



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Vliv pandemie na práci sester v agenturách domácí
péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Aneta Paďourková

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Vliv pandemie na práci sester v agenturách domácí péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....

Aneta Paďourková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pomoc, kterou mi poskytovali. Poděkování také patří sestřám, které poskytly odpovědi pro výzkum v bakalářské práci.

Vliv pandemie na práci sester v agenturách domácí péče

Abstrakt

Současný stav: Sestry pracující v agenturách domácí péče pečují o klienty v jejich přirozeném domácím prostředí a jsou nedílnou součástí zdravotní péče. Systém jejich práce byl ovlivněn pandemií způsobenou novým koronavirem SARS-CoV-2. Sestry musely dodržovat mnoho mimořádných opatření a pravidel, aby se toto infekční onemocnění dále nešířilo, ale zároveň byla zajištěna stávající péče o jejich klienty. Je důležité si uvědomit, že sestry agentur domácí péče pracují v první linii v boji s pandemií.

Cíle práce: 1. Zjistit, jak sestry agentur domácí péče zajišťovaly ošetrovatelskou péči o své klienty v době pandemie. 2. Zjistit vliv pandemie na práci sester agentur domácí péče. 3. Zjistit, s jakými krizovými situacemi se sestry agentur domácí péče setkaly v době pandemie.

Metodika: Výzkumná část bakalářské práce byla realizována kvalitativním výzkumným šetřením. Byla použita metoda dotazování, technika sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Získaná data byla analyzována metodou tužka a papír, otevřeným kódováním. Analýzou dat vzniklo 5 kategorií a 14 podkategorií.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvořilo 10 sester pracujících ve 4 vybraných agenturách domácí péče v Jihočeském kraji.

Výsledky práce: Výsledky poukazují na vliv na práci sester v agenturách domácí péče v době pandemie onemocnění covid-19. Ovlivněna byla zejména oblast organizace práce a návštěv klientů. Sestry ošetrovatelskou péči klientům poskytovaly stejným způsobem jako před pandemií, s rozdílem nošení osobních ochranných pomůcek. Poskytovaná péče byla z jejich subjektivního hlediska stejně kvalitní, jako před pandemií. Sestry se dále setkaly s několika pro ně specifickými krizovými situacemi.

Využití v praxi: Výsledky mohou být využity studenty nelékařských oborů, ale také sestrami z praxe.

Klíčová slova

Agentura domácí péče; covid-19; domácí péče; pandemie; práce sestry; vliv pandemie

The Impact of the Pandemic on the Work of Nurses in Home Care Agencies

Abstract

Current situation: Nurses working in home care agencies take care of clients in their natural home environment and are an integral part of healthcare. Their system of work was affected by the coronavirus SARS-CoV-2 pandemic. Nurses had to adhere to many extraordinary precautions and rules to prevent the spread of this infectious disease, whilst ensuring the ongoing care of their clients. It is important to note that the work of home care nurses was classified as a frontline service during the fight against the pandemic.

Objectives: 1. To find out how home care agency nurses provided nursing care to their clients during the pandemic. 2. To determine the impact of the pandemic on the work of home care agency nurses. 3. To find out what crisis situations the nurses from home care agencies encountered during the pandemic.

Methodology: The research part of the bachelor thesis was effected through qualitative research - asking questions. The data collection technique was semi-structured interviews. The obtained data were analyzed by applying the pencil and paper method, open coding. Five categories and 14 subcategories have been created on the basis of the data analysis.

Research group: The research group consisted of 10 nurses working in 4 selected home care agencies in the Region of South Bohemia.

Results of the work: The results show the influence of the covid-19 pandemic on the work of nurses in home care agencies during the pandemic. Particularly affected were the organization of the work and home visits. The nurses provided nursing care to the clients in the same way as before the pandemic, with the only difference being they wore personal protective equipment. From their subjective point of view, the care provided was of as high a standard as before the pandemic. The nurses also faced several specific crisis situations.

Use in practice: The results can be used by non-medical students as well as practitioners of the nursing profession.

Keywords

Home care agency; covid-19; home care; pandemic; nurse's work; impact of pandemic

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Obecná epidemiologie.....	9
1.2 Onemocnění covid-19, jeho etiologie a statistiky počtu nakažených a zemřelých	9
1.3 Klinický obraz onemocnění covid-19	11
1.4 Průběh a komplikace onemocnění covid-19	12
1.5 Diagnostika onemocnění covid-19.....	13
1.6 Terapie onemocnění covid-19.....	14
1.7 Očkování proti onemocnění covid-19	16
1.8 Následná péče po onemocnění covid-19 a post-covid syndrom	17
1.9 Charakteristika domácí péče	18
1.10 Výhody a nevýhody domácí péče	19
1.11 Náplň práce sestry v domácí péči.....	20
1.12 Psychická a fyzická zátěž práce sester	22
1.13 Mimořádná opatření	24
1.14 Práce sester v pandemii covid – 19	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky	33
4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami	33

5	Diskuze	47
6	Závěr	53
7	Seznam použité literatury	54
8	Seznam příloh	67
8.1	Otázky polostrukturovaného rozhovoru se sestrami	67
9	Seznam zkratk	68

Úvod

V naší bakalářské práci jsme se zaměřili na ovlivnění práce sester v agenturách domácí péče v době pandemie onemocnění covid-19. Pandemie zasáhla obyvatele každé země nejen fyzicky, ale také psychicky. Zdravotničtí pracovníci bojovali v první linii nejen v nemocnicích, ale i v odborných ambulancích, domovech pro seniory a v domácí péči.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu opomíjení sester, které pracují v agenturách domácí péče. Podle mého názoru by se mělo více mluvit o důležitosti domácí péče, zejména o jejich výhodách pro klienty. Spojením agentury domácí péče a pandemie onemocnění covid – 19 jsme chtěli poukázat na problémy, se kterými se sestry během péče o klienta, ale i mimo něj setkaly. Sestry dojíždí za klienty mnohdy i desítky kilometrů, aby jim poskytly kvalitní ošetrovatelskou péči, například odběry biologického materiálu, ošetření ran, i rehabilitace. V průběhu pandemie covidu – 19 sestry musely dodržovat bariérová opatření, aby nenakazily své klienty. Dodržování těchto protiepidemických opatření mají přispět k potlačení či dokonce zastavení šíření koronavirové infekce.

Sestry pracující v agenturách domácí péče pečují o klienty v jejich přirozeném domácím prostředí a jsou nedílnou součástí zdravotní péče. Systém jejich práce je velmi ovlivněn pandemií způsobenou novým koronavirem SARS-CoV-2. Sestry musely dodržovat mnoho mimořádných opatření a pravidel, aby se toto infekční onemocnění dále nešířilo, ale zároveň aby byla zajištěna stávající péče o jejich klienty. Je důležité si uvědomit, že sestry agentur domácí péče pracují v první linii v boji s pandemií.

Naše bakalářská práce je zaměřena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se budeme zabývat pandemií obecně, onemocněním covid-19 a vývojem této rozsáhlé pandemie. V prvních kapitolách teoretické části zmapujeme domácí péči u nás. V poslední části teorie budeme popisovat odbornou práci sester před pandemií, psychickou a fyzickou náročnost tohoto povolání. V praktické části se budeme snažit zodpovědět otázku vlivu pandemie onemocnění covid-19 na práci sester v agenturách domácí péče. S jakými krizovými situacemi se sestry setkaly a jak byla ošetrovatelská péče zajišťována.

1 Současný stav

1.1 *Obecná epidemiologie*

Horanová (2017) uvádí, že epidemiologie je vědní nauka či obor, který se zabývá přenosem infekčních onemocnění. Cílem této vědy je zpomalit či dokonce zastavit šíření přenosných chorob. Již v historii se lidstvo potýkalo s epidemiemi, například s pravými neštovicemi nebo morem. V letech 460 – 355 př. n. l. Hippokrates napsal knihu *Epidemion*, ve které jako první popsal příčiny a souvislosti s infekčními onemocněními.

Epidemiologii můžeme rozdělit podle výskytu nákazy na sporadický, epidemický, pandemický a endemický. Sporadický výskyt je pouze ojedinělý, v různých časových intervalech. Epidemický výskyt se velmi často objevuje v souvislosti se sezonními onemocněními, která jsou vázána především na určitou dobu a jejich výskyt je větší, než by se dalo očekávat. Pandemický výskyt je založen na stejné podstatě jako epidemický s rozdílem zasažení více států či kontinentů. Poslední a zároveň nejrozsáhlejší výskyt infekčního onemocnění je endemický. Můžeme ho definovat jako dlouhodobý výskyt nákazy v určitém místě. Někdy se může jednat až o výskyt trvalý (Hamplová et al., 2015).

Lidská populace se za svou existenci setkala s mnoha epidemiemi. Jedna z nejvýznamnějších a zároveň nejkrutějších epidemií byl mor. O svůj život přišlo přes 25 milionů lidí. Ve dvacátém století se lidstvo potýkalo s dalšími infekčními nákazami. Byly jimi například chřipka A a AIDS neboli syndrom získané imunitní nedostatečnosti (Chrdle et al., 2021). Lokální epidemie se objevují i v dnešní době. Náhlý výskyt spalniček, cholery nebo malárie s postupným nárůstem nakažených nám dokazuje, že tyto choroby nevymizely a lidstvo jim bude čelit i nadále. Na světě byla eradikována pouze jedna choroba, pravé neboli černé neštovice. Dosáhlo se toho pomocí úspěšné vakcinace, která ve světě vyvolala nadšení v budoucí vymýcení dalších infekčních onemocnění (Bencko et al., 2021).

1.2 *Onemocnění covid-19, jeho etiologie a statistiky počtu nakažených a zemřelých*

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) je novým typem vysoce přenosného koronaviru. Představuje původce akutního respiračního onemocnění, které nazýváme covid-19. (Hu et al., 2021). Virus tohoto onemocnění se poprvé objevil

v prosinci roku 2019, dnes již ve známém čínském městě Wu-Chan, a následně se rozšířil do celého světa napříč kontinenty. První nakažení byli úzce spjati s významným tržištěm, kde byla prodávána masa syrová i zpracovaná z různých druhů zvířat. Covid-19 se nebezpečně rozšiřoval do celého světa, a byl organizací World Health Organization (WHO) v březnu roku 2020 prohlášen za pandemii (Trojánek et al., 2020).

V současné době identifikujeme 7 koronavirů. Původcem onemocnění je virus, který byl původně pojmenován jako β -koronavirus. Později byl přejmenován na dnes již známý SARS-CoV-2. Zvláštností je podobnost s koronaviry od netopýrů (Trojánek et al., 2020). Koronavirus covidu-19 má strukturu jednovláknové ribonukleové kyseliny (RNA). Důležité je znát životní cyklus pro vytvoření léků proti těmto virům. Struktura viru, způsobující onemocnění covid-19 se skládá ze 4 hlavních proteinů. Hrotový neboli S protein určuje viru vzhled. Špička tohoto proteinu zdánlivě připomíná korunku. V překladu do latiny se korunka nazývá corona a odtud byl také název onemocnění převzat. Protein M zajišťuje patogenezi. Velmi málo informací známe o E proteinu, který přispívá k replikaci a infekčnosti viru. V neposlední řadě je součástí struktury viru protein N, který reguluje replikaci a syntézu RNA viru (Gavalierová et al., 2021).

Důležitou roli hraje slizniční epitel, na který virus nasedá a následně zde dochází k diseminaci, multiplikaci a zánětu orgánu, který je virem postižen. Napadá především plíce, ale i ledviny, cévy nebo mozek. Výjimečně může tento stav vyústit až k multiorgánovému selhání (Orlíková et al., 2021).

Mezi zdroj nákazy patří člověk, který je infikován virem SARS-CoV-2. Tento člověk může trpět příznaky, avšak není to vždy pravidlem. Velmi důležitou informací je cesta přenosu infekce. Lidé se nakazí převážně vzduchem, aerosolem a kapénkami, a to především při zpěvu, mluvení, kašli apod. Také jsou zjištěny další cesty nákazy do očí, nosu a úst. Zanesení nákazy dotekem z předmětu je velmi málo pravděpodobné. Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 2-14 dní, ve většině případů je to okolo 4-6 dní (Chrdle et al., 2021). Dlouhý et al. (2020) zmiňuje přenos nákazy krví a stolicí, avšak tento přenos není příliš významný. U pacientů izolovaných v nemocnici byla nalezena virová RNA na oknech, dveřích, umyvadle, pomůckách používaných pacientem apod. Výskyt viru na předmětech závisí především na pokojové teplotě, vlhkosti prostředí a materiálu předmětu.

S přenosem infekce úzce souvisí reprodukční číslo (attack rate). Určuje počet osob, které se nakazili po setkání s infikovanou osobou. Zvyšování čísla znamená narůstání počtu nakažených a zhoršující se epidemiologické situace (Dlouhý et al., 2020).

Číslo počtu nakažených je velice proměnlivé. Čím více je nakažených osob, tím více bohužel stoupá počet úmrtí. První tři nakažení se v České republice (ČR) objevili 1.3. 2020. Až do začátku září roku 2020 počet infikovaných nepřesáhl trojciferné číslo. Číslo počtu nakažených začalo rychle stoupat. V lednu 2021 byla koronavirová situace doposud nejhorší. Nově se v ČR nakazilo až kolem 17 000 lidí denně. Celkově se ke konci dubna 2022 v ČR infikovalo již 3 896 144 osob a 40 083 zemřelo na následky tohoto onemocnění (COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR, 2022). Počet nakažených ve světě ke konci dubna 2022 dosáhl 509 574 738 osob a celkově zemřelo 6 218 357 lidí z celkového počtu nakažených (COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU), 2022).

1.3 Klinický obraz onemocnění covid-19

Covid-19 je onemocnění mající různorodý soubor příznaků, a proto má každý nakažený jiný průběh onemocnění. Projevy covidu – 19 se pohybují od asymptomatických infekcí, přes respirační infekce až po zcela netypické příznaky. Z hlediska epidemiologie je asymptomatický průběh nejnebezpečnější. Lidé si nejsou vědomi, že jsou nakaženi, ale i přesto roznáší nákazu dál. Mluvíme tak zhruba o jedné čtvrtině infikovaných (Chrdle et al., 2021). Mezi příznaky patří podle WHO tělesná teplota vyšší než 38 °C, bolesti kloubů, svalů, hlavy, velmi suchý kašel, dušnost, rýma. Také zmiňují příznaky nemající respirační původ, například bušení srdce (Gavalierová et al., 2021). Mezi netypické příznaky je zahrnován průjem a zvracení (Balogová a Rybárová, 2021). Typickým a zároveň neobvyklým příznakem je ztráta chuti či čichu, která může nastat ihned po propuknutí infekce a odeznívá za několik týdnů či měsíců, nebo se objevuje až po prodělání nákazy (Gavalierová et al., 2021). V případě nové varianty omicron jsou uváděny bolesti hlavy, bolest v krku, kýchání, rýma, únava a noční pocení (Singhal, 2022).

Chrdle et al. (2021) uvádějí, že suchý kašel se dostavuje v 50 %, dušnost ve 28 %, bolest v krku se objevuje již jen ve 20 % a rýma je jeden z nejméně pravděpodobných příznaků, konkrétně je zde 6% pravděpodobnost, že jím bude nakažený trpět. Do celkových příznaků také zařazují horečku, malátnost, bolesti hlavy a svalů, které jsou zastoupeny

ve více než 30 %, méně pravděpodobné jsou nechutenství, nauzea či průjem. I přes fakt, že covid-19 je respirační onemocnění, příznaky tomu mnohdy neodpovídají, a proto je velmi důležitá včasná diagnostika. Covid-19 je onemocnění 21. století, a i přes moderní vybavení a pokročilost zdravotnické péče je velmi těžké určit, jaké následky zanechá na zdraví člověka do budoucna. Čím více je nakažených, tím také přibývá pravděpodobnost poškození dalších orgánů, mezi něž můžeme řadit poškození ledvin, projevy encefalitidy, postižení srdce. Velmi se mluví o poškození cév, konkrétně o riziku vzniku trombóz v tepenném a žilním řečišti.

Bílková a Hirmerová (2020) upozorňují na podobnost klinických příznaků s chřipkou, která je běžným onemocněním, a tedy na riziko nesprávného diagnostikování. Projevuje se horečkami, přítomností kašle a svalovými bolestmi. Zdůrazňují přítomnost atypických a pestrých příznaků z oblasti gastrointestinálního ústrojí, ztrátu chuti a čichu.

1.4 Průběh a komplikace onemocnění covid-19

Beneš a Nováková (2021) uvádí, že průběh onemocnění je u každého jiný. Mezi 4 vlastnosti patří genetika, kondice organismu, množství infekční dávky a stav imunity, kterou organismus momentálně disponuje.

U většiny nakažených probíhá nákaza mírně a bez komplikací. Lidé zůstávají doma v izolaci a léčí se běžně dostupnými léky. Snaží se zejména snížit horečku, která je velmi vyčerpávající. Zhruba jen 6 % infikovaných je hospitalizováno v nemocničních zařízeních. Tito lidé potřebují oxygenoterapii z důvodu prokysličení (Chrdle et al., 2021). Grebenyuk a Trojáněk (2020) zmiňují, že množství infikovaných se závažným průběhem se pohybuje okolo 14 % a s kritickým průběhem je to 5 %.

Těžké průběhy infekce se spojují zejména s trombocytopenií. V průběhu prodělávání nákazy dochází k zánětlivé reakci a k následnému nastartování koagulace. Také se mohou objevit tromboembolické komplikace, vyskytující se až ve 49 %. Tromboembolická nemoc (TEN) je diagnostikována až u třetiny osob s těžkým průběhem infekce. Přináší riziko plicní embolie, která se vyskytuje až v 87 %. Cévní mozková příhoda (CMP) postihla 6,6 % a ve 4 % se u nakažených objevovala hluboká žilní trombóza (Bílková a Hirmerová, 2020).

Osoby, které prodělaly covid-19, mohou trpět přetrvávajícími příznaky. Mezi ně patří zejména únava, porucha koncentrace nebo paměti, bolesti kloubů a bolesti hlavy.

Zdravotně závažnější dlouhodobé komplikace ovlivňují různé orgány. Může dojít k vyrážce a vypadávání vlasů, poškození ledvin nebo k duševním problémům, jako jsou úzkosti či deprese (Grünerová et al., 2021).

Virus covidu-19 ovšem může způsobovat již zmíněnou život ohrožující mikrocirkulaci, konkrétně v srdeční svalovině a plicích. Dochází ke vzniku mikrotrombů a následně k embolii plicnice. Tento stav může nastat v průběhu nemoci nebo v následné rekonvalescenci. U jedinců, kteří jsou imunitně oslabeni, může nemoc vyústit v bilaterální pneumonii a následně v tzv. Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), neboli akutní respirační selhání. Toto stádium velmi často končí úmrtím (Hainer et al., 2021).

U vysokých rizik komplikací je nutné zahájení včasné rehabilitace. Zásadní je mobilizace již na jednotkách intenzivní péče a fyzioterapie respirační, která je založena zejména na léčbě vyvolávající kašel, nácvik vykašlávání sputa. Také se využívá komprese hrudníku nebo výdechové vibrace hrudníku. Grünerová et al. (2021) dále zmiňují prevenci, která dokáže zabránit vzniku dekubitů, TEN nebo prevence vzniku kontraktur a atrofií svalů.

1.5 Diagnostika onemocnění covid-19

Covid-19 může být diagnostikován mnoha způsoby. Základní a nejpřesnější metodou je PCR test (polymerázová řetězová reakce). Po provedení test ukáže, zda je otestovaná osoba pozitivní na přítomnost viru SARS-CoV-2. V případě negativity však přítomnost viru nevylučuje. V tomto případě je doporučováno PCR test opakovat za 2-5 dní (Dlouhý et al., 2020). Pro přesnost výsledku je důležitá správnost odběru vzorku. Vzorek se standardně odebírá z nosohltanu, ale také ze sekretu z dolních dýchacích cest. Provedené studie ukazují, že pozitivita byla nejvíce prokázána u vzorků z tekutin na úrovni bronchů a alveolů, sputa a při výtěrech z nosu. Přítomnost viru také zjistíme z výtěru z hrdla nebo v krvi, ale záchyt je zanedbatelný (Trojánek et al., 2020).

Nejčastější a doposud nejrozšířenější laboratorní metodou je průkaz antigenními testy. Jsou méně přesné a levnější než PCR testy (Chrdle et al., 2021). Mezi výhody také patří rychlost provedení testu. Výsledek víme již po 15-30 minutách. (Balogová a Rybárová, 2021). Není potřeba vzorek transportovat do laboratoře. Výsledek testu může být negativní nebo pozitivní. V případě pozitivního výsledku a přítomnosti příznaků

onemocnění se pacient testuje citlivější metodou PCR, která je pro diagnostiku rozhodující. Pokud bude pozitivní výsledek u bezpříznakové osoby, je metoda PCR také nutná. Negativní test neznamena nepřítomnost infekce, a proto v případě přítomnosti příznaků se také dále provádí PCR test (Chrdle et al., 2021).

Beneš a Nováková (2021) porovnávají PCR testy a testy antigenní. PCR testy mají vyšší citlivost. Test se musí transportovat do laboratoře. Výsledek se získává do pár hodin. Nevýhodou této metody je cena pohybující se v tisících Kč. Na rozdíl od PCR testů jsou testy antigenní rychlejší a jejich cena se vyjadřuje ve stovkách Kč. Jejich citlivost ovšem není vysoká.

Dalším způsobem diagnostiky je detekce protilátek. Protilátka je produktem imunitního systému a reaguje na antigen. Také se označují imunoglobuliny a rozlišujeme 5 skupin: IgM, IgG, IgE, IgD a IgA. Důležitým ukazatelem je hladina protilátek IgM, která poukazuje na momentální infekci a IgG, jež se nejčastěji vyskytuje v séru (Yüce et al., 2021).

Lékaři mohou využít vyšetření na přítomnost nukleokapsidového antigenu v krvi. Tato metoda umožňuje sledovat vývoj infekce. Zásadní je vyšetření provádět opakovaně (2x-3x týdně) dle stavu pacienta. Můžeme tak předpovědět průběh onemocnění (Průkaz nukleokapsidového antigenu SARS-CoV-2 v lidském séru, 2021).

Dlouhý et al. (2020) zmiňují důležitost zobrazovacích metod. Základní a zároveň nejvyužívanější metodou je rentgen plic. Skiagram může být normální při mírném průběhu onemocnění. Při těžkých průbězích se můžeme setkat s plicními infiltráty jednostranně nebo oboustranně. Rentgen plic je důležitý pro diagnostiku komplikací. Beneš a Nováková (2021) doplňují, že je zásadní diagnostickou metodou pro průkaz oboustranné vmezežené pneumonie. Typická jsou tmavá zastínění směrem k periférii. Dlouhý et al. (2020) dále uvádějí ultrasonografii plic, echokardiografii a počítačovou tomografii. Tyto metody se využívají při komplikacích.

1.6 Terapie onemocnění covid-19

Symptomatická terapie je zaměřena na léčbu symptomů, které se u infikované osoby objevují (Štefan et al., 2021a). Léčba příznaků je základní terapií. Může probíhat ambulantně nebo během hospitalizace na standardních, anebo intenzivních lůžkových odděleních (Trojánec et al., 2020). Při horečce, tedy teplotě nad 38 °C se doporučuje

podávání antipyretik, zejména ibuprofenu či paracetamolu. Významnou roli hraje také dobrá informovanost veřejnosti o dávkování těchto léků. Dále se doporučuje užívat antitusika při suchém a dráždivém kašli, například kodein nebo butamirát, která se mohou kombinovat s mukolytiky, jež podporují vykašlávání (Štefan et al., 2021a).

Důležité je využití nefarmakologické terapie. Dostatečný příjem tekutin, zejména při horečce, je základní součástí léčby. Pacienti často z důvodu ztráty chuti odmítají stravu, proto se mohou podávat přípravky obsahující výživu, kterou pacient pro boj s nemocí potřebuje (Arias Anaya et al., 2021a). Správná výživa napomáhá celkové regeneraci organismu a může předcházet možným komplikacím (Trnková et al., 2021). V případě dušnosti by měl být vzduch v místnosti lehce zvlhčený. Neméně důležitý je pohybový režim. Pacienti připoutaní na lůžko by se měli v pravidelných intervalech polohovat, jako prevence dekubitů. Arias Anaya et al. (2021a) doporučují v případě domácí léčby procházky po bytě. Pro člověka je zásadní také kontakt s rodinou. Telefonický kontakt několikrát denně má účinek zejména na psychickou stránku nemocného a následně rychlejší uzdravení.

Oxygenoterapie se poskytuje pouze při těžkých průbězích onemocnění u hospitalizovaných pacientů. Podává se zvlhčený 93% kyslík a cílem je zajištění oxygenace v rozmezí 93-97 %. Může být indikován pomocí brýlí nebo polomasky s rezervoárem. Pacienti trpící chronickým plicním onemocněním jsou udržováni mezi 88 - 92 % (Dlouhý et al., 2021a). Lékaři mohou využít více metod, jak podávat kyslík, při těžkých průbězích volí ventilační podporu pacienta. Mezi možnosti patří vysokoprůtokové podávání kyslíku, ventilace neinvazivní a umělá plicní ventilace. Tito pacienti musejí být monitorováni nepřetržitě (Škulec a Kalina, 2020). Aldhoon (2021) uvádí pronační polohu (poloha na břicho), která zlepšuje oxygenaci u infikovaných pacientů v těžkém stavu. Tato poloha se osvědčila u intubovaných pacientů. V případě, kdy pronační poloha nevyhovuje a pacient ji netoleruje, volí se poloha na boku (Aldhoon, 2021). V poloze na břichu je větší pravděpodobnost extubace, proto sestry musí dbát na zvýšenou pozornost (Balogová a Rybárová, 2021).

Do velmi specifické léčby patří lék Remdesivir neboli Veklury, který se ve formě prášku ředí do infuzí. Tento lék se podává pouze hospitalizovaným pacientům jen v případech určených lékařem. Nutností je včasné podání do 7 dnů od počátku příznaků. Dalším lékem podávaným také během hospitalizace pacienta je Dexamethason. Začátek podávání

se obvykle stanovuje na 6.-7. den od vzniku příznaků. Imunosupresivum, které lékař může dále indikovat se nazývá Baricitinib, jehož cílem je potlačit zánět alveolů (Dlouhý et al., 2021a). Bohoněk et al. (2020) zmiňují léčbu pomocí rekonvalescentní plazmy, která se na základě studií zdá jako úspěšná. Plazma se odebírá od lidí, kteří prodělali onemocnění covid-19 a splňují konkrétní kritéria pro její darování.

1.7 Očkování proti onemocnění covid-19

Očkování proti covidu-19 je zásadní strategií, která by měla přispět ke zpomalení pandemie. Chrání před těžkým průběhem infekce, hospitalizací a úmrtím. V případě nakažení snižuje pravděpodobnost přenesení nákazy na ostatní osoby (Štefan et al., 2021b). Výroba vakcíny je zásadní strategií zmírňující pandemii. Pomáhá zejména ve snížení přenosu onemocnění. Udržuje funkčnost systému zdravotnictví a veřejných služeb. Zásadní je naplánování, aby vakcína byla v co nejkratším čase využita (Pandemický plán rezortu zdravotnictví, 2012).

V ČR jsou dostupné 4 druhy vakcín. Dvě vakcíny vektorové a dvě mRNA vakcíny (Štefan et al., 2021b). Vakcíny Janssen a University of Oxford/Astra Zeneca jsou založené na adenovirových vektorech. Očkovací látka neobsahuje geny, které jsou potřebné pro reprodukci viru, proto se u očkované osoby nereplikují. Mezi mRNA vakcíny patří BioNTech/Pfizer a Moderna/NIAID. Jsou vytvořené na totožném podkladu, jako DNA vakcíny. Ve světě se můžeme setkat s dalšími vakcínami, které se však v ČR nevyužívají, například Sinovac, Novavax nebo Sputnik V (Tregoning et al., 2020). Smetanová et al. (2020) upozorňuje na fakt, že součástí očkovací látky proti covidu-19 nejsou živé patogeny, nýbrž patogeny usmrcené, tzv. inaktivované. Mikroorganismy se tedy nemohou množit. Následkem je nutnost očkování v několika dávkách, podobně jako u očkování proti hepatitidě A.

Vysoký věk je jedním z rizikových faktorů, a proto je velmi důležité očkování osob nad 60 let. Další lidé s předností očkování jsou osoby s chronickým onemocněním, poruchou imunity nebo polymorbidní (Štefan et al., 2021b). Očkování je doporučováno osobám nad 12 let, které jsou očkovány především u svých praktických lékařů pro děti a dorost (Informace k očkování proti Covid-19 a distribuci očkovací látky do ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a pediatriů, 2021). U nezletilých osob, jimž má být podána vakcína proti covidu-19, musí souhlasit jejich zákonný zástupce (Informace k očkování proti Covid-19 nezletilých zájemců o očkování – udělování informovaných

souhlasů a přítomnost zákonného zástupce na očkovacím místě, 2021). Pokud člověk trpí krvácivými chorobami nebo užívá léky na ředění krve, není to překážkou. Každá vakcína má jisté kontraindikace. V případě očkování proti covidu-19 je absolutní kontraindikací zvýšená citlivost na jednu z látek obsažených ve vakcíně. Očkovaná osoba by neměla prodělat akutní infekci a příznaky s ní spojené (Štefan et al., 2021b).

1.8 Následná péče po onemocnění covid-19 a post-covid syndrom

Covid-19 je nové onemocnění, na jehož výzkumu se stále pracuje, a proto je zásadní sledovat pacienta a být připraven na řešení poléčebných komplikací (Husa et al., 2021). Asymptomatický průběh onemocnění nevyžaduje následné sledování zdravotního stavu. V případě mírného až středně těžkého průběhu je pacient zejména v péči praktického lékaře. Pacienti s těžkým průběhem jsou kontrolováni ambulantními specialisty, například pneumology, infektology nebo kardiology (Dlouhý et al., 2021b). Po propuštění z nemocnice do domácího ošetřování je zde možnost podávání kortikoidů, zpravidla u Prednisonu. Antikoagulační léčba se doporučuje pouze u vysokého rizika tromboembolismu. Po prodělání infekce je organismus oslaben, proto je pro adekvátní přísun energie zásadní kvalitní výživa, ať už ve formě klasické stravy nebo ve formě sippingu (Husa et al., 2021). Grünerová et al. (2021) uvádějí možnosti následné rehabilitace ambulantní i lůžkové, ale také rehabilitace v domácím prostředí pacienta nebo v lázních. Dále doporučují polohování dle zdravotního stavu pacienta. U lehkých až středních průběhů infekce polohování na boku a zvednutí části od pasu nahoru o 30 - 45°. Při těžkých stavech je doporučována již zmíněná poloha pronační po dobu 12 hodin za den. Dlouhý et al. (2021b) zmiňují možnost domácí zdravotní péče a sociální péče. Může ji doporučit praktický lékař dle zdravotního stavu a životní situace pacienta.

Radvan et al. (2021) zmiňují post-covid syndrom. Praktický lékař by měl být od pacienta informován o průběhu infekce a potížích, které u něj přetrvávají, z důvodu možné přítomnosti post-covid syndromu. Mezi nejčastější příznaky patří kašel, palpitace, únava dlouhodobého rázu, celková slabost. Dále se může projevovat dlouhodobou ztrátou čichu a chuti, dušností nebo bolestmi na hrudi (Kopecký et al., 2021). Následně se vyloučí diferenciální diagnózy, například srdečního selhání, ledvinného selhání. Nutností je základní laboratorní vyšetření, zahrnující C-reaktivní protein (CRP), iontogram, krevní obraz apod. V případě vysokého CRP by měl následovat odběr na kultivaci. Nezbytné je

sledování symptomů, které mohou značit tromboembolii. V případě bolesti na hrudi se doporučuje vyšetření troponinů (Radvan et al., 2021).

1.9 Charakteristika domácí péče

Domácí zdravotní péče je jednou z forem komunitní ošetrovatelské péče. Jejím zprostředkovatelem jsou agentury domácí péče (ADP) (Plevová et al., 2011). Ministerstvo zdravotnictví (MZ ČR) v roce 1991 schválilo domácí péči jako jednu z forem poskytování zdravotní péče. Téhož roku byla založena historicky první ADP. Následně se počet ADP zvyšoval (Jarošová, 2007). Zřizovatelem může být soukromá osoba, město nebo charita. Důležité je zapojení rodiny do ošetrování. Tento typ péče je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a rozsah stanovuje praktický lékař (Šedová, 2020). Rozsah péče nepředepisuje jen praktický lékař, ale také lékař specialista, zejména u klientů v terminálním stádiu, nebo poskytovatel zdravotních služeb. Zde je však rozsah péče omezen na dobu 14 dnů po hospitalizaci. V případě doporučení od praktického lékaře lze zajistit specialistu, například chirurga či urologa do vlastního prostředí klienta. Tento způsob je výhodný zejména u klientů v terminálních stádiích (Rádce pacienta, 2019). Začátkem roku 2022 vešel v platnost zákon č. 371/2021 Sb., který pojednává o rozšíření odborníků, kteří budou moci domácí péči předepisovat. Jedná se například o lékaře na urgentních příjmech nebo ambulantní specialisty (Zákon č. 371/2021 Sb., 2021). Holmerová et al. (2015) doplňují, že mnoho lékařů neví, že mají kompetence k předepisování domácí péče, a proto toho nevyužívají. Zdravotní péče po bezprostředním propuštění z nemocnice tak není mnohdy vůbec zajištěna. Z tohoto důvodu domácí péče dostatečně nesplňuje svou funkci snižování počtu hospitalizací v nemocnicích.

Principem je péče o klienty mimo zdravotnická a jiná ústavní zařízení. O klienta se stará tzv. multidisciplinární tým, který se skládá ze sociálních pracovníků, lékařů, zdravotních sester atd. Tento druh poskytování zdravotní péče patří do zdravotně sociálního systému od roku 1990 (Plevová et al., 2011). V domácí péči je pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče nutná organizace. Rozlišujeme čtyři druhy návštěv dle časového rozsahu. Návštěva trvající 15, 30, 45 nebo 60 minut. Zdravotní pojišťovna proplácí maximálně 3 návštěvy denně u jednoho klienta. Výjimkou je však péče o klienta v terminálním stádiu. V takovém případě je využíván tzv. signální výkon, který není časově omezen (Koncepte domácí péče, 2020).

Návštěva sestry by měla probíhat v určitých krocích. Příprava a zkompletování dokumentace, pomůcek a informací pro klienta je prvním krokem. Návštěva klienta sestrou (první kontakt klienta se sestrou, navození důvěry a vzájemné tolerance) je druhým krokem. Třetím a zároveň posledním krokem jsou aktivity a činnosti po odchodu od klienta (informování lékaře, kontakty) (Šuplerová a Machová, 2013). Jarošová (2007) však tvrdí, že péče o klienta by měla probíhat v pěti fázích a probíhat formou ošetrovatelského procesu. Sestra by v první fázi měla posoudit klienta a zjistit objektivní i subjektivní informace nejen o klientovi, ale i o jeho rodině. Dále by měla následovat diagnostika vyskytujících se problémů. Sestra poté spolupracuje s klientem a vytváří plán péče konkrétně pro něj. Předposlední fáze představuje realizaci předem sestaveného plánu ošetrovatelské péče. Následuje hodnocení za přítomnosti klienta, popřípadě rodiny.

Roku 1993 vznikla asociace, která nepovinně sdružuje sestry, lékaře, psychology a další poskytovatele péče. Nese název Asociace domácí péče ČR. Téhož roku bylo v ČR registrováno 353 ADP. V roce 2005 bylo evidováno již 494 ADP (Jarošová, 2007). Členy této profesní a celostátní organizace jsou konkrétní provozovatelé agentur. Výroční zpráva (2020) dále zmiňuje cíle Asociace domácí péče. Mezi cíle patří sdružování jednotlivých ADP a hájení zájmů členů. Dbát na práva klientů v jejich domácnostech. Zabezpečit podmínky k rozvoji zdravotní domácí péče. Dalším cílem je vzdělávání odborníků a laiků. Asociace domácí péče má snahu o šíření informací o této terénní péči mezi širokou veřejností. Šuplerová a Machová (2013) souhlasí s větší informovaností zdravotníků, ale také laické veřejnosti. Také zmiňují možnost edukačních materiálů ve formě letáčků, které by sloužily k poskytnutí informací samotným klientům. Černocká (2013) uvádí další cíle ADP. Patří mezi ně snižování nákladů případné hospitalizace v lůžkových zařízeních. Dále je důležité zajištění léčebného režimu.

1.10 Výhody a nevýhody domácí péče

První a zároveň největší výhodou je setrvání klienta v domácím prostředí. O klienty je postaráno v přítomnosti jejich blízkých (Černocká, 2013). Cílem by také mělo být zachování klienta v jeho přirozeném domácím prostředí a zajistit podporu od rodiny (Čevela et al., 2012). Důležitý je vliv domácího prostředí, protože klient zůstává v rodině a má možnost rozhodovat s ostatními členy rodiny a motivovat je (Bukáčková, 2011). Péče v domácím prostředí zlepšuje obranný systém klienta a uplatňuje se v roli uzdravování. Zmírňuje pravděpodobnost vzniku psychických příznaků, které jsou

součástí většiny onemocnění (Černocká, 2013). Osoba v domácí péči se cítí lépe, protože v nemocnici se může cítit jako pouhá diagnóza. Ve svém domácím prostředí se necítí být pacientem, i přesto, že je nemocen. Jednou z dalších výhod je nepřítomnost nozokomiálních nákaz, které vznikají za hospitalizace v nemocnici (Bukáčková, 2011). Nespornou výhodou je také snížení nákladů na péči ve srovnání s pobytovými službami, např. domov pro seniory (Čevela, 2014). Náklady na péči se sníží až o polovinu. Domácí péče také poskytuje aktivity spojené s primární, sekundární a terciární prevencí, což patří k zásadním výhodám. Nevyužívá jen činnosti léčebné, ale také ošetrovatelské. Pravidelně jsou monitorovány jeho fyziologické potřeby, podle kterých se poté řídí proces ošetrovatelské péče (Jarošová, 2007). Klientovi, kterého navštěvují sestry, se dostává soukromí, pohodlí a klid bez rušivých elementů. Mají neustálou podporu od svého okolí (Šuplerová a Machová, 2013).

Jedna z nevýhod je případné přecenění schopností blízkých klienta. Většina péče o klienta závisí na příbuzných i přesto, že sestry mohou poskytnout důležité informace. Často dochází k nepochopení ze strany rodiny, poněvadž mají mylné informace, že u jejich blízkého sestra zůstane celý den a o nemocného se postará. Nepochopení může nastat i mezi lékaři a zdravotními sestrami (Bukáčková, 2011). Problematická může být neochota lékařů tento typ péče předepisovat. Služby nejsou dostupné ve všech městech, proto je důležité zjištění informací o nejbližších ADP (Holmerová et al., 2014). Holmerová et al. (2015) dále upozorňují na problematickou dostupnost domácí péče pro seniory, tedy skupinu, která tento typ péče potřebuje nejvíce.

1.11 Náplň práce sestry v domácí péči

Sestra v domácí péči poskytuje různé formy péče. Ošetrovatelskou, léčebně rehabilitační a paliativní péči. Průběžně se zjišťují potřeby každého klienta. Následně se vytváří individuální plán péče, aby docházelo ke zlepšování zdravotního stavu nebo k jeho stabilizaci. Důležitá je snaha o zapojení klienta do léčebného procesu a koordinace péče s blízkými příbuznými (Koncepte domácí péče, 2020). Marková et al. (2015) uvádějí zásady paliativní péče, zejména snižování bolesti, uspokojování potřeb a přání na základě individuality klienta, zachovávání důstojnosti, podpora rodiny klienta a poskytování kvalitní péče po fyzické i psychické stránce.

Sestry domácí péče provádějí odborné výkony dle potřeb klienta. Měření krevního tlaku, aplikace injekcí, podávání infuzí a léků, provádění bandáží. K dalším činnostem patří

ošetřování chronických i akutních ran, odběry biologického materiálu nebo poskytnutí prvků rehabilitace (Šedová, 2020). Mezi základní výkony, které sestry terénní péče mohou dále vykonávat patří péče o stomie. V případě, že má klient žilní vstup, zajišťují péči o něj (Rádce pacienta, 2019). Důležitou součástí náplně práce sestry v domácí péči je péče o diabetiky, o klienty po CMP nebo o klienty s částečným či úplným ochrnutím. Zavádí permanentní močové katetry, podávají infuzní terapii. Veškeré provedené úkony se musí evidovat v dokumentaci klienta a následně se vykazují zdravotní pojišťovně (Jarošová, 2007). Sledují příjem a výdej tekutin klienta. Předchází vzniku proleženin a aplikují klyzmata (Rádce pacienta, 2019).

Náplní práce je také administrativa, diagnostické a terapeutické činnosti. Sestry se zapojují do uspokojování psychosociálních potřeb. Věnují se edukaci a výzkumům v oblasti ošetrovatelství (Koncepte ošetrovatelství, 2021). Velmi důležitými zásadami při poskytování zdravotní péče je zachování holistického přístupu, tedy vnímání klienta jako bio-psycho-sociálního celku, podpora soběstačnosti a dopomoc klientovi ke splnění jeho osobních cílů. V neposlední řadě sestra motivuje klienta, případně jeho blízké v oblasti sebestačnosti (Koncepte domácí péče, 2020). Sestra musí také vykonávat činnosti, které nejsou součástí přímé péče. Tyto aktivity jsou spojené zejména se zkvalitňováním a organizací péče. Konzultuje zdravotní stav klienta s jinými odborníky, účastní se porad, které se týkají klientovy péče a obhajuje klientova práva (Jarošová, 2007). V dnešní době je upřednostňována spolupráce mezi lidmi. Obzvláště ve zdravotnictví je nutností multidisciplinarita, tedy zapojení různých oborů do léčebného procesu klienta. Dnešní moderní doba se snaží o propojení oborů i stupňů vzdělání (Vengléřová et al., 2011). Tým je základem zdravotní péče. Komunikace a spolupráce mezi členy týmu je velmi obtížná, avšak nezbytná (Vévoda et al., 2013). Systém multidisciplinarit je považován za nejvhodnější pro ošetrovatelskou péči. Poskytování kvalitní péče si žádá spolupráci odborníků, kteří působí na klienta v různé míře. Je kladen důraz na předávání informací o klientovi mezi lidmi, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu (Koncepte ošetrovatelství, 2021). Domácí péče by měla spolupracovat nejen s klientem a jeho rodinou, ale také s dalšími členy primární péče. Mezi tyto členy patří například praktický lékař, pečovatelská služba a další sociální služby, ale také další neziskové organizace. Spolupracují ale také odborníci oborů urologie, vnitřní lékařství, stomatologie a další (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Práce v terénu vyžaduje specifické vlastnosti sestry. Musí splňovat zásadní požadavek dostatečného vzdělání. Měly by být psychicky odolné a umět rozpoznat problémy druhých. Komunikace zdravotní sestry s klienty je klíčovou vlastností (Bukáčková, 2011). Nedostatečná komunikace mezi sestrami a klienty zvyšuje pravděpodobnost znovupřijetí do nemocnice (Pesko et al., 2018). Vytvoření důvěrných vztahů a komunikace s klientem a rodinou přispívá k překonávání a řešení problémů (Xu et al., 2020). Často se zapomíná na dostatečné řidičské schopnosti, protože se za klienty dojíždí při každém počasí, ve všední dny, ale i o víkendech a ve svátky (Bukáčková, 2011).

Mezi klienty domácí péče patří zejména osoby, u kterých je nutností zajištění krátkodobé, dlouhodobé, ale také paliativní péče. Mohou trpět akutním, ale také chronickým onemocněním, ať už v období rekonvalescence nebo v terminálním stádiu, tedy umírající. Služby domácí péče nejsou omezené věkově. Jsou určeny dětem, lidem ve středním věku, i seniorům (Koncepte domácí péče, 2020). Šedová (2020) uvádí příklad krátkodobého zajištění péče, po operacích nebo úrazech. Sestry mohou také poskytovat paliativní péči. Zlepšuje kvalitu života a může život prodloužit i o několik měsíců. Kvalitní paliativní péče v terénu respektuje klientovy přání a tužby. Další důležité zásady v poskytování této velmi náročné péče je otevřená komunikace, poskytování podpory psychické, sociální i duchovní (Marková et al., 2015). Vzhledem k různorodosti diagnóz klientů je domácí péče poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce (Koncepte domácí péče, 2020). ÚZIS ČR (2020) uvádí, že v roce 2007 bylo v domácí péči ošetřováno téměř 140 000 osob. V roce 2019 to bylo již ke 150 000 lidí. Nejčastěji sestry dochází ke klientům 65 let a k ženám. Nejméně navštěvují osoby do 19 let.

1.12 Psychická a fyzická zátěž práce sester

Práce sestry je typická kombinací fyzické a psychické zátěže. Vyžaduje zvýšenou pozornost, aby nedošlo k poškození klientova zdraví. Každá sestra reaguje na zátěž jiným způsobem. Reakce závisí především na aktuálním fyzickém a psychickém stavu a na zkušenostech s konkrétní situací (Stuchlíková a Padyšáková, 2018). Zejména složitá dnešní doba v pandemii přináší sestrám zejména stres a deprese (Ivanková a Belovičová, 2021). Výzkum zaměřený na ovlivnění duševního zdraví sester onemocněním covid-19 ukazuje zvýšený výskyt stresu, deprese, ale také úzkosti, zejména z důvodu strachu, že nakazí sami sebe nebo někoho dalšího (Sampaio et al., 2021). Arnetz et al. (2020)

uvedli vyšší pravděpodobnost deprese a úzkosti sester na základě nedostatku ochranných pomůcek. Sestry vnímají také vysokou pracovní zátěž a dlouhé směny. Mohou pociťovat strach z nakažení virem (Ivanková a Belovičová, 2021). Sestra pracující v domácí péči musí zvládat mnoho situací. Působí na ni zejména domácí prostředí klienta. Měla by se umět sama rozhodnout a pracovat samostatně bez pomoci. Udržování neustálé pozornosti je klíčové v řešení konfliktních situací. S jistotou tedy můžeme říct, že práce v terénu disponuje vysokými nároky na psychiku (Koncepce domácí péče, 2020).

Honzák (2015) zmiňuje problémy psychosociální. Sestra by měla umět uchopit svou roli, zvládnout ji a nezničit své zdraví nebo psychiku. Sestry očekávající úspěch, jenž nepřichází, mohou pociťovat příznaky psychosomatických poruch. Jednou z komplikací je snadný přístup zdravotníků k farmakům, tedy tenká hranice od užívání dostupných anxiolytik, které však psychický stav mnohdy nezlepší. Mellanová (2017) zmiňuje, že se u sester mohou vyskytovat profesionální deformace, nejčastěji syndrom vyhoření a srororigenie. Příčinou mohou být nezvládnutelné požadavky a dlouhodobé stresující situace. Projevuje je zejména lhostejnost ke zdravotnímu stavu klienta. Sestra není ochotna pomoci v naplnění jeho potřeb.

Neméně častým je syndrom vyhoření, který se objevuje nejčastěji u lidí pomáhajících profesí, tedy i u profese sestry. Je definován jako psychické a fyzické vyčerpání, kdy dochází k narušení rovnováhy emocí. Sestra postižená syndromem je cynická, nenachází smysl ve své práci a vyhýbá se pracovním povinnostem (Zacharová, 2017). Syndrom vyhoření je častý u lidí, kteří se dostatečně neseznámili se svou profesí. Dochází tedy k nerovnováze mezi realitou a očekáváním (Mellanová, 2017). Každá sestra by měla být informována o prevenci syndromu vyhoření, např. věnovat se svým aktivitám, pravidelně vykonávat fyzickou aktivitu apod. Sestry by se navzájem měly hodnotit a udržovat dobré vztahy (Kelnarová a Matějková, 2014).

Jedna z dalších profesionálních deformací vycházející mimo jiné z fyzické a psychické únavy je srororigenie. Sestra poškodí klienta, ať už vědomě či nevědomě. Poškození může být méně závažné, ale také život ohrožující. Nejčastějším poškozením klienta, je sestrou nevědomé podání nesprávného léku. Zásadní je uvědomění sestry a následné oznámení lékaři nebo vedoucí sestře. Případné zatajení, by mohlo dopadnout fatálně. Jsou známy případy, kdy sestra poškodila klienta zcela vědomě. Tento stav si žádá okamžitý odchod ze zdravotnictví (Mellanová, 2017).

Obtížná fyzická práce je zapříčiněna především manipulací s klienty. Důsledkem mohou být zdravotní problémy v oblasti pohybového aparátu. Stuchlíková a Padyšáková (2018) zmiňují studie, ze kterých jasně vyplývá dlouhodobé překročení zátěže žen po fyzické stránce. Vévoda et al. (2013) doplňují, že u sester také dochází k zatížení konkrétních částí těla, zejména lokomočního systému.

Snížení fyzické zátěže sester dosáhneme zejména dostatkem zdravotnických pracovníků a mechanických pomůcek. Sestry by dále měly věnovat pozornost správným ošetrovatelským postupům v péči o imobilní klienty. Manipulace s takovými klienty je velmi specifická. Nutností je komunikace a souhra (Stuchlíková a Padyšáková, 2018). Madzirová a Janíková (2013) připomínají, že ač se sestry starají o zdraví svých klientů, mnohdy zapomínají na zdraví vlastní. Nedodržují správnou životosprávu nebo nepodstupují preventivní prohlídky. V případě onemocnění ze strany sestry se setkáváme s bagatelizujícím přístupem. Pracovní výkon závisí na psychické a fyzické pohodě sestry. Sestry však mohou pociťovat psychickou nebo fyzickou únavu. Z tohoto důvodu až polovina sester někdy uvažovala o změně zaměstnání. Komunikace s vyčerpanou sestrou je zhoršená, na rozdíl od sestry odpočaté a plné energie. Sestry by měly využít svého vzdělání a více se zajímat o oblast prevence a ochrany vlastního zdraví.

Dle Dimunové et al. (2021) pandemie onemocnění covid-19 ovlivnila ošetrovatelskou péči u nás, ale i ve světě. Sestry jsou vystavené zvýšenému riziku infekce. Práce v takto stresovém prostředí negativně působí na psychické i fyzické zdraví, což může způsobit chyby v ošetrovatelské péči o klienta.

1.13 Mimořádná opatření

Mimořádná opatření jsou vydávána na základě zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění (Mimořádné opatření č. 917, 2021). V závislosti na vývoji pandemie covid-19 ČR vydala zákon č. 94/2021 Sb., zákon o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19 a o změně některých souvisejících zákonů, v němž jsou sepsána mimořádná opatření, která mohou být vyhlášena pouze v rámci pandemické pohotovosti. Mohou se omezit nebo zakázat služby, jehož výkon by mohl přispět k šíření onemocnění (kadeřnictví, masérské služby). Omezení se týká také veřejné dopravy, obchodní činnosti a výuky ve školách. Zákon se vztahuje na pořádání veřejných, ale také soukromých akcí.

Mimořádné opatření č. 917 (2021) doplňuje, že se lidé nesmí pohybovat bez ochranných prostředků dýchacích cest ve vnitřních prostorech, jako jsou například prodejny, školy a školská zařízení, zdravotnická zařízení, letiště. I toto nařízení má však své výjimky. Dále je nutností testování zaměstnanců na onemocnění covid-19. Součástí zákona č. 94/2021 Sb. jsou pokyny poskytovatelům zdravotních nebo sociálních služeb, kteří musí vyčlenit věcné a personální kapacity. Dle mimořádného opatření č. 772 (2021) jsou sestry testovány každých 7 dní prostřednictvím antigenních testů. Výjimku tvoří sestry s platným očkováním proti onemocnění covid-19, otestované nejdéle 72 hodin PCR testem, nebo sestra, která prodělala potvrzené onemocnění covid-19. V případě nedodržení některého z aktuálních mimořádných opatření, lze osobě uložit pokutu ve výši odpovídající provedenému přestupku (Zákon č. 94/2021 Sb., 2021). Krajské hygienické stanice nebo hygienická stanice hlavního města Prahy disponuje pravomocí udělit osobě pozitivní na onemocnění covid-19 izolaci trvající minimálně 7 dnů od provedení PCR testu. Izolace se po 7 dnech ukončuje v případě nevykazování příznaků 2 dny před ukončením izolace. Poté se izolace ukončuje bez kontrolního PCR testu. Dále je oprávněna nařídit karanténu osobě, která byla ve významném kontaktu s pozitivní osobou na covid-19 (Metodický pokyn pro krajské hygienické stanice a Hygienickou stanici hlavního města Prahy k nařizování karantény a izolace v souvislosti s onemocněním Covid-19, 2022). Pro terénní pracovníky bylo vydáno mimořádné nařízení, kde je stanoveno nošení ochranných prostředků dle technických požadavků v místě bydliště klienta. Dále je povinnost ihned informovat poskytovatele služeb o výskytu příznaků onemocnění covid-19, o izolaci či nařizené karanténě u klienta, či jeho blízkých (Mimořádné opatření č. 448, 2021). Mimo opatření vydaná MZ ČR bylo na počátku pandemie covid-19 vydáno Organizační opatření VZP ČR 14/2020 – Informace pro poskytovatele domácí péče (2020), ve kterém se uvádí, že domácí péče může být poskytována i v rozsáhlejších spádovém území, případně přesahem do některého z vedlejších krajů. Tímto způsobem se péče praktikovala v rámci lockdownu začátkem roku 2020.

1.14 Práce sester v pandemii covid – 19

Příchod pandemie covid-19 přinesl jednu z největších obav, kterou je hospitalizování nově nakažených pacientů a zároveň zachování péče o neinfekční hospitalizované pacienty, například s traumatickými poraněními. Domácí péče by tak měla zajistit snížení počtu nově hospitalizovaných pacientů (Falvey et al., 2020). Jsou to zejména starší, často

polymorbidní pacienti, je tedy velmi pravděpodobné, že sestry budou zranitelné zejména po fyzické stránce. Starají se o pacienty, kteří mají onemocnění covid-19 potvrzené nebo je u pacienta pouhé podezření (Sterling et al., 2020). Rok 2020 byl jeden z nejnáročnějších pro celé zdravotnictví. Domácí péče v první vlně disponovala pouze omezeným množstvím ochranných pomůcek. Nedostatek byl zejména roušek, rukavic a dezinfekcí. Dobrovolníci šili roušky a majitelé 3D tiskáren posílali ochranné štíty (Koncepte ošetřovatelství, 2021). Turale et al. (2020) také zmiňují nedostatek zdravotnického personálu. Ti pečují o velké množství pacientů. Sestry na tento problém často reagovaly zajištěním svých ochranných pomůcek (Sterling et al., 2020). Sestry během pandemie covid-19 mají ještě zásadnější role a povinnosti. Bojují v první linii. Musí zajistit, aby pacient dostal odpovídající kvalitní péči bez ohledu na jeho potenciální infekčnost (Fawaz et al., 2020). Právě sestry musí disponovat určitými vlastnostmi, které jim umožňují pracovat v první linii pandemie (Turale et al., 2020).

Velmi často se setkáváme, že sestry zapomínají na přítomnost rizika infekce. Problematická je zejména nedostatečná dezinfekce rukou a konzumace potravin v infekčním prostředí. Při dodržování pracovních postupů a využití dostupného očkování se již zmíněné riziko infekce snižuje. Nejdůležitější je ovšem dezinfikování a sterilizace (Vévoda et al., 2013). Do prevence řadíme poskytování bariérové ošetřovatelské péče, dodržování protiepidemiologických opatření a zásad hygieny rukou. Bondaruková a Krause (2020) dále tvrdí, že by sestry měly být pravidelně edukovány v poskytování bezpečné zdravotní péče. Denně se setkávají s různými předměty a používají různé pomůcky, následně mohou nejen sebe, ale také pacienta vystavit riziku přenosu infekce.

Zásadní je již zmíněné uplatňování bariérové ošetřovatelské péče, která má zamezit šíření bakterií, nozokomiálních nákaz a multirezistentních kmenů a sloužit jako ochrana potenciálně ohrožených pacientů. Mezi principy bariérové ošetřovatelské péče patří použití ochranných osobních pomůcek, dezinfekce rukou a manipulace s jakýmkoliv pomůckami (Babečka a Gulášová, 2021). Měl by být zajištěn dostatek těchto ochranných pomůcek - respirátory, rukavice, pláště, ochranné štíty, dezinfekce na ruce a další čisticí prostředky. Sestry by měly být poučeny o nasazování a svlékání těchto pomůcek (Fawaz et al., 2020). Babečka a Gulášová (2021) souhlasí s nutností edukovat sestry o oblékání a svlékání ochranných pracovních pomůcek. Ochranné pomůcky slouží k ochraně dýchacích cest, očí, rukou a k ochraně celého těla. K ochraně dýchacích cest je nutné využít respirátory různých tříd a chirurgických roušky. Po nasazení se sestra musí

ujistit o těsnosti respirátoru. K ochraně očí se využívají ochranné těsnící brýle a obličejový štít. Problémem je časté zamlžování, proto se doporučuje využít přípravků proti zamlžení (Osobní ochranné pomůcky, 2020). Samozřejmostí je nasazování rukavic. Nošení rukavic však není dostatečnou náhradou za umývání a dezinfikování rukou (Babečka a Gulášová, 2021). K ochraně celého těla je doporučován jednorázový voděodolný plášť, přezůvky nebo návleky na obuv a chirurgická čapka (Osobní ochranné pracovní pomůcky, 2020). Oblékání ochranných pomůcek má svůj postup. Sestra musí mít vydezinfikované ruce. Poté následuje oblečení pláště s dlouhými rukávy a nasazení respirátoru nebo roušky. Velmi důležité je správně vytvarovat pomůcku chránící dýchací cesty a zkontrolovat, zda správným způsobem přiléhá k obličejí. Dalším krokem je nasazení obličejového štítu nebo brýlí. Chrdle (2020) zmiňuje také možnost použití brýlí a zároveň obličejového štítu. Posledním krokem je nasazení rukavic přes manžety pláště. Naopak svlékání ochranných pomůcek patří mezi rizikové činnosti. Vždy se musí vycházet z toho, že přední strana je vždy kontaminovaná a zadní strana nekontaminovaná. Nejprve se rukavice vydezinfikují a poté se sundají. Následně se nasadí nové čisté rukavice. Nyní přichází na řadu odstraňování pláště, které se doporučuje provádět s asistencí, jež rozvazuje zadní část pláště. Plášť se sundává způsobem naruby, kdy se kontaminovaná část zabaluje dovnitř a vyhazuje do kontaminovaného odpadu. Dalším krokem je sundávání štítu nebo ochranných brýlí. Posledním krokem je svléknutí respirátoru, způsobem zezadu dopředu. Celý proces se ukončuje mechanickou hygienou rukou. Věstník MZ ČR (2012) uvádí, že dezinfekce rukou je jedním z nejúčinnějších prostředků zamezení přenosu infekce. Do sevřené dlaně se aplikuje dezinfekční přípravek. Prvním krokem je tření dlaní. Dále se dlaň tře o hřbet druhé ruky a obráceně, vždy se zaklesnutými prsty. Hřbety prstů se tře o sebe. Důležité je tření palců v dlani a následně sevřené prsty třít v dlani pomocí krouživých pohybů a nechat uschnout (Souhrn: Směrnice SZO, hygiena rukou ve zdravotnictví, 2011). V závislosti na onemocnění covid-19 se vytvořil biocidní přípravek s názvem Anti-Covid, který je určený k dezinfekci rukou. Přípravek se používá v množství 2-3 ml, maximálně 10x denně. Vtírá se, dokud není pokožka suchá (Souhrn vlastností biocidního přípravku, 2020). Hygiena rukou se při poskytování péče používá nejčastěji (Moraučíková, 2021). Babečka a Gulášová (2021) doplňují, že mimo jiné musí sestry dodržovat zásady aseptických postupů při poskytování odborné péče, například při převazech a ošetřování močových katetrů.

Komunikace ze strany sestry je v období pandemie ještě více důležitá. Je ztížena zejména osobními ochrannými pomůckami a sníženou sociální interakcí s klientem. Je tedy nutností využití alternativních způsobů a metod komunikace (Ivanková a Belovičová, 2021). Ukázalo se, že využití telenursingu je jedno z možných řešení. I přes problémy, které pandemie způsobila, se zdá využití technologií jako nepostradatelné, protože zde neexistuje riziko nakažení (Portnoy et al., 2020). Pomocí metody telenursing, mohou sestry poskytovat klientům rady, edukovat je a zajistit tak kontinuálnost ošetrovatelské péče a přístup ke zdravotnickým službám (Kord et al., 2021). Ivanková a Belovičová (2021) doplňují, že pomocí dostatečné komunikace se snižují pocity strachu a nejistoty.

Sestry by v době pandemie onemocnění covid-19 měly vzdělávat sebe i širokou veřejnost o opatřeních, aby zamezily šíření viru (Turale et al., 2020). Je nezbytné informovat pacienty o včasném odhalení příznaků covidu-19. Poskytují psychickou podporu pacientům v době jejich karantény či izolace (Chen et al., 2020). Sestry mají v době pandemie mnoho funkcí, do kterých dále patří péče a ochrana pacientů v izolaci a se závažnými onemocněními (Ivanková a Belovičová, 2021). Sestry mají za úkol edukovat tyto rizikové pacienty o ochraně svého vlastního zdraví. Základem je však péče o pacienty s onemocněním covid-19 (Chen et al., 2020). Kratochvílová a Hellerová (2021) zmiňují komunikaci s demenčním pacientem či pacientem v konečném stádiu onemocnění. Velmi složitě se jim v případě pozitivity na onemocnění covid-19 vysvětluje dodržování izolace.

Sestry nemají jistotu, kdy doba pandemie skončí. Mohou pociťovat frustraci a nervozitu. Musí se vypořádat se smrtí klientů. Tyto situace nijak nepřispívají k lepšímu stavu psychiky. Stresující pro ně může být také povinnost dojíždět ke klientům, kteří žijí dál než v jejich klasické omezené vzdálenosti (Ivanková a Belovičová, 2021). Vzhledem k těmto problémům se ADP velmi často rozhodovaly, zda budou nadále ošetřovat pozitivního klienta, nebo péči po dobu izolace přeruší (Sterling et al., 2020). Proto je nezbytné podporovat nejen klienty, ale také zdravotnický personál (Chen et al., 2020). Mělo by se soustředit na podporu sester starajících se o klienty s onemocněním covid-19 v době pandemie. Je nutné zajistit sestřím dostatek pracovních ochranných pomůcek, podpořit jejich psychiku a v neposlední řadě také fungující komunikaci (Ivanková a Belovičová, 2021). Situace v době pandemie covid-19 je závažná a ovlivňuje zdravotnictví ve všech směrech (Kratochvílová a Hellerová, 2021) Právě pandemie lidstvu poukázala na nedostatek sester ve všech odvětvích zdravotnictví (Ivanková a Belovičová, 2021). Práce sester se v době pandemie onemocnění covid-19

zásadním způsobem změnila. Měli bychom se však zamyslet nad tím, co prožívají samotní klienti. Vidí pouze zahalené zdravotníky, které si mohou pamatovat pouze podle hlasu a očí. Zachování pozitivismu je tedy prospěšné pro obě strany (Kratochvílová a Hellerová, 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak sestry agentur domácí péče zajišťovaly ošetrovatelskou péči o své klienty v době pandemie.
2. Zjistit vliv pandemie na práci sester agentur domácí péče.
3. Zjistit, s jakými krizovými situacemi se sestry agentur domácí péče setkaly v době pandemie.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem zajišťovaly sestry agentur domácí péče ošetrovatelskou péči o své klienty v době pandemie?

Výzkumná otázka 2: Jak ovlivnila pandemie práci sester v agenturách domácí péče?

Výzkumná otázka 3: S jakými krizovými situacemi se sestry agentur domácí péče setkaly v době pandemie?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkum byl realizován kvalitativním výzkumným šetřením. Pro toto téma jsme stanovili tři cíle a tři výzkumné otázky. Byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru se vyznačuje zejména kladením předem stanovených otázek a následně přidáváním doplňujících otázek pro získání detailnějších informací (Kutnohorská, 2009). Výzkum je zaměřený na zjištění vlivu pandemie na práci sester v ADP. Zjišťovali jsme používání ochranných osobních pomůcek na počátku a v průběhu pandemie. Také jsme zkoumali jejich dostatek. Dále jsme se zaměřili na ošetřování potenciálně nakaženého klienta a klienta s diagnostikovaným onemocněním covid-19. Samotný výzkum byl prováděn v jednotlivých ADP po dohodě s jejím vedoucím a po písemném souhlasu se žádostí o provedení výzkumu.

Rozhovory probíhaly v průběhu února 2022. V rámci polostrukturovaného rozhovoru bylo vytvořeno 21 otázek (Příloha 1). Sestry odpovídaly velmi ochotně a se zájmem o danou problematiku. Odpovědi na otázky poskytovaly téměř okamžitě. Některé sestry odpovídaly na otázky jednoslovně, proto jsme otázky museli lépe vysvětlit a motivovat k větší sdílnosti. V případě potřeby docházelo k doptávání. Rozhovory byly vedeny v jednotlivých ADP. Před začátkem rozhovoru byl každé sestře vysvětlen účel rozhovoru a jakým způsobem se s informacemi bude dále nakládat. Byly ujištěny, že bude zachována jejich anonymita. Rozhovory byly se souhlasu sester zaznamenávány na diktafon. Dotazované byly předem upozorněny, že mohou rozhovor ukončit nebo neodpovědět na otázku. Jednotlivé rozhovory trvaly od 20 do 30 minut. Následně byly doslovně přepsány. V případě analýzy dat jsme využili kódování v ruce neboli metodu „tužka a papír“, otevřené kódování. Na základě kódů jsme následně vytvořili kategorie a podkategorie (Škvaříček a Šedřová, 2014).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující ve 4 vybraných ADP Jihočeského kraje. Bylo osloveno celkem 10 sester - žen. Rozhovory probíhaly osobně v rozdílných časech z důvodu různosti pracovních směn jednotlivých sester. Většina rozhovorů se uskutečnila ve společné místnosti sester v ADP. Sestry jsou z důvodu anonymity označeny písmenem

a číslem dle pořadí provedení rozhovoru: „S1 až S10“, S = sestra. Byl použit záměrný výběr sester, kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla délka praxe minimálně 3 roky.

4 Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

V této kapitole uvádíme výsledky rozhovorů se sestrami z agentur domácí péče. Výsledky jsme rozdělili do 5 kategorií a 14 podkategorií.

Seznam kategorií:

Kategorie č. 1 Identifikační údaje sester agentur domácí péče

- Pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celková doba praxe, doba praxe na pozici sestry v agentuře domácí péče

Kategorie č. 2 Přijatá opatření v průběhu pandemie

- Změna organizace práce
- Změna v počtu klientů
- Využití online konzultací

Kategorie č. 3 Ochranné pomůcky

- Ochranné pomůcky na počátku pandemie
- Ochranné pomůcky v průběhu pandemie
- Dostupnost ochranných pomůcek
- Vliv ochranných pomůcek na ošetrovatelskou péči

Kategorie č. 4 Vliv pandemie na práci sestry

- Vliv pandemie na návštěvy sestry v domácích prostředích
- Změna přístupu sestry ke klientům
- Krizové situace v průběhu pandemie

Kategorie č. 5 Ošetrovatelská péče o klienty v době pandemie

- Ošetrovatelská péče o potenciálně nakaženého klienta onemocněním covid-19
- Ošetrovatelská péče o klienta s diagnostikovaným onemocněním covid-19
- Změna kvality poskytované ošetrovatelské péče

Kategorie č. 1 Identifikační údaje sester agentur domácí péče

Tabulka 1 Identifikační údaje

Sestra	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková doba praxe	Doba praxe na pozici sestry v agentuře domácí péče
S1	Žena	44 let	Vysokoškolské, specializace	26 let	16 let
S2	Žena	39 let	Středoškolské	9 let	3 roky
S3	Žena	48 let	Středoškolské	29 let	14 let
S4	Žena	48 let	Středoškolské, specializace	30 let	6 let
S5	Žena	41 let	Středoškolské	23 let	3 roky
S6	Žena	62 let	Středoškolské, specializace	40 let	3 roky
S7	Žena	69 let	Středoškolské	50 let	6 let
S8	Žena	57 let	Středoškolské	40 let	20 let
S9	Žena	38 let	Středoškolské	17 let	3 roky
S10	Žena	46 let	Středoškolské, specializace	20 let	4 roky

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

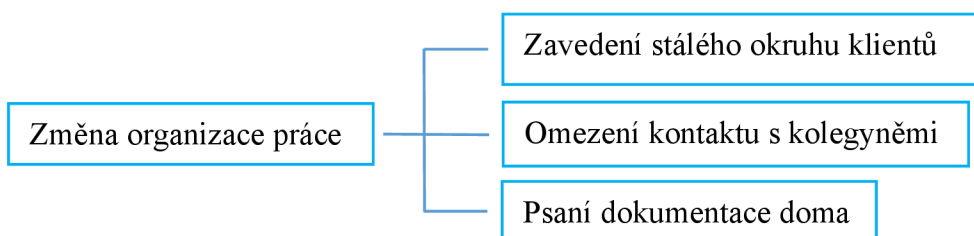
Tabulka číslo 1 je zařazena do 1. kategorie, nazvané Identifikační údaje sester agentur domácí péče. U jednotlivých sester je vždy uvedeno pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka jejich celkové praxe a délka praxe v ADP. S1 až S10 jsou ženy. Věkové rozmezí se pohybovalo v rozmezí 38 a 69 let. Průměrný věk sester je 49 let. Vysokoškolské vzdělání měla pouze sestra S1, která řekla: „*Magisterské vzdělání, obor pediatrie, a pak ještě vlastně Brno, sestra specialista v geriatrické péči.*“. Oproti S1 mají S2, S3, S5, S8 a S9 mají středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, které bylo v dřívějších letech dostačující pro výkon tohoto povolání. S7 má také středoškolské vzdělání, avšak v oboru pediatrika sestra. Čtyři sestry mají specializaci v oboru

anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP), dětská ARIP nebo v geriatrické péči. Celková doba praxe byla v rozmezí 9 a 50 let, průměr téměř 28,5 roku. Nejdelší dobu celkové praxe měla S7. Avšak nejméně celkové praxe měla S2: „*No, ve špitále jsem 6 let a u domácí péče 3 roky.*“ Doba praxe na pozici sestry v ADP byla od 3 do 20 let. Tedy průměrná délka na této pozici byla téměř 9 let. Nejkratší délku praxe v ADP měly S2, S5, S6 a S9. Sestra S5 řekla: „*No, jenže já to mám složité. Já jsem tady 10 měsíců, ale předtím jsem dělala tak rok, dva roky.*“ Sestry, které ihned po škole nastoupily na pozici sestry domácí péče uvedly, že pracovaly především na lůžkových odděleních v nemocnicích nebo v ambulancích různých oborů.

Kategorie č. 2 Přijatá opatření v průběhu pandemie

Ve druhé kategorii jsme se zaměřili na opatření, která byla přijata v průběhu pandemie. Ve vytvořených podkategoriích se zaměřujeme zejména na změnu organizace práce (Schéma 1), změnu v počtu klientů (Schéma 2) a využití online konzultací k zamezení přenosu infekce (Tabulka 2).

Schéma 1 – Podkategorie 2: Změna organizace práce



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

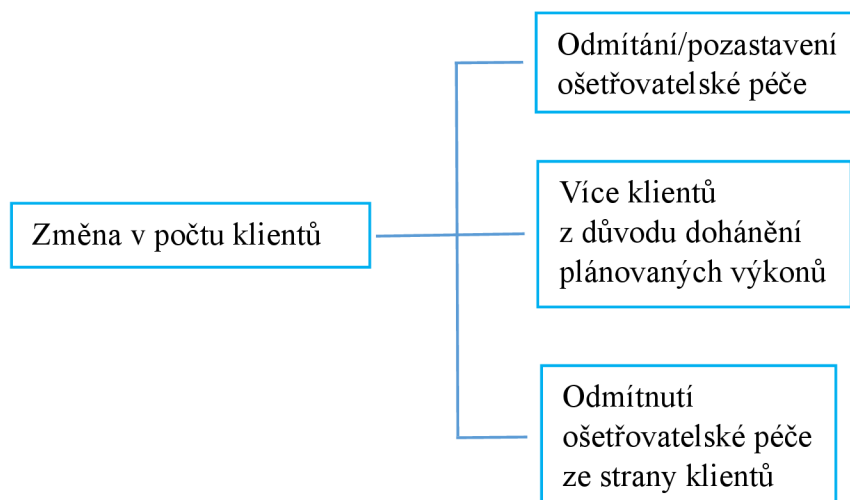
Část z dotazovaných sester (S1, S2, S3) se shodla, že nově zavedly dojíždění k týmž klientům, aby došlo k co nejmenšímu střídání sester mezi klienty. Sestra S1 řekla: „*Ze začátku byla překopaná organizace práce, abychom se u pacientů střídaly co nejméně. Například 1 sestra chodila k určitému okruhu pacientů celý týden.*“ Sestra S2 vysvětlila: „*Ze začátku jsem dojížděla jen k určitým klientům, abychom se mezi nimi moc nestřídaly, ale to úplně vymizela ta pestrost a nebylo mi příjemné jezdit k jednomu a těm samým klientům.*“ Sestry (S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10) měly i mimo pandemii svůj stálý okruh klientů, ke kterým dojížděly. Sestra S4 odpověděla: „*Ale tak my, jak máme svoje pacienty, tak úplně se nesejdeme třeba v kanceláři. To už by musela být vyloženě nějaká schůze.*“

Sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10) omezily kontakt s dalšími kolegyněmi. Sestra S5 řekla: „*No já se snažila co nejvíce omezit ten kontakt. Jak s těmi pacienty, tak ale vlastně i s kolegyněmi.*“

Sestry (S1, S2, S3, S6, S7, S10) psaly dokumentaci doma, aby se nemusely scházet v kanceláři s kolegyněmi. Sestra S3 řekla: „*Normálně, když odjedu od pacientů, tak si píšu dokumentaci v kanceláři. Pak jsme se ale s kolegyněmi nesetkávaly v té kanceláři, ale psaly to doma. To bylo pro mě takové malé homeoffice.*“

Sestra S8 měla nastavenou zcela odlišnou organizaci práce. Sestra S8 odpověděla: „*To bylo tady, že jsme se musely dělit na dvojice. V té době nás bylo 6, takže jsme se po dvojicích střídaly, abychom se tady nesešly.*“ Odpovědi od sester S9 a S10 byly shodné v setkávání s kolegyněmi 2 dny v týdnu. Sestra S9 uvedla: „*Jo, to jsme taky omezily to naše setkávání tady. Že jsme se scházely fakt minimálně. Třeba ty pondělí a čtvrtky na přípravu léků, a když jsme si domlouvaly pacienty na víkend.*“

Schéma 2 – Podkategorie 3: Změna v počtu klientů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Součástí změny organizace práce jsme zařadily změnu počtu klientů (Schéma 2). Změny v počtu klientů zmínilo celkem šest sester (S1, S3, S4, S5, S6, S7). Sestra S3 uvedla: „*Jenže pak se stalo, že pacientů ubývalo. Najednou je nic nebolelo no.*“ Avšak sestra S8 si myslí pravý opak, jak uvedla: „*Ono ten počet pacientů byl stejný, třeba to, co jsme nemuseli jít, ale to byl jeden ze všech, tak jeden přibyl.*“

Sestry (S1, S2, S6, S7, S8, S9, S10) zaznamenaly odmítání nebo pozastavení ošetrovatelské péče u klientů s dlouhodobou rehabilitací zejména v počátcích a vrcholech pandemie. Sestra S9 řekla: „*Musely se ty méně důležité výkony u klientů i odmítat. Ale třeba nějaké to cvičení.*“ Některé sestry (S1, S2, S4, S5, S6, S7) dokonce vysvětlily, že mnoho klientů péči odmítlo z důvodu například strachu z nakažení. Sestra S3 řekla: „*Spousta lidí právě kvůli tomu odmítlo i naše návštěvy nebo i nějaký kontakt u lékaře.*“ Část sester (S1, S4, S5) také řekla, že v současnosti stoupl počet klientů zejména z důvodu dohánění plánovaných výkonů. Klienti se již nebojí zajít k doktorovi se svými zdravotními problémy. Sestra S1 uvedla: „*Paradoxně tím, že lidé nechodili k doktorovi, tudíž nepřibývaly odběry krve, převazy, apod. Bohužel tím, že nyní se dohání veškerá prevence a operativa, tak pacientů přibývá. Z naší strany bylo jen ve vrcholech pandemie omezení rehabilitací.*“ Sestra S4 uvedla, že klientů přibylo také z důvodu prodělání onemocnění covid – 19 a následné péče: „*Myslím si, že je víc nemocných lidí, že se fakt rozstoupli. Různá přidružená onemocnění. A to souvisí s tím, že ten, kdo prodělal covid, tak ten potřeboval hodně často následnou péči. Přibylo i více stomií. Možná jak se ty operace odkládaly a teď to všechno dohání.*“

Sestry ADP mají specifickou roli v přejíždění mezi domácnostmi jednotlivých klientů. Proto jsme se sester ptali, zda měla pandemie vliv také na tuto oblast. Téměř všechny sestry konstatovaly, že jediným rozdílem bylo dezinfikování vnitřku auta, zejména míst, kterých se nejvíce dotýkají (volant, řadící páka), mezi jednotlivými klienty. Dezinfikování vnitřního prostoru auta prováděly pravidelně pouze dvě sestry (S3, S8). Dvě sestry (S1, S9) vnitřní prostor auta dezinfikují, ale spíše v nepravidelných intervalech. Sestra S9 řekla: „*Přejížděla jsem mezi nimi jako normálně. Auto mám svoje, takže jsem nic neřešila. Maximálně jsem si tak otřela volant a řadící páku jako. A to jenom občas. Že bych to dělala denně, to se musím přiznat, že ne. A dezinfikuju si ruce.*“ Ale sestra S2 si auto nedezinfikuje. Sestra S2 řekla: „*Já, jak potom chodím ke klientům, s tím zdravotním kufrem, kde mám různé pomůcky, tak jsem si ho vždycky ošetrila dezinfekcí a pro svůj pocit, i přes nošení rukavic jsem si ruce vydezinfikovala i ruce. Ale třeba auto jsem si nedezinfikovala.*“ Sestry S6 a S7 dezinfikovaly auto každé ráno, protože to takto měly nařízené z vedení. Sestry (S1, S2, S3, S7, S8, S9, S10) zmínily pravidelné dezinfikování rukou vždy mezi klienty. Sestra S10 tvrdila: „*A tak jako mezi těma pacientama jsem před i po návštěvě toho klienta jsem použila dezinfekci na ruce.*“ Sestra S6 řekla: „*Já se vždycky dezinfikuju až po návratu do kanceláře.*“ Sestry

(S4, S5) nezmínily dezinfikování vnitřního prostoru auta, ani dezinfikování rukou. Pouze konstatovaly, že mají dezinfekce a ochranné prostředky k dispozici v autě. Sestra S5 řekla: „*Přece nevlezu do toho auta bez ničeho.*“

Tabulka 2 Využití online konzultací

Online konzultace	Sestry
Telefonování	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
Stejný počet telefonátů	S1, S2, S3, S5, S7, S9, S10
Zvýšený počet telefonátů	S4, S6, S8

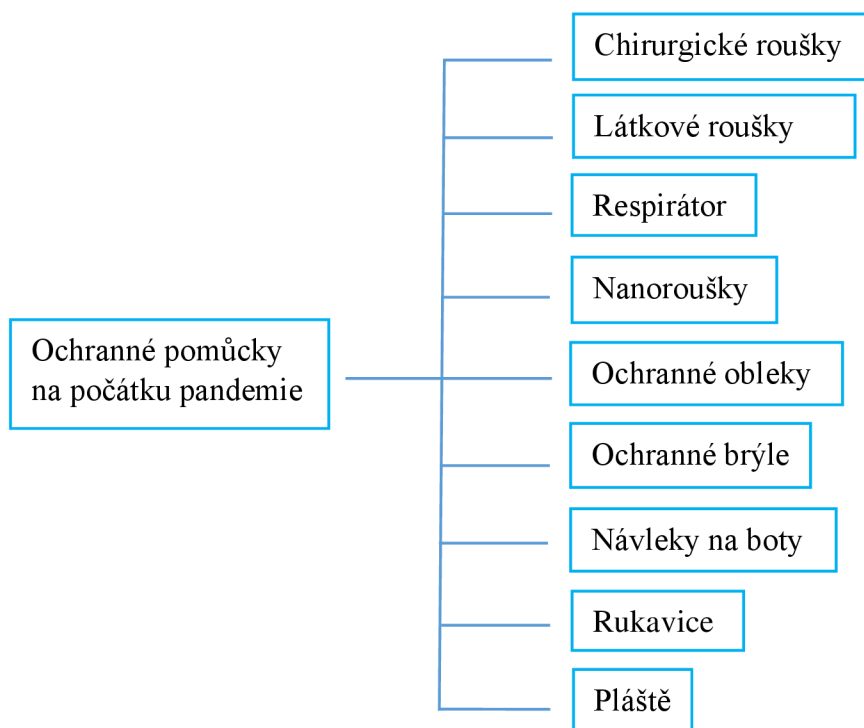
Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

V rámci další podkategorie jsme se zabývali využitím online konzultací s klientem či rodinou klienta za účelem zamezení přenosu onemocnění covid-19 (Tabulka 2). Všechny sestry (S1 – S10) se shodly, že nekomunikovaly s klienty či jejich rodinami formou videohovoru. Spíše využívaly komunikaci pomocí mobilních telefonů. Sestra S7 uvedla: „*Já s nimi jen volám. Fakt online konzultace ne, ale já vždycky ten problém vyřeším, až když tam přijedu, pokud to není akutní. Ale kvůli covidu jsem určitě nezačala pořádat nějaký hovory přes počítač s pacienty. To by snad ani nezvládly.*“ Sestra S5 vysvětluje: „*Pokud to ten pacient potřebuje, tak to například ošetříte a reagujete na to hned. Tam není potřeba žádná konzultace. Tak samozřejmě, že nám občas zavolají, že potřebují poradit. To bylo ale i před covidem, je to součástí práce.*“ Je zde však rozdíl v množství telefonických hovorů. Část sester (S4, S6, S8) vnímá zvýšení jejich počtu z důvodu nahlašování karantén a izolací. Sestra S4 řekla: „*Docela volají, když mají nějaký problém, třeba že jim neteče cévka. Tak to zavolají a ptají se, ale to asi není úplně ovlivněný covidem. Ale pak třeba volá rodina, že má klient covid a že to budou dělat sami, tak to je taky jeden z důvodů, proč volají.*“ Například sestra S6 řekla: „*Já si žádnou statistiku nevedu, takže přesně to říct nemůžu, ale asi už jen kvůli těm karanténám apod., když nám to nahlašují, tak určitě.*“

Kategorie č. 3 Ochranné pomůcky

Součástí třetí kategorie jsou celkem čtyři podkategorie. Zaměřili jsme se zejména na ochranné pomůcky na počátku pandemie (Schéma 3) a ochranné pomůcky v průběhu pandemie (Schéma 4) a zjišťovali jsme jejich dostupnost a vliv při poskytování ošetrovatelské péče.

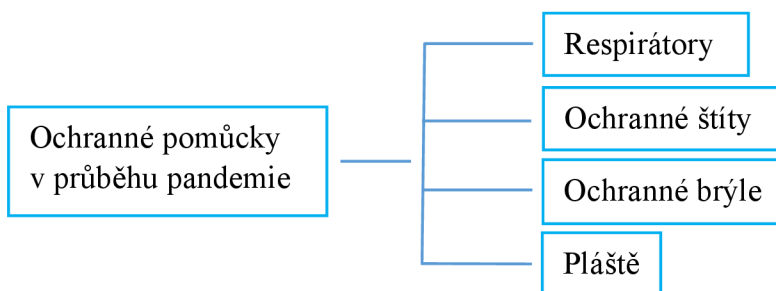
Schéma 3 – Podkategorie 5: Ochranné pomůcky na počátku pandemie



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Nejdříve jsme se zabývali ochrannými pomůckami na počátku pandemie (Schéma 3). Téměř všechny sestry měly k dispozici látkové roušky, chirurgické roušky a rukavice. Sestra S1 řekla: „Ze začátku byly roušky látkové, protože i chirurgické byly nedostatkové zboží, ale měly jsme je. A rukavice.“ Ale například sestra S9 měla k dispozici respirátory. Sestra S9 uvedla: „Na začátku jsem používala respirátory a rukavice no.“ Na otázku, zda respirátory nosila od samého začátku, sestra S9 odpověděla: „Jako asi jo. Bylo jich teda málo, ale měla jsem. A to jsem si sháněla i sama.“ Dále sestry S4 a S5 zmiňují pláště. Sestra S4 řekla: „A pláště jsme měly, ale ty tu máme standardně, takže u těch se nic nezměnilo.“ Velmi nás překvapila sestra S8, která byla výjimkou a od počátku pandemie používala nanoroušky. Sestra S8 řekla: „Ze začátku jsem měla ty nanoroušky, a pak jsme všichni museli začít nosit respirátory. Hlavně byly ty nanoroušky.“

Schéma 4 – Podkategorie 6: Ochranné pomůcky v průběhu pandemie



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

V dalším šetření nás zajímalo, zda v průběhu pandemie přibyly některé druhy pomůcek (Schéma 4). Všechny sestry se shodly, že pomůcky postupem času přibývaly. Změnilo se pouze nošení respirátorů, zejména kvůli nařízené povinnosti nosit respirátory. Sestra S3 řekla: „*V průběhu, asi za 2 měsíce, jsme měly k dispozici štít. Pak přišly respirátory. A pak jsme měly ještě i brýle k dispozici.*“ Sestra S9 po otázku, zda v průběhu pandemie využívala další ochranné pomůcky než na začátku pandemie, odpověděla: „*No, v podstatě to samý, co na začátku.*“ Sestra S7 uvádí: „*V podstatě to, co teď je dostupný. Takže ty respirátory, pláště, štíty nebo brýle a jak jsem říkala, rukavice.*“

Ve třetí podkategorii jsme se zaměřili na dostatek ochranných pomůcek. Předpokládali jsme, že sestry budou zejména zmiňovat nedostatek ochranných pomůcek na začátku a dostatek nyní. Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10) uvádějí, že na začátku nebylo dostatek ochranných pomůcek. V průběhu se situace dle jejich slov zlepšovala a nyní mají ochranných pomůcek dostatek. Sestra S2 zmínila: „*Teď je to úplně jiné než na začátku, protože předtím všechno bylo nedostatkový zboží. Dneska se taky už sežene cokoli, že jo.*“ Dále například sestra S5 řekla: „*Pomůcek asi ne v takovém množství, ale pak se to srovnalo a teď už jsme bez problému. Hlavně se vedení vždycky ptalo, co jako bychom potřebovaly. A pak to nějak zařídilo.*“ Sestra S10 zastává stejný názor jako všechny ostatní sestry: „*Že jsme jako teďka líp vybavený a máme všechno. To, co třeba na začátku chybělo, tak není problém, ty respirátory a to...*“

Tabulka 3 Vliv ochranných pomůcek

Oblasti ovlivněné ochrannými pomůckami	Sestry
Komunikace	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S10
Manipulace v domácím prostředí	S1, S3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

V poslední podkategorii jsme se věnovali vlivu ochranných pomůcek na ošetrovatelskou péči (Tabulka 3). Sestry jmenovaly dva konkrétní problémy. Problémová komunikace a ztížená manipulace v domácím prostředí. Téměř všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S10) nejčastěji zmiňovaly problémy v komunikaci. Jejich klienti jim mnohdy nerozuměli, musely si tedy s tímto problémem poradit. Sestra S2 řekla: „*Kolikrát byla ta komunikace horší, že klient přes respirátor nerozuměl. Musím někdy i odendat ten respirátor, aby mi rozuměli.*“ Sestra S3 dodala: „*Musela jsem víc zakřičet, i několikrát, nebo napsat. Jako pak i porozuměli, ale mám jednu klientku, která vůbec neslyší, tak to jsem musela vždycky psát.*“

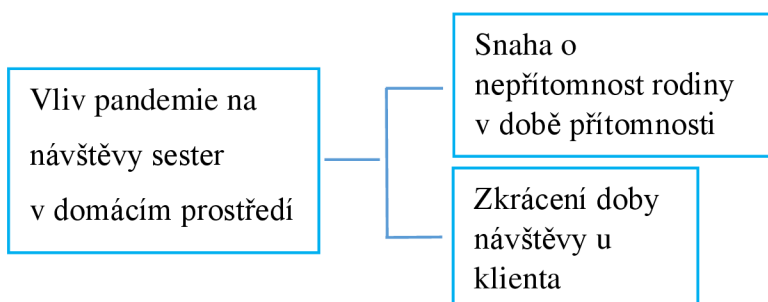
Druhým, již mnohem méně zmiňovaným problémem byla manipulace s ochrannými pomůckami. Na tento problém upozornila sestra S1: „*Akorát mi přijde, že sundávání a všeobecně manipulování s těmi pomůckami byla mnohdy na škodu. Něco se na to nachytá, potom se to svléká a je to horší než lepší.*“

Avšak sestra S9 měla názor opačný. Nezmínila žádný z problémů. Sestra S9 řekla: „*Omezovaly spíš jako nějaký můj zdravotní stav, protože v tomhle se prostě nedá dýchat. Ale jinak ne, to musí být všechno jako při starém.*“ Sestra S10 konkrétně zmínila pouze osobní problémy se štítem, řekla: „*Ten štít teda, ten mi nevyhovoval, ten se mlží, já jsem tam pak neviděla, takže to se používat nedalo.*“

Kategorie č. 4 Vliv pandemie na práci sestry

Pandemie ovlivnila mnoho oblastí lidské činnosti. Snažili jsme se proto zjistit, jak pandemie ovlivnila práci sester. Jaký vliv měla na průběh návštěv sestry v domácím prostředí (Schéma 5) a zda došlo ke změně v přístupu sestry ke klientům. Dále jsme se ptali na krizové situace, se kterými se sestry v průběhu pandemie setkaly.

Schéma 5 – Podkategorie 8: Vliv pandemie na návštěvy sester v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Jedna z dalších podkategorií, které jsme se věnovali, je vliv pandemie na návštěvy sester v domácím prostředí (Schéma 5). Sestry opakovaly dva faktory, které návštěvu klienta ovlivňovaly. Byly jimi snaha o nepřítomnost rodiny v době přítomnosti sestry u klienta. Tento faktor zmínily čtyři sestry (S1, S3, S4, S5). Sestra S5 řekla: „*Když mají někoho doma, tak ta rodina tam jako nesmí být. Nemáme to vyloženě nařízené seshora, ale oni jako sami tam nejsou, jsou prostě opatrný už.*“ Sestra S2 ale měla opačný názor, řekla: „*Já ale třeba nikdy neměla problém s rodinou v místnosti. Museli ale mít na sobě respirátor.*“ Některé ze sester (S3, S6, S7) také tvrdily, že většina klientů bydlí sama, tudíž se nemají ani šanci potkat s rodinou. Sestra S7 uvedla: „*Mám akorát jednu paní, co bydlí se synem, jinak bydlí všichni sami, protože třeba jejich manžel nebo manželka už zemřeli.*“ Sestra S8 se snažila, aby rodina v její přítomnosti nebyla, ale dále uvedla: „*Ale pak jsou situace, kdy tam ta rodina u toho musí být. Kdy třeba pomáhají nebo tam chtějí být z důvodu psychického.*“

Druhým, již méně zmiňovaným faktorem, který ovlivnil návštěvu klienta, bylo zkrácení doby návštěvy. Uvedly sestry S1, S2, S3. Ostatní sestry se k délce návštěvy nevyjádřily vůbec nebo uvedly, že ani v době pandemie nemají čas u klienta strávit více času, než trvá samotný výkon. Sestra S6 řekla: „*Já ani nemám čas na kafička a podobně s těmi pacienty. Udělám, co musím, a odcházím. Někdy si klienti chtějí povídat, tak povídají třeba u té rehabilitace nebo při odebrání krve, ale určitě se tam nezdržuju.*“ Sestra S8 zase uvedla: „*My prostě máme určitou délku a prostě s tím pacientem se cvičí tak, jak se má. Tam to nejde ošidit, to ne.*“

Nad otázkou, zda se změnil přístup sester ke klientovi v době pandemie, se některé sestry zarazily. Neboť jsou si vědomy důležitosti správného přístupu a jednání s lidmi. Část

ze sester (S1, S2, S7, S8, S9, S10) se shodla, že jejich přístup ke klientům je stejný jako před pandemií. Sestra S8 řekla: „*Úplně stejný přístup. Jsem zdravotní sestra a jestli je pozitivní nebo negativní, prostě to je jedno.*“ Velmi častá byla jednoduchá odpověď. Sestra S10 řekla: „*To si nemyslím, že by ovlivnil.*“

Dále sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8) velmi často zmiňovaly určitou ostražitosť či obezřetnost ke klientům zejména v začátcích pandemie. Podle sester S1, S2, S7 byla důvodem především absence informací. Sestra S1 uvedla: „*Jak říkám, když nebyly ty informace, tak tam byla ta ostražitosť. Člověk byl opatrný.*“

Sestry uvedly, že nejčastější krizovou situaci zažívaly v domácím prostředí klientů, kdy sám klient či jeho rodina nerespektovali povinnost nosit respirátor. Na tom se shodlo šest sester (S1, S2, S3, S5, S6, S9). Sestra S6 řekla: „*Třeba domutit klienty ve svém prostředí nosit roušku nebo ten respirátor. To bylo taky... jako že nikam nechodí apod. Že oni to nechytanou. Jenže za nimi chodí rodina, děti, že jo!*“

Sestra S1 uvedla, že krizová situace, že krizová situace pro ni nastala, až když se zpětně dozvěděla, že je klient pozitivní. Také uvádí, že za krizovou situaci považuje uzavření klientů u sebe doma. Sestra S1 řekla: „*Asi spíše, že jsem někde přišla a potom jsem se až zpětně dozvěděla, že je klient pozitivní.*“ Sestra S3 vnímá jako krizovou situaci, kdy klient odmítne péči nejenom od ADP, ale také od obvodního lékaře.

Sestra S7 popsala vlastní krizovou situaci. „*No, já jsem třeba přišla ke klientce, ke které jsem chodila dlouhou dobu a vždycky každé ráno. A jednou jsem přišla, byla tam zrovna její dcera, a že maminku odvezli do nemocnice, a že je čerstvě pozitivní. Takže já běžela do stanu na test, protože jsem se mezitím setkala už dalšími pacienty. Jenže tam mi řekli, že až za čtyři dny, takže jsem to musela řešit s vedením.*“

Sestra S8 na otázku, zda se setkala s krizovými situacemi, ihned jasně odpověděla: „*Kolabování. Někteří pacienti kolabovali. Tak je jasné, že respirační nemoci teda určitě, ale některý opravdu kolabovali.*“ Sestra S10 uvedla svou konkrétní krizovou situaci: „*No, jako stalo se mi, že jí druhý den naberu krev, a druhý den jsem se na ní neodbouchala, a když přišel syn odemknout, tak nebyla naživu. Zřejmě zemřela na covid, protože ten večer už říkala, že odpoledne měla trochu rýmu, zvýšenou teplotu, kašel.*“ Sestra S4 se neseťkala s žádnou krizovou situací. Řekla: „*To nevím, nemůžu asi říct nic zvláštního.*“

Kategorie č. 5 Ošetrovatelská péče o klienty v době pandemie

V poslední kategorii jsme se zabývali ošetrovatelskou péčí nejen o klienta potenciálně nakaženého onemocněním covid-19, ale také o klienta s diagnostikovaným onemocněním covid-19. Zajímalo nás, zda v poskytování ošetrovatelské péče bude rozdíl. V neposlední řadě jsme chtěli zjistit, zda došlo ke změně kvality poskytované péče.

Na otázku, jakým způsobem sestry ošetrovaly potenciálně nakaženého klienta, se nám nedostalo mnoho jasných odpovědí. Většina sester (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S9, S10) se shodla na stejném způsobu poskytování ošetrovatelské péče. Sestra S1 konstatovala: *„Ošetrovala jsem stejně, jako před pandemií, akorát s rozdílem nošení pomůcek a za kratšího kontaktu s pacientem. No, a ono to nebylo o moc jiný než péče o klienta nakaženého.“* Velmi nás zaujala odpověď sestry S3, nad kterou jsme se zamysleli: *„No, já vždycky říkám, záhada za zavřenými dveřmi, protože nikdy nevíte, jak je tam najdete. Takže i když si myslíte, že jdete jen k potenciálně nakaženému klientovi, tak to nemusí být pravda.“* I přesto, že se sestra S8 nezmínila o poskytování stejné ošetrovatelské péče, poskytla tuto odpověď: *„Bezpečnost musela být stejná. Rouška a rukavice.“* Sestra S6 odpověděla na otázku z jiného úhlu pohledu: *„No, tak musí se k nim přistupovat, že můžou mít covid. Tak nošení těch ochranných pomůcek, to je jasné. Když třeba vidím, že pacient kašle nebo nějaký takový příznak, tak si беру těch ochranných prostředků tolik, jako bych pečovala o covid pozitivního pacienta, protože je velká pravděpodobnost, že pozitivní bude.“*

Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10) vnímaly rozdíl v nošení ochranných pomůcek. Sestra S9 zmínila: *„To omezení toho fyzického kontaktu se člověk snažil na začátku, ale pak už to opadlo a teď, až na ty ochranné pomůcky, je to stejné.“*

Rovněž jsme se zabývali ošetrovatelskou péčí o klienta s diagnostikovaným onemocněním covid-19. Odpovědi některých sester (S4, S5) byly překvapivé. Podle jejich slov neposkytovaly péči klientům s onemocněním covid-19. S4 uvedla: *„No takhle, my jsme měly příkaz, že pokud bude klient covid pozitivní, tak jsme k němu nesměly. Takže nějak to musela zajistit rodina tu péči, nebo nějak jinak.“* Sestra S5 pouze zmínila, že pokud by covid – 19 pozitivního klienta ošetrovala, použila by více ochranných pomůcek, než dělá běžně.

Tři ze sester (S6, S7, S9) také uvedly, že vědomě klientovi s diagnostikovaným onemocněním covid-19 neposkytovaly ošetrovatelskou péči, ale dozvěděly se tuto informaci až zpětně. Sestra S6 uvedla: „*Pak nám zavolali příbuzný, a že paní vzali do nemocnice, udělali jí test, a nakonec tam zemřela. Ale vyloženě pacienta, který by byl pozitivní a já tam musela, tak to ne.*“ Sestra S7 řekla: „*Když byly ty začátky a bylo tam podezření, ale diagnostikovaný ještě nebyl, tak jsem nosila právě ten plášť, brýle taky nebo štít. Ale jinak jsem dbala na tu zvýšenou opatrnost.*“ Dále sestra S9 také nikdy neposkytovala ošetrovatelskou péči vědomě covid pozitivnímu klientovi, ale dle jejich slov používala ochranné pomůcky vždy, s výjimkou pláště.

Sestry (S1, S2, S3, S8, S10) poskytovaly ošetrovatelskou péči o diagnostikovaného klienta vědomě. Péče se však poskytovala pouze u klientů, kde byla nezbytně nutná. Sestra S8 řekla: „*Ale to byla návštěva, kdy se musí udělat výkon nutně.*“ Základem pro ně bylo nošení všech dostupných ochranných pomůcek. Sestry S1, S2 se snažily klientů co nejméně dotýkat. Sestra S2 řekla: „*Snažím se moc nedotýkat těch klientů, protože to je taky riziko. A když je to nutné, tak jenom ve dvojích rukavicích. To jsem nosila vlastně všechny ty ochranné pomůcky. Hlavně plášť a štít, ale i dvoje rukavice jsem nosila.*“ Sestra S3 zmínila další opatření a ochranné pomůcky, které vždy dodržovala. Nejen u klienta s diagnostikovaným onemocněním covid-19, ale také u potenciálně nakažených klientů: „*Když jsem šla ke covidovému klientovi, tak jsem si brala rukavice dvoje, plášť, respirátor a na to ještě roušku. A návleky na boty a samozřejmě ochranné brýle. A hodně větrám, že když přijdu ke klientovi, tak otevřu okno a vyvětrám.*“

Zaujala nás odpověď sestry S10, která řekla, že pár takových klientů ošetřovala. Vždy dodržovala veškeré ochranné pomůcky, včetně například pláště a dvojích rukavic, ale i přesto se onemocněním covid-19 nakazila. Zmiňuje také dezinfekci rukou. V mnoha případech se to také dozvěděla s prodlevou. Sestra S10 řekla: „*Ve spoustě případech jsem se to dozvěděla jako až potom. Kolikrát to ani ta rodina nenahlásí, nebo to obvodák neví.*“

Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10) se shodly, že kvalita poskytované péče musí být na stejné úrovni. Sestra S5 řekla: „*Já se snažím pořád udržet tu kvalitu péče. Ty lidi je třeba ošetřit, kvalitně ošetřit. Ty lidi na to mají právo, že jo! Je to naše práce. Ta práce musí být odvedená dobře.*“ Sestra S9 uvedla: „*To musí být všechno při starém.*“

Dvě sestry (S1, S2) také zmiňují, že mnoho klientů mělo vlivem pandemie zpřetrhané kontakty s jinými lidmi. Sestra S2 konstatuje: *„Pacienti si na kvalitu péče nikdy nestěžovali, nebo alespoň o tom nevím, ale spíš si stěžovali na to, že se nevidí s rodinou. Takže tam si nemohli popovídat a nějak socializovat.“*

5 Diskuze

Naše bakalářská práce se zabývá vlivem pandemie na práci sester v agenturách domácí péče. Zjišťovali jsme, jak pandemie ovlivnila práci sester, jak sestry zajišťovaly ošetrovatelskou péči o své klienty v době pandemie a s jakými krizovými situacemi se v době pandemie setkaly. Rozhovory se sestrami byly zásadní a velmi přínosné pro realizaci tohoto výzkumu. Následně jsme po analýze výsledků stanovili 5 kategorií a 14 podkategorií.

V první kategorii jsme se zabírali identifikačními údaji zúčastněných sester. Obsahuje údaje o věku, dosaženém nejvyšším vzdělání, celkové délce praxe a délce praxe na pozici sestry v ADP. Nejvyšším dosaženým vzděláním disponovala sestra S1 s vysokoškolským vzděláním a specializací. Středoškolské vzdělání mělo devět sester, z nichž tři uvedly specializaci. Velmi nás překvapila obsáhlost odpovědí jednotlivých sester. Doba celkové praxe sester se velmi lišila. Zejména z důvodu rozdílného věku sester.

Zaměřili jsme se na opatření, která byla v průběhu pandemie v domácí péči zavedena. Z odpovědí sester je zřejmé, že změna organizace práce zasáhla zejména do kontaktu mezi sestrami. Snažily se omezit kontakt mezi sebou. Část sester zavedla dojíždění ke stálému okruhu klientů. Dále sestry zmiňovaly stanovení konkrétních dvou dnů určených pro setkávání s kolegyněmi, aby si předaly informace o klientech a přípravě léků. Xu et al. (2020) doporučují týmovou segregaci. Dále zmiňují triage, neboli rozdělení klientů před návštěvou. Tyto činnosti by měly přispět k minimalizaci rizika nákazy jak v oblasti přenosu mezi sestrami, tak mezi sestrami a klienty.

V oblasti omezení počtu klientů se odpovědi sester shodovaly v pozastavení péče či odmítání klientů s dlouhodobými rehabilitacemi. Když tato situace nastala, vždy trvala jen omezenou dobu. O tyto klienty poté pečovala rodina. Myslíme si, že v případě velkého množství klientů je vhodné se s klienty domluvit, zda by byli ochotni péči na omezený čas přerušit. Jones a Bowles (2020) konstatují, že v době začátku pandemie klesl počet doporučení o více než polovinu. Velký počet klientů a následná fyzická a psychická přetíženost sester působí negativně na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Honzák (2015) zmiňuje, že je nemožné zvládnout následnou únavu. Zejména se jednalo o dobu v počátcích pandemie covid-19, kdy se sestry dostávaly do fyzicky i psychicky těžkých situací. Mellanová (2017) souhlasí, že dlouhodobé zátěžové situace a nepřiměřeně kladené požadavky na sestru, mohou vést k profesionálním deformacím.

A právě mezi tyto situace může patřit již zmíněné velké množství klientů. Sestra S8 podotkla, že je velký rozdíl mezi tím, zda za den ošetřuje jedenáct či osmnáct klientů, a tím potvrdila, že psychická a fyzická náročnost práce závisí na počtu klientů. O klienty, kterým se omezila nebo přerušila péče, se musela postarat především rodina, jež je důležitou součástí péče o klienta v domácím prostředí. V oblasti paliativní péče vznikla videa pro podporu neformálních pečovatелů. Také jsou k dispozici různé druhy příruček, jakým způsobem o svého příbuzného pečovat a jak doma provádět základní výkony v péči o klienta. Příkladem může být příručka Rady a tipy pro pečující. S tímto souhlasí Barrio Cortes et al. (2021), kteří tvrdí, že bez většího množství personálu a materiálních potřeb se nemůže zajistit domácí péče, ale ani komunitní péče způsobem, jakým by bylo potřeba. Také Doporučení pro poskytovatele domácí zdravotní péče v souvislosti s epidemií onemocnění COVID-19 (2020) zmiňuje, že u klientů, u kterých je možné ošetrovatelskou péči odložit či ukončit s možností domluvy s ošetřujícím lékařem o ukončení poskytování domácí zdravotní péče. Falvey et al. (2020) například doplňují obavy vedení nemocnic z nemožnosti zvládnout náhlý zvýšený počet klientů. Z tohoto důvodu měly domácí péče a další komunitní služby snížit množství nových hospitalizací. Z výpovědí sester však vyplynulo, že změna počtu klientů přímo nesouvisela s brzkým propouštěním z nemocnic, nýbrž se strachem samotných klientů z možnosti nákazy. Ošetrovatelskou péči radši sami na určitou dobu přerušili. Jones a Bowles (2020) souhlasí, že klienti odmítali a rušili služby z důvodu strachu z nákazy.

Vzhledem k doporučením omezit kontakt s ostatními lidmi, jsme se ptali na využití online konzultací. Překvapilo nás, že v dnešní době všechny sestry využívají pouze mobilní telefon a žádné jiné moderní technologie ke komunikaci s klienty. Přitom v době pandemie, kdy je snaha o co nejmenší kontakt mezi lidmi, je podle našeho názoru využití například videohovoru vhodné a velmi přínosné. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (2020) potvrzuje přínos digitálních technologií, což vede k podpoře zdraví, lepší úrovni organizačního řešení a změně v poskytování zdravotnické a pečovatelské péče. S naším tvrzením se ztotožňují také Saudek a Picková (2020), kteří tvrdí, že při použití technologických vymožeností se nesetká klient se zdravotnickým personálem, tudíž zmizí možnost oboustranného přenosu infekce. Videon et al. (2021) ve svém výzkumu poznamenávají, že klienti nakažení onemocněním covid-19 často využívali kontakt se sestrami pomocí aplikací v telefonech či jiných zařízeních. Uvádějí například Skype či Facetime. Sood a Walker (2020) také zmiňují

možnost využití telenursingu. Rozpor mezi našimi výsledky a mezi výsledky výše zmiňovaných autorů jsou zcela zřejmé. Důvodem může být nedostatek časových možností sester.

Dále jsme chtěli zjistit stav osobních ochranných pomůcek v počátku a v průběhu pandemie a jejich dostatek. Zaměřili jsme se na vliv ochranných pomůcek na ošetrovatelskou péči. Zjistili jsme, že na začátku pandemie měly k dispozici jen některé druhy pomůcek. Používaly zejména látkové a chirurgické roušky. Dále byly jejich základní výbavou rukavice. Předpokládali jsme, že ochranné pomůcky byly na počátku pandemie nedostatkovým zbožím, podobně jako v jiných oblastech zdravotnictví. Tento předpoklad nám potvrdily všechny sestry. V průběhu pandemie se však situace zcela změnila a dle jejich slov je nyní ochranných pomůcek dostatek. Halcomb et al. (2020) ve svém výzkumu potvrdili, že byl opravdový nedostatek ochranných pomůcek. Následně bylo doplněno, že z tohoto důvodu některé sestry měly strach o svou bezpečnost. Toto však žádná z dotazovaných sester nezmínila.

Zajímalo nás, zda měly ochranné pomůcky vliv na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Z mé praxe v průběhu studia jsem předpokládala, že se budou odpovědi týkat zejména zhoršené komunikace s klienty. Získané odpovědi jen potvrdily mou domněnku. Nejčastější odpovědí bylo zhoršení komunikace s klientem. Klienti sestrám nerozuměli, nebo je vůbec neslyšeli. Ochranné pomůcky omezovaly sestry také v pohybu, konkrétně při manipulaci s klienty. Vitásková (2020) souhlasí se zhoršenou komunikací z důvodu nošení respirátorů či roušek. Ruskin et al. (2021) zmiňují nejen tlumenou řeč a zhoršenou manuální zručnost, ale také ztížené vidění, vliv na dýchání a následnou fyzickou a psychickou únavu. Tyto faktory následně ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče. Sestry nezmínily tyto doplněné faktory jako přímé ovlivnění ošetrovatelské péče, ale některé sestry je uvedly v reakci na otázku, jak se cítily v ochranných prostředcích. Podle našeho názoru si sestry již neuvědomují, ve kterých oblastech ošetrovatelské péče ovlivňují ochranné prostředky její poskytování, během pandemie covid-19. Proto zmínily pouze dva nejčastější problémy, se kterými se setkávají denně.

Pandemie covid-19 zasáhla mnoho oblastí každodenního života. Z tohoto důvodu jsme zjišťovali, jaký vliv měla pandemie na návštěvy sestry v domácím prostředí. Jedním ze specifíků poskytování domácí zdravotní péče je možnost přítomnosti rodinných příslušníků. V době pandemie se snaha o omezení kontaktu a nošení ochranných

pomůcek promítá také do této oblasti. Dotazované sestry se však v odpovědích neshodly. Několik sester se snažilo o zamezení kontaktu s rodinou klienta v době její přítomnosti. S tím však nesouhlasí sestra S2, které nevadila přítomnost rodiny. Pouze po nich vyžadovala nasazený respirátor. Další část sester uvedla, že klienti bydlí často sami, tudíž se s rodinou neseťkají. Sestra S8 uvedla, že existují situace, kdy rodina přítomna být musí. Doporučení pro poskytovatele domácí zdravotní péče v souvislosti s epidemií onemocnění COVID-19 (2020) doporučuje, že by se měl minimalizovat kontakt s přítomnými osobami. Pokud je přítomnost osob vhodná, doporučují se dodržovat rozestupy. Žádná ze sester však rozestupy jednotlivých rodinných či nerodinných příslušníků nezminila. Sestry by dále měly vyžadovat nasazení ochranných prostředků nejen od klientů, ale také od dalších přítomných osob. Toto pravidlo, které by mělo být základem, však mnoho rodinných i nerodinných příslušníků nedodržovalo. Mnoho sester právě tuto situaci zařadily jako pro ně krizovou situaci. Často musely členy domácnosti informovat o nutnosti nasazení ochrany dýchacích cest. Sestry samy poznamenávají, že v některých situacích docházelo k neuposlechnutí pokynů sestry. Mejías Estévez (2020) zmiňuje konkrétní preventivní opatření, jako například nošení roušek, omezení počtu osob či odstup v místnosti klienta. Dále sestry uváděly zkrácení doby návštěvy. V tomto případě se však odpovědi sester také neshodovaly. Část sester však uvedla, že odcházely od klienta dříve než za běžných podmínek.

V době pandemie onemocnění covid-19 je důležitý přístup sester ke klientům. Je to náročná doba pro každého, obzvláště pro nemocného klienta. Z tohoto důvodu jsme se dotazovaných sester ptali, zda měla pandemie vliv také na jejich přístup ke klientům. Část sester se shodla, že jejich přístup se vůbec nezměnil, že je stále stejný, jako před pandemií. Druhá část sester přiznala jistou obezřetnost ke klientům a ostražitost z hlediska rizika přenosu nákazy, což vyplynulo z doplňujících otázek a odpovědí. Některé sestry připomenuly také nedostatek informací o onemocnění covid-19 v počátku pandemie. Keller et al. (2020) zmiňují, že chybí lidé, kteří by sestry připravili na to, jakým způsobem poskytovat péči o klienty během pandemie. Morley et al. (2020) ve svém výzkumu zmiňují dopad pandemie na vztah mezi sestrou, klientem a jeho rodinou. Opatření, která byla zavedena z důvodu zabránění šíření nákazy, vytvořila určité napětí mezi sestrami, klienty a jejich rodinnými příslušníky. Na základě našich zkušeností se ztotožňujeme se sestrami, které učinily zmínku o obezřetnosti a ostražitosti z důvodu rizika nákazy.

V rámci našeho šetření jsme také zjišťovali, s jakými krizovými situacemi se sestry v době pandemie onemocnění covid-19 setkaly. Sestry nejčastěji uváděly, že rodina či sám klient nerespektovali povinnost nosit respirátor. Dále bylo jednotlivými sestrami zmiňováno kolabování klientů, náhlé úmrtí klienta na onemocnění covid-19 či zpětná informace o pozitivním klientovi. Tomu však lze předejít tím, že klient a jeho rodina budou informováni o povinnosti nahlásit přítomnost příznaků onemocnění covid-19 jak u klienta, tak u rodinných příslušníků, kteří jsou s klientem nebo se sestrou v kontaktu (Doporučení pro poskytovatele domácí zdravotní péče v souvislosti s epidemií onemocnění COVID-19, 2020). Sestra S4 se však s krizovou situací nesetkala.

Potvrdil a náš předpoklad vlivu na oblast poskytování ošetrovatelské péče u potenciálně nakaženého klienta, ale také u klienta pozitivního covid-19. Sestry ošetrovaly potenciálně nakaženého klienta onemocněním covid-19 stejným způsobem jako před pandemií. Sestra S6 zminila, že by se k potenciálně nakaženým klientům mělo přistupovat jako k nakaženým klientům. S tímto tvrzením souhlasíme. Treston (2020) připomíná také ochranu či uklidnění klientů, kteří mají oslabenou imunitu, a poskytování kvalifikované péče klientům s onemocněními, se kterými se běžně sestry setkávají.

Překvapily nás odpovědi některých sester, že v průběhu pandemie covid-19 nepečovaly o covid-19 pozitivního klienta. Ošetrovatelská péče o ně jim byla po dobu izolace přerušena, a proto musela péči zajistit rodina a další neformální pečovatelé. Tito lidé pečující o klienta, u něhož byla domácí péče přerušena z důvodu nakažení onemocněním covid-19, měli k dispozici informace, jak o něj pečovat. Arias Anaya et al. (2021b) sepsali doporučení pro domácí péči o pacienta s covid-19. Zahrnuje nejenom domácí léčbu, ale také sledování zdravotního stavu a zajištění základní potřeb klienta. Jones a Bowles (2020) však zmiňují pravý opak. Uvádí konkrétní ADP v New Yorku, která měla v péči přes 2000 klientů s onemocněním covid-19. Některé z dotazovaných sester se setkaly s klienty pozitivními na onemocnění covid-19, ale až zpětně se dozvěděly informaci o jeho pozitivitě. Ty, které přicházely ke klientovi již s jistotou jeho positivity, uvedly, že rozdílem v poskytování ošetrovatelské péče bylo nošení veškerých osobních ochranných pomůcek. Také tvrdily, že péče o klienta se musí zvládnout, jako za normálních podmínek. Jung et al. (2020) souhlasí s faktem, že v případě ošetrovatelské péče o klienty nakažené onemocněním covid-19, by se měly používat osobní ochranné pomůcky v důsledku kontaminace SARS-CoV-2 v různých oblastech. Zdůrazňují zakrytí hlavy a nohou a postup sundávání ochranných osobních pomůcek. Palipane et al. (2021)

doplňují, že pravidlem by měla být komunikace s klientem o cílech péče. I přes toto tvrzení se však odpovědi dotazovaných sester liší v případě, že sestra o klienta s prokázaným onemocněním covid-19 nepečovala. Videon et al. (2021) ve svém výzkumu zjistili, že většina návštěv sester domácí péče probíhala formou osobního kontaktu klienta se sestrou. Výjimkou byli klienti s prokázaným onemocněním covid-19, kteří měli těchto osobních návštěv méně.

V důsledku pandemie mohla nastat změna kvality ošetrovatelské péče. Všechny sestry odpověděly, že poskytovaly stejnou kvalitu ošetrovatelské péče. I přes to, že doba pandemie covid-19 byla velmi těžká pro každého, musely sestry vykonávat stejně kvalitní práci. Některé sestry přivedla otázka o kvalitě jimi poskytované péče do rozpaků. Poskytnutí stejně kvalitní ošetrovatelské péče chápou jako samozřejmost a součást profese sestry. Halcomb et al. (2020) však ve svém výzkumu zjistili, že až 35 % dotazovaných sester vnímalo kvalitu ošetrovatelské péče méně kvalitní než před pandemií covid-19. Zde se názory protínají. Sestry dále připomínaly nedostatečnou podporu a nedostatečnou mobilizaci klientů (Kaltwasser et al., 2021). S tímto tvrzením souhlasí odpovědi našich sester, které zmiňovaly odkládání či odmítání rehabilitací. I přesto si však myslí, že jejich poskytnutá ošetrovatelská péče klientům byla stejně kvalitní. Vogelsang et al. (2021) však tvrdí, že většina dotazovaných vnímala kvalitu poskytované ošetrovatelské péče jako dobrou. Stojíme si za názorem, že ošetrovatelská péče by měla být za jakýkoliv okolností poskytnuta stejně kvalitně. Z provedeného šetření vyplynulo, že ošetrovatelská péče poskytovaná dotazovanými sestrami byla z jejich subjektivního pocitu stejně kvalitní jako před pandemií. Myslíme si, že konkrétně v domácí péči, kdy sestra sama dojíždí za klienty, si právě ona bere na svědomí kvalitu a úroveň poskytované péče. Avšak nelze spoléhat jen na osobní odpovědnost. Domníváme se, že by měla probíhat kontrola práce sester ze strany vedoucích pracovníků ADP.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou vlivu pandemie onemocnění covid-19 na práci sester v agenturách domácí péče. Stanovili jsme tři cíle. Prvním cílem bylo zjištění, jak sestry agentur domácí péče zajišťovaly ošetrovatelskou péči o své klienty v době pandemie. Druhý cíl byl zaměřen na vliv pandemie na práci sester v agenturách domácí péče. Třetím stanoveným cílem bylo zjistit, s jakými krizovými situacemi se sestry agentur domácí péče setkaly v době pandemie. Pro dosažení těchto cílů jsme stanovili tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: „Jakým způsobem zajišťovaly sestry agentur domácí péče ošetrovatelskou péči o své klienty v době pandemie?“ Druhá výzkumná otázka: „Jak ovlivnila pandemie práci sester v agenturách domácí péče?“ Poslední výzkumná otázka zněla: „S jakými krizovými situacemi se sestry agentur domácí péče setkaly v době pandemie?“ Cíle byly splněny.

Z výsledků jsme zjistili, že se všechny sestry shodly v poskytování stejné ošetrovatelské péče, jak tomu bylo před pandemií onemocněním covid-19. Sestry uváděly pouze výjimku v nošení osobních ochranných prostředků. Při péči o klienty s onemocněním covid-19 především zmiňovaly nošení osobních ochranných pomůcek v širším rozsahu. Zjistili jsme, že pandemie nezasáhla jen do návštěv klienta či do samotného poskytování ošetrovatelské péče. Zmiňována byla kratší doba návštěv u klientů, ale také snaha sester o nepřítomnost rodiny v době jejich přítomnosti. Pandemie zasáhla také do změny organizace práce. V této oblasti bylo nejčastěji poznamenáno omezení kontaktu mezi sestrami z důvodu zamezení šíření nákazy. Pandemie ovlivnila také přístup některých sester ke klientům. Sestry byly více obezřetné a opatrné. V neposlední řadě jsme zjistili, že se sestry potýkaly s různými krizovými situacemi. Nejčastěji zmiňovaná situace zahrnovala nenošení osobních ochranných prostředků nejen klienty, ale také rodinou klienta v době přítomnosti sestry. Ke krizovým situacím bylo zařazeno i kolabování klientů či náhlé úmrtí klienta.

Získané výsledky z výzkumného šetření mohou být využity studenty nelékařských oborů, ale také sestrami z praxe. Poukazují na problematiku mnoha oblastí, které se týkají práce sester ADP v době pandemie onemocnění covid-19.

7 Seznam použité literatury

1. ADP ČR. 2020. *Výroční zpráva 2020*. [online]. Praha: ADP ČR [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/files/documents/eZDEzhEmWUQYnw9QSCwjJrex3kp8adkEfXTQzkwQ.pdf>.
2. ALDHOON, B., 2021. Zkušenost s péčí o pacienty s covidem-19 ve Velké Británii. *Vnitřní lékařství* [online]. 67(e3), e35-e40 [cit. 2021-10-27]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2021/03/17.pdf>.
3. ARIAS ANAYA, R. et al., 2021a. Domácí léčba Covid – 19. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 58-60. ISSN 1211-264x.
4. ARIAS ANAYA, R. et al., 2021b. *Léčba COVID-19 doma – rady lékaře* [online]. Praha: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP [cit. 2022-03-25]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/Covid2019/CovidLaickaEd0421.pdf>.
5. ARNETZ, J. E. et al., 2020. Personal Protective Equipment and Mental Health Symptoms Among Nurses During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 62(11), 892-897, doi: 10.1097/JOM.0000000000001999.
6. BABEČKA, J., GULÁŠOVÁ, I., 2021. Bariérové techniky v ošetrovateľskej starostlivosti. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľ'stva*. Košice: EQUILIBRIA, s. 20-26. ISBN 978-80-561-0846-8.
7. BALOGOVÁ, E., RYBÁROVÁ, D., 2021. Starostlivosť o covid-19 pozitívneho pacienta na oddelení anesteziológie a intenzívnej starostlivosti. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľ'stva*. Košice: EQUILIBRIA, s. 27-39. ISBN 978-80-561-0846-8.
8. BARRIO CORTES, J. et al., 2021. Atención primaria en el domicilio en el marco de la pandemia COVID-19 [Primary care at home in the framework of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria*, 53(3):101963, doi: 10.1016/j.aprim.2020.12.004.

9. BENCKO, V. et al., 2021. Historie infekčních nemocí – nekončící příběh. *Praktický lékař*. 101(2), 67-73. ISSN 0032-6739.
10. BENEŠ, J., NOVÁKOVÁ, D., 2021. Patogeneze covid-19: principy virové infekce a imunitní odpovědi. *Interv Akut Kardiol* [online]. 20(2), 73-77 [cit. 2021-10-29]. ISSN 1803-5302. Dostupné z: https://www.iakardiologie.cz/incpdfs/kar-202102-0003_10_001.pdf.
11. BÍLKOVÁ, S., HIRMEROVÁ J., 2020. Koagulopatie asociovaná s onemocněním COVID-19. *Vnitřní lékařství* [online]. 66(7), 402-408 [cit. 2021-10-29]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/07/01.pdf>.
12. BOHONĚK, M. et al., 2020. Výroba a použití rekonvalescentní plazmy pro léčbu COVID-19 s přihlédnutím ke zkušenostem v ÚVN Praha. *Čas. Lék. čes.* [online]. 159 (5), 175-180 [cit. 2021-10-29]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: [file:///C:/Users/anetk/Downloads/vyuziti_plazmy_pro_covid%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/anetk/Downloads/vyuziti_plazmy_pro_covid%20(2).pdf).
13. BONDARUKOVÁ, J., KRAUSE, M., 2020. Prevence infekcí spojených se zdravotní péčí v ošetrovatelské praxi. *Florence*. 16(5), 9-12. ISSN 1801-464x.
14. BUKÁČKOVÁ, J., 2011. Domácí péče u nás. *Ošetrovatelská péče*. 2(6), 4-6. ISSN 2336-11603.
15. ČERNOCKÁ, A., 2013. Agentury domácí péče. *Ošetrovatelská péče*. 4(4), 4-6. ISSN 2336-1603.
16. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
17. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
18. DIMUNOVÁ, L. et al., 2021. Covid-19 a bezpečnost pacienta. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľstva*. Košice: EQUILIBRIA, s. 53-60. ISBN 978-80-561-0846-8.

19. DLOUHÝ, P. et al., 2020. Covid-19: od diagnózy k terapii. *Acta medicae* [online]. 16(9), 68-80 [cit. 2021-10-20]. ISSN 1805-398x. Dostupné z: <https://docplayer.cz/200466929-Covid-19-od-diagnozy-k-terapii.html>.
20. DLOUHÝ, P. et al., 2021a. Manuál pro lékaře covidových oddělení. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 41-46. ISSN 1211-264x.
21. DLOUHÝ, P. et al., 2021b. *Následná péče o pacienty po Covid-19*. [online]. Společnost infekčního lékařství ČLS JEP [cit. 2021-12-03]. Dostupné z: https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/05/N%C3%A1sledn%C3%A1_p%C3%A9%C4%8De_o_pacienty_po_covid-19_2021_04_08.pdf.
22. FALVEY, J. R. et al., 2020. The Essential Role of Home - and Community - Based Physical Therapist During the COVID-19 Pandemic. *Phys Ther*. 100(7), 1058-1061, doi: 10.1093/ptj/pzaa069.
23. FAWAZ, M. et al., 2020. Nurses at the Front Line of COVID-19: Roles, Responsibilities, Risks, and Rights. *Am J Trop Med Hyg*. 103(4), 1341-1342, doi: 10.4269/ajtmh.20-0650.
24. GAVALIEROVÁ, Z. et al., 2021. *COVID-19, Edukácia dospelého pacienta*. Poprad: Infodoktor. 144 s. ISBN 978-80-973660-1-8.
25. GREBENYUK, V., TROJÁNEK, M., 2020. Nový koronavirus SARS-CoV-2 a onemocnění covid-19 pohledem infektologa. *Urgentní medicína* [online]. 23(4), 7-18 [cit. 2021-10-15]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/dokumenty/UM-4-2020_Grebenyuk-Trojaneck.pdf.
26. GRÜNEROVÁ, L. M. et al., 2021. Možnosti rehabilitace pacientů s onemocněním COVID-19. *Praktický lékař* [online]. 101(1), 27-31 [cit. 2021-11-24]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=18977bb7-c01f-4b50-8386-28dddbe30991%40sessionmgr4008>.
27. HAINER, R. et al., 2021. Klinický průběh onemocnění COVID-19 u rizikového pacienta. *Praktický lékař*. 101(3), 174-179. ISSN 0032-6739.

28. HALCOMB, E. et al., 2020. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *J Nurs Scholarsh.* 52(5), 553-563, doi: 10.1111/jnu.12589.
29. HAMPLOVÁ, L. et al., 2015. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena.* Praha: Triton. 264 s. ISBN 978-80-7387-934-1.
30. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele.* Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
31. HOLMEROVÁ, I. et al., 2015. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita.* Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
32. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry.* Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
33. 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.
34. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
35. HU, B. et al., 2021. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol.* 19(3), 141-154, doi: 10.1038/s41579-020-00459-7.
36. HUSA, P. et al., 2021. Následná péče o pacienty po covidu-19. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství.* 27(2), 47-48. ISSN 1211-264x.
37. CHEN, S. et al., 2020. Nursing Perspectives on the Impacts of COVID-19. *Journal of Nursing.* 28(3), 85, doi: 10.1097/jnr.0000000000000389.
38. CHRDLÉ, A., 2020. *Osobní ochranné prostředky u zdravotníků* [online]., [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=_GvCSX00I2E&t=1s.
39. CHRDLÉ, A. et al., 2021. Covid-19: diagnostika a léčba mimo nemocnice. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství.* 27(2), 36-40. ISSN 1211-264x.

40. IVANKOVÁ, V., BELOVIČOVÁ, M., 2021. Vplyv pandémie covid-19 na ošetrovatel'stvo. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovatel'stva*. Košice: EQUILIBRIA, s. 95-109. ISBN 978-80-561-0846-8.
41. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
42. JHU. 2022. *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)* [online]. USA: JHU [cit. 2022-25-04]. Dostupné z: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
43. JONES, C. D., BOWLES, K. H., 2020. Emerging Challenges and Opportunities for Home Health Care in the Time of COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association*. 21(11), 1517-1518, doi: 10.1016/j.jamda.2020.09.018.
44. JUNG, J. et al., 2020. Contamination of personal protective equipment by SARS-CoV-2 during routine care of patients with mild COVID-19. *Journal of Infection*. [online]. 81, e165-e167 [cit. 2022-03-22]. doi: 10.1016/j.jinf.2020.06.021. Dostupné z: <https://www.journalofinfection.com/action/showPdf?pii=S0163-4453%2820%2930402-3>.
45. KALTWASSER, A. et al., 2021. Querschnittsstudie zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der Versorgung von COVID-19-Patienten [Cross-sectional study of COVID-19 patients on working conditions and quality of care]. *Anaesthetist*. 70(9), 753-760, doi: 10.1007/s00101-021-00919-6.
46. KELLER, S. C. et al., 2020. Home Health Services in the Time of Coronavirus Disease 2019: Recommendations for Safe Transitions. *Journal of the American Medical Directors Association*. 21 (7), 998-1000, doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.022.
47. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*, 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

48. KOPECKÝ et al. 2021. *Postcovidový syndrom a péče v pneumologických ambulancích*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/10/Postcovidov%C3%BD-syndrom-a-p%C3%A9%C4%8De-v-pneumologick%C3%BDch-ambulanc%C3%ADch-aktualizovan%C3%A1-verze-ze-z%C3%A1%C5%99%C3%AD-2021.pdf>.
49. KORD, Z. et al., 2021. Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 0, 1-9, doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003001.
50. KRATOCHVÍLOVÁ, I., HELLEROVÁ, V., 2021. Specifika práce sestry na standardní covidové jednotce – ošetrovatelská péče u covid+ pacientů od těhotných až po paliativní péči. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovatel'stva*. Košice: EQUILIBRIA, s. 146-152. ISBN 978-80-561-0846-8.
51. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
52. MADZIOVÁ, S., JANÍKOVÁ E., 2013. Péče všeobecných sester o své zdraví. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 4(1), 546-552. ISSN 1804-2740.
53. MARKOVÁ, A. et al., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. vydání. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
54. MEJÍAS ESTÉVEZ, M. J., 2020. Atención primaria y domiciliaria al final de la vida en tiempos de COVID-19 [Primary and home care at the end of life in the COVID-19's time]. *Semergen*, 46(8), 507–509, doi: 10.1016/j.semerg.2020.08.003.
55. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
56. Mimořádné opatření č. 772, 2021. [online]. ČR. [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/tiskove-zpravy/w210830a-0772.pdf>.

57. Mimořádné opatření č. 917, 2021. [online]. ČR. [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/ochrana-dychacich-cest---cele-zneni-0917_1.pdf.
58. Mimořádné opatření č. 448, 2021. [online]. ČR. [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/maloobchody-0448_1.pdf.
59. MORAUČÍKOVÁ, E., 2021. Hygiena ruk zdravotnických pracovníků. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľ'stva*. Košice: EQUILIBRIA, s. 167-173. ISBN 978-80-561-0846-8.
60. MORLEY, G. et al., 2020. Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. *The Hastings Center report*. 50(3), 35-39, doi: 10.1002/hast.1110.
61. MZ ČR. 2011. *Souhrn: Směrnice SZO, hygiena rukou ve zdravotnictví*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17480/Hygiena_rukou_ve_zdravotnictvi%C3%AD_Prvn%C3%AD_glob%C3%A1ln%C3%AD_v%C3%BDzva\[1\].pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17480/Hygiena_rukou_ve_zdravotnictvi%C3%AD_Prvn%C3%AD_glob%C3%A1ln%C3%AD_v%C3%BDzva[1].pdf).
62. MZ ČR. 2012. *Pandemický plán rezortu zdravotnictví*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-11-29]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/pandemicky-plan-rezortu-zdravotnictvi/>.
63. MZ ČR. 2012. *Věstník MZ ČR*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-11-29]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/6452/36190/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2012.pdf>.
64. MZ ČR. 2019. *Rádce pacienta*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-11-28]. ISBN 978-80-85047-62-2 Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/04/Radce-pacienta_CZ_final_srpen_2020.pdf.
65. MZ ČR. 2020. *Doporučení pro poskytovatele domácí zdravotní péče v souvislosti s epidemií onemocnění COVID-19*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/doporuceni-pro-poskytovatele-domaci-zdravotni-pece-v-souvislosti-s-epidemii-onemocneni-covid-19/>.

66. MZ ČR. 2020. *Koncepce domácí péče*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf.
67. MZ ČR. 2020. *Osobní ochranné pracovní pomůcky*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-11-01]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Obl%C3%A9k%C3%A1n%C3%AD-osobn%C3%ADch-ochrann%C3%BDch-pracovn%C3%ADch-pom%C5%AFcek.pdf>.
68. MZ ČR. 2020. *Souhrn vlastností biocidního přípravku*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-12-3]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18814/40696/Souhrn%20vlastnost%C3%AD%20biocidn%C3%ADho%20p%C5%99%C3%ADpravku%20Anti-COVID.pdf>.
69. MZ ČR. 2020. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>.
70. MZ ČR. 2022. *COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2022-25-04]. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>.
71. MZ ČR. 2021. *Informace k očkování proti Covid-19 a distribuci očkovací látky do ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a pediatriů*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2022-01-29]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/08/Informace-k-o%C4%8Dkov%C3%A1n%C3%AD-proti-covid-19-a-distribuci-o%C4%8Dkovac%C3%AD-l%C3%A1tky-do-ordinac%C3%AD-praktick%C3%BDch-l%C3%A9ka%C5%99%C5%AF-pro-d%C4%9Bti-a-dorost-a-pediatr%C5%AF.pdf>.
72. MZ ČR. 2021. *Informace k očkování proti Covid-19 nezletilých zájemců o očkování – udělování informovaných souhlasů a přítomnost zákonného zástupce na očkovacím místě*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2022-01-29]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/09/Informace-o-o%C4%8Dkov%C3%A1n%C3%AD-nezletil%C3%BDch-ud%C4%9Blov%C3%A1n%C3%AD->

informovan%C3%BDch-souhlas%C5%AF-a-p%C5%99%C3%ADtomnost-na-o%C4%8Dkovac%C3%ADm-m%C3%ADst%C4%9B_rev-13-9-2021.pdf.

73. MZ ČR. 2021. *Koncepce ošetrovatelství*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf.
74. MZ ČR. 2022. *Metodický pokyn pro krajské hygienické stanice a Hygienickou stanici hlavního města Prahy k nařizování karantény a izolace v souvislosti s onemocněním Covid-19*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/02/Metodicky_pokyn_KHS_izolace_19022022.pdf.
75. ORLÍKOVÁ, H. et al., 2021. Protilátky proti SARS-CoV-2 u zaměstnanců Státního zdravotního ústavu v první vlně pandemie COVID-19 v České republice, duben až květen 2020. *Praktický lékař*. 101(3), 160-168. ISSN 0032-6739.
76. PALIPANE, N. et al., 2021. Advance care planning for patients with COVID-19: a communication guide. *Br.J.Hosp.Med(Lond)*. 82(4), 1-6, doi:10.12968/hmed.2020.0571.
77. PESKO, M. F. et al., 2018. Home Health Care: Nurse-Physician Communication, Patient Severity, and Hospital Readmission. *Helath Serv Res*. 53(2), 1008-1024, doi: 10.1111/1475-6773.12667.
78. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
79. PORTNOY, J. et al., 2020. Telemedicine in the Era of COVID-19. *The Journal of allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 8(5), 1489-1491, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>.
80. RADVAN, M. et al., 2021. Následná péče po prodělaném covidu-19 a její úskalí. *Vnitřní lékařství* [online]. 67(1), 30-35 [cit. 2021-11-10]. ISSN 1801-7592 Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2021/01/04.pdf>.

81. RUSKIN, K. J. et al., 2021. COVID-19, Personal Protective Equipment, and Human Performance. *Anesthesiology*. 134(4), 18-525, doi: 10.1097/ALN.0000000000003684.
82. SAMPAIO, F. et al., 2021. Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environmental research*. 194:110620, doi: 10.1016/j.envres.2020.110620.
83. SAUDEK, F., PICKOVÁ, K., 2020. Distanční léčba diabetu: Co mohou pacient, lékař a sestra zvládnout na dálku? *Vnitřní Lékařství* [online]. 66(2), e44-e48 [cit. 2022-03-10]. ISSN 1801-7592 Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/03/18.pdf>.
84. SINGHAL, T., 2022. The Emergence of Omicron: Challenging Times Are Here Again! *Indian J Pediatr*. 89(1), 1-7, doi: 10.1007/s12098-022-04077-4.
85. SLM ČLS JEP. 2021. *Průkaz nukleokapsidového antigenu SARS-CoV-2 v lidské séru*. [online]. Praha: SLM ČLS JEP [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: https://www.splm.cz/_download/0000017c-5fc8-d2ad-a37d-7fd8b8d50000.
86. SMETANOVÁ, J. et al., 2020. Principy a výhledy vakcinace proti viru SARS-CoV-2. *Čas Lék čes* [online]. 159(7-8), 298-302 [cit. 2021-10-29]. ISSN 1805 - 4420. Dostupné z: [file:///C:/Users/anetk/Downloads/journal_2_issue_5601-3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anetk/Downloads/journal_2_issue_5601-3%20(1).pdf).
87. SOOD, A., WALKER, J., 2020. The Promise and Challenge of Home Health Services During the COVID-19 Pandemic. *American family physician*, 102(1), 8–9, PMID: 32603072.
88. STERLING, M. R., 2020. Experiences of Home Health Care Workers in New York City During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Qualitative Analysis. *JAMA Intern Med*. 180(11), 1453-1459, doi: 10.1001/jamainternmed.2020.3930.
89. STUHLÍKOVÁ, K., PADYŠÁKOVÁ, H., 2018. Fyzická a psychická zátěž sester. *Ošetrovatelský obzor*. 15(3-4), 45-48. ISSN 1336-5606.

90. ŠEDO VÁ, L., 2020. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství: (pro obor Zdravotně-sociální péče)*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 95 s. ISBN 978-80-7394-822-1.
91. ŠKULEC, R., KALINA, M., 2020. Oxygenizační a ventilační podpora u pacientů s covid-19. *Urgentní medicína* [online]. 23(4), 21-25 [cit. 2021-11-29]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2020_4.pdf#page=21.
92. ŠTEFAN, M. et al., 2021a. Covid-19: diagnostika a léčba. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 61-87. ISSN 1211-264x.
93. ŠTEFAN, M. et al., 2021b. Očkování proti covidu-19. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 27(2), 49-57. ISSN 1211-264x.
94. ŠUPLEROVÁ, M., MACHOVÁ, A., 2013. Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Med. Praxi*. [online] 10(10), 353-354 [cit. 2021-11-10]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/10/11.pdf>.
95. ŠKVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
96. TREGONING, S. J. et al., 2020. Vaccines for COVID-19. *Clinical and experimental immunology*. 202(2), 162-192, doi: 10.1111/cei.13517
97. TRESTON, C., 2020. COVID-19 in the Year of the Nurse. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 31(3), 359-360, doi:10.1097/JNC.000000000000173.
98. TRNKOVÁ, L. et al., 2021. Vplyv pandémie Covid-19 na liečebnú výživu. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovateľstva*. Košice: EQUILIBRIA, s. 27-39. ISBN 978-80-561-0846-8.
99. TROJÁNEK, M. et al., 2020. Nový koronavirus (SARS-CoV-2) a onemocnění COVID-19. *Čas Lék čes* [online]. 159(2), 55-66 [cit. 2021-10-13]. ISSN 1805-4420 Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Robin-Sin/publication/341576392_A_novel_coronavirus_SARS-CoV-2_and_COVID-

19/links/5ee33189299bf1faac4e7dd2/A-novel-coronavirus-SARS-CoV-2-and-COVID-19.pdf.

100. TURALE, S. et al., 2020. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International nursing review*. 67(2), 164-167, doi: 10.1111/inr.12598.
101. VENGLÉŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
102. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
103. VIDEON, T. M. et al., 2021. Description, Health Care Utilization, and Outcomes for Home Health Care (HHC) COVID-19 Patients Early in the Pandemic: A Comparison to the General HHC Population. *Home health care management & practice*. 33(4), 296-304, doi: 10.1177/10848223211001307.
104. VITÁSKOVÁ, K., 2020. Potencjalny wpływ środków zapobiegających SARS CoV-2 (COVID-19) na percepcję i produkcję mowy. *Opinia logopedy. Logopedia Silesiana*. [online]. (9), 1-18 [cit. 2022-03-10]. ISSN 2391-4297. Dostupné z: <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2020.09.21>.
105. VOGELSANG, A. C. et al., 2021. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study. *Journal of nursing management*. 29(8), 2343 – 2352, doi: 10.1111/jonm.13392.
106. VZP ČR. 2020. *Organizační opatření 14/2020 – Informace pro poskytovatele domácí péče*. [online]. VZP ČR [cit. 2021-12-02]. Dostupné z: https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/covid-19/organizacni-opatreni_14_2020-domaci-pece.pdf.
107. XU, Yi. et al., 2020. Community nursing services during the COVID-19 pandemic: the Singapore experience. *British journal of community nursing*. 25(8), 390-395, doi: 10.12968/bjcn.2020.25.8.390.
108. YŮCE, M. et al., 2021. COVID-19 diagnosis – A review of current methods. *Biosens Bioelectron*. 172:112752, doi:10.1016/j.bios.2020.112752.

109. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení – 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
110. Zákon č. 371/2021 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2021. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 4562 – 4736. ISSN 1211-1244.
111. Zákon č. 94/2021 Sb., O mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19 a o změně některých souvisejících zákonů, 2021. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 38, s. 866 - 871. ISSN 1211-1244.
112. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007-2019* NZIS REPORT č. K/31 (08/2020), 2020. [online]. ÚZIS. [cit. 2021-11-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008341/nzis-rep-2020-k31-a089-domaci-zdravotni-pecce-2019.pdf>.

8 Seznam příloh

8.1 *Otázky polostrukturovaného rozhovoru se sestrami*

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jaká je celková doba Vaší praxe?
5. Jaká je délka Vaší praxe na pozici sestry v agentuře domácí péče?
6. Co je Vaší náplní práce v domácí péči?
7. Jaká opatření musíte dodržovat v souvislosti s minimalizací rizika nákazy koronavirem SARS-CoV-2 (Vaší i klientů)?
8. Jaké informace Vám byly poskytnuty k ochraně klientova zdraví v souvislosti s rizikem přenosu nákazy koronavirem SARS-CoV-2?
9. Jaké ochranné pomůcky bránící přenosu nákazy jste používala na počátku pandemie?
10. Jaké pomůcky bránící přenosu nákazy jste měla k dispozici v průběhu pandemie?
11. Jak jste se v ochranných prostředcích cítila/cítíte?
12. Jaký vliv měly Vaše ochranné pomůcky na poskytování ošetrovatelské péče?
13. Mohla byste popsat změny, které vznikaly v průběhu poskytování ošetrovatelské péče v průběhu pandemie?
14. Jakým způsobem jste ošetrovala pacienta s diagnostikovaným onemocněním covid-19?
15. Jakým způsobem jste ošetrovala potenciálně nakaženého pacienta?
16. Jaká nová opatření byla přijata pro poskytování domácí ošetrovatelské péče v důsledku probíhající pandemie?
17. Jak ovlivnila pandemie Vaši práci v agentuře domácí péče?
18. Jakým způsobem ovlivňuje pandemie Váš přístup ke klientům?
19. Jaký vliv měla pandemie na průběh návštěv v domácím prostředí?
20. Využívaly jste v rámci poskytování ošetrovatelské péče online konzultace s klientem či rodinou klienta z důvodu zamezení přenosu onemocnění covid-19?
21. S jakými krizovými situacemi jste se setkala v době pandemie?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

9 Seznam zkratek

ADP – Agentura domácí péče

AIDS – Syndrom získané imunitní nedostatečnosti

ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome (Akutní respirační selhání)

ARIP – Specializace v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

CMP – Cévní mozková příhoda

CRP – C - reaktivní protein

ČR – Česká republika

DNA – Deoxyribonukleová kyselina

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

PCR – Polymerázová řetězová reakce (Metoda pro zjištění přítomnosti viru onemocnění covid-19)

RNA – Ribonukleová kyselina

S – Sestra

SARS-CoV-2 - Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (Typ koronaviru)

TEN – Tromboembolická nemoc

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistik

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)