na klidný a rozhodný přístup. Nesmíme zapomenout odůvodnit, proč je toto omezení platné, a to jak pacientovi, tak jeho rodinným příslušníkům. Pokud s námi pacient nespolupracuje, většinou se léky podávají intramuskulárně a sestra poté sleduje jejich účinek.

Po odeznění akutního stadia sestra sleduje užívání léků, zda je pacient někde neshromažďuje, snaží se pacienta aktivizovat a zařadit ho do běžného života (Brigantová, 2011).

1.2.2 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy jsou poruchy způsobené stresem a jsou spojeny do jedné velké skupiny, a to hlavně pro své společné příčiny a historické souvislosti s pojmem *neuróza* (Raboch et al., 2012). Jako neurózu označujeme funkční duševní poruchu bez patrného poškození mozku (Vokurka a Hugo, 2008). Tyto poruchy vznikají v důsledku působení psychosociálních vlivů a nepříznivého dopadu, což se doplňuje se zranitelností osobnosti jedince. Pojem *neuróza* poprvé použil W. Cullen v roce 1789. Jedná se o poruchu adaptace jedince na prostředí a na sebe samého. Je zachován kontakt s realitou. Epidemiologie tohoto onemocnění je taková, že patří mezi nejčastější poruchy zdraví. Některé zdroje uvádějí, že až 20 % celé populace trpí v některém období života výraznými neurotickými příznaky. Průběh u této nemoci může být krátkodobý i dlouhodobý. Prognóza je příznivá, až na těžké formy obsedantně-kompulzivní poruchy a na poruchy s depresivními rysy. U některých těžkých forem hrozí i suicidální chování (Raboch et al., 2012). Léčba sestává většinou z kognitivně-behaviorální psychoterapie a psychofarmak (Kulísková, 2011). V ošetrovatelské péči se u neurotických poruch často setkáváme s následujícími rysy: nemocní často projevují problémy ve vztazích s okolím, vyhýbají se konfliktům a tendují k odkládání řešení nepříjemných situací. Psychiatrickou péči vyhledávají až v okamžiku, kdy jim symptomy znemožňují běžný životní styl. Navázání vztahu s pacientem představuje základní předpoklad pro úspěšnou léčbu. Nemocní často vykazují opatrnost, nedůvěřivost a buďto se uzavírají, nebo naopak svými problémy přetěžují ostatní. Sestra, která je s pacienty v úzkém kontaktu, má možnost je podněcovat k aktivitě a podporovat navázání vztahů s okolím (Marková, 2006).

1.2.3 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

Už staří Řekové říkali, že kdo pije mnoho vína a vodou ho neředí, ten bude mít černou budoucnost. V dnešní době se alkohol řadí mezi nejčastěji zneužívané psychoaktivní látky na světě, avšak jako jedna z mála zneužívaných návykových látek je dnes alkohol ve velmi malém množství doporučen některými psychosomatickými lékaři jako prevence např. ICHS nebo DM II. typu. V nízkých koncentracích vyvolává

u člověka pocit nabuzení, zatímco ve vyšších dávkách má spíše tlumivý účinek. Škodlivé užívání alkoholu se objevuje ve všech vrstvách. Studie o adopcích dokazují genetické predispozice k alkoholismu. Děti, které pochází z rodin alkoholiků, mají vyšší riziko vzniku závislosti na alkoholu než děti abstinentů. Hodnocení a stav pacienta můžeme posuzovat podle laboratorních nálezů, např. dle zvýšeného GMT, typickým nálezem je makrocytóza červené krevní řady. Při komplexním vyšetření u pacienta odebíráme anamnézu, zjišťujeme historii a vývoj užívání alkoholu, kdy se ptáme otevřeně, co konzumují a v jakém množství. U těchto pacientů se nejčastěji používají otázky z CAGE-dotazníku (Praško a Látalová, 2013). Průběh závislosti na alkoholu bývá často chronický a letitý. Pokud není pacient léčen, dojde postupně k somatickému chýtrání, degradaci osobnosti a v konečné fázi ke smrti, například v důsledku krvácení do gastrointestinálního traktu, hepatálního selhání nebo v důsledku úrazu. Léčba psychofarmaky proti závislosti neexistuje, stejně tak není jedna efektivní psychoterapie. Každý pacient je individuální a u každého se musí brát v potaz míra závažnosti návyku. Hlavní metodou léčby je krátká intervence, kdy se snažíme pacienta hlavně motivovat. Pacientovi mohou pomáhat léky, které snižují chuť na alkohol. Můžeme mu také doporučit různé organizace, kam patří například Anonymní alkoholici (AA), kde může v rámci motivace navštěvovat systém 12 kroků (Praško a Látalová, 2013).

Po přijetí do nemocničního zařízení dochází vlivem odnětí alkoholu k fázi zvané delirium tremens. V této fázi musí sestra upnout svou pozornost k následujícím oblastem: příjem stravy a tekutin, projevy abstinčních příznaků, suicidiální riziko, sebepéče, spánek a odpočinek, projevy úzkosti, strachu a další duševní poruchy. Je nezbytné sledovat příjem potravy a tekutin a pečlivě zaznamenávat relevantní informace do dokumentace. Pacienti v deliriu často trpí zrakovými a sluchovými halucinacemi a bludy (Júzová, 2019). Proto musí sestra zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí. Panické stavy u pacienta mohou vyvolat agresi a neklid. V případě ohrožení pacienta nebo jeho okolí je možné použít omezovací opatření po omezenou dobu, nezbytnou k zajištění bezpečnosti. Sestra také monitoruje životní funkce pacienta a hodnotí stupeň poškození vědomí. Je důležité si uvědomit, že pacient má právo odmítnout léčbu a ošetrovatelský tým musí toto rozhodnutí respektovat. Kromě spolupráce pacienta ovlivňují léčbu i ošetrovatelskou péči, poruchy mezilidských vztahů, poruchy vnímání, popírání skutečností, poruchy paměti a orientace a mnoho dalších skutečností (Júzová, 2019).

Ošetrovatelská péče u pacienta se závislostmi je specifická tím, že se pacient cítí špatně jak po psychické, tak i po fyzické stránce, což jej přivádí do tělesné, psychické a sociální nepohody (Brigantová, 2011). Opět jako u předchozího onemocnění záleží na tom, v jakém stadiu se pacient nachází. Vezměme si například pacienta se závislostí na alkoholu, u kterého probíhá odvykací akutní fáze, což je v tomto případě delirium tremens neboli alkoholové delirium. Jedná se o akutní stav, který je náhlý a kolísá u něj stav vědomí. Takový pacient bude zmatený, může mít halucinace a bludy, a proto bývá často nebezpečný sobě i svému okolí, může dojít i k sebevraždě (Brigantová, 2011). Sestra musí v první řadě přizpůsobit pacientovi prostředí, aby se v něm dobře orientoval, například klidný a nekonfliktní personál. Sestra volí klidný a laskavý přístup a mluví k pacientovi jasně, srozumitelně a klidně, a také musí odstranit potenciálně nebezpečné předměty. Po odeznění akutní fáze by se sestra u takového pacienta měla zajímat o náhled na pacientův problém závislosti a vést ho k zodpovědnosti za své konání. Dále sleduje užívání léků a měla by informovat pacienta i jeho rodinu o závislosti a jejím špatném vlivu na organismus. Může také doporučit nezdravotnické organizace, které pomáhají lidem se závislostí. Cílem je pacienta zapojit do běžného života a docílit u něj život bez závislosti (Brigantová, 2011).

1.2.4 Poruchy chování a duševní způsobené užíváním psychoaktivních látek

Už od samého začátku dějin užívají lidé psychoaktivní látky na povzbuzení, radost nebo jako útěchu, kvůli léčebným či duchovním účelům, někdy ve společnosti a na kulturních akcích. Pojem *droga* byl v minulosti definován jako sušený rostlinný či živočišný materiál určený k léčebnému použití. V současnosti je popisována jako látka přírodní či syntetická, která splňuje dva požadavky. Tím prvním je ovlivňování právě prožívané reality a druhým požadavkem je možné vytvoření závislosti na dané látce (Vokurka a Hugo, 2008). Podle národního zdravotnického informačního portálu (NZIP) můžeme tyto látky rozdělit hned do několika skupin: podle původu na uměle vytvořené a přírodní, podle legislativy dané země na legální a nelegální, a podle účinků na lidskou psychiku na látky tlumivé, halucinogenní a stimulační. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti zveřejnilo zprávy o nelegálních drogách v České republice z roku 2022, kde statistiky ukazují, že nejčastěji užívanými drogami jsou konopné látky, extáze (tzv. taneční droga), ve velmi malém procentu pak zastoupený pervitin nebo kokain (Chomynová et al., 2022). Fáze poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek jsou čtyři. První je experimentování, kdy hlavně mladí lidé kupují tyto látky a chtějí je

vyzkoušet s přáteli, většinou reagují na nátlak vrstevníků, nebo starší lidé, kteří se chtějí léčit sami zpravidla kvůli rozvodu, ztrátě rodinného příslušníka nebo ztrátě zaměstnání. Druhá fáze je pravidelné užívání, například před předvídanou situací pocitu osamělosti nebo rozrušení (Chvíla, 2002). Třetí je zvyk, při kterém člověk užívá drogu navzdory emocionálnímu, sociálnímu a fyzickému poškození. V této fázi si osoba neplní povinnosti a vytvoří si toleranci na látku. Poslední, čtvrtou fází je závislost. Taková osoba nemá nad užíváním látky žádnou kontrolu. Závislá osoba pociťuje nekontrolovatelnou touhu, hledá možnosti, jak drogu za každou cenu získat (Chvíla, 2002). Drogová závislost neboli narkomanie snižuje schopnost přirozeně reagovat na běžné stimuly. V pozdějších a vážnějších stádiích narušuje pacientům společenské a sociálně běžné činnosti, a nakonec po trvalém poškození dlouhodobým užíváním selhávají životně důležité orgány. Příznaky požití drogy jsou v řádech minut, například euforie, extrémní výdrž či halucinace. Záleží na druhu užití drogy (Chvíla, 2002). Oční zorničky u pacienta mohou být větší, nebo naopak menší. Po vyprcháání užití drogy se může objevit rozrušení, třes, krvácení z nosu, otok obličeje, výkyvy nálad, nezákonné chování, jako například krádeže nebo asociální chování. Tato porucha se diagnostikuje na základě důkladného posouzení po konzultaci s psychiatrem, sledováním krevních testů a testů moči. Léčba se nastavuje individuálně, a to v závislosti na okolnostech a na druhu užívané látky. Stejně na tom je poskytování ošetrovatelské péče, která se poskytuje podle toho, v jakém stadiu nemoci se pacient nachází. Pokud jde o akutní fázi, například u pacienta v deliriu, sleduje sestra somatický a psychický stav nemocného a vyhodnocuje potenciální problémy. V ošetrovatelských intervencích bychom se měli zaměřit hlavně na prevenci sebepoškození nebo poškození jiné osoby, a kvůli zkrácenému vnímání například i na dobré osvětlení v místnosti a prostorovou orientaci. Dále monitorujeme fyziologické funkce, odstraníme potenciálně nebezpečné předměty a zjišťujeme, jak pacient vnímá celou situaci z hlediska monitorování hladiny úzkosti, Jde o progresivní onemocnění, které pokud nebude léčeno, se bude časem zhoršovat (Randáková Modes, 2014).

1.2.5 Deeskalační metody

V psychiatrii hrají deeskalační metody klíčovou roli při zacházení s pacienty v akutních psychiatrických stavech. Slovo *deeskalice* znamená uklidnění, uvolnění napětí nebo zmírnění konfliktu. Tato metoda se stala v dnešní době celosvětovým zdravotnickým trendem a používá se u neklidných, rozrušených či agresivních pacientů. Navíc snižuje

riziko spuštění dalšího konfliktu s pacientem, proto pokud to situace dovolí, měla by to být první volba sestry při vyhrocených situacích (Páv, 2021). Ve zdravotnictví je to způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Každá sestra se během své kariéry na psychiatrickém oddělení setká s agresivním pacientem. Deeskalace má tři kroky. Prvním z nich je vyhodnocení situace, kdy zjišťujeme, co se děje, proč se to děje, co se bude dít dále, a podle toho navrhujeme vhodné intervence (Vevera et al., 2018). Druhým krokem je správná komunikace a třetím krokem vyjednávání. Při zvládání agrese je nutné zachovat klid (pokud to nejde, měli bychom alespoň klidně vypadat) a získat čas. Pokud použijeme správný postup deeskalace, dokážeme předcházet násilí, vyhroceným konfliktům a další traumatizaci pacienta (Vevera et al., 2018). Při aplikaci této techniky klademe důraz na to, aby pacient sám získal kontrolu nad svým jednáním, nikoliv abychom pacienta jen zklidňovali, protože tato metoda je specifická terapeutická technika, která si klade za svůj hlavní cíl navrátit pacientovi sebekontrolu (Páv, 2021).

1.2.6 Omezovací prostředky a jejich použití v akutních stavech na lůžkovém psychiatrickém oddělení

Kromě deeskalačních metod se v psychiatrii často diskutuje také o omezovacích prostředcích, které slouží jako poslední opatření při řešení akutních situací u neklidných a agresivních pacientů (Páv, 2021). Omezovací prostředky jsou prostředky, které pacientovi znemožňují volný pohyb. Jejich podmínky využití upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, a § 39 odst. 1 a 2 zákona, v platném znění, který se vztahuje k omezení volného pohybu pacienta (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2012). Používají se výjimečně, a to v případě, pokud pacient svým jednáním ohrožuje sebe nebo své okolí, a to pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití. Omezovací prostředky indikuje vždy lékař. Není-li však lékař přítomen a nastane situace, která bude vyžadovat neodkladné řešení, může ve výjimečných případech rozhodnout o použití i druhu omezovacích prostředků všeobecná sestra. Ta poté co nejdříve informuje lékaře, který rozhodne o dalším trvání, nebo ukončení omezení. Měli bychom si uvědomit, že fyzické omezení může pacient vnímat jako agresivní akt, který může zhoršit spolupráci, a prodloužit tak dobu hospitalizace, a u některých pacientů to může být velice traumatizující zážitek (Páv, 2021). Pokud se tyto prostředky použijí, musí být bez zbytečného odkladu proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Záznam obsahuje indikaci, specifikaci druhu,

důvod a účel použití omezovacích prostředků a stanovení intervalů kontroly, dále čas zahájení a čas ukončení. Nesmí chybět ani záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodu aplikace a zdravotní stav pacienta v době omezení. V záznamu musí být mimo jiné uvedeno, kdo prostředek indikoval, a jestliže je pacient neplnoletý nebo nesvéprávný, pak zda byl informován jeho zákonný zástupce nebo opatrovník. Na základě kontroly nebo vyšetření lékař rozhodne, jestli omezení ukončí, bude omezení nadále pokračovat, nebo zvolí jiný postup. Když lékař vyhodnotí, že je omezovací prostředek neefektivní, nevhodný nebo rizikový pro pacienta a nelze omezení ukončit, může ho změnit nebo kombinovat. Po celou dobu lékař s pacientem komunikuje a informuje ho o průběhu až do ukončení. Novela zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a o podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, platná od 1. 1. 2022, zahrnuje omezovací prostředky, které se mohou použít k omezení pacienta, patří sem omezení pacienta ochrannými pásy nebo kurty, omezení v uzavřené místnosti, omezení ochranným kabátkem, omezení úchopem, podání psychofarmak, popřípadě jiných léčivých přípravků, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí jeho chování nebo kombinace výše zmíněných (Běhounek, 2022).

1.3 Onemocnění Covid-19

Definice světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen „WHO“) říká, že onemocnění Covid-19 je akutní infekční onemocnění způsobené virem SARS-CoV-2. WHO toto onemocnění poprvé zaznamenala v Číně ve městě Wu-chan v prosinci 2019 a virus se rychle rozšířil do dalších zemí po celém světě. To vedlo tuto organizaci k vyhlášení ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu dne 30. ledna 2020 a dále k charakterizaci epidemie jako pandemie, a to dne 11. března 2020 (World Health Organization, 2023). Zdrojem této nákazy je infikovaný jedinec s příznaky i bez příznaků tohoto onemocnění. Přenáší se vzdušnou cestou, aerosolem nebo kapénkami, například při kašli, kýchání nebo zpěvu. Může se zanést do nosu, očí nebo úst. Inkubační doba této nemoci je v rozmezí dvou až 14 dní, nejčastěji však čtyři až šest dní. Nemoc se může projevovat suchým dráždivým kašlem, dušností, rýmou, bolestí nebo škrábáním v krku. Mezi celkové projevy patří horečka, únava, malátnost, průjem, nechutenství, bolesti svalů, ztráta čichu a/nebo chuti. Abychom prokázali onemocnění Covid-19, můžeme provést hned několik vyšetření. Provádíme je hlavně laboratorními a zobrazovacími metodami, například rentgenem plic. Za prvé test na přímý průkaz SARS-CoV-2 metodou PCR-stěru (Dlouhý et al., 2022). Jedná se o test na

přítomnost určité části genetického kódu a používá se pro odhalení konkrétního mikroorganismu. U testování na výskyt viru SARS-CoV-2 u jedince se jedná o výtěr ze zadní části nosohltanu (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Druhým přímým průkazem tohoto viru je antigenní test, takzvaný rychlotest. Ten zjišťuje virové bílkoviny a je schopen odhalit nakažené jedince na vrcholu infekce. Tehdy virové bílkoviny SARS-CoV-2 totiž dosahují nejvyšší koncentrace a riziko přenosu této nákazy je nejvyšší (CovidSpot, 2022). Mezi nepřímé ukazatele patří laboratorní nález C-reaktivního proteinu, které může být mnohdy vyšší než u jiných respiračních nemocí způsobených virem. Dále může být přítomna leukocytóza, leukopenie, lymfopenie a budou narůstat D-dimery, které mohou signalizovat možnou embolii nebo trombózu. Léčba závisí na posouzení stavu a zvážení vyššího rizika progresu u pacienta. U mírného a středně těžkého prokázaného onemocnění můžeme podat antivirotika, například Remdesivir, Molnupiravir nebo Nirmatrevil. Další léčba je symptomatická podle projevů nemoci u pacienta. Do specifické léčby bychom měli zařadit hlavně antikoagulační léčbu u pacientů se středně těžkým až těžkým průběhem z důvodu zvýšeného rizika trombózy. Nesmíme vynechat léčbu opiátem Morphinem, který tlumí dechovou činnost, a tím snižuje její frekvenci a stres (Dlouhý et al., 2022).

Bezpečnostní opatření pro pandemii Covidu-19 vydávalo Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „MZ“). Jedno z prvních dohledatelných zdravotnických opatření bylo vydáno 7. 3. 2020, kde MZ nařizuje všem osobám s trvalým a přechodným pobytem, i pobývajícím nad 90 dní či zaměstnaným na území České republiky, kteří se navrátí z pobytu na území Italské republiky do České republiky, aby neprodleně po příjezdu informovali své poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, nebo praktické lékařství pro děti a dorost, kteří rozhodnou podle § 2 odst. 7 písm. a) zákona č. 258/2000 Sb., zda jim bude nařízena karanténa v délce 14 dnů. S tím souviselo hned další mimořádné opatření ze dne 8. 3. 2020, které se týkalo osob, jež podle krajské hygienické stanice byly v kontaktu s pacientem, u kterého byla laboratorně potvrzena nákaza koronavirem SARS-CoV-2. Co se ale týká psychiatrických pacientů, nejvíce se jich dotýkalo mimořádné opatření MZ o zákazu návštěv ve zdravotnických zařízeních s lůžkovou péčí ze dne 9. 3. 2020, výjimku však měli nezletilí pacienti, pacienti s omezenou svéprávností, rodičky, pacienti v hospicích a další pacienti v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění. Pro akutní lůžkovou péči bylo ke dni 25. 3. 2020 vyhlášeno opatření, které nařizuje postup při vstupu do

zdravotnického zařízení či při hospitalizaci pacienta, kde se klade důraz na správné provedení a stanovení pravidel u tiráže akutního stavu pacienta (Mimořádné opatření, 2020).

1.3.1 Problematika poskytování ošetrovatelské péče během pandemie Covidu-19 – hygienická opatření

V pandemii Covidu-19 dostala prevence nález, která je spojena s poskytováním zdravotnických služeb, nové rozměry, u kterých je nutné ochránit zdravotnický personál a pacienty. K plošným opatřením proti infekci SARS-CoV-2 patří vyhledávání a izolace osob. Tam můžeme zahrnout osoby s podezřením na infekci i s potvrzenou infekcí. V těchto případech před vstupem do zdravotnického zařízení musely osoby projít tirážním místem, kde jim byly rozdány dotazníky, jež museli bezpodmínečně vyplnit, jinak by nebyli vpuštěni do zařízení. Toto místo mělo být viditelně označeno, doporučovaly se i piktogramy a použití textu ve více jazycích. Dalším preventivním opatřením bylo u pacienta, který přicházel k hospitalizaci, a bylo u něj podezření na infekci, nebo patřil do rizikové skupiny, udělat antigenní test. Jako organizační opatření se v nemocničních zařízeních musely vybudovat takzvané covid-čekárny, covid-ambulance, speciální odběrová místa a izolační lůžka, která byla vyhrazena pro pacienty, kteří buďto jsou nakaženi virem SARS-CoV-2, nebo jsou v izolaci či karanténě. K takovým pacientům se přistupovalo s použitím osobních ochranných pomůcek (dále jen „OOP“) v izolačním režimu (Dlouhý et al., 2022). Ochrana zdravotnických pracovníků je zajišťována pomocí osobních ochranných pomůcek (OOP), které slouží k minimalizaci rizika nákazy tím, že zakrývají exponované části těla. Mezi tyto ochranné pomůcky patří: celotělové kombinézy s ochrannou obuví nebo návleky na obuv. Tyto kombinézy chrání tělo zdravotnického pracovníka před kontaminací. Obličejové ochranné štíty, které slouží k ochraně obličeje, zejména očí a sliznic, před možným postříkem nebo kapénkovou infekcí. Obličejové masky a polomasky s filtry různých kategorií. Tyto masky filtrují vzduch a brání pronikání částic, aerosolů nebo kapének s potenciálně nakažlivými činidly. Respirátory různé kategorie, typy a míry ochrany. Respirátory jsou účinnějším typem ochrany dýchacích cest, který chrání před aerosoly a částicemi ve vzduchu. Důkladné používání a správné nošení těchto osobních ochranných pomůcek jsou klíčové pro minimalizaci rizika nákazy zdravotnických pracovníků a ochranu jejich zdraví (Saibertová a Pokorná, 2021). Je nutné proškolit zdravotnický personál o správném používání OOP. Absolutní

bezpečnostní prioritu mají zdravotníci, kteří jsou vystavováni riziku nákazy, a proto mají přednost s očkováním. Nedílnou součástí a jednou z nejdůležitějších jsou kvalitní úklid a dezinfekce prostorů i povrchů dezinfekčními prostředky s virucidní účinností. Doporučuje se například pravidelná vaporizace peroxidem vodíku (Dlouhý et al., 2022).

1.3.2 Dopad Covidu-19 na psychický stav pacientů

Hlavní strategií v boji proti viru jsou izolace a sociální distancování, což vedlo Ministerstvo zdravotnictví k omezování volného pohybu a narušování sociálních struktur. Sociální izolace a osamělost se pojí s problémy duševního zdraví, které – jak se později ukázalo – byly výrazně trvalejší než samotná infekce (Zhu et al., 2022). A tak tato pandemie na některých jedincích zanechala určitou stopu na psychickém zdraví, a to v důsledku velkého strachu z nákazy, nucené a potřebné izolace, omezených aktivit, ztráty svobody, a kvůli možnému odpoutání od svých blízkých, rodin a přátel. Vlivem této větší psychické zátěže se u lidí daleko častěji objevovaly úzkosti, strach, deprese, poruchy a výkyvy nálad, bušení srdce, nespavost, a v některých případech i sebevražedné tendence. Nejvíce se to však dotklo lidí a pacientů, kteří už psychické problémy měli. Tyto pacienty pandemie koronaviru zasáhla nejvíce, protože na jejich zdraví byla kladena daleko větší zátěž než na ostatní psychicky zdravé jedince (Hakszer, 2022). Pandemie covidu-19 téměř jistě ovlivnila poskytování péče o duševní zdraví, a to mnoha způsoby. Zvýšená úroveň úzkosti totiž může v populaci vyvolat psychiatrickou krizi. Klienti se závažnými duševními chorobami mívají často špatné fyzické zdraví, a některé běžné psychiatrické léky zvyšují riziko vzniku vážných respiračních infekcí (Brown, 2020).

1.3.3 Vliv Covidu-19 na poskytovatele ošetrovatelské péče

Od samého počátku pandemie Covidu-19 bylo evidentní, že zdravotníci v první linii budou vystaveni výjimečné zátěži, a potřební kvalifikovaní zdravotníci budou obtížně nahraditelní. V průběhu pandemie bylo nutné změnit fungování zdravotnických zařízení a přizpůsobit vzniklé situaci lůžkovou kapacitu nemocnic. Taktéž se sestavovaly týmy zdravotníků z různých oborů, které neměly mnoho zkušeností s respiračními nemocemi. Z důvodu všech těchto změn bylo nutné pro správný chod zdravotnických zařízení věnovat pozornost pracovním podmínkám personálu, jeho ochraně před nákazou, a především eliminovat psychosociální stres, který může způsobovat zhoršenou výkonnost a vyšší výskyt pochybení. V krajním případě může vést ke vzniku

somatického nebo duševního onemocnění (Dlouhý et al., 2022). Sestry pracující v první linii během pandemie covidu-19 zažívaly těžké období s nedostatkem ochranných pomůcek, vysokým rizikem nákazy a oddělením od rodin. To vedlo k duševnímu vyčerpání, stresu, úzkosti a posttraumatickému syndromu. Je nutné poskytnout jim podporu a zlepšit pracovní podmínky pro zachování duševního zdraví (Kimmerová et al., 2022). Proto je péče o lékaře a sestry nutnou podmínkou ke správnému fungování zdravotnického zařízení (Dlouhý et al., 2022). Během pandemie covidu-19 byly sestry vyzvány, aby poskytovaly ošetrovatelskou péči s rizikem, že se nakazí, nebo se dokonce stanou oběťmi této pandemie. Jejich základní povinností bylo postarat se o potřeby pacientů a popřípadě vzdělat je tak, aby mohli dále přijmout nezbytná některá preventivní opatření. Během této pandemie se sestry společně se svými kolegy museli rozhodovat, kolik péče mohou poskytnout pacientům a kolik sobě. A tak stáli před možností pokračovat ve své práci a prosazovat profesionalitu, nebo upřednostnit osobní a rodinnou bezpečnost (Siregar et al., 2022). S tím souvisí i fakt, že sestry trpěly během náporu pandemie vysokým stresem a kvalita stravy i spánku také nebyla u všech pracovníků zcela optimální (Rangel et al., 2022). Onemocnění Covid-19 mohlo vzhledem k vysoké nakažlivosti způsobovat stresové a napjaté situace u sester. Vysoká míra hospitalizací, úmrtnosti a strach z něčeho neznámého a nového, to jsou situace, které mohly vést až k syndromu vyhoření. Některé studie ukázaly, že toto onemocnění skutečně ovlivňuje duševní stav sester, a tím ovlivňuje i kvalitu samotné ošetrovatelské péče (Heidari et al., 2022). Nyní jsou poskytovatelé zdravotních služeb oslavováni jako hrdinové globální pandemie, kteří prošli mnoha výzvami. Ale ukázalo se, že téměř všechny sestry starající se o Covid-pozitivního pacienta prošly třemi fázemi reakce na toto onemocnění, i když se nejednalo o syndrom vyhoření. První reakce byla ambivalentní vůči své roli, a to znamená, že sestry se bály infekce, ale o pacienty se přesto postaraly. Druhá reakce byla emoční vyčerpání, kdy prožívaly strach nebo úzkost, a poslední reakcí byla psychologická adaptace, kdy se sestry přizpůsobily dané situaci (Kameg et al., 2021). S koronavirovou pandemií souvisí i zvýšený výskyt syndromu vyhoření, který se kvůli neustálému stresu rapidně zvýšil. Syndrom vyhoření je stav chronického stresu, který vede k fyzickému a emocionálnímu vyčerpání. Dal by se definovat i jako psychologický syndrom, který se vyvíjí jako negativní reakce na stresory související s jedincovou s prací a jeho důsledky – hlavně ve zdravotnictví – mohou být fatální. Pokud se syndrom vyhoření blíží, už nejsme schopni účinně

fungovat, a to na osobní ani na profesní úrovni, a je v tomto případě ovlivněna úroveň poskytované péče i organizační pohoda (Oprisan et al., 2022).

1.3.4 Komunikace a její význam v době pandemie

Být sestrou neznamena jen pečovat o pacienty, ale součástí její profese je i umění komunikovat. Komunikace ve zdravotnictví je velmi důležitá. A to jak u lékařů, tak i u nelékařských zdravotnických profesí. Sestry používají komunikační dovednost, která je neodmyslitelnou součástí profesionálního vybavení. Tato schopnost slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacienty. V současné době se upíná velká pozornost na trénink a výuku komunikačních dovedností v pomáhajících profesích (Venglářová a Mahrová, 2006). Znalost různých komunikačních technik může usnadnit každodenní pracovní život i náročné a stresové situace nejen ve zdravotnictví. Svým pacientům by měla sestra aktivně naslouchat, přistupovat k nim s respektem a vše by mělo být patrné ve verbální i neverbální rovině. Pokud je komunikace nedostatečná nebo neefektivní, může vést k řadě nesprávných postupů nebo k poskytování nekvalitní péče. Mějme na paměti, že sestra nemůže vzít zpět svá slova a neverbální projevy, které proběhly při rozhovoru s pacientem (Nečasová a Kourková, 2017). V době pandemie čelily sestry mnoha výzvám v komunikaci s pacienty i jejich rodinami. A to hlavně v souvislosti s častými změnami ve všech oblastech (Shin a Yoo, 2022). Pandemie onemocnění covidu-19 přinesla mnohé výzvy a neočekávaná úskalí. Mezi sestrami, pacienty a jejich rodinnými příslušníky se objevily komunikační bariéry, které znemožňovaly proces přirozené mezilidské komunikace. Tyto bariéry nebyly pouze v pravém slova smyslu, jako jsou respirátory a ochranné pomůcky, které omezily část nonverbální komunikace pouze na oční kontakt, či rozestupy, které znemožňovaly vyjádření soucitu a poskytnutí podpory dotykem ruky nebo ramene. Důležitým problémem se stala nemožnost osobních návštěv rodin na nemocničních odděleních, což vedlo k pocitu sociální izolace pacientů, kteří byli bez možnosti kontaktu se svými nejbližšími. Také se setkáváme s výzvou distančního šíření informací prostřednictvím telekomunikačních prostředků (Mechúrová, 2021).

Pro sestru na psychiatrickém oddělení je na komunikaci s psychiatrickým pacientem kladen daleko větší důraz, který má svá specifika. Například se jedná o komunikaci s agresivním pacientem. Tady si sestra musí dát pozor na ochranu svého osobního prostoru, nesmí se s pacientem přít, vyhrožovat mu nebo mu lhát. Měla by mluvit klidně, zdvořile a nepřerušovat mluvícího pacienta. Nikdy se k němu neotáčet zády, nedotýkat se ho a jeho chování neodsuzovat. Měla by zkusit najít důvod tohoto chování a vždy si zajistit bezpečnou únikovou cestu (Hřebejková, 2013). Dále to může být komunikace s depresivním pacientem. U této poruchy bychom měli dát pacientovi najevo pochopení stavu i situace, ve které se nachází. Umožnit pacientovi reagovat podle svého aktuálního stavu a nevyhýbat se rozhovorům. V akutní fázi bychom měli trvat na antisuicidialní (protisebevražedné) smlouvě. Ta by se dala definovat jako uzavření dohody mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Ta říká, že po určité době pacient neuskuteční žádný čin k ukončení svého života. Nikdy nesmíme bagatelizovat, protože pacient může podlehnout dojmu, že jeho situaci a jemu osobně nikdo nerozumí (Venglářová a Mahrová, 2006).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Zmapovat poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou Covid-19.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké změny nastaly v poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou Covid-19?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření za metody polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor byl veden se sestrami v nemocnici v Praze, dále v nemocnici Plzeňského kraje a v nemocnici Kraje Vysočina. Bylo provedeno celkem 10 nestandardizovaných rozhovorů. V příloze č. 1 jsou přiloženy otázky, které byly předloženy informantům. Pro dosažení maximální důvěryhodnosti a zajištění co nejlepších výsledků byly přepsány rozhovory z počítačového programu do písemné podoby přesně slovo od slova i s nespisovnými výrazy. Rozhovory byly prováděny osobně na konkrétních odděleních a podmínkou bylo, že sestry pracovaly na akutních psychiatrických odděleních v době pandemie. Instituce byly vybrány v různých krajích České republiky z důvodu rozdílných vlivů na ošetrovatelskou péči při pandemii Covidu-19 a po ní na akutních psychiatrických odděleních, které se mohly lišit v každém regionu, jakož i reakcemi jednotlivých zařízení. Identifikační údaje informantů nejsou nikde zveřejňovány. Rozhovory probíhaly individuálně a anonymně.

Na začátku rozhovoru byla informantům představena bakalářská práce a důvody, proč jsou součástí výzkumného šetření a zda souhlasí s poskytnutím rozhovoru. Přičemž všichni dotazovaní souhlasili. Rozhovory trvaly v rozmezí 30–75 minut. Informantům bylo položeno 20 otázek, kterým všichni porozuměli a na něž informanti otevřeně odpovídali.

Otázky do rozhovoru byly rozděleny do několika částí. V první části byly získávány identifikační údaje o informantech: věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a jeho stručná pracovní anamnéza. V části druhé je důraz kladen na problematiku ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou Covid-19 a to, jaká úskalí jim tato situace přinesla. Třetí část otázek měla za úkol zmapovat negativa a pozitiva pandemie covidu-19 na akutním psychiatrickém oddělení. V poslední, čtvrté části jsme se zaměřili na sestry obecně, jak zvládaly samotný ošetrovatelský proces na tomto oddělení. Rozhovory byly zaznamenány do písemné podoby, následně pak byly přepsány do počítače a vytištěny. Poté byly rozhovory zpracovány technikou otevřeného kódování „tužka a papír“. Po přepsání a kódování byly informace rozděleny do kategorií a podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor se skládá z deseti informantů, všeobecných sester z různých zařízení, které pracují na akutních psychiatrických odděleních a které pracovaly na tomto oddělení v době pandemie covidu-19. Tři informanti mají střední zdravotnickou školu. Čtyři z nich mají bakalářský titul v oboru všeobecná sestra. Dva z nich mají magisterský titul v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Jedna osoba má magisterský titul se specializací na vnitřní lékařství. Jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje od čtyř do úctyhodných 49 let. Všechny dotazované sestry splnily požadované podmínky výzkumného souboru, a jejich odpovědi proto mohly být zařazeny do výzkumného šetření. Všechny sestry byly vybírány účelovou metodou. Výzkumný soubor byl plně nasycen při počtu informantů, již splnili všechna kritéria.

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tab. 1: Údaje o informantech

Označení informanta (I)	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracovní zařazení	Věk	Celková praxe ve zdravotnictví	Praxe na akutním psychiatrickém oddělení
I1	Žena	Středoškolské Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	46 let	25 let	5 let
I2	Žena	Středoškolské Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	59 let	41 let	7 let
I3	Žena	Středoškolské Všeobecná sestra	Staniční sestra	52 let	30 let	13 let
I4	Žena	Středoškolské Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	63 let	20 let	20 let

I5	Žena	Vysokoškolské (bakalářské) Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	48 let	10 let	8 let
I6	Muž	Vysokoškolské (bakalářské) Všeobecná sestra + specializace psychiatrie	Staniční sestra	41 let	21 let	21 let
I7	Muž	Vysokoškolské (bakalářské) Všeobecná sestra + specializace psychiatrie	Všeobecná sestra	40 let	22 let	7 let
I8	Žena	Středoškolské Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	47 let	4 let	4 let
I9	Žena	Vysokoškolské (bakalářské) Všeobecná sestra	Hlavní sestra nemocnice	53 let	28 let	25 let

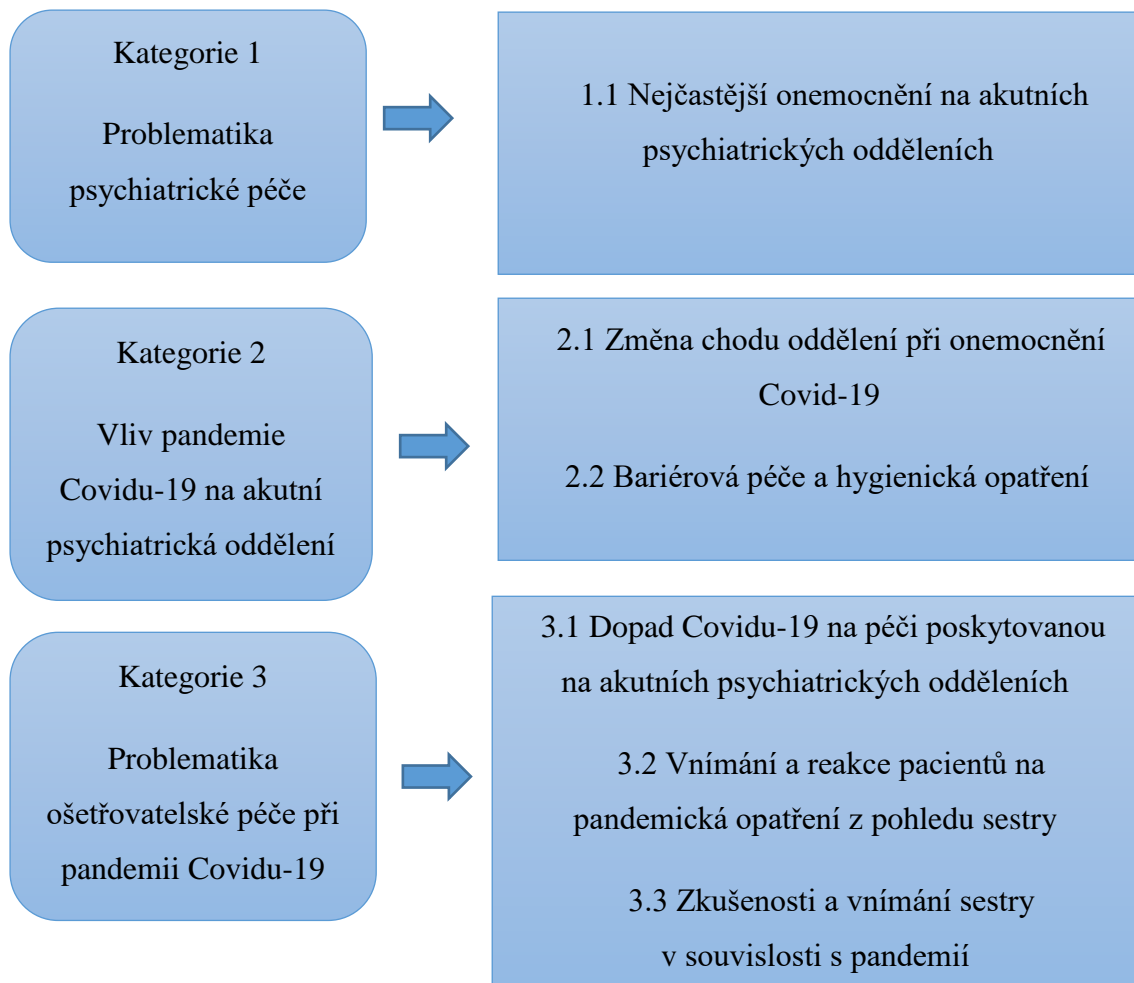
I10	Žena	Vysokoškolské (magisterské) Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – modul vnitřní lékařství	Staniční sestra	53 let	25 let	3 let
-----	------	--	--------------------	-----------	--------	-------

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

Tato tabulka přehledně shrnuje všechny základní informace o informantech. Sestry jsou označeny písmenem I od slova *informant*. Označení informanta číslem je dáno pořadím, ve kterém byly sestry dotazovány. Jsou zde zaznamenány údaje o věku, dosaženém vzdělání, pohlaví, zařazení, celkové praxi ve zdravotnictví i praxi na akutním psychiatrickém oddělení. Pět informantů vystudovalo obor Všeobecná sestra na středních zdravotnických školách. Čtyři mají vystudován obor Všeobecná sestra v bakalářském studiu, dva vystudovali magisterský studijní obor Ošetrovatelská péče v psychiatrii, jeden má vystudovány specializaci vnitřního lékařství v magisterském studiu. Nejkratší praxi ve zdravotnictví má I8 (čtyři roky), nejdelší celkovou praxi ve zdravotnictví má I2 (49 let). Nejkratší praxi na akutních psychiatrických odděleních má I8, a to 4 roky, naopak nejdelší praxi na akutních psychiatrických odděleních má I6, celkem 21 let.

4.2 Kategorizace dat

Obr. 1: Kategorie a podkategorie dat



Zdroj: vlastní výzkum

Data byla rozdělena do tří kategorií a šest podkategorií za pomoci otevřeného kódování.

Kategorie 1: Problematika psychiatrické péče

Kategorie číslo 1 byla rozepsána na podkategorii 1.1, která přináší zaměření na nejčastější onemocnění, se kterými se všeobecné sestry na akutní psychiatrii potýkají. Dále prezentuje zjištěný seznam diagnóz, kterých obecně přibývá, a zda přibyly některé i vlivem pandemie Covidu-19.

Podkategorie 1.1: Nejčastější onemocnění na akutních psychiatrických odděleních

Podkategorie 1.1 se zaměřuje na nejčastější onemocnění na akutních psychiatrických odděleních. Zajímalo nás, jaké diagnózy mají pacienti, kteří jsou přijímáni na oddělení.

Většina informantů odpověděla, že přijímají pacienty se všemi psychiatrickými diagnózami v akutní fázi onemocnění. I6 říká: „*K nám jdou pouze muži. Agresivní a neklidní pacienti, a to od alkoholových delirií, s abstinenčními příznaky po požití drog až po akutní fázi schizofrenie.*“ Informanti I1, I2, I6, I7, I8, I9, I10 se shodují, že nejčastěji přijímanými diagnózami jsou nyní schizofrenie a pacienti s duševní poruchou v důsledku užívání alkoholu a psychotropních látek. Dále I3, I4 a I5 udávají, že čím dál více přibývá geriatrických pacientů s demencí a Alzheimerovou chorobou. I1, I2, I7 a I8 ještě doplňují, že při a po pandemii covidu-19 přibylo hodně mladých lidí, hlavně dívek, se sebepoškozováním. I2 uvádí: „*A strašně po tom covidu přibylo mladých holek a chlapců se sebepoškozováním.*“ Shoduje se s I7: „*Po tom covidu se mi zdá, že přibývá čím dál více mladých lidí se sebepoškozováním a poruchami osobnosti.*“

Kategorie 2: Vliv pandemie Covidu-19 na akutní psychiatrická oddělení

Tuto kategorii jsme rozdělili na dvě další podkategorie, které se zaměřují na vliv pandemie Covidu-19 na chod akutního psychiatrického oddělení a zavedená bariérová opatření a hygienická opatření v souvislosti s pandemií. V této kategorii se bude analyzovat, jakým způsobem se pandemie Covidu-19 promítla do péče o pacienty s duševními poruchami a jak se psychiatrická péče musela přizpůsobit novým podmínkám. Na základě vypracovaných rozhovorů s odbornými zdravotními sestrami, které na akutním psychiatrickém oddělení pracují, bude zkoumáno, jaké změny nastaly v chodu oddělení v důsledku pandemie. Omezování návštěv, zvýšená hygienická opatření, nutnost dodržování bezpečnostních protokolů a izolace pacientů mohly mít významný vliv na psychický stav pacientů i personálu. Dále jaká konkrétní bezpečnostní opatření byla prováděna u akutních psychiatrických pacientů s podezřením na Covid-19 a jaká pravidla platila při jejich příjmu na oddělení. Důležité je neopomenout, jak personál získal informace o nových opatřeních a jakým způsobem se připravoval na práci v nových podmínkách.

Podkategorie 2.1: Změna chodu oddělení při onemocnění Covid-19

Dále jsme se zajímali o to, jaké změny nastaly v chodu oddělení v souvislosti s pandemií covidu-19. Většina informantů nám sdělila, že se celé jejich oddělení změnilo pouze na covidové oddělení. Zbylí informanti přijímali pacienty jak s onemocněním Covid-19, tak bez onemocnění touto chorobou. Jejich oddělení bylo rozděleno po patrech nebo na dvě části. I10 říká: „*Byl to chaos a zmatek.*“ I3 dodává:

„Chod našeho oddělení se značně změnil. Musel se navýšit počet lůžek a přišli jsme o jídelnu. Další lůžka se přidala na pokoje, takže pacienti přišli o komfort.“ Změnou také bylo, že každé ráno se u všech pacientů musela měřit teplota a sledovaly se příznaky choroby, jak udává informant I5. Všechny deset informantů se shoduje na tom, že byli proškoleni, jak se pracuje v infekčním prostředí, dále ohledně oblékání a svlékání infekčních ochranných pomůcek a toho, jak se zachází s infekčním odpadem. Další změnou byla oxygenoterapie, která se aplikovala u pacientů s těžkým průběhem onemocnění Covid-19. Informanti I1, I2, I3, I4, I5 říkají, že pro ně tato změna byla obtížná, protože v jejich zařízení není centrální rozvod kyslíku a neměli ani kyslíkové bomby. U informantů I6, I7, I8 byl jak centrální rozvod kyslíku, tak měli k dispozici kyslíkové bomby. Informanti I9 a I10 měli k dispozici jen kyslíkové bomby, které museli narychlo objednat, právě z důvodu koronavirové pandemie. Ke změnám také patřil přísný zákaz návštěv a všech deset informantů to potvrdilo. Informant I1 říká: *„Návštěvy byly přísně zakázané, a když chtěl někdo z rodiny něco přinést, nechával to popsané na vrátnici a naši kluci to pak rozváželi.“* Nakonec po nějaké době a po rozvolnění některých opatření mohly za určitých podmínek přijít za pacientem návštěvy. Potvrzují to informanti I4, I5, I6, I7, I8, I9 a I10.

Podkategorie 2.2: Bariérová péče a hygienická opatření

U otázky týkající se ochranných pracovních pomůcek a bariérové péče se I1, I2, I3, I4, I9 a I10 shodují, že od začátku první vlny pandemie až do konce měli všeho dostatek. I3: *„Tak používali jsme pomůcky od respirátorů, roušek až po tyčky. Ochranné brýle, návleky na boty. Všechno možné od začátku až do konce.“* I5, I6, I7, I8 se shodují, že ze začátku bylo ochranných pomůcek pomálu, ale po několika týdnech měli všeho dostatek. I5 říká: *„Ze začátku to bylo krušné, protože respirátory nebyly a byly na příděl. Situace v množství respirátorů se pak až u třetí vlny zlepšila, ale zase se trhaly. Jako první jsme měli ručně šité roušky.“* I8 dodává: *„Měli jsme to, co vždy v daném okamžiku bylo.“* I1, I2, I3, I6, I8, I10 potvrzují, že měli k dispozici tyčky, což je celotělová ochranná kombinéza. Informanti I1, I2, I3, I4, I9, I10 měli k dispozici filtry, ve kterých si oblékali a svlékali ochranné pracovní pomůcky, I5, I6, I7, I8 si ochranné pracovní pomůcky oblékali a svlékali před pokoji pacientů. I6: *„Po oddělení jsme chodili v respirátoru, ale před každým pokojem jsme měli stoleček a na něm věci a převlíkali jsme se před pokoji.“* U pacientů s duševním onemocněním byla udělena výjimka ze zákona, která osvobozovala

psychiatrické pacienty od nošení roušek a respirátorů. Informanti I1, I2, I5, I6, I9 a I10 měli striktně dáno, že pacienti nemusí mít na pokoji roušku ani respirátor, ale nesmějí vycházet z pokoje. U informantů I3, I4, I7, I8 vyplývá z jejich rozhovorů, že jejich pacienti mohli pokoj opustit, ale museli mít vždy nasazený respirátor. Jednou z dalších zavedených opatření na odděleních byla i jiná manipulace s dezinfekcí, která na oddělení nemohla jako všude jinde být u každého pokoje, na pokojích a na chodbách. Sestry na psychiatrickém oddělení ji měly u sebe a pacienti si mohli dezinfikovat ruce vždy jen před sestřičkou. Doplnuje to informant I6: *„Dezinfekce nemohla být někde volně položená, hrozilo riziko, že by ji někdo vypil. Pacienti si mohli ruce dezinfikovat pouze za dozoru personálu, a ne kdykoliv chtěli.“* Sedm informantů se shodlo, že se zaváděným opatřením je seznamovala staniční sestra a všechna nejnovější nařízení měli k dispozici buďto na nemocničním intranetu, nebo v tištěné formě na oddělení. Dva informanti byli staničními sestrami, které byly seznamovány s nejnovějšími nařízeními vrchní sestry nebo hlavní hygieničky. Zbylým informantem I9 byla vrchní sestra, která veškerá nařízení dostávala e-mailem, a říká: *„Chodily nám doporučené postupy, podle kterých jsme se řídili. Vše jsme projednávali společně s celým vedením nemocnice. Radili jsme se vždy s krajskou hygieničkou.“*

Kategorie 3: Problematika ošetrovatelské péče při pandemii Covidu-19

Tato kategorie se zaměřuje na celkový dopad pandemie Covidu-19 na ošetrovatelskou péči na akutní psychiatrii. Díky poskytnutým rozhovorům se může analyzovat, jak pandemie Covidu-19 ovlivnila poskytovanou péči a jak tuto péči ovlivňovala i zaváděná bezpečnostní opatření, která byla nezbytná k minimalizaci rizika šíření infekce. Dále tato kategorie zkoumá, jaká negativa i pozitiva tato doba přinesla pro sestry v péči o psychiatrické pacienty.

Podkategorie 3.1: Dopad Covidu-19 na péči poskytovanou na akutních psychiatrických odděleních

Že péče o pacienty byla daleko náročnější, potvrzují všichni dotazovaní informanti. I2 konstatuje: *„Bylo to daleko náročnější, protože já potřebuji k práci dioptrické brýle, a tím, jak jsem měla na těch mých brýlích ty ochranné brýle a přes to ještě štít, tak se mi vše hned zamžilo a já skoro nic neviděla. Při ošetřování se mi to opravdu hodně mlžilo, lesklo, a v tom to bylo opravdu těžké, protože se mi pak hůře zaváděly kanyly a odebírala krev, EKG se točilo špatně, a celkově ta péče byla potom složitější“*

a náročnější.“ U všech deseti informantů převládala při poskytování ošetrovatelské péče fyzická i psychická únava a vyčerpání. Podle informantů (I1, I2, I3, I4, I6, I7, I8, I9, I10) právě fyzická i psychická únava a vyčerpání měly nejčastější a zároveň největší vliv na kvalitu poskytované péče. I8 vzpomíná: *„Byli jsme všichni hodně unavení a vyčerpání. V ochranném oděvu se nedalo dobře pracovat, v respirátoru dobře dýchat, člověk se strašně potil. Hrozně to vyčerpávalo. Když někdo chyběl, museli jsme brát směny za něj. Byli jsme v práci skoro pořád. To vše se promítalo i do naší péče.*“ Jedna z dalších věcí, se kterými se sestry setkaly, byla náročnější komunikace s pacienty, a hlavně s jejich rodinnými příslušníky. I4 říká: *„Musely jsme mluvit víc nahlas, aby nám pacienti rozuměli, dále jsme musely pacientům stále dokola vysvětlovat, proč za nimi nemůže rodina. Málokterí to všechno chápali, a s jejich rodinami bylo těžké se domluvit.*“ I3 doplňuje: *„Ta komunikace byla hrozně náročná. Vysvětlování pacientům a rodinným příslušníkům, proč nemohou na návštěvu, vše se řešilo po telefonu. Potom, když se trochu ty opatření rozvolnily, tak zase vysvětlování, proč musí mít certifikát nebo platný test. Někteří rodinní příslušníci nařízení ignorovali a nenechali si nic vysvětlit. Všechno to pak hrozně zdržovalo a promítlo se to nakonec i v naší péči.*“

Podkategorie 3.2: Vnímání a reakce pacientů na pandemická opatření z pohledu sestry

Informanti I1, I2, I3, I4, I5, I10 se shodují, že se jich pacienti v osobních ochranných pomůckách báli. Hlavně starší pacienti například s Alzheimerovou chorobou. I1 říká: *„No a třeba pacienti s alzheimerem se nás báli v těch tajvekách. Tak jsme si je popisovaly jménem, kreslily na ně obrázky. Třeba o Vánocích jsme si na ně kreslily stromečky, hvězdičky a různé vánoční motivy.*“ Některým pacientům se v souvislosti s opatřeními a sociální izolací zhoršil jejich zdravotní stav. Potvrzují to informanti I3, I4, I5, I6, I7, I8. Informant I6 doplňuje: *„Stavy pacientů se zhoršily, těžce nesli karantény a zákazy návštěv.*“ I5 říká: *„Někteří pacienti porušovali nařízení, protože chtěli chodit kouřit ven. Kouřili častěji než obvykle, byli více ve stresu.*“ Jiným pacientům se stav nezhoršil a připadali sestrám ukázněnější a lepší, jak sdělují informanti I1, I2, I9, I10. Informant I10 říká: *„Pacienti se chovali slušně, chápali nás, věděli, že je to těžká doba, a většina se zlepšila a chovala se daleko lépe. Snažili se nám vyjít vstříc. A my samozřejmě jim.*“ I1 potvrzuje: *„Myslím si, že tato doba ovlivnila ty pacienty tak, že to nebylo horší, ale naopak lepší, pacienti byli přístupnější,*

usměrněnější a tolerantnější. Spíše nás jako personál litovali. Přijde mi, že lidi byli více semknutí. Pochopili to.“

Podkategorie 3.3: Zkušenosti a vnímání sestry v souvislosti s pandemií

Informantům byla položena otázka, jaký podle nich měla tato doba vliv na samotné sestry. Většinou pozitivní dopad zaznamenali dva informanti, a to I1, I2, I1 se svěřuje: *„Myslím, že na sestry to mělo pozitivní dopad. Byli jsme dobře finančně ohodnoceni. Pomůcek jsme měli dostatek. Mělo to nějaký řád. Samozřejmě, že to občas bylo fakt hodně náročné – jak fyzicky, tak i psychicky – být navlečený v těch tajvekách. Ale co si budeme říkat, děláme za peníze a konečně ty platy byly o něčem jiném. Takže jsme byli motivováni a trochu mi i přijde, že jsme my jako sestřičky byly vyneseny vzhůru a byly jsme vidět. Bylo vidět, že jsme opravdu potřebný.“* I2 říká: *„Negativa já osobně nevidím. Byly jsme dobře ohodnocené a lidi si nás vážili.“* Ostatní zaznamenali většinou negativní dopad na sestry. Například I9 uvádí: *„Bylo hodně služeb a sestřičky si nemohly pořádně odpočinout. Únava, strach, vyčerpání byly na denním pořádku. Finance nám nenahradí spánek, čas strávený s rodinou a obavy, že se nakazíme, anebo nakazíme někoho z rodiny.“* Na otázku, jak celkově hodnotí zvládnutí a průběh pandemie jako sestry na svém oddělení, odpověděli všichni informanti, že průběh pandemie na oddělení hodnotí velmi dobře. A to jak ze strany vedení, tak mají dobrý pocit, jak v této době obstáli samotní a jak si s každodenními překážkami poradili. I10 říká: *„Já to hodnotím velmi kladně. Myslím, že jsme to všechny zvládly velmi dobře.“* I7 sděluje: *„Nechtěl bych to zažít znova, ale myslím si, že jsme to zvládli velmi dobře.“* I6 uvádí: *„Ze začátku to byl chaos v nařízeních, měnily se ze dne na den. Později už si to ale sedlo a se vším jsme se nakonec dobře poprali.“* Další dvě otázky se týkaly negativ a pozitiv, jež pandemie Covidu-19 nakonec přinesla do ošetrovatelské péče. Většina informantů (I1, I2, I3, I5, I6, I7, I9, I10) se shodla, že nakonec bylo více pozitiv než negativ a že je tato doba i možná někam posunula. Informant I5 například říká: *„Myslím, že nám to přineslo zastavení a sblížení s rodinou. Nastavení našich priorit – rodina, domov, důvěra blízkých, opora v rodině. A důvěra a obdiv veřejnosti v nás sestry.“* I10 má tuto odpověď: *„Populace si nás víc vážila a kolektiv sestřiček se stmelil. Více jsme se naučily pracovat jako tým a mezi sebou lépe komunikovat a naučily jsme se pracovat v horších podmínkách.“* I6 se k pozitivním odpovědím přidává a říká: *„Více pozitiv vidím. Určitě se začalo více dbát na hygienu, dezinfikování rukou. I do teď, pokud se člověk cítí, že na něj něco leze, tak si vezme roušku nebo respirátor. Jsme*

díky pandemii k sobě ohleduplnější.“ Naopak I4 a I8 oponují, odpovídají stroze a úplně stejně: *„Nic pozitivního nám tato doba nepřinesla.“* Poslední otázkou jsem se informantů dotazovala, co pro ně bylo v této době při poskytování ošetrovatelské péče nejtěžší. Úplně všichni dotazovaní informanti měli čtyři společné odpovědi. První odpovědí byla nejistota. Nejistota z toho, co bude dál a co mají v prvních chvílích dělat. Druhá odpověď byla strach. Strach z nakažení sebe, rodiny a strach z toho, jak se bude všechno vyvíjet. Třetí, nejtěžší věcí bylo poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči pacientům v tolika ochranných pomůckách a poslední orientovat se ve všech vydaných opatřeních a dělat věci správně. I2 vzpomíná: *„Bylo to všechno pro mě nejisté. Měla jsem strach. Pro mě, jako starší osobu, byla velká zátěž nosit tyhle oblečky a provádět kvalitní péči. A ještě se ve všem orientovat.“* I4 říká: *„Bylo to všechno o strachu, nejistotě, velké fyzické zátěži, a navíc každý den se vše měnilo.“* I6 se svěřuje: *„Nejtěžší pro mě asi bylo vypořádat se s nejistotou, strachem, fungovat v tyvekách, a ještě sledovat všechna opatření. To bylo asi nejtěžší.“* I9 doplňuje: *„Tato doba byla velmi obtížná. Pro mě bylo asi nejtěžší, že jsem ze začátku nevěděla, co od toho všeho čekat a jak to všechno bude, co a jak se zajede. Pak jsem se bála, že nakazím svou rodinu. Mám doma maminku, o kterou jsem se bála. Dál to byla asi nevědomost a stále vyvíjet pozornost na každodenní změnu nařízení. Ale jednoduše řečeno, hlavně u mě převládala nejistota a strach.“*

5 Diskuze

Podle stanoveného cíle naší bakalářské práce, kterým je *zmapovat poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou covid-19*, jsme provedli analýzu důležitých informací získaných z vypracovaných kategorií a podkategorií. Výzkumné otázky se zaměřují na zkoumání změn, které nastaly v poskytování péče v průběhu pandemie, a na to, jakým způsobem se akutní psychiatrická péče musela přizpůsobit novým podmínkám. Rozhovory byly postaveny tak, aby nám výpovědi sester dokázaly plnohodnotně odpovědět na otázky, které jsme si předsevzali. Informanti pocházeli z různých zařízení. Vzhledem k rozmanitosti zastoupených zařízení, odkud informanti pocházeli, jsme zjistili jisté rozdíly mezi většími a menšími nemocnicemi. Podle našeho názoru a zjištění větší zařízení čelila většímu nárůstu počtu pacientů s duševními poruchami, kteří byli ovlivněni pandemií covidu-19. To mohlo znamenat vyšší zátěž pro personál a zdroje. Zatímco menší nemocnice za doby pandemie byly více schopné flexibilně reagovat na nové požadavky a situace. Mohly se rychleji přizpůsobit změnám a zavést nová hygienická i bezpečnostní opatření. V rámci pandemie byla většina zdravotnických zařízení nucena omezit návštěvy pacientů. Velikost nemocnice podle našeho zjištění při rozhovorech s informanty ovlivnila míru omezení a dopady na pacienty i personál. Větší nemocnice disponovala lepším přístupem k finančním a materiálním zdrojům, což ovlivnilo dostupnost ochranných pomůcek pro personál. Menší nemocnice měly snazší komunikaci a poskytovaly individuálnější psychosociální podporu pacientům, kteří byli v této době více emocionálně zasaženi.

První kategorie přináší a prezentuje problematiku psychiatrické péče za pandemie covidu-19. V této části jsme se zaměřili na nejčastější onemocnění, se kterými se podle informantů nejčastěji pacienti přijímali na akutní psychiatrické oddělení. Podkategorie *nejčastější onemocnění na psychiatrii* odhalila, že podle informantů (I1, I2, I6, I7, I8, I9, I10) je nyní na akutních psychiatrických odděleních největší procento přijímaných pacientů se schizofrenií, duševními poruchami v důsledku užívání alkoholu a psychotropních látek. To se shoduje s údaji uváděnými Ústavem zdravotnických informací a statistiky, kde bylo zjištěno, že nejčastějšími akutními přijímanými diagnózami jsou schizofrenie, poruchy duševní způsobené alkoholem, poruchy duševní způsobené psychotropními látkami a poruchy osobnosti (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021). Podobné tvrzení zaujímá Kulháněk

(2012), který zmiňuje, že nejčastějším psychiatrickým onemocněním je za prvé schizofrenie, za druhé depresivní porucha a za třetí bipolární porucha (Kulhánek, 2023). Myslíme si, že Covid-19 měl velký vliv na duševní stav mladých lidí. Ve výzkumu informanti I1, I2, I7 a I8 tuto skutečnost potvrdili. Byl zaznamenán zvýšený počet mladých lidí se sebepoškozováním a depresivními poruchami v souvislosti s pandemií covidu-19. Od vypuknutí pandemie covidu-19 došlo k výraznému zvýšení počtu případů úzkostných a depresivních poruch, zejména u adolescentů. To se shoduje s Juškovou (2023), která uvádí, že v současnosti máme epidemii adolescentů, kteří trpí poruchami emocí a projevují sklony k sebepoškozování. Potvrzuje, že k tomu přispěl nejenom rozpad sociálních kontaktů během lockdownů, ale bezpochyby i další faktory. Dá se jednoznačně říci, že se jedná o problém, který zasahuje celou generaci dětí (Jušková, 2023). V tomto směru se shodují s Kocourek a Petrásková (2021) s problematikou, která říká, že i přes současnou tendenci k ústupu pandemie lékařská zařízení čelí nárůstu počtu mladistvých, kteří mají potíže se začleněním do kolektivu po dlouhodobé izolaci. Doplnující informací je, že v současnosti sebepoškozování představuje závažný problém, který může mít různé kořeny. Mezi nejčastější příčiny tohoto závažného chování patří nezpracované sexuální trauma, hraniční porucha osobnosti a deprese, což může být emocionálně a psychicky náročné pro mladistvé (Funke, 2020). Zaznamenáváme významný nárůst počtu úzkostných poruch, sociálních fobií, sebepoškozování a pokusů o sebevraždu u mladistvých. Také se stále vyskytuje vysoký počet dospívajících s poruchami příjmu potravy (Kocourek a Petrásková, 2021).

Druhá kategorie obsahuje shrnutí vlivu pandemie covidu-19 na provoz akutních psychiatrických oddělení v nemocnicích. Pandemie přinesla do zdravotnických zařízení mnoho výzev a změn, a proto je důležité analyzovat, jakým způsobem se pandemie promítla do péče o pacienty s duševními poruchami a jak se oddělení musela přizpůsobit novým podmínkám.

První podkategorie se zaměřuje na změny, které byly provedeny v chodu akutních psychiatrických oddělení v souvislosti s pandemií. Domníváme se, že pandemie covidu-19 přinesla do chodu těchto oddělení mnoho výzev a změn, kterým se oddělení muselo rychle přizpůsobit. Myslíme si, že celkově měla tato pandemie velký vliv na organizaci oddělení a že personál byl vystaven novým výzvám a tlaku, kterým musel čelit. Z našich rozhovorů s informanty vyplývá, že mnohá oddělení se stala tzv. covidovými odděleními a musela přijmout pacienty s covidem-19, čímž se významně proměnilo

jejich standardní fungování. Horváth (2021) při jednom ze svých rozhovoru zjistil, že kvůli velkému množství covid pozitivních pacientů museli v Thomayerově nemocnici řadu pracovišť upravit a přizpůsobit na „covidová“ oddělení (Horváth, 2021). Docházelo k rozdělení oddělení na zóny pro pacienty s covidem a bez nákazy, což mělo za cíl minimalizovat šíření nákazy a zajistit adekvátní léčbu pacientů s duševními poruchami. Vzhledem k multifaktoriálnosti pandemie covidu-19 začaly být problematické společenské a ekonomické náklady pro standardní chod oddělení. Harmonogram musel být upraven, aby fungovala bariérová péče a byly dostupné základní hygienické prostředky pro personál, například tyčky. Zavádějící opatření v oblasti zdraví vyvolala zvýšený tlak na pacienty, což mělo za následek opětovný vzestup duševních krizí (Montes a Huerta, 2021). Všichni informanti se shodli, že personál absolvoval školení a přípravu na práci v infekčním prostředí, což bylo nezbytné pro zvládnutí náročných podmínek péče o pacienty s covidem. Nicméně někteří informanti (I1, I2, I3, I4, I5) také upozornili na nedostatek kyslíkových přístrojů, což mohlo být způsobeno zvýšenou poptávkou v souvislosti s pandemií. Nemocnice se nyní častěji potýkaly s řešením zásob kyslíku. Hosenseidlová a Škoda (2021) uvádějí například, že ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady se před začátkem epidemie pacientům dodávalo kolem jedné a půl tuny kyslíku denně, avšak nyní se spotřeba více než trojnásobně zvýšila – až na pět tun. Pomocí centrálního rozvodu je kyslík distribuován potrubím na jednotlivá oddělení (Hosenseidlová a Škoda, 2021). Mnohdy k dispozici centrální rozvod nebyl, a musely se používat kyslíkové bomby, které mnohdy chyběly. Na tom se shodovala většina informantů ve výzkumu.

Druhá podkategorie zkoumala a zaznamenávala bariérová a hygienická opatření, která byla na akutních psychiatrických odděleních zavedena. Předpokládáme, že kvůli minimalizaci šíření nákazy byla na akutních psychiatrických odděleních zavedena řada bariérových a hygienických opatření. Zavedení bariérových a hygienických opatření na akutních psychiatrických odděleních má potenciál ochránit nejen pacienty, ale také personál před šířením infekce, což je zejména důležité, protože v těchto zařízeních je vysoká koncentrace lidí na omezeném prostoru. Informanti (I1, I2, I3, I4, I9 a I10) měli od začátku až do konce pandemie k dispozici dostatek pracovních ochranných pomůcek. S tímto názorem se neshoduje názor Aleše Krebse, který v rozhovoru tvrdí, že v celé České republice byl nedostatek zdravotních pomůcek a ochranných prostředků. Tento nedostatek ovlivňoval nejen lékaře a sestry (Bumba a Čihák,

2020). Z rozhovorů vyplývá, že jedním z hlavních opatření bylo přísné omezení návštěv, aby se minimalizovalo riziko nákazy uvnitř zařízení. Potvrdili to všichni dotazovaní. To potvrzuje opatření, jež učinila Krajská nemocnice v Jihočeském kraji a ostatní zdravotnická zařízení. Nyní veřejnosti doporučují dodržovat zásady snižující riziko šíření respiračních infekcí. Návštěvníci by měli být zdraví, dodržovat omezený počet návštěv, jejich délku, aplikovat hygienickou dezinfekci rukou a používat ochranné prostředky při příznacích onemocnění (Šnorek, 2023). Toto opatření mělo svoje „pro“ a „proti“, neboť jak ukazují rozhovory s informanty, omezení kontaktu s blízkými mohlo negativně ovlivnit psychický stav pacientů, ale zároveň bylo nezbytné pro ochranu jejich fyzického zdraví. Tím se zabývali Moss et al. (2021), kteří tvrdili, že rodinní příslušníci hospitalizovaných pacientů jsou stále více uznáváni jako klíčoví aktéři v poskytování péče zaměřené na pacienta a rodinu. Role rodiny spočívá v aktivní podpoře mobilizace pacientů, poskytování důležité emocionální opory a informování zdravotnického týmu o pacientovi, a to jak před onemocněním, tak po něm. Rodinní příslušníci nejsou pouze pasivní pozorovatelé, ale hrají klíčovou úlohu v celkové péči o pacienty. Často bývají prvními, kdo rozpoznávají jemné změny v pacientově stavu a aktivně pomáhají pacientům orientovat se v nemocničním prostředí. Navíc rodinní příslušníci podporují zlepšování procesů péče, zejména v souvislosti s přechody v péči, a mohou vystupovat jako zástupci nebo obhájci rozhodnutí o léčbě pacienta. Přítomnost rodiny u lůžka pacienta má významné pozitivní dopady na komunikaci mezi pacienty, jejich rodinami a zdravotnickými pracovníky. Tato přítomnost navozuje důvěru a umožňuje otevřenější a efektivnější sdílení informací týkajících se péče a zdravotního stavu pacienta. Rodinní příslušníci tak představují cenného partnera ve zlepšování kvality poskytované péče a v dosahování lepších výsledků léčby (Moss et al., 2021). Bylo také zjištěno zvýšené sledování pacientů s ohledem na možné příznaky covidu-19, což vyžadovalo důkladnější monitorování jejich zdravotního stavu. Tato opatření však mohla mít dopad na autonomii pacientů a vnímanou kvalitu poskytované péče.

Třetí kategorie obsahuje data problematiky ošetrovatelské péče v akutní psychiatrii během pandemie covidu-19. Naše analýza se zaměřila na celkový dopad pandemie na práci sester a na pacienty s duševními poruchami. Myslíme si, že tato situace vedla k duševnímu vyčerpání, stresu a úzkosti u sester, což mohlo mít negativní vliv na péči poskytovanou pacientům s duševními poruchami. Bylo zjištěno několik klíčových

aspektů, které ovlivnily ošetrovatelskou péči v tomto kontextu. I přes mnoho výzev, které Covid-19 představoval pro zdravotnické systémy po celém světě, jsme byli svědky úžasné adaptace a inovací. To se nestalo náhodou, ale díky neuvěřitelné vynalézavosti sester, které přicházely s novými a inovativními řešeními problémů. Veřejnost na celém světě stále více uznává práci, odvalu a profesionalitu sester. Toto zvýšené povědomí o ošetrovatelství představuje skvělou příležitost, jak tuto energii využít a podniknout kroky směrem ke kvalitnějším zdravotnickým systémům, které jsou schopny čelit současným i budoucím zdravotním výzvám. Je to šance na smysluplnou změnu a vylepšení, která může přinést do budoucna lépe připravené a odolné zdravotní systémy (Stewart et al., 2022). Jedním z hlavních zjištění u sester byl velký nárůst náročnosti práce, strachu, nejistoty a stresu. Všichni dotazovaní to potvrdili. Pandemie přinesla nové výzvy, zejména v souvislosti s nošením ochranných pomůcek. Sestry musely pracovat v plném ochranném vybavení, což může být fyzicky i psychicky náročné. Informanti (I1, I2, I3, I4, I5, I10) se shodují, že tato náročnost ovlivnila péči i pohodlí sester. Tím se zabýval článek Ondřichové (2020), který obsahuje důležitá data o nošení ochranných pracovních pomůcek. Ten nám říká, že zdravotničtí pracovníci, kteří provádějí procedury, by měli nosit rukavice, ochranné brýle, plášť a respirátor FFP2 nebo FFP3. V případě nedostatku těchto respirátorů mohou zvážit nošení chirurgických masek. Pacienti s podezřením na nákazu nebo s potvrzenou nákazou by měli nosit chirurgické masky a správně si mýt ruce. Respirátory FFP2 a FFP3 jsou nejdůležitější pro zdravotnické pracovníky provádějící rizikové procedury s tvorbou aerosolu. Pokud jde o běžnou péči o pacienty s podezřením nebo potvrzením covidu-19, mohou být použity i chirurgické masky, pokud respirátory nejsou k dispozici (Čabanová, 2020). Dále se informanti I1, I2, I3, I4, I5, I10 shodují, že se jich pacienti v osobních ochranných pomůčkách báli. Analýza našich dat identifikovala obtíže v komunikaci s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Omezené možnosti kontaktu a vidění se mohly negativně projevit na emocionálním spojení mezi sestrami a pacienty, což je důležitý aspekt pro podporu léčby duševních poruch. Z výpovědí informantů vyplynulo, že někteří pacienti se chovali zmateně, nervózně, mnohdy až agresivně. Tyto stavy více prohlubovaly jejich onemocnění.

Zároveň jsme však zaznamenali zajímavé nuance v reakci pacientů na nové podmínky během pandemie. Někteří pacienti si vedli lépe v nové situaci, což může být způsobeno například tím, že se jim lépe zvládaly změny a nové rutiny. Na druhé straně u některých

pacientů došlo ke zhoršení jejich duševního stavu. Omezení sociálních kontaktů a změny v běžném životě mohly negativně ovlivnit jejich psychické zdraví. V celkovém kontextu je patrné, že pandemie covidu-19 měla vliv na ošetrovatelskou péči na akutních psychiatrických odděleních. Je důležité si uvědomit, že zvládnutí pandemie vyžadovalo velkou flexibilitu, snahu a nasazení ze strany ošetrovatelského personálu, aby zajistil co nejlepší péči o pacienty. Z těchto výpovědí informantů jsme byli schopni zmapovat poskytování ošetrovatelské péče a komplikace v poskytování péče. Na základě jejich seskupení a analýzy můžeme nyní konstatovat, že cíl této bakalářské práce byl úspěšně naplněn.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřovala na téma „Problematika poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s nákazou Covid-19“. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat poskytování ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních v souvislosti s pandemií. Cíl práce byl splněn.

Ve výzkumu byly zkoumány tři klíčové kategorie, které se týkaly postojů personálu k pandemii, změn v organizaci a chodu oddělení i problematiky ošetrovatelské péče. Bylo zjištěno, že personál byl vystaven vysokému tlaku a stresu, což mělo negativní dopad na jeho pohodu a emocionální vyčerpání. Zároveň však mnozí projevíli vysokou míru odhodlání a obětavosti ve své práci. Co se týká změn v organizaci oddělení, ty byly nezbytné pro ochranu pacientů i personálu před nákazou. Mnohá oddělení se stala specializovanými covidovými jednotkami, což přineslo řadu výzev i nových hygienických opatření. Celkově lze tedy říci, že pandemie covidu-19 zanechala v akutních psychiatrických odděleních výraznou stopu.

Byly to časy výzev, ale také období odvahy a resilience. Výsledky a doporučení tohoto výzkumu nám pomohou k lepšímu porozumění, jak pandemie ovlivnila mentální zdraví pacientů i personálu, a mohou sloužit jako podklad pro budoucí zlepšení a přípravu na podobné situace. Současné výsledky ukazují, že sestry by měly být citlivé k potřebám i reakcím pacientů v krizových situacích, v budoucnu se pak snažit najít rovnováhu mezi bezpečnostními opatřeními a psychosociální podporou pacientů. Celkově hodnotí všichni informanti průběh pandemie pozitivně a zdůrazňují důležitost adekvátního zvládnutí náročných situací.

Tuto bakalářskou práci zakončíme stejnými slovy, kterými tato práce začínala. Každý den máme možnost ovlivnit životy druhých lidí prostřednictvím péče, porozumění a laskavosti, které jim věnujeme. Během pandemie covidu-19 jsem získala hlubší pochopení významu naší role jako sester v péči o pacienty. Přes veškerou náročnost a výzvy jsme dokázaly projevit sílu a odhodlání, které nás spojuje v tomto povolání, a to zejména v okamžicích, kdy pacienti procházejí nejtěžšími chvílemi. Věřím, že naše péče a empatický přístup mají klíčový vliv na duševní zdraví pacientů a mohou přinést úlevu i naději v nejistých časech. Pevně věřím, že naše profesní angažovanost a lidskost mohou sloužit jako inspirace pro další generace zdravotnického personálu a posunout naši péči na ještě vyšší úroveň.

7 Použité zdroje

1. BĚHOUNEK, J., 2022. *Procesní model Systém péče o duševní zdraví: 4. OME Péče o pacienta v omezení* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-08/4_OME_v00.pdf
2. BRIGANTOVÁ, M., 2011. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně: Specifika ošetrovatelské péče u psychiatrického pacienta*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita Nováková.
3. BUMBA, J., ČIHÁK, O., 2020. V absolutním nedostatku ochranných pomůcek ve zdravotnictví vidím flagrantní porušení funkce státu, říká šéf asociace nemocnic Solich. In: *Plus.rozhlas.cz* [online]. 17. 3. 2020 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/v-absolutnim-nedostatku-ochrannych-pomucek-ve-zdravotnictvi-vidim-flagrantni-8164553?fbclid=IwAR3UKYdnVC8YDkbyXIghjuvHPNSAPCMFvf6tO7NUxCgkvUt-Erzv8SrOBs>
4. COVIDSPOT, 2022. Antigenní testování: co to je? *Covidspot.cz* [online]. © 2022 [cit. 2022-12-30]. Dostupné z: <https://www.covidspot.cz/antigenni-testovani/>
5. ČABANOVÁ, A., 2020. Jaké má kdo nosit ochranné pomůcky. In: *Tribune.cz* [online]. 23. 3. 2020 [cit. 2023-07-27]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/medicina/jake-ma-kdo-nosit-ochrannepomucky/?fbclid=IwAR2UKie-cLPJmRAPIvwBsQNCjXeXg-YbWvmCTyNiF_Adt1456dWtQo_p4o4
6. DLOUHÝ, P., ŠTEFAN, M., CHRDLÉ, A., 2022. *COVID-19: Diagnostika-léčba-prevence*. Praha: Maxdorf. 271 s. ISBN 978-80-7345-735-8.
7. DRG RESTART, 2018. Klasifikace hospitalizačních případů. In: *Drg.uzis.cz* [online]. 25. 6. 2018 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://drg.uzis.cz/index.php?pg=klasifikace-hospitalizacnich-pripadu>
8. FUNKE, M., 2020. Sebepoškozování: Příčiny sebepoškozování. *Adicare.cz* [online]. Praha: AdiCare [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://adicare.cz/sluzby>

/psychoterapie-pro-mladez/sebeposkozovani/?fbclid=IwAR3otUvPCIjknk55VupwnQTPk8z0z1X7jnsyDfnOBc-4pe5Yndr0pk7pnt8

9. HAKSZER, L., 2022. Úzkostní pacienti přežívali covid oveľa ťažšie. Traumatizovali ich obmedzenia, stres aj strach o blízkych. In: *Zdravotnickýdeník.cz* [online]. 28. 11. 2022 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdeník.cz/2022/11/uzkostni-pacienti-prezivali-covid-ovela-tazsie-traumatizovali-ich-obmedzenia-stres-aj-strach-o-blizkych/>
10. HEIDARI, S. et al., 2022. Annals of Medicine and Surgery: Job satisfaction and its relationship with burnout among nurses working in COVID-19 wards: A descriptive correlational study. *Annals of Medicine and Surgery* [online]. 2022(82), 1–2 [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080122013516>
11. HORVÁTH, I., 2021. Napsali o nás: Stále mladší pacienti – těžké dny nemocnic (MF Dnes). In: *Ftn.cz* [online]. 8. 12. 2021 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://www.ftn.cz/clanky/napsali-o-nas-stale-mladsi-pacienti-tezke-dny-nemocnic-mf-dnes-1403/>
12. HOSENSEIDLOVÁ, P., ŠKODA, J., 2021. V nemocnicích výrazně roste spotřeba kyslíku. K pátku bylo hospitalizováno 8632 pacientů. In: *Ct24.ceskatelevize.cz* [online]. 20. 3. 2021 [cit. 2023-07-27]. Dostupné z: https://ct24.ceskatelevize.cz/speciaily/koronavirus/3286028-v-patek-pribylo-pres-devet-a-pul-tisice-nakazenych-ve-vsedni-den?fbclid=IwAR1dojr7tBLjrCsJSrojKGaOmYQ6YmWicjKTMzB3Khdh8ZV0n-ol_4qTXAk
13. CHOMYNOVÁ, P. et al., 2022. *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022* [online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33774/1171/Zprava_o_nelegalnich_drogach_v_CR_2022_v02_rev221207.pdf
14. CHVÍLA, L., 2002. Nealkoholové závislosti. *Interní medicína* [online]. 14(10), 8–10 [cit. 2023-07-30]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/10/14.pdf>

15. JONES, J., 2020. PSYCHOPORTAL, Brána k odborné pomoci: Lůžková psychiatrická péče [online]. [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/luzkova-psychiatricka-pece/>
16. JUŠKOVÁ, K., 2023. Nová epidemie. Adolescenti se poškozují. In: *Mzcr.cz* [online]. 20. 6. 2023 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/nova-epidemie-adolescenti-se-poskozuji/>
17. JÚZOVÁ, M., 2019. *Problematika pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice: Ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu tremens*. České Budějovice [online]. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta [cit. 2023-07-11]. Vedoucí práce Hana Hajduchová. Dostupné z: https://theses.cz/id/r2vjxv/BP_Juzova.pdf
18. KAMEG, B. et al., 2021. Archives of Psychiatric Nursing: Mental wellness among psychiatric-mental health nurses during the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 35(4), 401–406 [cit. 2022-12-15]. DOI: 10.1016/j.apnu.2021.05.003. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941721000698>
19. KIMMEROVÁ, J. et al., 2022. Problematika ošetrovatelské péče u sester v první linii během pandemie covid-19. *General Practitioner/Praktický Lékař*. 102(4), 191–199. ISSN 0032-6739.
20. KLINIKA ADIKTOLOGIE, 2019. Screeningový dotazník CAGE. In: *Adiktologie.cz* [online]. 16. 1. 2019 [cit. 2023-01-25]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/screeningovy-dotaznik-cage>
21. KOCOUREK, R. J., PETRÁSKOVÁ, T., 2021. Dopady pandemie COVID-19 na duševní zdraví dětí a jejich rodin. In: *Myclinic.cz* [online]. 14. 6. 2021 [cit. 2023-07-27]. Dostupné z: <https://www.myclinic.cz/blog/dopady-pandemie-covid-19-na-dusevni-9>
22. KULHÁNEK, J., 2023. Nejčastější duševní onemocnění. In: *Sancedetem.cz* [online]. 27. 2. 2023 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/>

nejcastejsi-dusevni-onemocneni?fbclid=IwAR1IHs4M_zbnTHAa2M0wjCGUYrea
Hhcojmhf7ZAphGfpZ-mdyHGRwePu_28

23. MARKOVÁ, E., 2006. Ambulantní péče. In: MARKOVÁ, E., VEGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, s. 38–40. ISBN 80-247-1151-6.
24. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
25. MECHÚROVÁ, B., 2021. Specifika komunikace a nové výzvy při sdělování závažných zpráv během pandemie COVID-19. *Svět praktické medicíny* [online]. 2021(2), 93–96 [cit. 2023-07-22]. ISSN 2694-8516. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/svet-prakticke-mediciny/2021-2-4/specifika-komunikace-a-nove-vyzvy-pri-sdelovani-zavaznych-zprav-behem-pandemie-covid-19-126856?fbclid=IwAR130QpB6vfwmlVSn-FLD9r-_iSpjbWX6NdcJ4AIwXr0AHpW7Jj65UdViO4
26. Mimořádné opatření: Mimořádné opatření OP – karanténa pro osoby s přechodným a trvalým pobytem v ČR po návratu z Italské republiky, 2020. In: . Praha: MZ, ročník 2020, číslo 258.
27. Mimořádné opatření: Nařízení poskytovatelům akutní lůžkové péče, 2020. In: . Praha: MZ, ročník 2020, číslo 258.
28. MONTES, J. M., HUERTA, D. H., 2021. Impact of the COVID-19 pandemic on acute inpatient psychiatric units in Spain. *Psychiatry Research* [online]. 304, 1–2 [cit. 2023-07-27]. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114136. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8310392/?fbclid=IwAR0RAZrNelH9A4iAxU7hXAJ5gZsX4C_ac_NtGDnnnFEOJUdT7djYlfWvul8
29. MOSS, S. J. et al., 2021. Restricted visitation policies in acute care settings during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Critical Care* [online]. 25(1), 347 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-021-03763-7>

30. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. PCR test. *Nzip.cz* [online]. © 2023 [cit. 2023-2-7]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1072>
31. NEČASOVÁ, A., KOURKOVÁ, P., 2017. Specifika komunikace s pacienty v resuscitační péči. *Florence* [online]. 9(6), 10–13 [cit. 2023-07-30]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/6/specifika-komunikace-s-pacienty-v-resuscitacni-peci/>
32. OPRISAN, A. et al., 2022. Prevalence of burnout syndrome during the COVID-19 pandemic and associated factors: Prevalencia y factores de desgaste profesional en radiólogos durante la pandemia COVID-19. *Radiología* [online]. 64(2), 119–127 [cit. 2023-02-07]. DOI: 10.1016/j.rxeng.2021.09.009. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173510722000519>
33. PAPEŽOVÁ, S., 2021. *Reforma psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_284.pdf
34. PÁV, M., 2021. *Deeskalace* [online]. Brno: Fakulta informatiky MU [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://is.vszdrav.cz/el/vsz/leto2020/PAOPVP3229/um/Deeskalace.pdf>
35. PĚČ, O., 2022. Komunitní péče. In: *Psychiatrie.cz* [online]. 2. 3. 2010 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>
36. PETERKOVÁ, M., 2023. Léčba schizofrenie. *Schizofrenie.psychoweb.cz* [online]. © 2023 [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: <https://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/lecba-schizofrenie>
37. PETR, T., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. 115 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
38. PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. 855 s. ISBN 978-80-204-2798-4.

39. RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
40. RANDÁKOVÁ MODES, M., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii: Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami*. Praha: Grada Publishing. 853 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
41. RANGEL, T. L. et al., 2022. Applied Nursing Research: Exercise, diet, and sleep habits of nurses working full-time during the COVID-19 pandemic: An observational study. *Applied Nursing Research* [online]. 69(5) [cit. 2022-12-18]. DOI: 10.1016/j.apnr.2022.151665. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189722001070>
42. SAIBERTOVÁ, S., POKORNÁ, A., 2021. Nejčastější chyby při používání osobních ochranných pomůcek. *Medicína pro praxi* [online]. 18(1), 75–78 [cit. 2023-07-20]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/incpdfs/med-202101-0013_10_001.pdf
43. SHIN, S., YOO, H. J., 2022. International Emergency Nursing: Emergency nurses' communication experiences with patients and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Emergency Nursing* [online]. 66 [cit. 2023-01-03]. DOI: 10.1016/j.ienj.2022.101240. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X22000970>
44. STEWART, D. et al., 2022. *Sestry jako vedoucí hlas* [online]. Ženeva: ICN [cit. 2023-07-27]. ISBN 978-92-95124-01-1. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/04/ICN_balicek_CZ.pdf?fbclid=IwAR2RGE89KK2sCtiq0VApxy8OCsy5ZUrNkkzcY2pEXpp8J5pnjizM75jlIE
45. ŠNOREK, M., 2023. Omezení návštěv v Nemocnici České Budějovice. In: *Nemcb.cz* [online]. 4. 1. 2023 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: https://www.nemcb.cz/aktuality/omezeni-navstev-v-nemocnici-ceske-budejovice/?fbclid=IwAR0Av80JL8GoBv0HgX3dTUDm_4-ghZyD-vqDLxqYBsV4Kpzhxj0mCZ2AXHA

46. TODOROVA, L., IVARSSON, B., JOHANSSON, A., 2022. Prehospital emergency nurses' competence progress in assessing psychiatric disorders; 1-year follow-up of a psychiatric emergency response unit. *International Emergency Nursing* [online]. 62(5) [cit. 2022-11-18]. DOI: 10.1016/j.ienj.2022.101149. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X22000064>
47. TUČEK, J., 2022. Představujeme: Psychiatrické oddělení: Psychiatrie, její reforma a dostupnost v Jihočeském kraji. *Nemocniční zpravodaj* [online]. 21(2), 2–4 [cit. 2022-11-18]. Dostupné z: https://www.nemcb.cz/upload/Zpravodaj%202022/NEMOCNICNI_ZPRAVODAJ_unor_2022.pdf
48. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2022. *Psychiatrická ročenka 2021* [online], 2021. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008415/psych2021.pdf>
49. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. Úvod do komunikace s nemocným člověkem. In: VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, s. 11. ISBN 80-247-1262-8.
50. VEVERA, J. et al., 2018. Deeskalace - základní intervence ke zvládnutí násilí. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 114(5), 213–217 [cit. 2023-01-07]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1227>
51. VINIKF, M., HUGELIUS, K., KURLAND, L., 2022. Experiences of exposure to workplace violence among ambulance personnel. *International Emergency Nursing* [online]. 65(1) [cit. 2022-11-18]. DOI: 10.1016/j.ienj.2022.101220. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X22000775>
52. WINKLER, P., JANOUŠKOVÁ, M., 2013. Systémy psychiatrické péče v Evropě I: Popis reformních procesů ve 12 zemích EU. *Psychiatrie* [online]. 17(2), 65–70 [cit. 2022-12-01]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: <https://adoc.pub/systemy-psychiatricke-peece-v-evropi-i-popis-reformnich-proce.html>

53. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. Coronavirus disease (COVID-19). In: *Who.int* [online]. 28. 3. 2023 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
54. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): DRUHY A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE, 2011. In: . ročník 2011, číslo 372.
55. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: . Praha, ročník 2011, číslo 372.
56. ZHU, Y., LI, Y., XU, X., 2022. Psychiatry Research: Suicidal ideation and suicide attempts in psychiatric patients during the COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* [online]. 317(12) [cit. 2022-12-15]. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114837. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178122004309>

8 Přílohy

Příloha č. 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

- 1) Jaké máte odborné vzdělání?
- 2) Jaký je Váš věk?
- 3) Jaké je Vaše pracovní zařazení?
- 4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
- 5) Jak dlouho pracujete na akutním psychiatrickém oddělení?
- 6) Jaké změny nastaly při poskytování ošetrovatelské péče na Vašem oddělení v době pandemie covidu-19?
- 7) Jak tato pandemie ovlivnila chod Vašeho oddělení?
- 8) Jaké změny nastaly při příjmu akutních psychiatrických pacientů v souvislosti s podezřením na Covid-19 a při normálním příjmu?
- 9) Jaké diagnózy mají pacienti, kteří jsou přijímáni na Vaše oddělení?
- 10) Jaká bezpečnostní opatření byla prováděna u akutních psychiatrických pacientů v souvislosti s pandemií covidu-19?
- 11) Jaká opatření byla zavedena na Vašem oddělení?
- 12) Kdo a jakým způsobem Vás seznámil se zaváděnými opatřeními?
- 13) Jaké osobní ochranné pracovní pomůcky jste používaly?
- 14) Jaký dopad podle Vás měla tato doba na samotné sestry?
- 15) Jaká negativa tato doba podle Vás přinesla pro ošetrovatelskou péči?
- 16) Jaká pozitiva tato doba přinesla pro ošetrovatelskou péči?
- 17) Jak celkově hodnotíte zvládnutí a průběh pandemie jako sestra na Vašem oddělení?
- 18) Co bylo pro Vás nejtěžší při poskytování ošetrovatelské péče?
- 19) Jak reagovali samotní pacienti na změnu v ošetrovatelské péči?

20) Jak sestřský personál vnímal změnu chování u pacientů při zaváděných opatřeních, jako jsou karanténa a omezený pohyb na oddělení atd.

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

9 Seznam použitých zkratek

CAGE dotazník – screeningové vyšetření pacienta, které pomůže zjistit, zda je pacient závislý na alkoholu, či nikoliv. Zkratka CAGE v angličtině znamená C (Cut) – pocit potřeby omezit pití alkoholu, A (Annoyed) – podráždění okolí z pití alkoholu, G (Guilt) – pocit viny v souvislosti s pitím alkoholu, E (Eye-opener) – pití alkoholu pro ránu za účelem uklidnění nebo zbavení kocoviny. Jsou to čtyři otázky a za každou kladnou odpověď se přičítá jeden bod. Skóre je tedy v rozmezí 0–4 body (Klinika adiktologie, 2019).

DM II. typu – diabetes mellitus 2. typu

EKG – elektrokardiografie

GMT – gama-glutamyltransferáza (jaterní enzym)

ICHS – ischemická choroba srdeční

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky