



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Péče o klienty s Covid-19 v domově se zvláštním
režimem**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Kateřina Filípková

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Péče o klienty s Covid-19 v domově se zvláštním režimem*“ 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 8. 8. 2022

.....

Kateřina Filípková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí své práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za laskavý přístup, cenné rady, podporu a připomínky při jejím zpracování. Děkuji také všem informantům za jejich čas a ochotu. V neposlední řadě patří poděkování také mé rodině za podporu v průběhu celého studia.

Péče o klienty s Covid-19 v domově se zvláštním režimem

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování péče klientům s covid-19 v domovech se zvláštním režimem. Teoretická část práce je zaměřena na onemocnění covid-19. Zároveň popisuje bariérovou ošetrovatelskou péči a problematiku domovů se zvláštním režimem. Hlavním cílem empirické části bylo zmapování péče o klienty s covid-19 v domově se zvláštním režimem v období od začátku pandemie po současnost. Na základě tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka, jakým způsobem byla zajišťována péče o klienty s covid-19 v domově se zvláštním režimem v období od začátku pandemie po současnost.

Pro sběr dat bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval 21 otázek. Výzkumný soubor tvořilo 7 informantek z řad sester a 2 informantky z řad vedoucích pracovníků, které byly vybrány záměrným výběrem. Kritériem byla minimální délka praxe v zařízení 3 roky. Na základě analýzy dat byly pomocí otevřeného kódování, metodou tužka a papír vytvořeny 3 kategorie a 11 podkategorií.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že péče byla poskytována na základě daných opatření Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí s využitím bariérových ošetrovacích technik. Hlavní odlišností při péči byly pro informantky zejména rychlé změny zdravotního i psychického stavu klientů. Zjistili jsme, že v průběhu pandemie byly využívány různé způsoby izolace klientů. Nejčastěji zmiňovaným způsobem bylo využití covidové jednotky. Hlavní zásadu v péči pro informantky představuje izolace a užívání OOPP. Důležitou součástí péče byla prevence nákazy pomocí očkování. Pandemie ovlivnila také průběh aktivizačních činností, které jsou nedílnou součástí při zajišťování péče v domově se zvláštním režimem.

Získaná data nám ukazují, že jednou z nejnáročnějších částí péče byla komunikace s klienty. Stejně tak byla za náročnou označovaná hygienická péče. Onemocnění covid-19 je poměrně nové, není proto divu, že se při zajištění péče objevovaly také problematické oblasti. Mezi ty informantky zařadily nedostatek informací zejména v návaznosti na aktuálnost pandemie a také riziko nákazy i přes užívání OOPP.

Ze samotného hodnocení péče pak vyplývá spokojenost informantek s organizací péče. Významným problémem v péči byl zejména nedostatek OOPP a personálu pro zajištění péče.

Práce může posloužit jako studijní materiál pro studenty nelékařských zdravotnických oborů.

Klíčová slova

Covid-19; klienti domova se zvláštním režimem; ošetrovatelská péče; pandemie.

Care of clients with Covid 19 in the home with a special regime

Abstract

The bachelor thesis deals with an issue of providing care to Covid 19 clients in homes with special regime. The theoretical part of the thesis is focused on the Covid 19 disease. The main aim of the empiric part was to map the care of clients with Covid 19 in the home with a special regime in the period from the pandemic beginning up to the current situation. On the basis of this aim, a research question was set, what was the method of Covid 19 clients care in the home with a special regime in the period from the pandemic beginning up to the current situation.

A qualitative research construct was selected for a data collection in a form of interviewing. The data collection was implemented by means of a half-structured interview that included 21 questions. The research group consisted of 7 female respondents from a group of nurses and 2 female respondents from a group of senior managers, who were selected by means of deliberate sampling. The criterion was a minimal length of 3 year of practical work in the institution. Based on the data analysis, 3 categories and 11 sub-categories were created through an open coding and pencil-and-paper method.

It results from the research construct that the care was provided on the basis of official measures of the Ministry of Health and Ministry of Labour and Social Affairs, using barrier nursing techniques. The main distinction for the female respondents during the nursing were particularly fast changes of clients' health and mental conditions. It was found out that there were various methods of clients' isolation during the pandemic. The most frequently mentioned one was a Covid unit usage. The main principles of the care are isolation and PPE (Personal Protective Equipment) for the female respondents. An important part of the care was prevention by means of vaccination. The pandemic also influenced activation activities that are an integral part of the care in a home with specific regime.

The obtained data reveal that it was a communication with the clients that was the most demanding part of the care. Also the sanitary care was qualified as equally demanding. The Covid-19 disease is relatively new and so it is no wonder that there appeared certain problematic areas during providing the care. Among these the female respondents placed

the lack of information especially in the context with currency of the pandemic as well as the risks of contagion despite the PPE usage. The female respondents' content with the care organisation results from the care evaluation itself. The important problem in the care was especially the lack of PPE and personnel for ensuring the care.

The thesis may be used as a study material for non-doctoral medical studies.

Key words:

Covid-19; clients of the home with specific regime; nursing care; pandemic.

Obsah

1	Úvod	10
2	Současný stav	11
2.1	Charakteristika onemocnění covid-19.....	11
2.1.1	Diagnostika	12
2.1.2	Léčba a prevence	13
2.1.3	Přístup ke klientům s podezřením či potvrzenou infekcí covid 19.....	17
2.2	Bariérová ošetrovatelská péče.....	19
2.2.1	Hygienická opatření	20
2.2.2	Dezinfekce a sterilizace	22
2.3	Charakteristika domova se zvláštním režimem.....	23
2.3.1	Práce sestry v domově se zvláštním režimem	24
2.3.2	Nejčastější onemocnění v zařízení.....	27
2.3.3	Péče o klienty s covidem-19 v domovech se zvláštním režimem.....	30
3	Cíle a výzkumné otázky	35
3.1	Cíl práce	35
3.2	Výzkumné otázky.....	35
4	Metodika	36
4.1	Použité metody.....	36
4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	37
5	Výsledky	38
5.1	Kategorizace výsledků	38
5.2	Kategorie 1: Charakteristika informantek.....	38
5.3	Kategorie 2: Specifika péče o klienty s covidem 19	40
5.3.1	Podkategorie 1: Odlišnosti péče	41
5.3.2	Podkategorie 2: Hlavní zásady v péči.....	41
5.3.3	Podkategorie 3: Zajištění izolace	42

5.3.4	Podkategorie 4: Postup svlékání a oblékání OOPP	42
5.3.5	Podkategorie 5: Pozorování při péči	43
5.3.6	Podkategorie 6: Aktivizační činnost	44
5.3.7	Podkategorie 7: Preventivní kroky	46
5.4	Kategorie 3: Hodnocení péče	46
5.4.1	Podkategorie 8: Nejnáročnější část péče	47
5.4.2	Podkategorie 9: Problematické oblasti poskytované péče	47
5.4.3	Podkategorie 10: Priority péče	48
5.4.4	Podkategorie 11: Hodnocení péče v době pandemie	49
6	Diskuse	50
7	Závěr	57
8	Seznam použité literatury	58
9	Seznam příloh	68
9.1	Postup dezinfekce rukou	69
9.2	Postup oblékání OOPP	70
9.3	Postup svlékání OOPP	71
9.4	Žádost o provedení výzkumu	72
9.5	Otázky k polostrukturovanému rozhovoru	73
9.6	Polohování po covidu-19	75
10	Seznam zkratk	76

1 Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku poskytování péče klientům s onemocněním covid-19 v domově se zvláštním režimem. Pandemie covidu-19 zasáhla do každodenního života celé populace. Nejvíce ji však vnímali zdravotničtí pracovníci, kteří čelili této nákaze každý den při zajišťování péče, a to nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v pobytových sociálních službách.

Toto téma jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti s péčí o klienty s covidem-19 v domově se zvláštním režimem. Zároveň také proto, že se domnívám, že péče o jedince s koronavirem byla nejvíce zaměřena na zdravotnická zařízení. Chtěla jsem proto přiblížit i problematiku spojenou se sociálními zařízeními. Ta jsou určena zejména seniorům, pro něž nákaza představuje největší riziko. Aby zajistily jejich ochranu, sestry při péči postupovaly podle protiepidemických opatření, jež byla vydávána Ministerstvem zdravotnictví či Ministerstvem práce a sociálních věcí, a využívaly postupy bariérové ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část této práce popisuje onemocnění covid-19, jeho příznaky, diagnostiku, léčbu a prevenci. Také se zaměřuje na bariérovou ošetrovatelskou péči. Současně se orientuje na domov se zvláštním režimem. Zde se zabýváme charakteristikou zařízení, specifiky péče o klienty s covidem-19 a prací sester v těchto zařízeních.

Výzkumná část mapuje péči o klienty s covidem-19 v domově se zvláštním režimem od začátku pandemie po současnost. Zaměřuje se zejména na specifika péče, očkování klientů, aktivizační činnosti. Zároveň také věnuje pozornost i nejnáročnější části péče, jejím prioritám i problematickým oblastem. Informace pro zmapování péče budou získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a vedoucími pracovníky domova se zvláštním režimem.

2 Současný stav

2.1 Charakteristika onemocnění covid-19

World Health Organisation (2022) definuje covid-19 jako infekční onemocnění způsobené virem SARS-CoV-2. Jedná se o nemoc, jejíž původce je příbuzný s agens pandemie SARS, která se ve světě vyskytla v zimě 2002/2003. Tato pandemie je – po objevení SARS-CoV-2 – známá pod názvem SARS-CoV-1 (Arvay, 2021). Viry s názvem koronaviry obvykle způsobují běžná nachlazení. SARS-CoV-2, pravděpodobně pocházející z netopýrů, způsobuje vážnější onemocnění u velkého počtu lidí (Wiersinga, 2020a). Arvay (2021) uvádí, že se první případy této choroby vyskytly v prosinci roku 2019 v čínském městě Wu-Chanu, které má 11 milionů obyvatel. Jedná se o akutní respirační infekci přenášenou kapénkami. Vir se vylučuje při kýchání a kašláním infikovaného jedince (Trojánek et al., 2020a), Wiersinga (2020a) ale také přidává vylučování při mluvení. Kapénky se obvykle šíří pouze na krátké vzdálenosti, asi jeden až dva metry, a zároveň se usazují na veškerých površích. Na části z nich zůstává infekční, na plastech a nerezové oceli déle než 72 hodin, na kartonu 24 hodin a na mědi čtyři hodiny. Trojánek et al. (2020a) za nejčastější způsob přenosu označili vdechnutí viru či přímý kontakt kapénky se sliznicí po úzkém kontaktu s infikovanou osobou nebo předmětem. Vir může být infikovanými osobami přenesen již ve chvíli, kdy ještě nemají žádné příznaky (Wiersinga, 2020a). Wiersinga (2020b) uvádí inkubační dobu v průměru dva až sedm dní. Většina jedinců jeví známky nemoci do 12 dnů (Wiersinga, 2020a). V průběhu měsíců listopadu, prosince 2020 a ledna 2021 byl zaznamenán výskyt nakažlivějších mutací, konkrétně se jednalo o britskou, jihoafrickou a brazilskou mutaci (Štefan et al., 2021). Piersiala et al. (2022) pak zmiňují výskyt varianty omikron na konci roku 2021, která je vysoce nakažlivá, zároveň uvádí velmi rychlé rozšíření po celém světě.

Nemoc se může projevovat celou řadou klinických příznaků, je schopna probíhat zcela asymptomaticky (Seifert et al., 2020), zároveň je také možný rozvoj vážných komplikací (Trojánek et al., 2020a). Z toho důvodu byla zavedena klasifikace klinického průběhu choroby, kde je nemoc rozdělena na průběh mírný, středně závažný, závažný a kritický. Mírný průběh se shoduje s akutní respirační infekcí, člověk však nemá zánětlivé změny na plicích. Při středně závažném průběhu jsou zaznamenány zánětlivé změny v plicním parenchymu (Trojánek et al., 2020a). U závažného průběhu Trojánek et al. (2020a) uvádí

nutnost splnění jednoho ze tří klinických kritérií, mezi něž spadá dechová frekvence nad 30/min, saturace hemoglobinu pod 93 % nebo respirační index nižší než 300 mmHg. Kritický průběh provází závažná pneumonie, komplikovaná respiračním selháním, vyžadující umělou plicní ventilaci, šokem nebo jiným možným orgánovým selháním, které vyžaduje péči na jednotce intenzivní péče (Trojánek et al., 2020a).

Trojánek et al. (2020a) mezi nejčastější příznaky onemocnění řadí horečku, suchý dráždivý nebo produktivní kašel, dušnost, únavu, ztrátu chuti či čichu. Rovněž se může projevit bolestí v krku, hlavy, průjmem, vyrážkou na kůži, změnou barvy prstů na ruce nebo nohy, červenými nebo podrážděnými očima (World Health Organisation, 2022). Nakažlivější varianta omikron se pak projevuje zejména potížemi horních cest dýchacích, mezi něž řadíme rýmu či bolesti v krku. Dále se objevují bolesti hlavy, únava a kýchání (Piersiala et al., 2022). Typický příznak pro covid-19 – ztráta chuti a čichu – se u varianty omikron vyskytuje velmi vzácně. Piersiala et al. (2022) tento typ infekce také spojují s nižším rizikem hospitalizace, závažných onemocnění a smrtí.

V neposlední řadě je také důležité zmínit syndrom dlouhého covidu, který Khoreva (2021) řadí mezi dlouhodobé následky covidu-19. Syndrom zahrnuje příznaky, které přetrvávají déle než tři týdny od samotného propuknutí onemocnění covid-19. Nejčastějšími příznaky dlouhého covidu bývají únava, jež postihuje až 72 % jedinců, dušnost, bolesti na hrudi, poruchy chuti a čichu (Pavli et al., 2021). Yong (2021) pak uvádí výskyt kognitivních a duševních poruch, bolesti kloubů, bušení srdce, bolesti svalů či hlavy, gastrointestinální a srdeční poruchy.

2.1.1 Diagnostika

Diagnostika samotného onemocnění covid-19 se provádí PCR-testem, jímž je přímo prokázána přítomnost SARS-CoV-2 v těle člověka. Tento test může mít dva eventuelní výsledky. Pozitivní výsledek potvrdí infekci v těle člověka. Druhou možností je negativní výsledek, který však infekci úplně nevyloučí, a proto je test v případě trvajících příznaků nutné opakovat za dva až pět dnů (Štefan et al., 2021). Druhou metodou k přímému prokázání SARS-CoV-2 je použití antigenního testu. Tento typ testování má nižší senzitivitu i specifitu než test metodou PCR (Štefan et al., 2021). Jako výhody Štefan et al. (2021) uvedli zejména nízkou cenu a rychlost vyšetření, kdy není nutné vzorek transportovat do laboratoří. Při obou těchto metodách se vzorek získává z horních cest dýchacích hlubokým výtěrem z nosohltanu. Zároveň mohou být testy provedeny pomocí

odběru slin, či stěru z přední části dutiny nosní, který se provádí zejména při samotestování. Pro stěr sestry využívají štětičky na plastové tyčince s jemným kartáčkem ze syntetického materiálu (Štefan et al., 2021). Při samotném odběru musí být použit sterilní materiál (Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012). Další diagnostickou metodou, kterou popisují Macková et al. (2021), je detekce nukleokapsidového antigenu SARS-CoV-2 v séru jedince. Stanovení tohoto antigenu umožňuje sledovat sílu infekce v organismu člověka. Využívá se zejména pro určení vývoje infekce u hospitalizované osoby a opakuje se 2–3x týdně podle stavu jedince. Zároveň slouží ke stanovení infekce u hospitalizovaného pacienta s podezřením na covid-19, u kterého se infekce neprokázala pomocí PCR-testu, a to v kratší době než 14 dní od objevení příznaků (Macková et al., 2021). Pro stanovení nemoci se rovněž využívají vyšetření na jiné možné původce respiračních infekcí, jako jsou například chřipka A, B, nebo také pneumokokový a legionelový antigen v moči. Ani jedna z těchto infekcí však nevyklučuje covid-19, protože je možná přítomnost dvojitých infekcí. Dále se vyšetřuje C-reaktivní protein, který u koronaviru bývá o dost vyšší než u dalších virových respiračních infekcí (Štefan et al., 2021). Pro určení jeho hodnoty musí sestra odebrat vzorek krve na biochemické vyšetření (Bartůněk et al., 2016). Jako základní zobrazovací metodu využívanou k diagnostice tohoto onemocnění označili Štefan et al. (2021) rentgen plic. Pro covid-19 je typické postižení obou plic zejména na periférii a bazích, s pozvolným postupem a největším postižením v době 10–12 dní od objevení příznaků. V neposlední řadě je možné využít CT plic, jež poskytuje lepší zobrazení plicní tkáně. Zároveň se však využívá zejména v kombinaci s angiografií pro diagnostiku plicní embolie (Štefan et al., 2021).

2.1.2 Léčba a prevence

U onemocnění covid-19 se nejčastěji využívá zejména léčba symptomatická. Podle Štefana et al. (2021) se tedy terapie zaměřuje na příznaky, které jsou u člověka přítomny. Veškeré medikamenty jsou podávány sestrou, ve všech zdravotnických zařízeních i sociálních službách, na základě ordinace lékaře (Kelnarová et al., 2016). Pacientům s tělesnou teplotou nad 38 °C jsou podávána antipyretika, jež se mohou podávat v kombinacích podle předpisů. Některá mají současně účinek analgetický. Pokud je přítomen kašel, má pacient k dispozici antitusika, popřípadě kombinovaná mukolytika

(Štefan et al., 2021). Přítomna může být současně obstrukce plicních bronchů, která se řeší pomocí bronchodilancí z ručních inhalátorů, či nebulizací. U pacientů, jejichž tělo je nedostatečně zásobeno kyslíkem, se podává oxygenoterapie, a to buď přes nosní kanylu, nebo kyslíkovou maskou (Štefan et al., 2021). Je indikována u pacientů s hodnotou SpO₂ nižší než 93 %, kromě pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. Pokud je pro pacienty přívod standardního množství kyslíku nedostatečný, uvádí Štefan et al. (2021) možnost využití vysokoprůtokové nosní oxygenoterapie. Pacienti v kritických stavech se napojují na umělou plicní ventilaci. Podle World Health Organisation (2021b) se právě těmto jedincům podává kortikosteroid dexamethason, který napomáhá k tomu, aby byl pacient napojen na ventilátor co nejkratší dobu. Současně s tím podle dostupných informací snížil úmrtnost pacientů na ventilátorech asi o 1/3 a u jedinců na kyslíku o 1/5 (World Health Organisation, 2021b). Neméně důležitou technikou léčby onemocnění covid-19, kterou zmiňují Štefan et al. (2021), je využití aktivního polohování pacienta se známkami pneumonie. Celý postup polohování vychází z pronační polohy u pacientů se syndromem akutní dechové tísně. Pacient se polohuje tak, aby co nejméně ležel na zádech (Štefan et al., 2021). Poloha na břicho či bocích zabraňuje hromadění zánětlivé tekutiny v zadních částech plic, které jsou nejpostiženější částí. Při léčbě covidu-19 je také podstatné zajištění dostatečné a vhodné hydratace pacienta. Za nevhodnou však Štefan et al. (2021) označili hyperhydrataci, která by zhoršila pacientovo dýchání.

Chalupa a Rozsypal (2020) pro léčbu onemocnění uvedli využití řady dalších terapeutických přístupů. U pacientů se středně těžkými příznaky a rizikovými faktory, s těžkými příznaky s rizikovými faktory i bez nich a u kriticky nemocných je možné po zvážení podat některé z léčiv, u nichž probíhají studie, nebo na základě zkušeností s látkami. Jedná se zejména o léčiva, jež se využívají pro jiné indikace, v jiných dávkách, či se podávají jiným způsobem, než ke kterému jsou přípravky registrovány (Chalupa a Rozsypal 2020). Látky, které mohou ovlivnit léčbu onemocnění, Trojánek et al. (2020b) rozdělili do tří základních skupin. Jde o látky s antivirotickým účinkem, kam řadíme remdesivir, favipiravir, hydroxychlorochin, ivermektin, umifenovir aj., dále imunoterapeutika, jako jsou např. rekonvalescentní plazma, monoklonální protilátky, kortikosteroidy či isoprinosin. Poslední skupinu tvoří látky s podpůrným účinkem. Tato skupina je tvořena vitaminy C, D a zinkem (Trojánek et al., 2020b).

Remdesivir je antivirotická látka vyvinutá proti virům způsobujícím ebolu a marburg, která rovněž působí proti koronavirům. Je určen dospělým a dopívajícím osobám v kritických stavech na umělé plicní ventilaci (Trojánec et al., 2020b). Lék je v České republice povolen Ministerstvem zdravotnictví a také Státním ústavem pro kontrolu léčiv (Chalupa a Rozsypal, 2020). Sestra jej v nemocnici podle ordinace lékaře podává pět až deset dní.

Nejprve se podává nasycovací dávka 200 mg, poté je denně podáváno 100 mg remdesiviru. Může způsobovat nauzeu, bolesti hlavy či elevaci jaterních testů. V případě potřeby Trojánec et al. (2020b) uvádí možnost využití i u těhotných, ne však kojících žen.

Jednou z dalších látek, které Trojánec et al. (2020b) uvedli, je favipiravir. Tato látka se v Japonsku užívá řadu let pro léčbu chřipky. Při léčbě koronaviru se využívá pro rychlejší ústup radiologických nálezů na plicích. V ČR není registrován, je možné ho však využít na základě zvláštního povolení MZČR. Doporučená dávka je první den 1 800 mg dvakrát denně, dále 800 mg dvakrát denně. Celková léčba pomocí favipiraviru trvá 14 dní. Je kontraindikován u těhotných žen a dětí (Trojánec et al., 2020b).

Nedílnou součástí léčby je podání monoklonální protilátky REGN-CoV2. Jedná se o neregistrovaný humánní přípravek využívaný k léčbě covidu-19, který obsahuje léčivé látky casirivimab a imdevimab (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021a). V České republice je jeho použití dočasně povoleno Ministerstvem zdravotnictví. Přípravek může být použit k léčbě, k postexpoziční profylaxi pro osoby, které byly v kontaktu s pozitivním jedincem, nebo u pacientů hospitalizovaných z důvodu onemocnění covidem-19. Lze jej použít v těhotenství i při kojení. Pro možnost využití však musí být dodržena indikační kritéria (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021a). V případě léčebného použití může být přípravek použit u dospělých a dětí starších 12 let, které váží alespoň 40 kg. Jedinec musí mít pozitivní test, ať už antigenní, či PCR, a látka musí být podána do sedmi dnů od objevení příznaků. Stav pacienta nevyžaduje hospitalizaci pro covid-19 a léčebné podání kyslíku, jeho dlouhodobá prognóza je příznivá. V tomto případě je přípravek podáván sestrou nitrožilně v dávce 600 mg casirivimabu a 600 mg imdevimabu přidaných do 100 ml fyziologického roztoku na cca 30–60 minut (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021a). Jedinci, jimž se podává přípravek k postexpoziční profylaxi, musí splňovat podmínky – nejsou plně očkováni, byli

vystavení přímému kontaktu s nakaženým. Zároveň se musí jednat o pacienta s vysokým rizikem progresu onemocnění. V takové situaci se lék podává buď stejným způsobem jako u léčebného použití, nebo subkutánně (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021a). V případě trvání působení viru lze aplikaci opakovat za čtyři týdny v poloviční dávce. U jedinců hospitalizovaných pro covid-19 je nutné, aby byli dospělí či starší 12 let a vážili alespoň 40 kg, musí mít pozitivní jakýkoli test na SARS-CoV-2 a musí podstupovat imunosupresivní léčbu, např. jedinci po transplantaci, osoby podstupující onkologickou léčbu, biologickou léčbu nebo monoterapii pomocí kortikosteroidů, jejichž denní dávka je vyšší než 0,2 mg/kg/den. Dále musí mít negativní vyšetření na protilátky proti S-antigenu a laboratorně potvrzenou virémii. Podává se stejně jako ve výše uvedených případech (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021a). Před samotným podáním monoklonálních protilátek stanovuje Ministerstvo zdravotnictví ČR (2021a) lékaři povinnost informovat jedince o důvodu podání přípravku, o přínosech i rizicích léčby a zároveň dát podepsat písemný informovaný souhlas s podáním přípravku.

Trojánek et al. (2020b) za často využívanou metodu léčby rovněž označili rekonvalescentní plazmu. Ta se odebírá od jedince čtyři až deset týdnů po prodělání onemocnění covid-19 (Trojánek et al., 2020b). Podání této plazmy snižuje virovou zátěž na tělo nemocného jedince. Chalupa a Rozsypal (2020) uvádí možnost použití jak k profylaxi, tak k léčbě nemoci. Před podáním přípravku je nutné, aby sestra pacientovi odebrala krev pro vyšetření krevní skupiny a stanovení protilátek anti-SARS-CoV-2. Její podání je nutné nejlépe do tří dnů od projevení příznaků (Balík et al., 2020). Trojánek et al. (2020b) zmiňují vypracování doporučeného postupu v ČR pro použití rekonvalescentní plazmy.

Neopomenutelnou součástí terapie je léčba akutních a chronických přidružených nemocí. V případě, že se jedná o asymptomatické osoby, není jim podávána léčba žádná (Štefan et al., 2021).

Existuje několik způsobů, jak předejít tomuto onemocnění. Jako důležitý krok v prevenci European Lung Foundation (2021) uvádí společenský odstup alespoň jeden až dva metry od osob, s nimiž člověk nežije ve společné domácnosti. To platí nejen venku, ale zejména ve vnitřních prostorech, kde není vzduch nepřetržitě vyměňován. Neméně důležitým opatřením je mytí rukou. Struktura viru je narušována mýdlem, a tak není virus nadále škodlivý. V případě, že není možné si ruce umýt vodou a mýdlem, využívají se

alkoholové dezinfekční gely s 60% či vyšším obsahem alkoholu (European Lung Foundation, 2021). Snížení přenosu koronaviru zajišťuje rovněž používání obličejových masek, které zakrývají nos a ústa (Wiersinga, 2020a). Stejně tak je vhodnou prevencí očkování obyvatelstva (World Health Organisation, 2021), které nechrání pouze očkovaného jedince, ale také osoby v okolí, jež se nechat očkovat nemohou (European Lung Foundation, 2021). Do této skupiny European Lung Foundation (2021) řadí velmi mladé či nemocné, osoby s nemocemi imunitního systému a staré obyvatele. V České republice je dostupných pět druhů vakcín (Nuvaxovid, Spikevax, Comirnaty, Vaxzevria, Janssen). Všechny uvedené se očkují ve dvou základních dávkách, kromě vakcíny Janssen, kdy je potřebná pouze jedna dávka. Rozmezí jednotlivých dávek se u každé vakcíny liší, pohybují se mezi 21-84 dny (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022a). Od 20. 9. 2021 je možná aplikace třetí, respektive druhé posilující dávky. Tato dávka se podává pět měsíců od podání druhé dávky. V případě očkovací látky Janssensu je podání druhé dávky možné po dvou měsících (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b).

2.1.3 Přístup ke klientům s podezřením či potvrzenou infekcí covid 19

V průběhu pandemie byli jedinci s příznaky onemocnění nebo po kontaktu s nakaženou osobou povinni dodržovat karanténu. Délka jejího trvání se v průběhu vývoje měnila (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). V současné době se karanténa nedodrhuje a jedinec je povinen ihned nastoupit do izolace, výjimku má pouze osoba, jež byla v rizikovém kontaktu s jedincem, který má infekci potvrzenou PCR-testem, v tomto případě se doporučuje dodržovat základní protiepidemické opatření 3R, tedy nosit roušky, dbát na hygienu rukou a dodržovat dostatečné rozestupy (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b).

Pacienta, u něhož se infekce potvrdí, sestra v nemocnici zpravidla umísťuje na jednolůžkový či izolační pokoj (Státní zdravotní ústav, 2020), a to až už se infekce potvrdí PCR-, nebo antigenním testem. Po pozitivním antigenním testu musí vždy následovat test PCR (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). Jedinci je tedy v tomto případě nařízena izolace, ve které zůstává minimálně sedm dní od pozitivního testování. Ukončena je praktickým lékařem po sedmi dnech a rovněž musí být člověk poslední dva dny bez příznaků nemoci (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b).

V obou případech zdravotnický personál při poskytování péče využívá standardní opatření, nezbytné jsou hygiena rukou a použití osobních ochranných pracovních pomůcek (OOPP) pro zamezení přenosu viru, ať už samotným kontaktem, či kapénkami (Státní zdravotní ústav, 2020). Mezi ochranné pomůcky řadíme ochranu dýchacích cest, očí, rukou, celého těla, nohou a hlavy. K ochraně dýchacích cest se využívají respirátory třídy FFP2 a vyšší. Po jeho nasazení je důležité zkontrolovat jeho těsnost. Muži musí být oholeni, aby respirátor správně přiléhal (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). Při činnostech, kdy dochází k tvorbě aerosolu, Státní zdravotní ústav (2020) uvádí nutnost použití respirátoru FFP3. Ochrana očí je zajišťována ochrannými těsnicími brýlemi či štítem. Nevýhodou je zamlžování brýlí, které lze řešit užitím protizamlžovacích prostředků. Po řádné dezinfekci a opláchnutí je možné je znovu použít (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). Dvojitá vrstva rukavic zajišťuje ochranu rukou. Nutné jsou rukavice odolné vůči dezinfekci. Ruce se dezinfikují před kontaktem s pacientem i po něm, jako součást hygienického filtru, po náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem, před aseptickým výkonem, podle daného postupu (příloha 1). Dezinfekce rukou je vždy nutná i po jejich sundání (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). Pro ochranu těla lze využít jednorázové voděodolné pláště s dlouhým rukávem, igelitové zástěry, pracovní oděv či celotělový overal. Nejvhodnější jsou jednorázové voděodolné empíry, pod něž se nosí normální pracovní oděv. Ten se vždy na konci směny nechá vyprat (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). Po svlečení empírů se považuje za nekontaminovaný. Celotělové overaly jsou méně vhodné, zejména proto, že je náročnější dodržení správného postupu svlékání (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). Ochrana nohou je zaopatřena nejčastěji gumovými přezůvkami, které jsou snadno dezinfikovatelné. Stejně tak lze využít návleky. Ty však mohou ohrozit bezpečnost personálu při pohybu. Ochrana hlavy je zabezpečena jednorázovou chirurgickou čepicí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022b). Aby bylo použitím OOPP zamezeno přenosu viru, je nutné znát správný postup pro oblékání a svlékání těchto pomůcek (Liang, 2020). Ve chvíli, kdy je zdravotník oblečen v běžném pracovním oděvu a na nohou má obutou vhodnou obuv, provede hygienu rukou. Nasadí si jednorázovou pokrývku hlavy a respirátor vhodné třídy. Navlékne si první pár jednorázových rukavic, následně si nasadí brýle a oblékne ochranný oděv. Na závěr si navlékne druhý pár rukavic. Tím je celé oděnění dokončeno (příloha 2) (Liang, 2020).

Při svlékání se jako první provede výměna vrchního páru rukavic. Následně se sundá ochranný oděv a s tím i vyměněné rukavice. Sejmou se brýle, respirátor, pokrývka hlavy, nakonec spodní pár rukavic. Mezi jednotlivými kroky se vždy provede dezinfekce rukou (příloha 3) (Liang, 2020).

2.2 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérová ošetrovatelská péče (BOP) v praxi znamená zavedení vhodných režimových opatření a používání postupů, jimiž personál brání přenosu patogenních mikroorganismů mezi pacienty, ale také mezi ostatní zdravotnický personál (Saibertová et al., 2017). Smetana et al. (2019) definovali bariérovou ošetrovací techniku jako skutečnou technickou a organizačně materiálovou bariéru mezi ošetřujícím personálem a pacientem nebo mezi dvěma pacienty. Jedná se o soubor postupů, které minimalizují riziko vzniku a šíření infekcí. Mezi hlavní cíle BOP řadíme zejména prevenci rozšíření infekce mezi pacienty, prevenci přenosu patogenních mikroorganismů mezi pacienty či mezi personál, prevenci šíření polyrezistentních kmenů v nemocničních zařízeních a v neposlední řadě také ochranu vnímavých pacientů (Saibertová et al., 2017). Všichni zdravotničtí pracovníci se musí řídit zásadami pro bariérové ošetrovací techniky. Nejvýznamnějšími kroky, které je třeba dodržovat, jsou individualizace pomůcek pro pacienty, aseptické postupy při péči o pacienta a užívání OOPP (Smetana et al., 2019). Saibertová et al. (2017) BOP rozdělují na základě biologického rizika do čtyř stupňů.

První stupeň biologického rizika představuje úroveň, kdy je nutné nejnižší zabezpečení a infekce představuje nejmenší riziko pro zdravotnický i laboratorní personál, a také pro okolí. Saibertová et al. (2017) uvádí, že je infekce způsobena běžnými patogeny z prostředí. Právě z tohoto důvodu není na pracovišti nutné náročné technické vybavení. Na pracovištích však platí zákaz konzumace jídla i nápojů a zákaz kouření (Saibertová et al., 2017). Důležitým bodem při vstupu a odchodu z pracoviště je správné mytí rukou. Veškerý infekční materiál musí být podle Saibertové et al. (2017) před likvidací dekontaminován dezinfekčním přípravkem, nebo uložen do nepropustného obalu a dekontaminován dezinfekčním přípravkem na místě k tomu určeném.

Infekční činitele, které Saibertová et al. (2017) řadí do II. stupně biologického rizika, mohou být rizikem pro personál i samotného pacienta, zároveň je však velmi nepravděpodobné, že by se mohli rozšířit v komunitě. Základním opatřením pro prevenci rozšíření infekce je izolace pacienta a zvýšení bariérových opatření. Mezi infekční agens

spadající do tohoto stupně můžeme zařadit např. Chlamydie pneumoniae, která způsobuje chřipkovou onemocnění, záněty vedlejších dutin nosních, bronchitidy aj., dále Salmonella, která způsobuje gastrointestinální infekce, nebo také Mycobacterium tuberculosis, původce onemocnění tuberkulózou (TBC) (Saibertová et al., 2017). Na pracovišti s výskytem infekčních činitelů spadajících do II. stupně biologického rizika jako nejdůležitější opatření Saibertová et al. (2017) označili zavedení specifických dezinfekčních postupů. Pracovní plochy musí být snadno omyvatelné, nesmí propouštět vodu a zároveň jsou doporučeny povrchy odolné vůči kyselinám, louhům, rozpouštědlům či dezinfekčním látkám.

Do kategorie BOP podle III.-IV. stupně biologického rizika řadíme vysoce nakažlivé nemoci (VNN) (Saibertová et al., 2017). Pojem VNN Smetana et al. (2019) definovali jako nemoci, které jsou infekční, jsou spojovány s vysokou úmrtností, mají závažný klinický průběh a šíří se populací s různou mírou intenzity. Mezi tato onemocnění řadíme např. hemoragické horečky, jako jsou ebola, horečka Lassa, horečka dengue (Saibertová et al., 2017), ale také vzteklinu, žlutou zimnici, virus Zika, praveč neštovice či SARS (Smetana et al., 2019). Doporučený postup při podezření na VNN podle Saibertové et al. (2017) zahrnuje podrobnou cestovní anamnézu v posledních třech týdnech, vyšetření pacienta a klinické příznaky, které se u pacienta vyskytují. Důležitým krokem je zamezení šíření VNN, do této části řadíme zejména ochranu zdravotnických pracovníků v přímém kontaktu pomocí osobních ochranných pomůcek, kdy je personál oblečen do ochranného celotělového oděvu, má nasazeny minimálně dva páry nitrilových rukavic, na očích má uzavřené ochranné brýle a dýchací cesty si chrání obličejovou maskou třídy FFP3, vhodné jsou také vysoké návleky nebo holínky na nohy (Saibertová et al., 2017). Důležitým krokem je povinné telefonické hlášení pacienta na krajskou hygienickou stanici či krajskému epidemiologovi. Za nezbytná opatření Saibertová et al. (2017) rovněž označili izolaci a seznam osob, jež byly v kontaktu s infekčním pacientem.

2.2.1 Hygienická opatření

V bariérové ošetrovatelské péči do hygienických opatření Kelnarová et al. (2015) řadí hygienu rukou, manipulaci s prádlem, se stravou a odpady, dezinfekci a sterilizaci. Podstatnou úlohu v dodržování hygieny ve zdravotnictví pro Kelnarovou et al. (2015) představuje hygiena rukou. Právě ruce hrají velkou roli při přenosu nosokomiálních nákaz a infekčních nemocí. Postupy jsou přesně definovány ve

Standardech mytí rukou a dezinfekce rukou a jsou součástí Standardů ošetrovatelské péče (Kelnarová et al., 2015). Rozlišujeme mechanické mytí rukou, které je součástí osobní hygieny. Jde o mechanické odstranění nečistot a částečně i přechodné mikroflóry pomocí vody a tekutého mycího prostředku. Provádí se vždy před běžným kontaktem s pacientem, po sejmutí rukavic, před jídlem, po použití WC apod. (Kelnarová et al., 2015). Dále Kelnarová et al. (2015) popisují hygienickou dezinfekci rukou, kterou sestra a další zdravotnický personál provádí jako součást BOP, před kontaktem s pacientem a po něm, jako součást hygienického filtru, po náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem, před aseptickým výkonem, po sundání rukavic aj. Provádí se vtíráním alkoholových dezinfekčních prostředků do suché pokožky rukou v množství 3 ml po dobu 30-60 sekund do úplného zaschnutí. Ruce musí být po celou dobu provádění postupu vlhké a po jeho dokončení se ruce nikdy neoplachují ani neotírají (Kelnarová et al., 2015). Při běžném ošetrovatelském kontaktu ji Kelnarová et al. (2015) označují za vhodnější než mechanické mytí rukou.

Na základě vyhlášky č. 306/2012 Sb., v platném znění, prádlo rozdělujeme podle zdravotního rizika na infekční a čisté. Infekční prádlo je kontaminované biologickým materiálem, používané na infekčních odděleních, odděleních TBC a ve veškerých laboratořích. Ukládáme jej do červených igelitových pytlů a popisujeme jako „infekční“ (Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012). Prádlo, které bylo použito personál třídí v místě použití a nepočítá jej. Zároveň jej nikdy před uložením do obalů neprotřepává. Použité prádlo je ukládáno do obalů, které zabraňují kontaminaci okolí nečistotami z prádla (Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012). Obaly lze použít jednorázové, vhodné k praní, omyvatelné či dezinfikovatelné. Rozdělují se do pytlů podle toho, nakolik je znečištěné, dále podle druhu prádla a jeho zbarvení (Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012). V případě, že personál manipuluje se znečištěným prádlem, používá ochranné osobní pomůcky (rukavice, ústenku a oděv) a dodržuje zásady hygieny. Pokud s prádlem manipuluje u lůžka pacienta, používá pouze základní ochranné pomůcky (oděv a rukavice) a po dokončení práce provede hygienickou dezinfekci rukou (Vyhláška

č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012). Pokud bylo prádlo v kontaktu s tělními parazity, ošetří se vhodným insekticidem a po 24 hodinách se předá do prádelny. Čisté prádlo skladujeme v čistých a pravidelně dezinfikovaných skříních nebo regálech v uzavřených skladech určených ke skladování prádla (Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012).

Horanová (2017) označuje stravu je běžnou součástí léčebného režimu. Při manipulaci se stravou nesmí docházet ke křížení čistého a nečistého provozu surovin i pokrmů a nesmí též pomáhat pacienti. Rozvoz stravy je realizován vyčleněnými vozy, u nichž se provádí pravidelné čištění úložného prostoru, vždy po každém rozvozu. Strava musí být podle Horanové (2017) vždy čerstvá, dostatečně teplá a upravená, mikrobiologicky nezávadná, musí mít zachovanou biologickou hodnotu, nesmí být připravena z tepelně nezpracovaných mas a vajec a musí být vždy vyloučen přímý kontakt s rukama pracovníků.

Odpady ve zdravotnictví rozdělujeme na infekční a ostré. Mezi infekční odpady Rezková (2018) řadí veškerý materiál kontaminovaný biologickými činiteli, krví, močí, hnisem nebo jinými tělními tekutinami. Mezi ostrý odpad pak zařazuje stejný materiál, ale odpad musí být ostrý. Nebezpečný odpad se ukládá do označených oddělených, krytých, uzavíratelných a nepropustných obalů. Ostrý odpad se ukládá do označených, spalitelných, nepropíchnutelných a nepropustných obalů, většinou žlutých uzavíratelných kontejnerů (Rezková, 2018). Podle Rezkové (2018) se nebezpečný odpad odstraňuje z oddělení nejméně jednou denně.

2.2.2 Dezinfekce a sterilizace

Kelnarová et al. (2015) definovali pojem dezinfekce jako soubor opatření, která zneškodňují mikroorganismy pomocí fyzikálních, chemických nebo kombinovaných postupů, jež mají přerušit cestu nákazy od zdroje ke vnímavému jedinci. Cílem dezinfekce je udržení předmětů v prostředí bez patogenních mikrobů, které by mohly způsobit onemocnění vnímavého jedince (Kelnarová et al., 2015). Dezinfekce je jedním ze základních postupů, které se využívají při hygieně ve zdravotnických zařízeních. Máme několik způsobů, jak lze dezinfekci provádět – otřením, ponořením nebo

postříkem. Stejně tak existují i různé typy dezinfekce fyzikální (např. var ve vodě, proudící horký vzduch, UV-zářeni), chemickou (např. dezinfekční přípravky), fyzikálně-chemickou (např. paraformaldehydová komora) (Kelnarová et al., 2015). Zvláštním typem je pak ohnisková dezinfekce, kterou ve své publikaci přiblížili Rozsypal et al. (2013). Tento typ dezinfekce má za úkol zajistit, aby se infekce nešířila v ohnisku nákazy. Provádí se průběžně. Jejím cílem je ochránit osoby, které jsou v blízkosti infekčního jedince (Rozsypal et al., 2013). Zároveň se realizuje ve chvíli, kdy je jedinec již zdrav a je potřeba zbavit prostředí, kde pobýval, všech patogenních zárodků. Tento typ se označuje jako závěrečná ohnisková dezinfekce (Rozsypal et al., 2013). Kelnarová et al. (2015) zmínili, že častou chybou ve zdravotnických zařízeních bývá nedodržování návodů výrobce, špatné nařazení dezinfekce či použití teplé vody k nařazení.

Pojmem sterilizace rozumíme proces, který zajišťuje usmrcení všech mikroorganismů, které jsou schopny života, a také jejich spór. Můžeme ji provádět fyzikálními metodami (např. vlhkým teplem, horkým vzduchem, plazmou nebo také pomocí ionizujícího záření) nebo chemickými způsoby, kam řadíme využití formaldehydu a etylenoxidu (Kelnarová et al., 2015). Za nedílnou součást sterilizace označují Kelnarová et al. (2015) předsterilizační přípravu, kdy je předmět omyt, osušen a zabalen do vhodného materiálu a následně poslán ke sterilizaci. Předměty či materiál, jež prošly sterilizací se skladují na ošetrovacích jednotkách. Na základě způsobu uložení mají pak různé expirační doby. Pokud se skladují volně ve skříních, uvádí Kelnarová et al. (2015) krátkou expirační dobu (pouze šest dní), v uzavřených skříních, skladovacích kontejnerech, zásuvce nebo dalším obalu pak zmiňuje delší expirační dobu (tři měsíce).

2.3 Charakteristika domova se zvláštním režimem

Sociální zařízení s názvem domov se zvláštní režimem (DZR) se specializuje na péči o osoby se sníženou soběstačností vlivem chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, zároveň také na péči o osoby se stařeckou, Alzheimerovou či jinou demencí, jež potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby (Malíková, 2020). Čechová et al. (2019) zmiňují, že každé takovéto zařízení má speciálně upravené prostory a podmínky, aby co nejvíce uspokojovalo osoby zmatené, dezorientované a s potřebou komplexní péče. Na základě zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění, zařízení poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně či podmínky pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkovává kontakt se společenským

prostředím. Dále poskytuje sociálněterapeutické a aktivizační činnosti, a v neposlední řadě napomáhá při uplatňování práv i při vyřizování osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006). Kromě těchto činností Dvořáčková (2012) uvádí provádění aktivit pro udržení soběstačnosti, různá cvičení a vycházky s doprovodem apod. Celý režim zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Dvořáčková, 2012). Jedná se zejména o uzpůsobení pohybu v domově. V DZR je možné omezit pohyb klientů pro zajištění jejich bezpečnosti. Pohyb je podle Holmerové et al. (2014) omezen především pro samovolné opuštění zařízení. Péče o klienty je zajišťována speciálně proškoleným personálem. Vzhledem k tomu, že se jedná o sociální službu, není zde trvale přítomen lékař. Ten však pravidelně do zařízení dochází. Různá vyšetření jinými odborníky se zajišťují podle potřeby. V akutních případech jsou klienti překládáni na akutní zdravotnická lůžka (Čechová, 2019). Ministerstvo práce a sociálních věcí (2021) zmiňuje, že je služba člověku poskytována za úhradu. Nejvyšší možná cena za poskytnutí sociální služby je dána vyhláškou 505/2006Sb., v platném znění, a činí 210 Kč na den za ubytování a 170 Kč denně za stravu na celý den.

2.3.1 Práce sestry v domově se zvláštním režimem

Péči o klienty v domově se zvláštním režimem zajišťují mimo jiné zdravotničtí pracovníci (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006). Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění, definuje zdravotnického pracovníka jako fyzickou osobu, která vykonává zdravotnické povolání. Mezi tyto pracovníky řadíme všeobecné a praktické sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči. Společně s lékařem se podílí na preventivní, terapeutické, diagnostické, rehabilitační, paliativní či neodkladné péči (Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004). Všeobecnou sestru, která vykonává činnost v pobytových zařízeních, řadíme do kategorie, která je označována jako sestra v sociálních službách (Malíková, 2020).

Podle Malíkové (2020) sestra v sociálních službách zajišťuje a provádí odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty. Způsobem organizace ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces. Kelnarová et al. (2015) definují ošetrovatelský proces jako logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty, jehož cílem jsou prevence, odstranění nebo zmírnění projevů v oblasti individuálních potřeb. Samotný

ošetřovatelský proces má pět fází. Tu první Tóthová et al. (2014) označují za zhodnocení či posuzování. Sestra v této fázi získává a hodnotí zdravotní stav klienta, hledá rizikové faktory a patologické procesy, jež mohou negativně ovlivnit jeho stav. Druhá fáze nese název ošetřovatelská diagnóza. Tato oblast se podle Kelnarové et al. (2015) zaměřuje na stanovení aktuálních a potenciálních problémů jedince, vymezení priorit ošetřovatelské péče a na stanovení ošetřovatelské diagnózy. Stanovené diagnózy jsou pak základem plánu péče (Tóthová et al., 2014). Ve fázi plánování se sestra podle Tóthové et al. (2014) zaměřuje na čtyři základní kroky. První krok, plánování, se zaměřuje na stanovení priorit péče ve spolupráci s klientem. Dále sestra stanoví cíle a výsledky, které se očekávají od klienta v průběhu určitého časového období. Následně stanoví činnosti, které jsou potřebné pro dosažení cíle. Ve čtvrtém kroku sestra zaznamená plán péče a individualizuje ho pro daného klienta (Tóthová et al., 2014). Předposlední fáze ošetřovatelského procesu se soustředí na realizaci plánovaných ošetřovatelských intervencí a na koordinaci jednotlivých postupů péče (Kelnarová et al., 2015). Tóthová et al. (2014) uvádí nutnost posouzení stavu klienta před zahájením péče, případně změnu postupu. Zároveň zmiňuje zaznamenávání informací do ošetřovatelské dokumentace, kdy sestra zhodnotí nové informace získané při zajištění péče. V poslední, páté fázi podle Kelnarové et al. (2015) sestra hodnotí dosažené výsledky v návaznosti na stanovený cíl i jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu. Tóthová et al. (2014) navíc uvádí v této fázi ošetřovatelského procesu zhodnocení reakce klienta na ošetřovatelské zásahy, které sestra porovnává se stanovenými normami.

Pomocí ošetřovatelského procesu dochází k uspokojování potřeb jedince (Trachtová et al., 2018). Malíková (2020) uvádí, že sestra zajišťuje aktuální potřeby klienta a dbá na jejich saturaci. Trachtová et al. (2018) popisují potřebu jako projev nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Podle Maslowa se potřeby člení na základě hierarchie potřeb (Trachtová et al., 2018). Kelnarová et al. (2015) uvádí, že tato hierarchie je sestavena na základě naléhavosti uspokojení potřeb. Tomagová et al. (2008) potřeby dělí na potřeby biologické, psychické, sociální.

Kompetence sestry při zajištění zdravotní a ošetřovatelské péče stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění. Ta umožňuje všeobecné sestře bez odborného dohledu vyhodnocovat potřeby i stav soběstačnosti klientů, sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce, fyzický i psychický stav jedince. Stejně tak sestra sama hodnotí a ošetřuje porušenou integritu kůže, chronické rány a stomie. Při poskytování péče

doporučuje užití vhodných zdravotnických prostředků pro jejich ošetření (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011). Pečuje o zavedený močový katétr všech klientů a na základě ordinace lékaře zavádí močový katétr u žen. Zaměřuje se také na využití správných inkontinenčních pomůcek. Zajišťuje odběr biologického materiálu (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011). Na základě vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění, organizuje činnosti související s příjmem, překladem či propuštěním klientů. Rovněž přijímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky, které na základě ordinace lékaře sama bez odborného dohledu podává. Zároveň zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Podle ordinace lékaře sestra sama bez dohledu podává potraviny pro zvláštní lékařské účely (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011).

Podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2015) společně s pečovatelkami zajišťují hygienickou péči, péči o kůži i nehty. Napomáhají při příjmu stravy, pohybu v zařízení či při použití WC. Sestra zajišťuje prevenci vzniku dekubitů pravidelným polohováním ohroženého klienta (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015). Hodnotí riziko vzniku dekubitů nejčastěji pomocí škály podle Nortonové (Šáteková et al., 2021). Dbá na prevenci pádu. Monitoruje a podporuje pitný režim jedinců, jejichž zdravotní stav to vyžaduje. Stejně tak Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2015) zmiňuje vypracování nutričního plánu, který sestra pravidelně vyhodnocuje, a zároveň sleduje a podporuje optimální příjem stravy u klientů s rizikem malnutrice. Šáteková et al. (2021) jako nejpoužívanější měřicí nástroj pro zhodnocení stavu nutrice v zahraničí uvádí Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale. V České republice se nejvíce využívá Mini Nutritional Assessment. V tomto testu se sestra zaměřuje na hodnocení příjmu stravy, hubnutí, mobilitu, psychický stres či akutní onemocnění, přítomnost deprese nebo demence a index tělesné hmotnosti. Sestra rovněž hodnotí funkční stav klienta, který je podle Hájkové et al. (2016) důležitý pro zmapování potřeb klientů s demencí. K tomu se v praxi využívají testy denních a instrumentálních denních činností ADL a IADL. V neposlední řadě sestra hodnotí kognitivní funkce klienta s demencí pomocí MMSE-testu (Hájková et al., 2016). Pomocí tohoto testu sestra podle Tóthové a Hellerové (2021) hodnotí orientaci, paměť, pozornost, výbavnost, řeč, praxi, čtení, psaní, počítání a poznávací funkce. Pro zlepšení zdravotního stavu sestra využívá metodu bazální stimulace. Malíková (2020) zmiňuje, že v České republice tento

koncept péče představila a do praxe ve zdravotnických i sociálních zařízeních zavedla PhDr. Karolína Friedlová, která je zakladatelkou Institutu bazální stimulace. Pojmem „bazální stimulace“ rozumíme koncept, který podporuje v základní rovině lidské vnímání. Sestra může poskytovat péči s prvky základní bazální stimulace, mezi něž Malíková (2020) řadí somatickou stimulaci, která slouží ke zprostředkování vjemů jedinci z jeho vlastního těla. Vestibulární bazální stimulace zase slouží k tomu, aby si klient uvědomil pohyby hlavy. Jakožto poslední formu základní bazální stimulace popisuje Malíková (2020) vibrační stimulaci, která stimuluje kožní receptory pro vnímání vibrací a rovněž stimuluje receptory hluboké citlivosti, např. receptory ve svalech, šlachách či kostech. Stejně tak mohou být do poskytované péče zařazeny prvky nadstavbové bazální stimulace. K těmto prvkům Malíková (2020) řadí stimulaci optickou, auditivní nebo také orální.

Nedílnou součástí péče v pobytových zařízeních pro sestru představuje poskytování obecné paliativní péče. Ta se podle Malíkové (2020) zaměřuje na odstranění či tlášení bolesti i jiných projevů strádání a utrpení, které se u jedince vyskytují v návaznosti na nevyлéčitelné onemocnění. Velmi důležité je při zajištění paliativní péče uspokojení potřeb podle projevů jedince. Sestra proto tyto potřeby aktivně zjišťuje a snaží se o jejich uspokojení (Malíková, 2020).

2.3.2 Nejčastější onemocnění v zařízení

Jak již bylo výše zmíněno, DZR poskytují péči osobám se stařeckou, Alzheimerovou či jinou demencí. Právě s tímto onemocněním bývají lidé v DZR nejhojněji. Marková et al. (2014) definují demenci jako syndrom, který vzniká následkem organického poškození mozku, včetně některých jeho metabolických změn bez výrazných morfologických přeměn. Nejčastěji bývá poškozena mozková kůra (Holmerová et al., 2014). Raboch et al. (2020) uvádí, že dochází k oslabení kognitivních, poznávacích funkcí, mezi něž řadíme paměť, vnímání, fatické funkce aj. Rovněž jsou narušeny exekutivní, výkonné funkce, kam spadá motivace, schopnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit smysluplné činnosti (Raboch et al., 2020). Později dochází také k poruchám nekognitivních funkcí, jejichž úpadek vadí samotnému člověku v běžném životě. U rozvinutého onemocnění jsou porušeny zejména tři okruhy funkcí, kognitivní funkce, aktivity denního života, behaviorální a psychologické příznaky demence, (tedy chování, emotivita a poruchy spánku (Raboch et al., 2020). Demence může vzniknout vlivem

jiných chorob. Na základě příčiny rozlišujeme dvě hlavní skupiny. První představují demence na podkladě atroficko-degenerativního onemocnění mozku, které jsou typické tvorbou a ukládáním patologických bílkovin v mozkových buňkách (Marková et al., 2014). Toto ukládání vede ke snížení tvorby a uvolňování neurotransmiterů, k poruchám činnosti buněk a k jejich postupnému zániku. Do této skupiny řadíme nejznámější typ demence Alzheimerovu, dále demenci s Lewyho tělísky a rovněž také demenci u Parkinsonovy a Huntingtonovy choroby (Marková et al., 2014). Druhou skupinu demencí na základě příčiny označují Marková et al. (2014) za demence symptomatické, jejichž podklad je tvořen systémovým onemocněním, intoxikací, nádorovým onemocněním, metabolickými poruchami, hypoxií při srdečním selhávání apod.

Největší část tohoto typu tvoří demence vaskulární, vznikající v důsledku porušeného cévního zásobení mozku, nejčastěji v podobě mnohočetných infarktů (Marková et al., 2014). Fertálová a Ondriová (2020) zmiňují, že toto onemocnění nejčastěji postihuje osoby ve vyšším věku. Marková et al. (2014) upozorňují na výskyt demencí i u dětí po druhém až čtvrtém roce života, kdy mají již rozvinuty kognitivní funkce.

Alzheimerova demence je nejčastěji se vyskytujícím typem demence u osob v DZR. Představuje asi 60 % všech typů. Česká alzheimerovská společnost (2015) ji označuje za jednu z primárních příčin smrti. Nemoc nastupuje pozvolna, nejprve dochází ke zhoršení krátkodobé paměti, člověk není schopen postarat se o některé věci v domácím prostředí. Rychlost rozvoje je u každého jedince individuální (Česká alzheimerovská společnost, 2015). Každý má však větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. V posledních stádiích není schopen se sám o sebe postarat (Česká alzheimerovská společnost, 2015). Raboch et al. (2020) rozeznávají dva typy. Formu s časným začátkem, která se u člověka objevuje před dosažením 65. roku života. U této formy je zastoupeno více pacientů s familiárním výskytem nemoci a choroba často postupuje rychleji než u ostatních jedinců (Raboch et al., 2020). Druhým typem je pak forma s pozdním začátkem, kdy většina pacientů trpí tzv. sporadickou formou Alzheimerovy choroby, kdy nejsou zjišťovány genetické mutace (Raboch et al., 2020). Stejně jako jiná onemocnění, i Alzheimerova choroba probíhá ve stádiích. Konkrétně ve třech – lehkém, středním a těžkém. V lehkém stadiu se objevují poruchy kognitivních funkcí. Dostávají se také ale začínající poruchy aktivního denního života, zejména zhoršení aktivit, které vyžadují větší pozornost. V této fázi je také možný výskyt depresivních příznaků, na kterých se kromě neurotransmitterového deficitu podílí to, že si

člověk svou nemoc uvědomuje (Zvěřová, 2017). Ve středním stadiu choroby dochází ke zhoršování kognitivních funkcí, nemocní obvykle ztrácejí náhled choroby. Objevují se fatické poruchy a značně se prohlubují poruchy aktivit denního života, zejména instrumentálních činností. Stejně tak se v tomto stadiu vyskytují behaviorální a psychologické příznaky demence, včetně poruch chování (Raboch et al., 2020). Poslední, těžké stadium demence Zvěřová (2017) charakterizuje vysokou poruchou kognitivních funkcí, kdy nemocní nerozpoznají své okolí, nejbližší příbuzné a často bývají dezorientováni místem i časem. Osoby nezvládají instrumentální ani neinstrumentální činnosti běžného života, a jsou tak plně odkázáni na pomoc jiných osob. Behaviorální a psychologické příznaky nemoci, zejména poruchy chování, jsou tak nápadné, že se pro pečovatele často stávají nejobtížnějším příznakem nemoci (Zvěřová, 2017). Pro diagnostiku samotného onemocnění je důležitý klinický obraz s pomalým nástupem a s poruchou všípivosti, výpadky paměti na nedávné epizody. Všichni pacienti jsou pak vyšetřeni pomocí magnetické rezonance (MR) nebo počítačové tomografie (CT), aby byly vyloučeny jiné příčiny demence (Raboch et al., 2020).

Léčba demencí zahrnuje přístupy biologické, psychologické i sociální (Marková et al., 2014). Celkový přístup musí být individuálně zaměřen na člověka a jeho blízkou rodinu (Fertál'ová a Ondriová, 2020). Podle Markové et al. (2014) je důležitá léčba přidružených tělesných nemocí, péče o dostatečný příjem tekutin a stravy, rovněž je klíčová i ošetrovatelská péče. V léčbě demencí se využívají zejména nefarmakologické postupy (Fertál'ová a Ondriová, 2020). Jejich cílem je dosažení nejlepších funkčních schopností postiženého jedince, předcházení psychologických a behaviorálních příznaků, zvýšení sebeuvědomování, udržení či zlepšení soběstačnosti a kvality života a v neposlední řadě také podpora vztahů s rodinou (Jirák et al., 2013). Fertál'ová a Ondriová (2020) zmiňují, že jejich cílem je rovněž vhodné vyplnění volného času a ovlivnění příznaků demence, zkvalitnění verbální i neverbální komunikace s okolím, zlepšení aktivit běžného života. Veškeré činnosti musí být zvoleny vhodně ke stavu postižené osoby. Aktivity by měly probíhat komplexně v prostředí, které člověk zná (Fertál'ová a Ondriová, 2020). Jirák et al. (2013) mezi činnosti, které se často využívají řadí reminiscenční terapii, validační terapii, trénink paměti, muzikoterapii, behaviorální terapii, terapii loutkou aj.

Hauke et al. (2017) vnímají jako důležitou věc při zajišťování péče o klienta s demencí správnou komunikaci. Sestra, ale i ostatní zdravotnický personál musí respektovat způsob dorozumívání klienta a přizpůsobit se jeho komunikační situaci. Ta musí být vedena s respektem k osobnosti klienta (Hauke et al., 2017). Pracovník s člověkem nikdy nemluví jako s malým dítětem, ani nepoužívá 1. pád množného čísla. Nevhodné je o klientovi v jeho přítomnosti mluvit ve 3. osobě. Sestra pacientovi nikdy nelže a nemanipuluje s ním (Hauke et al., 2017). Rozhovor vede vždy pomalu, jasně a zřetelně. Veškeré důležité informace několikrát zopakuje. Podstatné je dát pacientovi dostatek času a trpělivě mu naslouchat. Nutné je zajištění klidného prostředí při rozhovoru. Schuler a Oster (2010) uvádí, že není dobré vést s klientem diskusi.

Při komunikaci by měl zdravotník zachovat klid (Hauke et al., 2017). Náležité je rovněž ignorovat obvinění a pominout možné vady při komunikaci (Schuler a Oster, 2010). V neposlední řadě hraje významnou úlohu také neverbální komunikace. Není dobré používat prudké pohyby a přecházení po místnosti. Hauke et al. (2017) uvádí, že sestra po celou dobu navazuje oční kontakt, který se snaží udržet.

2.3.3 Péče o klienty s covidem-19 v domovech se zvláštním režimem

Specifika péče o klienty v domově se zvláštním režimem vycházejí ze stupňů pohotovosti v oblasti veřejného zdraví. Tyto stupně rozlišuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020a) od 0 do 3. Stupeň pohotovosti 0 vykazuje nulové či minimální riziko. Péče je poskytována běžným provozem zařízení za dodržení hygienických požadavků na jejich provoz. Zaměstnancům a návštěvám je doporučeno nošení roušek a užívání dezinfekce na ruce. Klienti jsou této povinnosti zproštěni a je jim pouze nabízena dezinfekce rukou (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020a). V případě, že však zařízení opouští, jsou povinni použít roušky a dezinfekci na ruce. Je-li klient po epidemiologicky významném kontaktu s rizikovou osobou, či covid pozitivní osobou, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020a) uvádí nutnost umístění klienta do vyčleněných prostorů, kde bude sám.

Stupeň pohotovosti 1 ukazuje na výskyt nákazy v České republice bez komunitního přenosu. Pro péči je důležité dodržování stejných opatření jako v nultém stupni (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020a). Klienti mají povoleny návštěvy pouze dvou osob u jednoho člověka ve stejnou dobu. Využívá se zavedení rezervačního systému návštěv, které je nejvhodnější uskutečnit ve venkovních prostorách. Ministerstvo práce

a sociálních věcí ČR (2020a) ukládá zařízení povinnost měřit tělesné teploty (dále TT) návštěvám a v případě hodnoty nad 37,5 °C návštěvu ke klientovi nepustit. Každá návštěva je povinná vyplnit dotazník na přítomnost symptomů onemocnění, nevztahuje se to však na návštěvy ke člověku v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění. Za nezbytnou činnost v 1. stupni rizika Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020a) označuje měření TT klientům i zaměstnancům.

Stupeň pohotovosti 2, kdy dochází k počínajícímu komunitnímu přenosu v ČR, se řídí stejnými opatřeními jako ve stupních 0 a 1. Do zařízení jsou přijímáni pouze jedinci s negativním testem (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020a). Jedincům využívajícím služby Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020a) doporučuje neopouštět zařízení, pohyb se povoluje pouze po areálu. Zároveň doporučuje činnost zaměstnanců izolovat tak, aby se jednotlivé týmy nepotkávaly.

Poslední stupeň pohotovosti 3 se využívá při narůstajícím nebo přetrvávajícím komunitním přenosu v ČR. V tomto stupni jsou rovněž dodržována stejná opatření jako ve stupních 0, 1, 2 (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020a). Orgán ochrany veřejného zdraví vyhláší zákaz návštěv s výjimkou osob v terminálním stadiu nemoci a opatrovníků nesvéprávných osob. Veškerá vyšetření klientů jsou omezena pouze na akutní případy či zásadní vyšetření pro udržení života člověka. V případě vyšetření je klientovi i jeho doprovodu zajištěna kompletní sada OOPP (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020a).

Klienty těchto zařízení Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020f) v souvislosti s covidem-19 rozděluje na několik základních skupin. První z nich, která je označována jako „non covid-19“, je tvořena jedinci, kteří žijí v zařízení na běžném pokoji a nevykazují žádné změny zdravotního stavu. Druhá skupina, pojmenovaná „klient s podezřením na covid-19“, je seskupení osob, u kterých se vyskytují známky nemoci, nebo se příznaky nevyskytují, ale osoba byla v kontaktu s klientem nebo zaměstnancem se známkami onemocnění či s pozitivním klientem nebo zaměstnancem (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020f).

Skupina klientů s jednoznačně nevyločeným covidem-19 představuje jedince bez příznaků i negativním testem, ale jedná se o klienty, kteří jsou v zařízení noví, nebo se vracejí z pobytu u rodiny či z jiného zdravotnického zařízení. Poslední skupinu na základě doporučeného postupu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (2020f) tvoří klienti s potvrzeným onemocněním nebo s mírnými známkami nemoci.

Při výskytu covidu-19 v zařízení je MZČR stanoveno vyčlenění prostor pro oddělení pozitivních klientů, což může být realizováno třemi typy izolací. Ty mohou být podle Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (2020f) zajištěny uceleným oddělením, tzv. covid zónou, skupinou pokojů nebo jednotlivými pokoji. Třístupňové covid zóny mají velkou výhodu zejména v úspoře OOPP, zjednodušení pohybu zaměstnanců mezi klienty apod. První stupeň představuje preventivní karanténu pro klienty s jednoznačně nevyločeným covidem-19. Jedinci jsou umístěni do samostatného pokoje na dobu 14 dnů (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020f). Covid zóna 2. stupně je určena pro skupinu „klient s podezřením na covid-19“. Jedinci s příznaky jsou umístěni do izolace na samostatný pokoj do doby, než jsou známy výsledky testů. Je nutné jim poskytovat péči, jako by byli infekční, zároveň jako neinfekčním (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020f). Klienty, kteří byli v kontaktu se symptomatickou či pozitivní osobou, ale nemají příznaky, je v případě nedostatečné kapacity zařízení potřeba izolovat na jejich nynějších pokojích. Ve chvíli, kdy má klient negativní test, je izolace ukončena (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020f). Jako 3. stupeň covid zóny Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020f) uvádí izolaci jedinců s mírným průběhem. Je zajištěna na samostatném pokoji, který je označen. Může zde být více jedinců s covidem-19. Musí být zajištěna denní návštěva lékaře. Při přesunu do této zóny musí mít personál veškeré OOPP a klient nasazený respirátor, případně jinak zakrytá ústa i dýchací cesty. Důležité je veškeré prostory, kde se klient pohyboval, vždy dezinfikovat (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020f).

V DZR jsou umístěni zejména klienti s demencí, proto je nutné, aby personál znal specifika práce s takovými klienty v případě, že jsou covid pozitivní. Klienti, kteří jsou ležící, se izolují běžným způsobem na pokoji či v covid zóně 2. stupně (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020f). Často jsou však jedinci chodící, a pohybují se tak po celém zařízení. Takové klienty doporučuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020f) umístit ve zdravotnickém zařízení. V případě, že zůstávají v DZR, není možné zajistit jejich dostatečnou ochranu, zejména proto, že většina nedodrжуje pravidla hygieny

či netoleruje nošení ochrany úst a dýchacích cest. Ve chvíli, kdy je výskyt onemocnění v zařízení vyšší, přechází celé oddělení do covid zóny 3. stupně (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020f).

Pro správný chod zařízení je vhodné omezit či úplně zakázat návštěvy (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020b). Ministerstvo zdravotnictví ČR (2021b) návštěvy dovozuje pouze osobám bez klinických příznaků nemoci, které nejdéle před 72 hodinami podstoupily PCR-test s negativním výsledkem, nebo nejdéle před 24 hodinami podstoupily rychlý antigenní test provedený zdravotnickým personálem s negativním výsledkem, nebo se jedná o osobu, která je 14 dní po dokončeném očkování, nebo o jedince, který má laboratorně potvrzené prodělání onemocnění covid-19 a od prvního pozitivního testu neuplynulo více než 180 dní. Po celou dobu návštěvy ukládá Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020d) osobám povinnost řídit se platnými hygienickými opatřeními a mít nasazenu ochranu dýchacích cest, a to nejméně respirátor třídy FFP2.

Dále je vhodné omezit pořádání aktivit pro klienty s vyšší koncentrací lidí (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020b). Klienti by měli mít zajištěno stravování na pokojích, nikoliv ve společných prostorech (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020c). Zaměstnanci by podle Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (2020b) neměli jezdit na služební cesty do zahraničí s vyšším výskytem nemoci covid-19. Vedení zařízení je povinno informovat své zaměstnance a klienty, jak se mají chránit před onemocněním dýchacích cest. Zaměstnanci jsou povinni nahlásit případné známky infekčního onemocnění zaměstnavateli a nechodit do zaměstnání. U klientů je prováděno pravidelné měření TT ráno a v odpoledních hodinách (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020c).

Po jakémkoliv opuštění zařízení či areálu sestra klienta po návratu podle Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (2020e) odděluje do izolačních prostor, aby se zamezilo případnému šíření infekce. Při pohybu mimo areál jsou povinni nosit ochranu dýchacích cest, výjimkou je pobyt v místě bydliště či ubytování, kde tráví čas se svými blízkými. Klienti i jejich rodiny musí být v dostatečně dlouhé době před zahájením vycházky seznámeni s podmínkami pro návrat do zařízení (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020e). Nejpozději 72 hodin po návratu sestra pacientovi provede antigenní test na stanovení viru SARS-CoV-2. U asymptomatických jedinců se test provádí nejdříve druhý

až třetí den a následně se opakuje za další tři až čtyři dny. Jsou-li testy negativní, je ukončena izolace klienta. Jeví-li pacient známky onemocnění, provede sestra na základě doporučeného postupu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (2020e) test dříve.

Výše uvedené informace platily v sociálních službách po celou dobu pandemie v různě aktualizovaných podobách. K 5. 5. 2022 byla v souvislosti s ukončením pandemické pohotovosti zrušena všechna mimořádná opatření Ministerstva zdravotnictví, jimiž se péče řídila, včetně nutnosti nošení ochrany dýchacích cest v zařízeních sociálních služeb (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022a).

Uživatelé domovů se zvláštním režimem mají možnost nechat se naočkovat. Poskytovatelé zařízení mají povinnost jedinci poskytnout úplné informace o očkování. V případě, že se jedná o pacienta s omezenou svéprávností, či takového, který má stanoveného opatrovníka, uvádí server Ombudsman, Veřejný ochránce práv (2021), povinnost poskytovatele služeb informovat rovněž jeho.

Ve chvíli očkování je klientovi umožněna přítomnost blízkých. Je vhodné si nechat podepsat souhlas s očkováním. Ombudsman, Veřejný ochránce práv (2021), zmiňuje, že pokud s očkováním souhlasí klient, ale jeho opatrovník ne, je nutné kontaktovat soud, který rozhodne, zda jedinec bude, nebo nebude naočkován.

3 Cíle a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Zmapovat péči o klienty s covid-19 v domově se zvláštním režimem v období od začátku pandemie po současnost.

3.2 Výzkumné otázky

Jakým způsobem byla zajišťována péče o klienty s covid-19 v domově se zvláštním režimem v období od začátku pandemie po současnost?

4 Metodika

4.1 Použité metody

Empirická část naší bakalářské práce byla vypracována na základě kvalitativního výzkumného šetření, a to metodou dotazování. Ta získává data pomocí rozhovoru (Švaříček et al., 2014). Naše výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Vybraný typ rozhovoru je charakteristický vytvořením závazného schématu otázek tazatelem. Jednotlivé otázky pak mohou být v průběhu vlastního rozhovoru pokládány v jiném pořadí. Rozhovor může být zároveň doplněn otázkami, které nejsou předem připraveny, například při nepochopení dané otázky respondentem (Kutnohorská, 2009). Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získání detailních a komplexních dat o zkoumaném jevu (Švaříček et al., 2014). Výzkum byl zaměřen na péči poskytovanou od počátku pandemie covidu-19 po současnost. Probíhal ve vybraném domově se zvláštním režimem, a to po domluvě s vrchní sestrou a po podání žádosti o provedení výzkumu (příloha 4), v dubnu 2022.

Rozhovor tvořilo 21 předem připravených otázek (příloha 5). Všechny sestry byly velmi vstřícné a nebránily se tomu, zapojit se do našeho výzkumného šetření. Kladené otázky pro ně byly jasné. V případě potřeby se zeptaly. Před zahájením samotného rozhovoru byla vždy informantka seznámena s tématem rozhovoru a významem našeho výzkumu. Zároveň byly informovány o zachování anonymity a o tom, že poskytnuté informace budou použity pouze pro zpracování naší práce. Rozhovory byly zaznamenávány písemnou formou na papír či formou zvukového záznamu, který probíhal pouze se souhlasem informanta. Zvukové nahrávky byly doslovně přepsány do písemné formy. Každý rozhovor trval přibližně 40–45 minut.

Na počátku rozhovoru byly informantky dotazovány na základní údaje, jako jsou věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celková doba praxe, a také na to, zda absolvovaly nějaká školení zaměřená na covid-19. Následující část rozhovoru pak byla orientována na specifika péče o klienty s covidem-19 a hodnocení péče.

Data, která byla rozhovorem zjištěna, byla analyzována metodou otevřeného kódování, technikou „tužka a papír“.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry z domova se zvláštním režimem. Pro získání dat bylo vybráno sedm informantek z řad sester a dvě informantky z řad vedoucích pracovníků. Osm rozhovorů proběhlo přímým kontaktem v odlišných časech ve zdravotnickém zařízení. Jeden se uskutečnil, vzhledem nemoci sestry, telefonicky. Celkem bylo tedy provedeno devět rozhovorů. Sestry byly vybrány záměrně, na základě jediného kritéria, jímž byla minimální délka praxe tři roky. Pro zachování anonymity jsou sestry označeny písmenem a číslem I1 až I9 (informantka 1 až informantka 9).

5 Výsledky

5.1 Kategorizace výsledků

Na základě analýzy dat byly vytvořeny tři základní kategorie, které byly dále rozděleny do 11 podkategorií.

Tabulka 1 Seznam kategorií

Kategorie 1	Charakteristika informantek
Kategorie 2	Specifika péče o klienty s covidem-19
Kategorie 3	Hodnocení péče

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

5.2 Kategorie 1: Charakteristika informantek

Tabulka 2 Charakteristika informantek

Informantka (I)	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková délka praxe	Školení spojené s covidem-19
I1	60 let	SZŠ, všeobecná sestra	20 let	ano – péče o pozitivního klienta, užívání OOPP
I2	46 let	SZŠ, všeobecná sestra, specializační vzdělávání interní obory	28 let	ano – odběr PCR-testu

I3	45 let	SZŠ, všeobecná sestra, specializační vzdělávání intenzivní péče	21 let	ano – oblékání a svlékání OOPP, odběr PCR-testu
I4	42 let	SZŠ, všeobecná sestra	10 let	ano – péče o pozitivního klienta, užívání OOPP
I5	38 let	VŠ – magisterské studium, interní obory	17 let	ne
I6	37 let	SZŠ, praktická sestra	8 let	ne
I7	28 let	VŠ – bakalářské studium, všeobecná sestra	8 let	ano – péče o pozitivního klienta, užívání OOPP
I8	26 let	VŠ – bakalářské studium, všeobecná sestra	6 let	ano – oblékání a svlékání OOPP
I9	24 let	SZŠ, praktická sestra	5 let	ano – péče o pozitivního klienta, užívání OOPP

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Tabulka 2 zobrazuje charakteristiky informantek. Jsou zde uvedeny věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celková délka praxe a absolvování školení spojeného s covidem-19. Při výzkumném šetření bylo vybráno devět informantek, ve všech případech šlo o ženy, jejichž věkové rozmezí bylo mezi 24-60 let. Do tabulky byly seřazeny podle věku, tedy I1 jako nejstarší informantka, I9 nejmladší informantka. Na základě toho se také mění celková délka praxe sester. Nejdelší praxi uvádí informantka I2, konkrétně 28 let, nejkratší pak informantka I9, která uvádí pět let praxe. Poté také dodává: „*Nastoupila jsem hned po maturitní zkoušce, kdy mi nebylo ještě ani dvacet let, a rozhodně bych neměnila.*“ Nejčastěji zmíněným nejvyšším dosaženým vzděláním byla střední zdravotnická škola, kterou absolvovaly informantky I1, I4, I6 a I9. Dvě z nich, I1 a I4, absolvovaly obor všeobecná sestra. Oproti tomu I6 a I9 absolvovaly obor praktická sestra. Specializační vzdělání zaměřené na interní obory uvedla informantky I2, I3 naopak zmínila specializační vzdělávání pro intenzivní péči. Vysokoškolské bakalářské studium v oboru všeobecná sestra získaly informantky I7 a I8. Pouze informantka I5 uvedla absolvování vysokoškolského magisterského studia zaměřeného na interní obory.

5.3 Kategorie 2: Specifika péče o klienty s covidem-19

Tabulka 3: Specifika péče o klienty s covidem-19

Specifika péče o klienty s covidem-19	Odlišnosti péče
	Hlavní zásady v péči
	Zajištění izolace
	Postup svlékání a oblékání OOPP
	Pozorování při péči
	Aktivizační činnost
	Preventivní kroky

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

5.3.1 Podkategorie 1: Odlišnosti péče

Podkategorie 1 znázorňuje výsledky získané analýzou dat zaměřené na odlišnosti v péči o covid pozitivního jedince. Informantky I2, I4, I5 a I9 odpověděly, že hlavní odlišnost pro ně představuje dodržování bariérové péče a užívání OOPP. Informantka I2 navíc dodává: „*Dobré to nebylo ani s komunikací, klienti personálu přes respirátory a štíty špatně rozuměli.*“ Naopak informantky I1, I3, I6, I7 a I8 stejně označily jako hlavní odlišností prudké zhoršování zdravotního stavu klientů, ke kterému často docházelo. Všechny dotazované stejně odpověděly, že velké odlišnosti vidí ve změnách psychického stavu klientů, na které má vliv zejména nutná izolace. Stejně tak představovalo problém podávání stravy a tekutin, kdy klienti neměli chuť k jídlu a pocit žízně. Informantka I1 pak ještě uvedla, že hlavní odlišností jsou také přetrvávající různé příznaky nemoci i po vyléčení.

5.3.2 Podkategorie 2: Hlavní zásady v péči

Podkategorie zobrazuje hlavní zásady v péči o covid pozitivní klienty. Například podle informantky I2 je to zejména zvýšený dohled nad klienty, monitorace vitálních funkcí, hydratace, v neposlední řadě pak hlavně dostatek personálu, který bude péči poskytovat. Informantka I5 naopak říká, že nejdůležitější jsou psychická podpora klientů a empatie při zajišťování péče. Za důležitý označuje kontakt s lékařem, který může pozitivním jedincům umožnit alespoň vizi brzkého uzdravení. Informantka I6 se zaměřuje pro změnu na dostatečný příjem stravy, hydrataci a polohování imobilních klientů. Nejvíce nás zaujala odpověď informantky I9, jež uvedla jako hlavní zásadu komfort klienta. Při péči se proto zaměřuje zejména na zajištění intimity a častou obměnu ložního prádla, také na hydrataci a pravidelnou kontrolu stavu. Informantky I7 a I8 stejně uvedly, že nejdůležitější jsou sledování stavu, fyziologických funkcí, hydratace a polohování. Informantka I7 navíc uvádí: „*Důležitá je také dechová rehabilitace, kterou skvěle zajišťují naše rehabilitační sestry.*“ Informantky I1, I3 a I4 stejně uvedly, že klíčové jsou izolace covid pozitivních klientů a užívání OOPP při péči, aby neohrozily jedince, kteří nejsou nakaženi. Toto tvrzení ve svých odpovědích uvedly i informantky I2, I5, I6, I7, I8 i I9.

5.3.3 Podkategorie 3: Zajištění izolace

V podkategorii 3 jsme se zabývali způsobem, jakým byla v zařízení zajištěna izolace covid pozitivních klientů. Zjistili jsme, že byly využity všechny možnosti covid zón. Všechny informantky, kromě informantky I5, uvedly, že izolace byla zajištěna pomocí covidové jednotky. „Velkou výhodou našeho domova je, že je součástí léčebny dlouhodobě nemocných, ve které bylo v covidové době zavřené celé oddělení pro nedostatek personálu. Mohly jsme ho proto využít pro covid jednotku, kam se přemísťovali naši klienti a zároveň pacienti oddělení LDN,“ odpověděla informantka I6. Informantka I9 vidí pozitivum ve dvou patrech domova, kdy mohou izolovat pouze šest pokojů v přízemí. Informantka I5, která v zařízení pracuje pouze na částečný úvazek, byla několik týdnů doma s dcerou a vybavila si pouze izolační pokoje, rozdělené podle pohlaví klientů. Informantka I1 navíc říká, že velkým přínosem bylo, když byly pokoje rozděleny podle stavu. „Věděly jsme, kolik zaměstnanců na daný pokoj poslat, a ušetřily jsme tak ochranné pomůcky, kterých v některých fázích pandemie nebyl dostatek.“

5.3.4 Podkategorie 4: Postup svlékání a oblékání OOPP

V rámci další podkategorie jsme se zaměřili na postup svlékání a oblékání OOPP. I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8 a I9 správně popsaly oba postupy. „Před oblékáním je důležité si řádně odezinfikovat ruce. Jako první si oblékáme voděodolný plášť, následně nasazujeme respirátor FFP3, ochranné brýle. Dále čepici, do které musíme správně zastrčit všechny vlasy, a také zakrýt čelo. Některé z nás nosí dioptrické brýle, ty si pak nasazují ochranný štít. Pak už zbývá jen první pár rukavic, který zastrčíme pod rukáv pláště, a druhý pár rukavic, který přetáhneme přes plášť. Při svlékání začínáme sundáním vrchních rukavic, následuje čepice, poté provedeme dezinfekci rukavic. Odezinfikovanými rukavicemi sundáme ochranné brýle. V případě, že máme štít, tak nejprve sundáváme ten a až poté čepici. Pak přichází na řadu plášť, který sundáváme od vrchu a rolujeme dovnitř, abychom zamezily rozšiřování infekce. Spodní pár rukavic pak stahujeme spolu s pláštěm. Odezinfikujeme si ruce a sundáme si použitý respirátor.“ Informantka I1 navíc doplnila, že oblékání se provádí v čisté zóně, svlékání pak v zóně špinavé. Všechny informantky rovněž řekly, že pro ně bylo obtížné se správný postup naučit.

5.3.5 Podkategorie 5: Pozorování při péči

V podkategorii číslo 5 jsme se zaměřili na pozorování při péči, konkrétně na monitoraci fyziologických funkcí, potřeb a fyzických či psychických změn. Nejprve jsme se informantek ptali na to, které fyziologické funkce sledují u covid pozitivních klientů. Všechny informantky uvedly, že sledují základní vitální funkce: tlak, puls, dech, tělesnou teplotu a saturaci kyslíkem. Informantka I1 navíc uvedla monitoraci stavu vědomí: *„Nejdůležitější jsou pro nás hlavně opakované měření teplot a saturace. Nesmíme samozřejmě zapomínat ani na sledování stavu vědomí klientů.“* Stejně tak informantka I3 uvedla sledování stavu vědomí. Pro informantku I2 jsou pro zajištění kvalitní péče důležité všechny funkce. Oproti ostatním navíc uvedla monitoraci glykémie u diabetiků. I6 a I9 zmínily také, že u některých klientů sledují bilanci tekutin. Zejména se tak děje u jedinců, kteří mají vysoké horečky, nebo nedostatečně pijí.

Jakých potřeb si sestra nejčastěji všimá u covid pozitivních klientů, byla další oblast našeho šetření. Většina sester (I5, I6, I7, I8 a I9) uvedla, že nejvíce omezená je potřeba sociálního kontaktu, zejména s rodinou. I7 odpověděla: *„Za mě je určitě nejvíce omezený sociální kontakt, ti lidi tady jsou v naprosté izolaci. Návštěvy jsou zakázané a ani my se na pokojích moc nezdržíme, hlavně proto, že je nás málo a práce je moc. Chybí jim psychická podpora od okolí, i proto je jejich psychický stav kolikrát tak špatný.“* Nedostatečnou psychickou podporu uvedla i informantka I8, svou odpověď navíc doplnila tak, že velkou výhodou pro klienty je, že mají dostupný tablet, na který jim rodina může zavolat přes WhatsApp, kde se mohou i vidět. I1 naopak zmínila omezení základních potřeb, jídla a tekutin, zejména vlivem nepocitování hladu a žízně. Stejně tak uvedla omezené vyprazdňování, tlumení bolestí, nejčastěji hlavy, a snižování teplot. Informantky I2, I3 a I4 shodně zmínily zvýšenou potřebu komfortu a hygienické péče. I3 odpověděla takto: *„Zvýšení komfortu lidí vidím jako nejdůležitější, hlavně kvůli vysokým teplotám a pocení. Čtyřikrát denně steleme postele, měníme prádlo a snažíme se zajistit jim ten komfort, který potřebují. Zároveň je to důležité i pro nás, abychom zajistily, že se nám klienti neproleží.“* Informantka I9 navíc k potřebě sociálního kontaktu přidává potřebu spánku.

Jednou z dalších věcí, jež nás při výzkumu zajímaly, bylo pozorování fyzických změn, zejména soběstačnosti a spolupráce, u covid pozitivních klientů. Všechny sestry se jednoznačně shodly, že záleží na stavu jedince a průběhu nemoci. I1 například uvedla:

„Soběstačnost se určitě mění už jen v důsledku izolace. Na některých pokojích nejsou koupelny ani WC. Klienti jsou zvyklí chodit na společné, které jsou na chodbě, takže je nemohou používat. Takže se jejich soběstačnost snižuje už jen kvůli tomu. Samozřejmě že u někoho se nesníží tolik, z jiných se naopak mohou stát nesoběstační. Pokud to jde, tak se snažíme soběstačnost udržovat alespoň na úrovni, aby se sami najedli a napili.“

Informantka I2 zmiňuje, že nejvíce se soběstačnost mění u jedinců s respiračními projevy, protože jsou často napojeni na kyslík. Naopak bezpříznakoví bývají stále na stejné úrovni. Naopak informantka I3 odpověděla, že soběstačnost je velmi často snižována vlivem únavy, malátnosti nebo nechutenství. Informantky I6, I7 a I8 pak shodně odpověděly, že pokud se u jedinců soběstačnost sníží, pak nejčastěji v oblasti výživy a hygieny.

Stejně tak u pozorování spolupráce všechny dotazované sestry shodně uvedly, že záleží na stavu jedince. I1 uvedla, že se klienti vždycky snaží pomoci, pokud to jen trochu jde. Informantka I2 zase řekla, že se klienti pomáhat snaží, ale že pro ně představují velké problémy špatné dýchání a připojení na kyslík.

Stejně odpověděla i informantka I9. Naopak I4 říká, že s ní klienti vždy spolupracují výborně. *„Pro mě je každá spolupráce ze strany klientů výborná, ať už se najedí anebo pouze odpovědí, jsem ráda za jakoukoliv formu spolupráce.“*

Psychické změny, konkrétně změny kognitivních funkcí, vlivem covidu-19 byla oblast, na niž každá ze sester našla odpověď velmi rychle. Informantky I2, I4, I5, I6, I7, I8 a I9 se shodly, že kognice jsou určitě ovlivněny, a největší vliv na změnu přikládaly izolaci klientů. Informantka I1 uvedla pokles kognitivních funkcí u klientů ve výrazně vyšším věku nebo u klientů s pokročilým stadiem demence. I3 pak řekla, že nejméně v 90 % se kognitivní funkce u klientů zhoršily, a to dost viditelně.

5.3.6 Podkategorie 6: Aktivizační činnost

Podkategorie 6 znázorňuje výsledky získané analýzou dat zaměřené na průběh aktivizačních činností. Nejprve nás zajímala organizace za běžných podmínek. Všechny informantky uvedly stejný průběh aktivizace a zmínily, že aktivizační činnosti v domově koordinuje aktivizační pracovnice za pomoci pracovníků přímé obslužné péče. Vzhledem k tomu, že zařízení má dvě podlaží, jsou činnosti rozděleny na dvě skupiny po přibližně deseti osobách. V pondělí a ve středu mají skupinovou aktivizaci klienti v přízemí

a v úterý a ve čtvrtek pak jedinci z patra. Vždy se koná ve společenské místnosti. V pátek většinou probíhá aktivizace individuální na pokojích, kterou zajišťují klíčoví pracovníci jednotlivých klientů domova. Odpovědi informantek se pak lišily hlavně v aktivitách, které se při aktivizační činnosti provádí. Informantka I1 uvedla časté vycházky klientů se zaměstnanci do parku, zmínila také oblibu různého pečení či vaření, mezi nejoblíbenější zařadila pečení cukroví na Vánoce. Ve své odpovědi neopomenula ani trénink paměti, který vidí jako nejdůležitější pro podporu soběstačnosti. Doplnila také zajištění činností spojených s náboženskou tematikou. S důležitostí zejména kognitivního tréninku se pak ztotožňuje i informantka I3, která navíc dodává, že je pro ni stejně důležitá práce rukama: různé skládání papírů, malba, navlékání korálků, na podzim také jeřabin, které spojuje s užitečností při zajištění stravování či hydratace.

Za klienty oblíbenou označila reminiscenční terapii, která také podpoří paměť. V individuální aktivizaci pak podotkla běžnější aktivity, jako sledování televize, poslouchání rádia nebo čtení. Informantky I2 a I4 pak největší vliv na klienty vidí při návštěvě zvířat. Informantky I6, I7 a I8 stejně jako informantky I1 a I3 kladou velký důraz na kognitivní trénink, zároveň však upřednostňují různé činnosti, které mohou probíhat venku, jako například senior olympiáda, pečení buřtů či pálení čarodějnic.

Informantka I5 říká: *„Na aktivizačních činnostech mám ráda, kolik je možností: od různých ručních prací, zpívání, opakování básniček přes canisterapii až k vycházkám do parku nebo do města.“* Naopak venkovní aktivity nevyhledává informantka I9, protože nemá přehled o svých klientech, za něž má při směně zodpovědnost. Ta upřednostňuje společné slavení svátků s klienty, zejména pak oslavu Vánoc.

Stejně jako nás zajímala aktivizační činnost za běžných podmínek, tak jsme se zaměřili i na aktivizaci covid pozitivních jedinců. Jak jsme se domnívali, většina informantek (I4, I5, I6 a I7) uvedla, že aktivizační činnost neprobíhala. Informantka I8 na tuto otázku měla jiný názor. Stejně jako ostatní ve své odpovědi uvedla, že aktivizační činnost neprobíhala, zejména kvůli vysokému riziku nákazy a také kvůli nařízení vlády. Naopak oproti svým kolegyním ale zmínila, že ve chvíli, kdy byl očkovaný personál i klienti, se přistoupilo alespoň k individuální aktivizaci na pokojích. Podotkla však, že přesto probíhala velmi zřídka. Na konci 3. vlny pak uvádí, že byla zavedena individuální aktivizace jednou týdně u klientů, jejichž stav to dovoľoval. Informantky I1, I2, I3 a I9 pro změnu řekly, že probíhala velmi omezeně, zejména individuálně.

5.3.7 Podkategorie 7: Preventivní kroky

V další části jsme se zaměřili na prevenci nákazy, zejména na zajištění očkování klientů a také jeho organizace. Ve chvíli, kdy jsme došli k této otázce, bylo jasné, že neprobíhalo pouze jedním způsobem. Informantky I1, I2, I3 a I4 uvedly, že očkování bylo zajištěno očkovacím centrem, které bylo zřízeno přímo v zařízení. Mobilnější klienty personál vozil přímo do ambulance, kde se očkuje. Imobilní ležící klienty pak přišel naočkovat lékař se sestrou přímo na pokoj. Stejný postup uvádí i informantka I5, která navíc uvedla, že v počátcích bylo očkování zajištěno očkovacím týmem z jiné nemocnice, který očkoval stejným způsobem, jako teď očkuje očkovací centrum. Informantky I6, I7 a I8 uvedly pouze očkování klientů na pokoji. Informantka I9 uvedla následující: „Očkování pro nás bylo celkem klíčové. V první fázi byla našim klientům vakcína aplikována očkovacím týmem z okresní nemocnice, která očkovala v ambulanci tady v domově. Mobilní jsme do ambulance doprovázely. Ležící pak naočkoval doktor se sestrou na lůžku. Takhle byla naočkována většina první a druhou dávkou, výjimkou bylo pouze pár klientů, kteří byli v té době nachlazení a lékař očkování nedoporučil. V druhé fázi pak bylo zajištěno našim očkovacím centrem, které naočkovalo klienty, kterým nemohla být vakcína podána v první fázi. Dále pak centrum klientům aplikovalo třetí dávky.“ Informantka I3 zmínila, že před samotným očkováním byla kontaktována rodina, jestli s očkováním souhlasí, a to v případech, že klient trpěl demencí, nebo měl omezenou svéprávnost. Což v zařízení tohoto typu bývají všichni.

5.4 Kategorie 3: Hodnocení péče

Tabulka 4: Hodnocení péče

Hodnocení péče	Nejnáročnější část péče
	Problematické oblasti poskytované péče
	Priority péče
	Hodnocení péče v době pandemie

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

5.4.1 Podkategorie 8: Nejnáročnější část péče

V této podkategorii jsme se zajímali o to, jakou část ošetrovatelské péče považují sestry za nejnáročnější, a z jakého důvodu. Nejčastěji zmiňovanými oblastmi byly hygienická péče a komunikace s klienty. Informantka I1 například uvedla náročnost komunikace s klienty kvůli ochranným pomůckám. Zároveň zmínila také absenci výrazu obličeje a řeči těla. V neposlední řadě také do své odpovědi zařadila chybějící kontakt s rodinou, který nebyly schopny v zařízení zajistit, a v důsledku toho bylo složité udržování jedinců v psychické pohodě. I2, I4, I5 pak odpověděly, že hygienická péče, zejména kvůli ochranným pomůckám. I5 říká: „Hygieny, ty dávaly zabrat všem, jak personálu, tak klientům. V ochranných oblecích jsme byly kolikrát i dvě hodiny, což některým z nás nedělalo dobře, a několik z kolegyně i kolabovalo z nedostatku kyslíku. Jasně, že jsme byly v oblecích i normálně víc hodin, ale u těch hygien je to něco jiného.“ Informantka I2 přidává zajištění stravování, které se komplikovalo nutností užívání jednorázového nádobí, se kterým se špatně manipulovalo a pracovalo. Stejně tak jako problém spojený se stravováním vidí nesoběstačnost klientů, kdy je zapotřebí je nakrmit, na což nebývá dostatečné množství personálu zejména o víkendech. Informantky I3, I6, I7 a I8 rovněž uvedly problém s komunikací. „Oni nám přes ty respirátory vůbec nerozumí a neslyší nás. Za normálních okolností špatně slyší, a tohle je pro nás všechny úplný konec,“ říká I8. I3 oproti ostatním uvedla obtížnost polohování a častých úprav lůžka. Informantka I9 rovněž označila za nejnáročnější hygienickou péči a komunikaci. Navíc však ještě zmínila odběry krve, komplikované zejména nutností použití dvou párů rukavic, přes něž často nelze žíly klientů nahmatat. Stejně tak vidí jako problém při odběrech krve mlžící se brýle.

5.4.2 Podkategorie 9: Problematické oblasti poskytované péče

Tato podkategorie znázorňuje problematické oblasti poskytované péče. Analýzou dat získaných při rozhovoru jsme došli k velmi rozmanitým výsledkům informantek a bylo zajímavé, jak každá z nich celou situaci vnímá jinak. Informantka I1 jako nejvíce problematickou oblast uvedla, že nikdo nevěděl, co bude, jestli vůbec někdy pandemie skončí, jestli se vrátí k běžnému režimu práce. I2 vnímala jako problematickou oblast hygienickou péči a stravování, stejně jako tomu bylo u předchozí otázky. Navíc ještě přidala stavební úpravy, kdy zejména na jednolůžkových pokojích nezbyvalo mnoho místa, když tam přišlo velké množství personálu zajistit hygienu klienta. Informantka

I3 pak uvádí riziko nákazy i přes používání ochranných pomůcek. „*To riziko nákazy je při zajišťování péče velké. Dá se říct, že všechen personál se tu, až na výjimky, nakazil. Některé dokonce i víckrát, a to i přesto, že se dodržovaly všechny hygienické předpisy. Problém je pak hlavně v tom, že tu péči nemá skoro kdo zajistit.*“ I4 zmínila oproti ostatním oblékání a svlékání ochranných pomůcek. Stejně tak uvádí jako problém riziko nákazy při špatné manipulaci s použitými pomůckami. Informantka I5 naopak zmínila izolaci, která pro ni představuje problém zejména při poskytování osobního kontaktu klientům typu pohazení či chycení za ruku. Rovněž zmínila, že klienti si kontaktu přes rukavice kolikrát ani nevšimnou.

Informantky I6, I7 a I8 se shodují naopak na nedostatku informací o nemoci. Například I6 odpověděla: „*Klientům nebylo možné poskytnout dostatek informací, protože to pro všechny z nás bylo nové a seznamovaly jsme se se vším za pochodu.*“ Informantka I9 pak uvedla, že nejproblematictější oblastí byl nedostatek personálu, kterého pro zajištění péče bylo nedostatek zejména ve druhé vlně, kdy většina zaměstnanců byla doma v izolaci nebo s dětmi.

5.4.3 Podkategorie 10: Priority péče

Podkategorie zobrazuje výsledky získané analýzou dat zaměřené na priority péče. Informantka I1 označila za priority péče dodržování všech hygienických předpisů a udržování dobrého duševního zdraví zaměstnanců i klientů. Informantka I2 označila jako nejdůležitější komfort klienta, dostatečnou hydrataci, vyprazdňování a tlumení bolestí. Stejně jako I1, i informantka I3 uvedla dodržování všech hygienických předpisů a psychohygieny. Navíc dodala ještě empatii a trpělivost: „*Trpělivost je v některých případech tou nejnütnější vlastností, kterou sestra musí při zajištění péče mít, a to nejen za covidu, ale i za normálních podmínek.*“ Informantky I4 a I5 se shodly na psychické podpoře klientů, profesionálním přístupem a empatií. S empatií souhlasí rovněž odpovědi I6 a I8. I6 oproti ostatním ještě uvedla důležitost pravidelného monitorování fyziologických funkcí a zdravotního stavu klienta. Oproti tomu informantka I8 přidává pozitivně naladěný a empatický personál. Informantka I7 říká: „*Pozitivní přístup a kolektivní práce jsou klíčem pro zvládnutí jakékoliv situace.*“ Poslední informantka I9 určila jako nejdůležitější zajištění intimity a komfortu, tyto oblasti jsou pro ni prioritní a zaměřuje se na ně při poskytování péče, ať je klient v jakémkoliv stavu.

5.4.4 Podkategorie 11: Hodnocení péče v době pandemie

Posledním bodem našeho šetření bylo hodnocení způsobu péče v průběhu pandemie a také to, co by se na něm dalo zlepšit. Všechny dotazované uvedly, že způsob, kterým byla zajištěna péče o covid pozitivní klienty, byl na dobré úrovni. I1 a I3 navíc oproti ostatním ve své odpovědi uvedly problém s nedostatkem OOPP a personálu v některých fázích pandemie. I3 sdělila postupné zlepšování organizace péče. Informantka I2 svou odpověď rozvinula následovně: „*V první vlně jsme neměly jediného nakaženého, takže jsme neměly zkušenost s péčí. Naopak ve druhé vlně byli všichni naši klienti postupně nakaženi, takže jsme získávaly první zkušenosti s péčí. Všechny jsme se učily, ale přes drobné problémy jsme se s tím vypořádaly, za mě velmi dobře. Ve třetí vlně už jsme měly všechny zkušenosti s péčí o covid pozitivní klienty, takže péče probíhala standartně podle vydaných opatření.*“ I4 pak způsob péče hodnotila jako velmi dobrý a zmínila, že veškerá péče probíhala v souladu s danými opatřeními. Informantka I6 odpověděla, že se zajištěním péče se zařízení vypořádalo v rámci možností velmi dobře. Zmínila také, že personál se snažil klientům zajistit co nejlepší péči i psychickou podporu. I7 byla se zajištěním péče spokojena. Byla ráda zejména tomu, že práce byla systematicky organizována. Informantka I8 uvedla rovněž spokojenost po všech stránkách. Dokonce oproti I1 a I3 uvedla dostatek ochranných pomůcek. Nejvíce zdůraznila, že klientům byla zajištěna maximální péče ze strany veškerého personálu, přestože byl kolikrát velmi unaven. Informantka I9 uvedla prvotní rozpaky z péče a následné zlepšování organizace týmu i práce v domově. Veškerou péči poskytovaly na základě daných opatření. V závěru své odpovědi zmínila ustálení péče v průběhu pandemie, takže už ani nevnímaly, že by nějaká pandemie byla.

Na otázku, jestli by se dalo něco zlepšit, jsem dostala velmi jednoznačnou odpověď od všech dotazovaných: „*Vždy je co zlepšovat.*“ Informantka I1 konkrétně dodala, že zlepšit by chtělo zejména personální zajištění, které bylo v určitých fázích nedostatečné. Stejně tak ochranných pomůcek nebylo vždy tolik, kolik by bylo potřeba. Na počátku pandemie pak zmínila možnost zlepšení spolupráce a komunikace mezi zaměstnanci. Stejně tak informantky I3, I6, I7, I8 a I9 poukazují na nedostatek personálu. Například I6 zmínila v návaznosti na nedostatek personálu únavu zaměstnanců a nedostatečnou pohodu v týmu, která by byla mnohem větší, kdyby personálu bylo více.

6 Diskuse

Naše bakalářská práce nesoucí název Péče o klienty s Covid-19 v domově se zvláštním režimem mapuje péči poskytovanou covid pozitivním jedincům v období od začátku pandemie do současnosti. Zaměřili jsme se především na specifika péče o klienty s covid-19 a na hodnocení této péče.

První kategorie je cílena na identifikační údaje informantek, rovněž jsme se ptali na absolvování školení spojeného s tématem covidu-19. Nejčastěji byla školení zaměřena na péči o covid pozitivní klienty a užívání OOPP. Tyto oblasti jsou podle nás jedny z hlavních pro zajištění kvalitní péče klientům.

World Health Organisation (2022) označila covid-19 za infekční onemocnění. O jedince s takovým onemocněním se musí pečovat podle daných opatření. Zaměřili jsme se proto na odlišnosti v péči o covid pozitivní jedince oproti nenakaženým. Očekávali jsme, že nejčastější odpovědí bude izolace klientů. Častěji však byly zmiňovány rychlé změny zdravotního stavu klientů a změny psychického stavu, s čímž souhlasí i Numbers a Bodaty (2021), kteří uvádí zhoršování psychického stavu u klientů s demencí v závislosti na sociální izolaci. Stejně tak poruchu psychického stavu uvádí Tsapanou et al. (2021). Ti zmiňují zejména výskyt depresí a stresu u starších osob v důsledku pandemie. Tohoto problému jsme si také v rámci naší praxe povšimli. Informantka I1 jako největší odlišnost označila přetrvávající následky nemoci po zotavení. S tím souhlasí i Magdy et al. (2022), kteří uvádí, že u jedinců přeživších SARS byly hlášeny trvalé abnormality na plicích. V neposlední řadě také informantky vidí rozdíl v užívání ochranných pomůcek, které bývají často bariérou při komunikaci. Tsapanou et al. (2021) souhlasí s ovlivněním komunikace.

Náš další výzkum cílil na hlavní zásady v péči o covid pozitivní jedince. Odpovědi byly velmi rozmanité a nápadité. Informantky na věc pohlížely každá z jiného úhlu, což jsme vítali. Pouze pět věcí zmínilo více sester, a to monitoraci fyziologických funkcí, dostatečnou hydrataci, dodržování základních hygienických opatření, užívání OOPP a polohování. Ortega et al. (2020) potvrdili důležitost užívání OOPP. K nutnosti polohování přidávají svůj souhlas Dlouhý et al. (2021), kteří do terapie řadí právě polohování a zmiňují jeho extrémní důležitost pro dostatečné provzdušnění plic. Rovněž uveřejnili instrukční leták, podle kterého se pacient či personál řídí (příloha

6). S postupem polohování jsme se v průběhu své praxe setkali, konkrétně s pronační polohou, jež byla hojně využívána. Musíme jen souhlasit, že její vliv byl pro pacienty velkým přínosem. Informantka I7 rovněž zmínila potřebu dechové rehabilitace, která je zajištěna rehabilitačními sestrami zařízení. Dechovou rehabilitaci doporučují Liu et al. (2020). Z jejich výzkumu vyplývá, že respirační rehabilitace výrazně zlepšuje dechové funkce. Informantky dále zmiňovaly jako hlavní zásady psychickou podporu, empatii, dostatečné stravování a častou obměnu ložního prádla. I s těmito názory souhlasíme.

Za nezbytnou při péči Saibertová et al. (2017) rovněž označili izolaci infekčního jedince. Z tohoto důvodu jsme chtěli zjistit, jakým způsobem byla zajištěna izolace klientů. Na tuto oblast jsme se zaměřili zvláště proto, že klienti domova se zvláštním režimem trpí zejména demencí a častou bývají bloudiví. Naši myšlenku potvrzují i Numbers a Bodaty (2021), kteří uvádí, že putování jedinců s demencí zvyšuje riziko infekce. Výsledky analýzy dat nám odhalily využití všech možných covid zón, které ve svém doporučeném postupu č. 7/2020 pro Covid zóny a ochranu zaměstnanců a klientů v sociálních službách v souvislosti s onemocněním covid-19 uvádí Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020f). Nejčastěji zmiňovanou formou izolace byla covidová jednotka, zejména proto, že informantky nemusely myslet na to, na který pokoj jít dřív, aby nenakazily neinfekční klienty. Pozitivum v covidových jednotkách vidíme i my. Jednak ze stejného důvodu jako naše informantky, jednak také právě kvůli pohybu klientů s demencí po zařízení, kdy nemůže dojít k ohrožení nenakažených klientů.

Smetana et al. (2019) řadí SARS mezi VNN, které spadají do BOP III.–IV. stupně biologického rizika. Seibertová et al. (2017) v tomto stupni označují za důležitý krok pro zamezení šíření nákazy užívání OOPP. Zaměřili jsme se proto na to, zda informantky znají postup svlékání a oblékání OOPP. Informantky uvedly, že zpočátku pro ně byl problém naučit se tyto postupy. S tímto názorem se ztotožňujeme, protože ani pro nás nebylo jednoduché se postup rychle a správně naučit. Informantka I1 na rozdíl od ostatních navíc zmínila, že oblékání se provádí v čisté zóně a svlékání v zóně špinavé. Ortega et al. (2020) s tímto tvrzením souhlasí. Jako čistou zónu uvádí prostor před pokojem, kde se personál do OOPP obléká, a jako špinavou zónu označil pokoj infekčního klienta, v němž se svlékají všechny ochranné prostředky, kromě ochranného štítu a respirátoru. Ty se odstraňují až mimo pokoj, aby nedošlo ke kontaminaci očí a sliznic.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče podle nás představuje pozorování. Zaměřili jsme se především na monitoraci fyziologických funkcí, potřeb, stavu soběstačnosti, spolupráce klienta a na sledování změn kognitivních funkcí. Mezi nejčastěji monitorované fyziologické funkce informantky zařadily tlak, puls, dech, tělesnou teplotu a saturaci krve kyslíkem. Tsang et al. (2020) zmiňují pouze monitoraci saturace kyslíkem, dechovou a srdeční frekvenci. S jejich názorem nesouhlasíme. Pro komplexní monitoraci celkového stavu považujeme za nutné sledování vitálních funkcí tak, jak uvedly naše informantky. Informantka I2 navíc klade velkou důležitost také na monitoraci glykemie u diabetiků. Pozornost jí věnuje zejména kvůli nedostatečnému stravování klientů spojenému s aplikací inzulínu. Češka et al. (2015) uvádí riziko hypoglykémie v důsledku intenzivní antidiabetické terapie. S názorem informantky I2 souhlasíme. Vlivem pravidelných kontrol glykemie může být vhodně určena dávka inzulínu pro podání, a zamezuje se tak právě hypoglykemiím, které popisují Češka et al. (2015).

Nezbytnou částí ošetrovatelské péče je podle našeho názoru uspokojování potřeb jedinců. Právě proto jsme se ptali na to, kterých potřeb si informantky při zajišťování péče nejčastěji všímají. Nejčastěji zmiňovanou potřebou, jíž si informantky při péči všímaly, byl nedostatečný sociální kontakt. Bolt et al. (2021) souhlasí s omezením sociálních kontaktů vlivem izolace. Zmiňují, že jedince často trápí deprese, úzkost či neklid. Zároveň osamělost může u osob s demencí způsobit poruchy chování či apatii. Zaujala nás odpověď I8, která uvedla možnost zajištění kontaktu s rodinou pomocí online videohovoru přes aplikaci WhatsApp. Tuto možnost uvádí také Korczyn (2020), který popisuje možnost využití virtuální komunikace, jež usnadňuje komunikaci s rodinami. Uvádí například Skype či Zoom. Zároveň však podotýká, že tento styl komunikace nenahradí fyzický kontakt, který je pro klienty s demencí také důležitý. S jeho názorem souhlasíme. Informantka I1 uvedla, že si nejčastěji všímá neuspokojení základních potřeb, jako je příjem stravy a tekutin. Mezi základní potřeby člověka podle Maslowa patří spánek, což popisují Trachtová et al. (2018). Zároveň charakterizují spánek jako aktivitu s minimálními změnami fyziologických funkcí a fyzickou aktivitou na vnější podněty. Poruchy spánku ve své odpovědi zmínila informantka I9, která přisuzuje narušení spánku bolesti či nadměrné dušnosti.

Poslední oblastí, kterou jsme se v rámci třetí kategorie zabývali, byly fyzické a psychické změny. Zaměřili jsme se zejména na soběstačnost klientů, spolupráci klientů a kognitivní funkce. U pozorování změn soběstačnosti a spolupráce všechny sestry uvedly, že veškeré

fyzické změny závisí na zdravotním stavu jedince. Pokles kognitivních funkcí zmiňují Chu et al. (2020), kteří jej přisuzují sociální izolaci. S tímto faktem souhlasí i výsledky našeho výzkumného šetření, ve kterém informantky zmínily změny kognitivních funkcí. Tento problém jsme v praxi pozorovali taktéž my, zejména větší zmatenost a poruchy paměti.

V souvislosti s onemocněním demence, která je pro klienty domova se zvláštním režimem typická, nás zajímala také aktivizační činnost. Všechny informantky nám uvedly průběh aktivizace. Ten souhlasil s tím, co jsme zde viděli během naší praxe. Jejich odpovědi se lišily nejvíce v aktivitách, které se s klienty provádí. Informantky uvedly velké využití kognitivních tréninků, na něž kladou velký důraz. Fertál'ová a Ondriová (2020) definují kognitivní trénink jako cílenou stimulaci mozkových funkcí, která je zaměřena na několik kognitivních schopností. Zmiňují, že zpomaluje rozvoj onemocnění a zlepšuje kvalitu života. Neopomíjí ani podporu soběstačnosti, což odpovídá odpovědi informantky I1. Stejně tak jsme se dotazovali na aktivizační činnost u covid pozitivních klientů. Všechny dotazované, kromě informantky I8, odpověděly, že aktivizační činnost neprobíhala, případně velmi omezeně a individuálně. Naopak informantka I8 ve své odpovědi uvedla, že zpočátku neprobíhala, hlavně kvůli nařízení vlády a obavám z nákazy klientů. Postupem času se snažily zařadit alespoň nějakou aktivizaci klientů. S tím souhlasí Pechová et al. (2021), zmiňující, že v průběhu druhé vlny pandemie se domovy snažily pořádat aktivity pro klienty alespoň v omezeném režimu. Fakt, že aktivizace neprobíhala na základě nařízení vlády, potvrzuje ve svém doporučeném postupu č. 1/2020 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2020c), kde uvádí omezení společenských aktivit pro klienty. Riziko nákazy vlivem společenských akcí uvádí také Abbatecola et al. (2022).

Způsoby, jimiž lze nákaze předejít, popisují European Lung Foundation (2021). World Health Organisation (2022) do prevence covidu-19 zařazuje očkování obyvatelstva. I na to jsme se při našem výzkumném šetření zaměřili. Zajímalo nás zejména, jestli je klientům očkování umožněno, i to, a jak je organizováno. Podle našich předpokladů bylo očkování klientům umožněno přímo v zařízení. Většina informantek uvedla, že očkování bylo zajištěno očkovacím centrem, které je součástí zařízení. Vlastní očkovací centrum je podle nás velká výhoda, zejména pak pro klienty, kteří za vakcinací nemusí cestovat do jiných zařízení. Dále informantky zmiňovaly očkování jedinců přímo na oddělení nebo také očkovacím týmem z okresní nemocnice. Informantka I9 ve své odpovědi uvedla

všechny výše zmíněné možnosti. Dodala také, že očkovací tým aplikoval první dávky, druhé a třetí dávky pak očkovací centrum. Neopomenula ani důležitost očkování seniorů v zařízení, které označila za klíčové. Love et al. (2021) s jejím názorem souhlasí. Zmiňují upřednostnění dodávek vakcín v USA pro zaměstnance, ale také pro seniory do zařízení dlouhodobé péče. Rovněž uvádí, že úmrtí seniorů v zařízeních dlouhodobé péče představuje velké podíly na celkovém počtu zemřelých. Stejně tak Abbatecola et al. (2022) uvedli zranitelnost seniorů v zařízeních dlouhodobé péče. Připisují ji zejména vysokému věku, komorbiditám, ale i skupinovým setkáním, která zvyšují riziko nákazy. Potřebu ochrany zranitelných klientů i my vnímáme jako klíčovou. Informantka I3 zmínila nutnost kontaktování rodiny jedinců s demencí či s omezenou svéprávností, pro udělení souhlasu s očkováním. Stejně tak server Ombudsman, Veřejný ochránce práv (2021), uvádí, že poskytovatel zdravotní služby je povinen získat informovaný souhlas osoby, která má být očkovaná. Avšak je zde rovněž zmíněna možnost písemného souhlasu osob, u nichž může být narušena schopnost porozumění či vyhodnocení informací. Tento článek nám tedy vylučuje nutnost kontaktování rodiny u klientů s demencí. Přesto však uvádí potřebu souhlasu opatrovníka jedinců s omezenou svéprávností.

Třetí a zároveň poslední kategorie se soustřeďovala na hodnocení péče (tabulka 5). Tato kategorie byla orientována na nejnáročnější část péče, problematické oblasti poskytované péče, priority péče a hodnocení péče v době pandemie.

Pandemie představovala nejen pro všechny zdravotnický personál novou zkušenost. Z tohoto důvodu jsme se zaměřili na oblasti péče, které vnímají jako problematické. Zaujala nás odpověď informantek, které jako problematickou oblast označily poskytování informací klientům. Důvody byly aktuálnost a neznámost onemocnění. O problému poskytování informací se zmiňují také Wang et al. (2020). Ti však podotýkají zejména omezený přístup k informacím jedinců s demencí, kteří jsou závislí na informacích od ostatních osob. V souvislosti s tím poznamenali možnost obtíží při zapamatování si používání OOPP a vyšší riziko infekce při nedodržení karantény. Přesto s názorem informantek souhlasíme. Informací spojených s tímto onemocněním opravdu nebylo v průběhu pandemie mnoho a na otázky kladené některými klienty se odpovídalo velmi složitě. Informantka I4 ve své odpovědi zmínila oblékání a svlékání osobních ochranných pracovních pomůcek a možnost nákazy při špatné manipulaci s nimi. Ortega et al. (2020) shrnuli, že správné užívání OOPP je účinné při ochraně osoby, která jej nosila,

a také těch, s nimiž pečující osoba přichází do styku. Problematickou oblast pro nás představovalo zajištění izolace klientů s demencí zejména kvůli kognitivním symptomům, jež mohou způsobovat potíže s dodržováním bezpečnostních postupů, jak poznamenali Numbers a Brodaty (2021).

Jak již bylo na začátku zmíněno, klienti trpěli častými změnami psychického stavu. Romero et al. (2022) zmiňují, že se u klientů v zařízeních dlouhodobé péče vyskytovaly zejména symptomy úzkosti či posttraumatický stres. S tím souvisí také priority, na které se informantky zaměřovaly při péči. Informantky vnímají důležitost psychické podpory, kterou ve svých odpovědích uvedly v podobě udržování duševního zdraví či psychohygieny. Stejně tak Wang et al. (2020) upozorňují na psychosociální podporu. S potřebou psychické podpory souhlasíme. Domníváme se ale, že v nejméně zastoupenější fázi celé pandemie tento fakt býval často opomíjen, zvláště kvůli nedostatku personálu.

V průběhu celé pandemie byla často měněna a aktualizována opatření, jimiž se řídila péče o klienty. Očekávali jsme, že hodnocení péče bude velmi rozmanité. Všechny informantky však byly se zajištěním organizace péče spokojeny. V průběhu naší praxe v různých zařízeních jsme se setkávali spíše s kritikou způsobu péče než se spokojeností. Domníváme se, že celková spokojenost informantek pramení zvláště z toho, že se jedná o menší zařízení, takže byla jednodušší koordinace pracovníků a organizace práce. Samozřejmě se našly i některé nedostatky, které úzce souvisí s tím, co by se dalo zlepšit. Všechny informantky zmínily nedostatek personálu a ochranných pomůcek. Výjimkou byla pouze informantka I8, jež poznamenala dostatek OOPP. Výzkumníci White et al. (2021) ukazují na nedostatek OOPP na počátku pandemie v zařízeních dlouhodobé péče ve Washingtonu. V tomto výzkumu někteří respondenti uvedli nutnost opakovaného použití OOPP, například používání jednoho respirátoru po dobu jednoho týdne. Cousins et al. (2021) pak upozorňují nejen na nedostatek OOPP, ale také na nedostatek personálu, se kterým se potýkají sociální služby. V České republice konstatovaly nedostatek ochranných pomůcek, zejména v první vlně pandemie Pechová et al. (2021), avšak zároveň uvádí jejich rychlé zajištění.

Arvay (2021) uvádí první výskyt onemocnění covid-19 ve světě poprvé v roce 2019. Jedná se tedy o nové onemocnění, o němž není dostupné velké množství informací. Výzkum v této oblasti proto považujeme za velmi důležitý, zejména pokud se jedná o problematiku spojenou se seniory. Péči o klienty v domově se zvláštním režimem sestry

poskytovaly na základě opatření vydaných Ministerstvem zdravotnictví či Ministerstvem práce a sociálních věcí. Tato opatření však byla často aktualizována. Podle našeho názoru by bylo vhodné vytvoření jednotného postupu, na jehož základě by se péče poskytovala po celou dobu výskytu onemocnění v zařízení. Zabránilo by se tak nejasnostem v poskytované péči. Stejně tak by bylo vhodné provést výzkum dalších oblastí péče, na něž jsme se v našem výzkumném šetření nezaměřili, a to za účelem získání komplexnějšího pohledu na poskytování péče klientům s covidem-19 v domově se zvláštním režimem.

7 Závěr

V bakalářské práci s názvem „Péče o klienty s Covid-19 v domově se zvláštním režimem“ jsme se zabývali problematikou způsobu péče o jedince s nákazou SARS-CoV-2 v zařízení dlouhodobé péče. Hlavním cílem bylo zmapovat péči poskytovanou klientům s covidem-19 v domově se zvláštním režimem. Za účelem dosažení tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: Jakým způsobem byla zajišťována péče o klienty s covid-19 v domově se zvláštním režimem od začátku pandemie po současnost? Cíle se našim výzkumným šetřením podařilo dosáhnout.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že péče byla poskytována na základě daných opatření Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí s využitím bariérových ošetrovacích technik. Hlavní odlišností při péči o informantky byly zejména rychlé změny zdravotního i psychického stavu. Zjistili jsme, že v průběhu pandemie se využívaly různé způsoby izolace klientů. Nejčastěji zmiňovaným způsobem bylo využití covidové jednotky. Hlavní zásady v péči o informantky představují izolace a užívání OOPP. Důležitou součástí péče byla prevence nákazy pomocí očkování, které se rovněž realizovalo několika způsoby. Pandemie ovlivnila také průběh aktivizačních činností, jež tvoří nedílnou součást při zajišťování péče v domově se zvláštním režimem. Ta zpočátku vůbec neprobíhala, v dalších vlnách pandemie se personál snažil využívat alespoň aktivizaci individuální.

Získaná data nám ukazují, že jednou z nejnáročnějších částí péče pro informantky byla komunikace s klienty. Při té hlavní bariéru představovala nutnost užívání OOPP. Stejně tak byla za náročnou část označována hygienická péče. Onemocnění covid-19 je poměrně nové, proto se při zajištění péče objevovaly také problematické oblasti. Mezi ty informantky zařadily nedostatek informací zejména v návaznosti na aktuálnost pandemie, a také riziko nákazy navzdory užívání OOPP. Ze samotného hodnocení péče pak vyplývá spokojenost informantek s organizací péče. Významným problémem v této oblasti byl zejména nedostatek OOPP a personálu pro zajištění péče.

Získané výsledky našeho výzkumného šetření mohou posloužit jako studijní materiál studentům nelékařských zdravotnických oborů.

8 Seznam použité literatury

1. ABBATECOLA, A. et al., 2022. Monitoring COVID-19 vaccine use in Italian long term care centers: The GeroCovid VAX study. *Vaccine*. 40(15), 2324–2330, doi: 10.1016/j.vaccine.2022.02.064.
2. ARVAY, C. G., 2021. *Co nás má naučit koronavirus*. Olomouc: Fontána. 249 s. ISBN 978-80-7651-054-8.
3. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR, 2015. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 28 s. ISBN 978-80-904668-8-3.
4. BALÍK, M. et al., 2020. Doporučený postup pro použití rekonvalescentní plazmy v léčbě dospělých pacientů s Covid – 19. In: *Infekce.cz* [online]. 13. 10. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/Covid2019/Plazma2.pdf>
5. BARTŮŇEK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
6. BOLT, S. et al., 2021. Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. (113), doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103781.
7. CENTRUM BIOLOGICKÉ OCHRANY TĚCHONÍN, 2020. Osobní ochranné pracovní pomůcky (OOPP). In: *Koronavirus.mzcr.cz* [online]. © 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Osobn%C3%AD-ochrann%C3%A9-pracovn%C3%AD-pom%C5%AFcky.pdf>
8. COUSINS, E. et al., 2021. Ethical care during COVID-19 for care home residents with dementia. *Nursing Ethics*. 28(1), 46–57, doi: 10.1177/0969733020976194.
9. ČECHOVÁ, K. et al., 2019. *V bludišti jménem Alzheimer: Na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press. 432 s. ISBN 978-80-246-2707-0.
10. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2015. Úvod. *Alzheimer.cz* [online]. © 2015 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

11. ČEŠKA, R. et al., 2015. *Interna. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton. 870 s. ISBN 978-80-7387-885-6.
12. DLOUHÝ, P. et al., 2021. Manuál pro lékaře covidových oddělení. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 41–46. ISSN 1211-264x.
13. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
14. FERTALOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence: Nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
15. HAUKE, M. et al., 2017. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
16. HÁJKOVÁ, L. et al., 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 40 s. ISBN 978-80-86541-48-8.
17. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
18. HORANOVÁ, V., 2017. *Vybrané kapitoly ze základů hygieny, epidemiologie, mikrobiologie a imunologie v bodech*. České Budějovice: JKA. 112 s. ISBN 978-80-87101-55-1.
19. EUROPEAN LUNG FOUNDATION, 2021. COVID-19 Factsheet. In: *Europeanlung.org* [online]. 25. 4. 2022 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://europeanlung.org/en/information-hub/factsheets/covid-19-factsheet/>
20. CHALUPA, P., ROZSYPAL, H., 2020. Nejdůležitější informace o aktuálních terapeutických přístupech ke covidu-19. In: *Infekce.cz* [online]. 28. 3. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/zprava20-41.htm>
21. CHU, C. et al., 2020. Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*. 76(10), 2456–2459, doi: 10.1111/jan.14467.

22. JIRÁK, R. et al., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
23. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
24. KELNAROVÁ, J. et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník, 1.díl*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 180 s. ISBN 78-80-247-5331-7.
25. KHOREVA, M. A., 2021. Postcovid syndrome - a new reality. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S Korsakova*. 121(10), 131–137, doi: 10.17116/jnevro2021121101131.
26. KORCZYN, A. D., 2020. Dementia in the COVID-19 Period. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*. 75(4), 1071–1072, doi: 10.3233/JAD-200609.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
28. LIANG, T., 2020. *Příručka pro prevenci a léčbu covid-19* [online]. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice. 82 s. [cit. 2022-06-12]. Dostupné také z: <https://kniha.covid19cz.cz/covid19cz/ke-stazeni>
29. LIU, K. et al., 2020. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. (39), doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101166.
30. LOVE, J. et al., 2021. Continued need for non-pharmaceutical interventions after COVID-19 vaccination in long-term-care facilities. *Scientific Reports*. (11), doi: 10.1038/s41598-021-97612-w.
31. MACKOVÁ, B. et al., 2021. Průkaz nukleokapsidového antigenu SARS - CoV - 2 v lidském séru. In: *Splm.cz* [online]. 8. 10. 2021 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.splm.cz/article/odborne-vyjadreni-spolecnosti-pro-lekarskou-mikrobiologii-vypracovane-ve-spolupraci-s-narodni-referencni-laboratori-szu-pro-chripku-a-nechripkova-respiracni-virova-onemocneni>

32. MAGDY, D. et al., 2022. Long-term COVID-19 effects on pulmonary function, exercise capacity, and health status. *Annals of thoracic medicine*. 17(1), 28–36, doi: 10.4103/atm.atm_82_21.
33. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
34. MARKOVÁ, E. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
35. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2020a. Stupně pohotovosti v oblasti ochrany veřejného zdraví. In: *Mpsv.cz* [online]. 9. 9. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1248138/semafor_final.pdf/f1d9e7cf-788b-569d-449d-68722e4de684
36. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2020b. Doporučený postup č. 0/2020. Doporučení pro poskytovatele sociálních služeb v souvislosti s epidemií COVID - 19. In: *Mpsv.cz* [online]. 3. 3. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporuc%CC%8Ceny%CC%81+postup+c%CC%8C.+0_2020%2C+Doporuc%CC%8Ceni%CC%81+pro+poskytovatele+socia%CC%81lni%CC%81ch+sluz%CC%8Ceb+v+souvislosti+s+epidemii%CC%81+COVID-19.pdf
37. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2020c. Doporučený postup č. 1/2020. Doporučení pro poskytovatele sociálních služeb v souvislosti s epidemií COVID - 19 - Nejčastější otázky a odpovědi v oblasti sociálních služeb. In: *Mpsv.cz* [online]. 13. 3. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.+1_2020+Doporu%C4%8Den%C3%AD+pro+poskytovatele+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb+v+souvislosti+s+epidemi%C3%AD+COVID-19_24_03_2020.pdf/fb386264-181b-c82f-c743-bc4dda496ae1

38. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2020d. Doporučený postup č. 17/2020. Doporučení pro aplikaci krizového usnesení Vlády ČR č. 1264 ze dne 30. listopadu 2020 ohledně výjimky ze zákazu návštěv na základě provedeného POC testu na přítomnost antigenu viru SARS - CoV - 2. In: *Mpsv.cz* [online]. 3. 12. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postpup+%C4%8D.+17+-+testov%C3%A1n%C3%AD%2C+n%C3%A1v%C5%A1t%C4%9Bvy.pdf/>
39. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2020e. Doporučený postup č. 18/2020. Doporučení pro aplikaci krizového usnesení Vlády ČR č. 1370 ze dne 21. prosince 2020 ohledně umožnění vycházení klientů domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem mimo areál zařízení v době epidemie COVID - 19. In: *Mpsv.cz* [online]. 3. 12. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+p+ostup+%C4%8D.+18++vych%C3%A1zen%C3%AD_aktualizace_21_12_20_final.pdf
40. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2020f. Doporučený postup č. 7/2020 pro Covid zóny a ochranu zaměstnanců a klientů v sociálních službách v souvislosti s onemocněním Covid – 19. In: *Mpsv.cz* [online]. 17. 4. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP_7_pro_COVID_zony_a_ochranu_zam%C4%9Bstnancu_a_klientu.pdf/bfbf0565-7f34-dd74-d16e-a34b81641f28
41. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2022. Průvodce. *Mpsv.cz* [online]. © 2022 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/>
42. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2011. Hygiena rukou ve zdravotnictví. In: *Mzcr.cz* [online]. © 2011 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17480>

43. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021a. Rozhodnutí č.j.: MZDR 3725/2021-23/OLZP. In: *Revma.cz* [online]. 3. 12. 2021 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.revma.cz/wp-content/uploads/2021/12/Rozhodnuti-o-docasnem-povoleni-distribuce-vydeje-a-pouzivani-leciveho-pripravku-REGN-COV2-pro-lecebne-pouziti-a-postexpozični-pr.pdf>
44. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021b. Mimořádné opatření č.j.: MZDR 14597/2021-5/MIN/KAN. In: *Revma.cz* [online]. 3. 12. 2021 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Zmena-nekterych-mimoradnych-opatreni-v-souvislosti-ze-zmenou-doby-platnosti-ockovani-proti-ne-moci-covid-19-s-ucinnosti-od-15-2-2022.pdf>
45. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2022a. Aktuálně o koronaviru. *Koronavirus.mzcr.cz* [online]. © 2022 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/>
46. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2022b. Životní situace. *Covid.gov.cz* [online]. © 2022 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace>
47. NUMBERS, K., BRODATY, H., 2021. The effects of the COVID - 19 pandemic on people with dementia. *Nat Rev Neurol.* (17), 69–70, doi: 10.1038/s41582-020-00450-z.
48. ORTEGA, R. et al., 2020. Personal Protective Equipment and Covid - 19. *New England Journal of Medicine.* 382(26), 105, doi: 10.1056/NEJMvcm2014809.
49. PAVLI, A., THEODORIDA, M., MALTEZA, H. C., 2021. Post-COVID Syndrome: Incidence, Clinical Spectrum, and Challenges for Primary Healthcare Professionals. *Professionals Archives of Medical Research.* 52(6), 575–581, doi: 10.1016/j.arcmed.2021.03.010.
50. PECHOVÁ, K. et al., 2021. *Reflexe dopadů covidu - 19 na poskytování paliativní péče pro uživatele pobytových sociálních služeb pro seniory.* Praha: Domov Sue Ryder. 64 s. ISBN 978-80-907190-5-7.
51. PIERSIALA, K. et al., 2022. Acute odynophagia: A new symptom of COVID-19 during the SARS-CoV-2 Omicron variant wave in Sweden. *Journal of Internal Medicine.* 1(292), 154–161, doi: 10.1111/joim.13470.

52. RABOCH, J. et al., 2020. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-4604-6.
53. REZKOVÁ, B., 2018. *Hygiena zdravotnických zařízení* [online]. Brno: Ústav ochrany a podpory zdraví LF MU. 65 s. [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: is.muni.cz/el/1411/jaro2018/VLOZ0642c/um/3._Hygiena_zdravotnickych_provozu_a_nespecificke_prostredky_prenosu_infekci__I__II__III_.pdf
54. ROMERO, M. M. et al., 2022. Psychological and Functional Impact of COVID-19 in Long-Term Care Facilities: The COVID-A Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 30(4), 431–443, doi: 10.1016/j.jagp.2022.01.007.
55. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 386 s. ISBN 978-80-246-2197-5.
56. SAIBERTOVÁ, S. et al., 2017. *Specifická bariérová péče a preventivní opatření u pacientů s infekčním onemocněním* [online]. Brno: Masarykova univerzita. 101 s. [cit. 2022-06-12]. ISSN 1801-6103. Dostupné z: <https://portal.med.muni.cz/download.php?fid=1071>
57. SEIFERT, B. et al., 2020. *Pandemie infekce Covid - 19 a primární péče*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 21 s. ISBN 978-80-88280-21-7.
58. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
59. SMETANA, J. et al., 2019. *Vysoce nebezpečné nákazy*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 978-80-204-4655-8.
60. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2020. Rady pro pracovníky: Zacházení s pacienty se suspektní nebo potvrzenou infekcí Covid – 19. In: *Szu.cz* [online]. 9. 3. 2020 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/rady-pro-zdravotnicke-pracovniky-zachazeni-s-pacienty-s>
61. ŠÁTEKOVÁ, L. et al., 2021. *Demence hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1695-9.

62. ŠTEFAN, M. et al., 2021. *Covid - 19: Diagnostika a léčba* [online]. Praha: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP. 36 s. [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: https://www.infekce.cz/Covid2019/DPcovid-19_SIL_0421.pdf
63. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
64. TOMAGOVÁ, M. et al., 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
65. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. 226 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
66. TÓTHOVÁ, V., HELLEROVÁ, V. (eds), 2021. *Využití měřících nástrojů v ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 228 s. ISBN 978-80-7422-817-9.
67. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4., rozšř. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
68. TROJÁNEK, M. et al., 2020a. Nový koronavirus (SARS - CoV - 2) a onemocnění Covid - 19. *Časopis lékařů českých*. 159(2), 55–56. ISSN 0008-7335.
69. TROJÁNEK, M. et al., 2020b. *Farmakoterapeutická revue: Nový koronavirus SARS - CoV - 2 a onemocnění covid - 19*. Praha: Current Media. 96 s. ISSN 2533-6878.
70. TSANG, H. et al., 2020. *An update on COVID – 19 pandemic: the epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. Expert Review of Anti – infective Therapy*. 19(7), 877–888, doi: 10.1080/14787210.2021.1863146.
71. TSAPANOU, A. et al., 2021. The impact of COVID - 19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 36(4), 583–587, doi: 10.1002/gps.5457.
72. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2021. Očkování klientů s podpůrným opatřením a klientů se sníženou schopností rozhodování. Doporučení veřejného ochránce práv 2021. In: *Mpsv.cz* [online]. © 2021 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/OZP_8_2021_Doporu%C4%8Den%C3%AD_O%C4%8Dkov%C3%A1n%C3%AD.pdf/

73. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006 [online]. [cit. 2022-06-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7021–7050. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
74. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011 [online]. [cit. 2022-06-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482–543. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
75. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012 [online]. [cit. 2022-06-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 3954–3980. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=306/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
76. WANG, H. et al., 2020. Dementia care during COVID - 19. *The Lancet*. 395(10231), 1190–1191, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30755-8.
77. WHITE, E. et al., 2021. Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID - 19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*. 22(1), 199–203, doi: 10.1016/j.jamda.2020.11.022.
78. WIERSINGA, W. J. et al., 2020a. What Is COVID-19? *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 324(8), 816, doi: 10.1001/jama.2020.12984.
79. WIERSINGA, W. J. et al., 2020b. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 324(8), 782–793, doi:10.1001/jama.2020.12839.
80. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a. Coronavirus disease (COVID-19). In: *Who.int* [online]. 13. 5. 2021 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>

81. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b. Coronavirus disease (COVID-19): Dexamethasone. In: *Who.int* [online]. 16. 10. 2021 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-dexamethasone>
82. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. Coronavirus disease (COVID-19). *Who.int* [online]. © 2022 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: [Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
83. YONG, S. J., 2021. Long COVID or post – COVID – 19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious diseases (London, England)*. 53(10), 737–754, doi: 10.1080/23744235.2021.1924397.
84. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004 [online]. [cit. 2022-06-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 5206–5247. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
85. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006 [online]. [cit. 2022-06-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
86. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

9 Seznam příloh

Příloha 1: Postup dezinfekce rukou

Příloha 2: Postup oblékání OOPP

Příloha 3: Postup svlékání OOPP

Příloha 4: Žádost o provedení výzkumu

Příloha 5: Otázky k rozhovoru

Příloha 6: Polohování po covidu-19

9.1 Postup dezinfekce rukou

Technika hygieny rukou s použitím alkoholového dezinfekčního přípravku

🕒 Doba trvání celé procedury: 20–30 vteřin

1a  **1b** 

Do sevřené dlaně aplikujte dostatek přípravku na pokrytí celého povrchu rukou.

2 

Třete ruce dlaní o dlaň.

3  **4** 

Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.

Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.

5 

Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.

6  **7** 

Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.

Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřenými prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.

8 

Po oschnutí jsou Vaše ruce dezinfikovány.

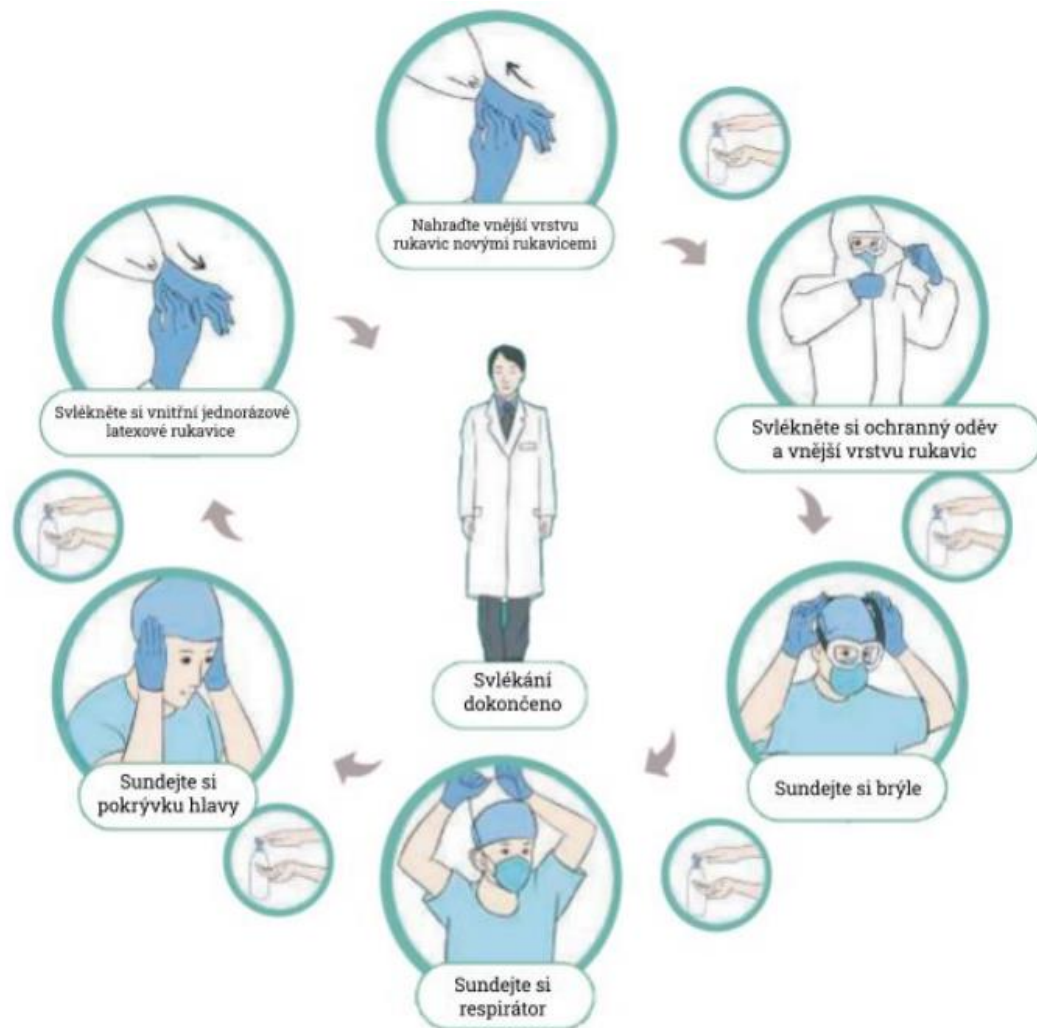
Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011

9.2 Postup oblékání OOPP



Zdroj: Liang, 2020

9.3 Postup svlékání OOPP



Zdroj: Liang, 2020

9.4 Žádost o provedení výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální

Studijní program/obor: Ošetřovatelství/ Všeobecná sestra

Jméno a příjmení studenta/studentky: Kateřina Filípková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): ka.filipkova@email.cz,

Název zdravotnického zařízení:

Oddělení: Domov se zvláštním režimem


Název práce: Péče o klienty s Covid 19 v domově se zvláštním režimem

Hypotézy, výzkumné otázky: Jakým způsobem byla zajišťována péče o klienty s Covid 19 v domově se zvláštním režimem v období od začátku pandemie po současnost?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku: Výzkum bude prováděn metodou kvalitativního šetření, sběr dat bude realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory budou prováděny se sestrami a vedoucími pracovníky domova se zvláštním režimem.

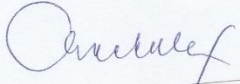
Předpokládané výstupy: Zmapování poskytované péče o klienta s Covid 19 od propuknutí pandemie po současnost.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno: Mgr. Hana Hajduchová, PhD. **Podpis:** 

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno: **Podpis:** 

Zdroj: Vlastní, 2022

9.5 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jaká je celková doba vaší praxe?
- 4) Absolvovala jste nějaké školení na téma spojené s covidem-19? Pokud ano, jaké?
- 5) V čem vidíte největší rozdíl v péči o covid pozitivního klienta oproti jedinci bez tohoto onemocnění?
- 6) Popište správný postup svlékání a oblékání OOPP.
- 7) Jakým způsobem byla zajištěna izolace covid pozitivních klientů ve vašem zařízení?
- 8) Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní zásady v péči o covid pozitivní klienty?
- 9) Pokud bylo klientům umožněno očkování proti covidu-19, jakým způsobem bylo ve vašem zařízení organizováno?
- 10) Jakým způsobem probíhá aktivizační činnost za běžných podmínek ve vašem zařízení?
- 11) Jak probíhala aktivizační činnost ve vašem zařízení u covid pozitivních pacientů, pokud vůbec probíhala?
- 12) Které fyziologické funkce sledujete u covid pozitivních klientů?
- 13) Jakých potřeb si nejčastěji všímáte u covid pozitivních klientů?
- 14) Jak se podle vás mění stav soběstačnosti u covid pozitivního klienta oproti jeho běžnému stavu?
- 15) Jak s vámi klient spolupracuje při poskytování péče?
- 16) Měla covid pozitivita u některého klienta vliv na jeho kognitivní funkce?
- 17) Jakou část ošetrovatelské péče považujete za nejnáročnější? Proč?
- 18) Jaké je podle vás největší úskalí při realizaci ošetrovatelské péče o covid pozitivního klienta?
- 19) Co je podle vás nejdůležitější při poskytování péče covid pozitivním klientům?

20) Jak byste zhodnotila způsob, kterým byla zajištěna péče o covid pozitivní klienty od začátku pandemie po současnost ve vašem zařízení?

21) Dalo by se podle vás na péči o takové klienty něco zlepšit?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

POLOHOVÁNÍ

URYCHLUJE HOJENÍ ZÁPALU PLIC

Na zádech
ležte co
nejméně

Točte se po
30 - 120 min



10 Seznam zkratek

aj. = a jiné

apod. = a podobně

BOP = bariérová ošetrovatelská péče

CT = počítačová tomografie

DZR = domov se zvláštním režimem

FFP2 = filtrační maska na tvář třídy 2

FFP3 = filtrační maska na tvář třídy 3

I = informantka

min = minuta

ml = mililitr

mmHg = milimetr rtuťového sloupce

MR = magnetická rezonance

MZČR = Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. = například

OOPP = osobní ochranné pracovní pomůcky

PCR = polymerázová řetězová reakce

SARS-CoV-1 = těžký akutní respirační syndrom coronavirus 1

SARS-CoV-2 = těžký akutní respirační syndrom coronavirus 2

SARS = těžký akutní respirační syndrom

SpO₂ = periferní kapilární okysličení

SZŠ = střední zdravotnická škola

TBC = tuberkulóza

TT = tělesná teplota

tzv. = takzvaný

VNN = vysoce nakažlivá nemoc

VŠ = vysoká škola