

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Libuše Krásná

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Izolační režim a vliv na psychiku klienta

Bakalářská práce

2024

Libuše Krásná

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Libuše Krásná**  
Osobní číslo: **Z21288**  
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Izolační režim a vliv na psychiku klienta**  
Téma práce anglicky: **Isolation regime and its impact on the client's psyche.**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného řešení dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BENEŠ, J., 2009. Infekční lékařství. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-44
- ČERNÝ, Zdeněk. Infekční nemoci: jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 2.přepřac. a rozš. vyd., 284 str., ISBN 97880-7013-480-1.
- KUČERA, Dalibor. Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.
- MIKŠÍK, O. Psychologie hromadného chování: Sociálně psychologické jevy v mimořádných psychických zátěžích hromadné povahy. 1980. Praha, Česko: Univerzita Karlova v Praze.
- PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

L.S.

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Izolační režim a vliv na psychiku klienta* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 4. 2024

Libuše Krásná v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. et Mgr. Michalu Kopeckému za trpělivou pomoc, metodické vedení a podporu, dále vedení Odborného léčebného ústavu Albertinum v Žamberku a lékařům infekčního oddělení za umožnění realizace praktické části. Dále chci poděkovat všem respondentům průzkumu za to, že mi věnovali svůj čas a sdíleli otevřeně své pocity a zkušenosti.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá tématem izolačního režimu a jeho vlivu na psychiku klienta v kontextu současného zdravotnictví. Práce se opírá o historický vývoj izolačních opatření, legislativní rámec a psychologické aspekty izolace. Detailně zkoumá psychické dopady, které může mít izolační režim na jedince, včetně pocitů osamění, úzkosti a depresi. Na základě rozhovorů s pacienty a lékaři, analyzovaných metodou otevřeného kódování, identifikuje klíčové faktory ovlivňující zkušenost a pohodu pacientů v izolaci. Práce zdůrazňuje důležitost efektivní komunikace a psychosociální podpory jakožto prostředků k snížení negativních dopadů izolace. Cílem práce je nejen přispět k hlubšímu porozumění problematice, ale také navrhnout možná zlepšení v péči o pacienty v izolaci, aby se co nejvíce zmírnil negativní dopad izolace na jejich psychické zdraví.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Izolační režim, Infekční onemocnění, Psychické dopady izolace, Well-being, Komunikace s pacientem, Ošetrovatelská péče, Kazuistika.

## **TITLE**

Isolation regime and its impact on the client's psychological well-being

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis explores the theme of isolation regimes and their impact on the mental well-being of clients within the contemporary healthcare context. It builds upon the historical development of isolation measures, the legislative framework, and the psychological aspects of isolation. The thesis thoroughly examines the mental health impacts that isolation regimes can have on individuals, including feelings of loneliness, anxiety, and depression. Through interviews with patients and doctors, analyzed using the method of open coding, it identifies key factors affecting the experience and well-being of patients in isolation. The thesis emphasizes the importance of effective communication and psychosocial support as means to mitigate the negative effects of isolation. The goal of the work is not only to contribute to a deeper understanding of the issue but also to suggest possible improvements in the care of patients in isolation to minimize the negative impact of isolation on their mental health.

## **KEYWORDS**

Isolation regime, Infectious diseases, Mental health impacts of isolation, Well-being, Communication with the patient, Nursing care, Case study.



## **Izolační režim a vliv na psychiku klienta**

# OBSAH

Úvod .....	1
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	3
1.1 Hlavní cíle práce .....	3
1.2 Dílčí cíle průzkumné části práce .....	3
1.3 Metody k dosažení cíle.....	3
2 HISTORICKÝ VÝVOJ IZOLACE V MEDICÍNĚ .....	4
3 SOUČASNÁ LEGISLATIVA.....	6
3.1 Základní pojmy .....	6
3.2 Zákony nařizující izolaci pacienta .....	7
4 IZOLAČNÍ REŽIM V PRAXI.....	10
4.1 Začátek izolačního režimu .....	10
4.2 Průběh hospitalizace .....	11
4.3 Ochrana personálu .....	12
4.4 Indikace s povinným hlášením .....	12
5 NEJČASTĚJŠÍ INDIKACE PRO IZOLACI .....	17
6 DODRŽOVÁNÍ BARIÉROVÉHO REŽIMU .....	23
6.1 Izolace .....	23
6.2 Ochranné pomůcky .....	24
6.3 Mytí rukou .....	24
6.4 Dezinfikování.....	25
6.5 Sterilizace.....	25
6.6 Manipulace s použitým prádlem.....	26
6.7 Manipulace s odpadem a úklid .....	26
7 MOŽNÉ PSYCHICKÉ OBTÍŽE PACIENTA BĚHEM IZOLAČNÍHO REŽIMU.....	27
7.1 Základní potřeby pacienta.....	27
7.2 Psychické potřeby .....	27
7.3 Emocionální zátěž izolace .....	29
7.4 Psychické potíže pacientů v izolaci.....	31
7.4.1 Způsoby měření psychických potíží.....	32
8 PRŮZKUMNÁ ČÁST .....	33
8.1 Cíle a průzkumné otázky .....	33
8.1.1 Hlavní cíl průzkumné části.....	33
8.1.2 Vedlejší cíle .....	33
8.1.3 Průzkumné otázky.....	34

8.2	Metodika .....	34
8.2.1	Metody sběru dat.....	34
8.2.2	Výběr respondentů a charakteristika .....	35
8.2.3	Etický aspekt průzkumu .....	37
8.2.4	Znění otázek rozhovoru.....	38
8.2.5	Analýza metodou otevřeného kódování .....	38
8.3	Analýza rozhovorů s pacienty.....	39
8.3.1	Rozhovory při zahájení izolace .....	39
8.3.2	Rozhovory po týdnu izolace.....	43
8.3.3	Rozhovory na konci izolace .....	48
8.4	Vyhodnocení rozhovorů .....	53
8.5	Analýza rozhovoru s psychiatrem.....	54
8.6	Vyhodnocení rozhovoru s psychiatrem .....	56
9	DISKUSE.....	58
9.1	Limity této práce .....	61
10	ZÁVĚR .....	62
	<b>LITERATURA A ZDROJE .....</b>	<b>63</b>
	<b>PŘÍLOHA .....</b>	<b>68</b>

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 – Tabulka: Přehled respondentů .....	35
Tabulka 2 – Kategorie: Potřeba kontaktu s blízkými .....	39
Tabulka 3 – Kategorie: Reakce na novou situaci .....	39
Tabulka 4 – Kategorie: Obavy ohledně situace venku .....	40
Tabulka 5 – Kategorie: Strategie zvládnání stresu .....	40
Tabulka 6 – Kategorie: Projevy duševních potíží.....	40
Tabulka 7 – Kategorie: Percepce hospitalizace .....	41
Tabulka 8 – Kategorie: Sociální kontakty .....	43
Tabulka 9 – Kategorie: Emoční stav týdnu izolace .....	43
Tabulka 10 – Kategorie: Specifické obavy a stresory .....	44
Tabulka 11 – Kategorie: Strategie zvládnání stresu .....	44
Tabulka 12 – Kategorie: Projevy duševních potíží.....	44
Tabulka 13 – Kategorie: Percepce izolace.....	45
Tabulka 14 – Kategorie: Aktuální stav .....	48
Tabulka 15 – Kategorie: Zpětné hodnocení izolace – stresory.....	49
Tabulka 16 – Kategorie: Zdroje .....	49
Tabulka 17 – Kategorie: Celkové zpětné hodnocení izolace.....	49
Tabulka 18 – Kategorie: Výhled do budoucna .....	50
Tabulka 19 – Kategorie: Odbornost a motivace .....	54
Tabulka 20 – Kategorie: Specifika pacientů v izolaci .....	54
Tabulka 21 – Kategorie: Doporučení pro péči o pacienty v izolaci .....	56

## **SEZNAM ZKRATEK**

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
UPCE	Univerzita Pardubice

## Úvod

V současné době stále více přicházíme do kontaktu s různými aspekty izolace, ať už z důvodu léčby infekčních onemocnění nebo jako preventivní opatření v rámci veřejného zdraví. Izolace, ačkoli nezbytná pro ochranu veřejného zdraví a zabránění šíření infekčních onemocnění, může mít zásadní dopad na psychiku a celkové pohodlí izolovaných jedinců. Tato bakalářská práce se zaměřuje na analýzu psychických dopadů izolačního režimu na jedince, kteří byli v důsledku infekčních onemocnění umístěni do izolace.

V teoretické části práce nejprve popíšeme historický vývoj a vývoj zákonů, které izolaci pacientů upravují. Historie izolačního režimu je popsána od jejích počátků v 18. století, kdy byla zavedena první opatření k izolaci pacientů s infekčními onemocněními, až po současnost, kde je izolace regulována řadou zákonů a nařízení. Důležitou součástí práce je analýza současného legislativního rámce, včetně zákonů a vyhlášek, které stanovují pravidla pro izolaci pacientů, ochranu veřejného zdraví a práva pacientů během izolačního režimu. Zaměříme se na to, v jakých situacích a u jakých diagnóz může být izolační režim indikován a jaké další prostředky jsou využívány k prevenci přenosu infekční nemoci.

Tento vědomostní základ nám pomůže lépe pochopit obsah poslední kapitoly teoretické části. Ta se zaměřuje na potřeby pacienta v izolačním režimu, jeho emocionální stav a možné psychické obtíže spojené s izolačním režimem, jako jsou pocity osamění, úzkosti, depresivní stavy a pocit ztráty kontroly nad vlastním životem. Tyto obtíže jsou diskutovány v kontextu základních psychosociálních potřeb člověka a způsobů, jakými může izolační režim popsaný v předchozích kapitolách tyto potřeby omezit.

V průzkumné části budou provedeny polostrukturované rozhovory s pacienty hospitalizovanými na infekčním oddělení. Rozhovory budou prováděny ve třech fázích s každým pacientem: na počátku izolace, v průběhu a na konci. Následně bude proveden rozhovor s odborným lékařem – psychiatrem, který by měl zodpovědět otázky ohledně vážných psychiatrických komplikací izolace a ohledně jejich léčby. Všechny rozhovory budou analyzovány metodou otevřeného kódování.

Pokusíme se co nejvíce porozumět prožívání, postojům a hodnotám pacientů v izolačním režimu a co nejlépe popsat, jakým obavám a potížím v dané situaci lidé čelí. Tato zjištění následně porovnáme s informacemi z rozhovoru s lékařem. Následně bude provedeno shrnutí zjištění průzkumné části této práce a diskuse s odbornou literaturou. Výstupem práce by měla být doporučení, jak s pacienty v izolačním režimu lépe komunikovat a jak jim pomoci

kompensovat negativní faktory plynoucí z izolace. Tyto informace by měly pomoci zefektivnit péči o tyto pacienty a předcházet rozvoji závažných psychických problémů komplikujících léčbu základního onemocnění a vyžadujících psychiatrickou intervenci.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Hlavní cíle práce**

- Hlavním cílem teoretické části vytvořit teoretický podklad pro vytvoření otázek do průzkumné části a pro dostatečně odborný úvod do problematiky.
- Hlavním cílem průzkumné části je popsat vliv a dopady izolačního režimu na pacienty a na základě získaných dat navrhnout možná zlepšení v péči o tyto pacienty a v prevenci a včasném rozpoznání psychických potíží během izolace.

## **1.2 Dílčí cíle průzkumné části práce**

- Popsat vývoj psychického stavu pacientů a definovat jejich hlavní obtíže na začátku, v průběhu a na konci izolace.
- Identifikovat klíčové faktory na straně nemocnice a chování personálu, které ovlivňují psychickou pohodu pacientů podstupujících izolační režim.
- Identifikovat klíčové faktory na straně samotných pacientů, které ovlivňují psychickou pohodu pacientů a předpovídají riziko psychických komplikací během indikované izolace.

## **1.3 Metody k dosažení cíle**

Teoretická část byla realizována formou rešerše odborné literatury zabývající se problematikou izolace z hlediska medicínského, právního a zejména psychologického. K rešerši byly využity české i zahraniční odborné publikace a výzkumy na dané téma.

V praktické části byly provedeny strukturované rozhovory s pacienty s indikovanou izolací a také s odborným lékařem – psychiatrem, který se věnuje péči o pacienty v izolaci, kteří mají psychické problémy. Záznamy rozhovorů byly následně přepsány a analyzovány pomocí metody otevřeného kódování.



## 2 HISTORICKÝ VÝVOJ IZOLACE V MEDICÍNĚ

Dějinné souvislosti izolačního režimu se uvádějí už během 18. století, kdy se rozšířily nemoci, kupříkladu břišní tyfus, spála, černé neštovice, pohlavní nemoci a chřipková onemocnění. Měly nemalé důsledky na úmrtnost v tomto období. Místní obyvatelé se v tehdejších podmínkách s nízkou hygienou snažili dezinfikovat a modlit k tzv. sv. Rochu anebo k církvi, která vybrala ochranného patrona podle druhu epidemie. Elitní vrstva se snažila v co nejkratší době utéct z města, které taková epidemie zasáhla. Došlo k blokaci obchodního i cestovního stykání (Mikšík, 1980).

V Praze použili metodu izolace u těch, kteří onemocněli. Nejednalo se o izolaci, kterou zná současný zdravotnický systém. V tomto případě byli nemocní na daném místě ponecháni bez jakékoliv pomoci (Kazimour, 2016, s. 3). Lze nalézt i starší prameny uvádějící izolační režim, které sahají až do roku 1127 v Benátkách, kde se potýkali s Leprou. Už v této době se zaváděla karanténa nemocných. Trvala dlouhou dobu, a proto se užívalo označení italského původu „quaranta giorni“, neboli „čtyřicet dnů“. V práci se zabývám také poměrně dlouhou karanténou. Tam trval izolační režim čtyřicet dnů, během kterých byli lidé odděleni při podezření na infekční onemocnění (Mackowiak a Sehdev, 2002). Úlohu izolačního režimu měly na starosti karanténní stanice i středověká leprosária určená pro nemocné. Tuto myšlenku podpořil církevní koncil z Lyonu roku 583. Provozovaly se po dlouhou dobu, půldruhého století. Jedno z nich bylo vybudováno na ostrově u Kréty, kam byli nemocní umístěni a provozovalo se do roku 1956. Také na havajském ostrově bylo zprovozněno karanténní zařízení provozující tuto činnost do roku 1969. Také se lze v historii setkat s informací izolací celých měst. K první izolovaným městům patřil Dubrovník okolo roku 1377 kvůli vlekoucí se epidemii moru. Města tak byla zcela odříznuta od okolního světa a obyvatelé vystaveni velkému stresu (Paulík, 2017).

V 16 a 17. století záznamy vypovídají o takových izolacích měst, v nichž tráva zarůstala i mezi dlažebními kostkami měst i na nejvíce aktivních ulicích Londýna (Petr, 2020). Během 16. století pak zaznamenala Evropa různé epidemie. Řadí se k nim mor, španělská chřipka či cholera. Lidé umírali a v důsledku těchto nemocí došlo k přehlížení dětských vážných onemocnění, ke kterým patřil například černý kašel a spalničky. Vyskytovala se tuberkulóza, variola nebo syfilis. Nebyl k dispozici účinný preventivní prostředek. Zlomovým obdobím byl rok 1796, kdy byla snaha očkovat vůči výskytu neštovic. Velký zlom lze datovat do druhé poloviny 19. století, díky rozvoji mikrobiologie. Díky průkopníkům, kterými byl Louis Pasteur

a Robert Koch, kteří prokázali infekční přenos mikroorganismů, mohl nastat nemalý pokrok. Jako zlomovou ochranu vůči nemoci bylo možné považovat vynález vakcíny vůči antraxu anebo vzteklině roku 1855 (Beneš, 2009).

V československém období byl již stanoven propracovaný systém zabráňující přenosu infekčních chorob, který byl přejat ze Sovětského svazu. Došlo k rozsáhlým programům s očkováním a užívali se pravidla k likvidaci infekce, identifikace zdroje nákazy. Zabránilo se přenosu pravých neštovic (Rozsypal a kolektiv, 2013). Obrat nastal i po druhé světové válce, kdy se rozvinulo infekční lékařství. Zakladatelem byl Jaroslav Procházka (Rozsypal a kolektiv, 2013). Infekční lékařství se adaptovalo do podoby moderní medicíny (Beneš, 2009).

### 3 SOUČASNÁ LEGISLATIVA

Povinnost izolace a její nařízení vyplývá z příslušné legislativy a daných vyhlášek. Oddělení mají k tomu dále určené standardy i pravidla, které je důležité dodržet a která jsou postavena na příslušné legislativě. Zdravotnická zařízení i nemocnice mají povinnost infekční onemocnění, která jsou uváděny k hlášení, co nejdříve ohlásit a zařídit dostatečný hygienicko-epidemiologický postup pro ochranu pacienta i zabránění rozšíření infekčního onemocnění (zpracovatel).

#### 3.1 Základní pojmy

**Izolace:** Izolací se rozumí zavedení opatření, které zabraňuje rozšíření mikroorganismů, které jsou infekční a poškozují zdraví člověka. Jsou přenosná na další osoby, přičemž nezáleží, zda má pacient symptomy, pokud je přenašečem infekčního onemocnění (Řehořová, 2007, s. 104).

**Dezinfekce:** Proces dezinfikování znamená zničení mikroorganismů prostřednictvím chemických a fyzikálních pomůcek. K čištění daných povrchů se užívá předem určený dezinfekční prostředek. Mimo prostředí, ve kterém se dezinfekce provádí, se provádí i dezinfekce rukou. Dezinfekčních prostředků v současnosti existuje velké množství (Filausová, 2013).

**Dekontaminace:** Dekontaminací se rozumí metody, které mají odstranit bezpečným způsobem látku, která není považována za bezpečnou. Cílem je snížit účinek kontaminantu co nejvíce na rovinu, která neohrozí zdraví okolí. Nejen lidí, ale i zvířat. Jedná se o zabránění šíření kontaminace. Ohroženým osobám se poskytuje neodkladná přednemocniční péče (Zákon č. 374/2001 Sb.).

**Infekční onemocnění:** Infekční onemocnění znamená proniknutí škodlivých mikroorganismů, virů, bakterií, plísní a chlamydií, rickettsií, do člověka. Tyto mikroorganismy vniknou do lidského těla různorodou cestou, jako například díky pohlavnímu styku anebo přenosem v krvi, infikují dalšího člověka. V lidském organismu dojde k jejich rozmnožení a po uplynutí dané inkubační doby se objeví příznaky typické pro dané onemocnění (Hradecká, 2011).

Specifický odpad: Specifickým odpadem je myšlen infekční materiál označený kódem 180103. Spadají sem všechny předměty a materiály, pomůcky, které jsou kontaminovány biologickým materiálem, a to i u jednorázových pomůcek pro ochranu, k nimž spadají rukavice a jiné osobní pomůcky pro ochranu před rozšířením nákazy (Hradecká, 2011).

### **3.2 Zákony nařizující izolaci pacienta**

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v paragrafu 54 odstavci 1 a 2 tohoto zákona uvádí, jak povinnost nahlášení osoby, která je infekční, místo, kde se nalézá, tak jmenuje pravidla týkající se ukončení izolace. Jmenuje podmínky, podle kterých je nutné, aby byla vyloučena infekční nákaza po opuštění zdravotnického zařízení (Ministerstvo zdravotnictví, 2000). Zákon ukládá zdravotnickému zařízení povinnost zjistit danou infekci a u původců záškrtu či kmenů virových zánětů jater to musí oznámit bez prodlevy. Uvádí povinnosti, u jakých typů nálezů má povinnost zdravotnické zařízení ohlášení. Řadí se sem kupříkladu alimentární onemocnění či markery virových hepatitid a další infekční onemocnění, k jejichž průkaznosti dojde pomocí serologických vyšetření určených ke stanovení infekčního onemocnění anebo je prokázán pozitivní mikrobiologický nález (Uherek, 2008, s. 104).

Infekční nemoc, u které je nařízena izolace pacienta, který je infekční, se řídí vyhláškou Ministerstvem zdravotnictví č. 195/2005 Sb. A obsahuje je příloha č. 2. Umožňuje-li to klinický obraz pacienta, je takový pacient upřednostněn k hospitalizaci s povinností izolace na KIL či s tuberkulózou na KLTRN či na KO (pro nemocné se syfilis v období I. a II. stupně anebo trachomem (Hradecká, 2011).

Izolace je nařízená ze zákonných důvodů a v případě změny je nahlášeno nařízení, které legální cestou takovou změnu umožní. Kupříkladu během pandemie COVID 19 bylo potřeba nahlásit novelizaci, která se týká izolačního režimu pacienta. K takovéto úpravě přistoupilo Ministerstvo zdravotnictví, které uvedlo, že ukončení izolace u lidí s prokázaným patogenem, který vyvolává nemoc zvanou COVID 19, proběhne podle novely vyhlášky číslo 101/2022 Sb., která bude platná od 20. dubna roku 2023 (Ministerstvo zdravotnictví, 2023).

To neznamená, že u případů, kde je buď izolace nezbytná v rámci nemoci COVID 19, nedojde k jejímu nařízení pobytem v nemocnici a tím také bude zajištěna ochrana v rámci zdraví veřejnosti. Pokaždé se pečlivě zvažuje riziko rozšíření nákazy, a to zejména v zařízeních, která poskytují sociální i zdravotní služby a ve kterých se vyskytují i rizikové skupiny pacientů (Ministerstvo zdravotnictví, 2023).

Dalším důležitým zákonem je č. Zákon č. 372/2011 Sbírky. Tento zákon se věnuje zdravotním službám a uvádí podmínky za kterých jsou poskytnuty. Tento zákon je významný k udržení kvality zdravotních služeb i možné kontrole poskytované péče. Dostačující kontrola musí být také u pacientů v izolaci, kteří mají nárok na dostatečnou kvalitně poskytnutou službu (Zákon č. 372/2011 Sb.). Jejich izolace si žádá nároky na jejich psychickou stránku, a tak je důležité naplnit tyto podmínky a nezapříčinit, aby měl pacient pocity neposkytnutí kvalitní služby, když si hradí zdravotní pojištění, díky kterému máme vytvořen v České republice funkční zdravotní systém také pro lidi, kteří mají infekční onemocnění (Slaměník, 2011).

V tomto zákoně se pojednává o poskytnutí hospitalizace pacienta také bez jeho souhlasu, pokud je potřebná jeho izolace ze zákonných důvodů v § 38. Vyšetření zdravotního stavu může být v takovém případě nařízeno také soudně. Zákon pomýšlí také na situaci, kdy se objeví péče, kterou není možné odkládat a pacient nebude ve stavu, aby mohl souhlas s izolací projevít. Jedná se o služby, které jsou nutné pro záchranu života a jeho ochranu. K tomuto účelu byl vytvořen zmíněný zákon i zákony a nařízení, který byly prezentovány v textu výše a tvoří nedílnou součást prevence, která brání rozšíření nákazy v rámci republiky a chrání tak obyvatele, kteří nemají infekční onemocnění (Kučera, 2013).

Proto byl vydán dokument ze stran Ministerstva zdravotnictví, který umožní některým pacientům s infekční nemocí léčbu v domácím prostředí za předem stanovených podmínek. Poskytovatel přitom musí spolupracovat s místně příslušným orgánem, který zastává ochranu veřejného zdraví. Tato domácí léčba je vyhodnocena u případů, kde nehrozí rozšíření infekčního onemocnění na další osoby, které by mohli být nemocí ohroženy, jak uvádí dokument ministerstva (Vyhláška č. 389/2023 Sb.). To neznámá, že u části nemocných nebude hospitalizace nezbytná a bude se řídit legislativními úpravami v případě izolace infekčních pacientů, kteří by mohli závažným způsobem ohrozit zdraví obyvatel České republiky (Vyhláška č. 389/2023 Sb.).

Podle seznamu nemocí, u kterých je terapie povinnou, se nalézá 20 bodů, kupříkladu u cholery, moru, záškrty, úplavice či syfilis, a obecně řečené ostatní infekce, které podléhají nahlášení také Světové zdravotnické organizaci. Do seznamu specifických onemocnění přibyly kupříkladu spalničky či černý kašel, který je v akutní fázi a kapavka či další infekce, které se přenášejí pohlavní cestou (Vyhláška č. 389/2023 Sb.).

Vyhláška upravuje změny, jakými se bude hlásit infekční onemocnění do určených registrů. Také v této oblasti nastala potřebná elektronizace k usnadnění ohlašovacích povinností a pro

přehled nemocí, se kterými se daný region nejvíce potýká (ČTK, 2023). Legislativní úpravy jsou nezbytnou součástí civilizované zdravotnické etapy, která se v porovnání s historií proměnila do podoby, která je ohleduplná k pacientům, kteří jsou na podkladě nařízené izolace izolováni na infekční oddělení a mají problémy, které je důležité řešit a zabránit rozšíření nebezpečného onemocnění do okolí (Kučera, 2013).

U výjimky, kde je povolena domácí péče a pacient je infekční, byly pro dodržení bariérových postupů zavedeny postupy, které se odvíjejí s užitím technologií, které mohou zprostředkovat informaci lékaři, že pacient izolaci dodržuje a je samostatný v dodržení postupů terapie, které vytváří záruku, aby po propuštění z domácí izolace nerozšířil infekční onemocnění. K tomuto účelu byla užitá i současná aplikace WhatsApp, díky které spolu ošetřující lékař a pacient v domácí izolaci komunikují. Tím je méně zatížen zdravotní systém a jsou zavedeny příznivé změny v době, kdy podle některých odborníků tu bude infekční onemocnění COVID 19 v populaci ještě několik let (ČTK, 2023).

Ve zdravotnických zařízeních tak zbývá prostor pro ošetřování ostatních pacientů s infekčními nemocemi, k nimž lze řadit například tuberkulózu, která je identifikována také v České republice a jedná se o onemocnění, které je třeba hlídat, monitorovat a bránit rozšíření jeho nákazy. U bezdomovců může být problém hlášení, jelikož nedochází na pravidelné kontroly, a tak u této i jiných infekčních nemocí je nutné počítat, že incidence je pokaždé o něco vyšší než záchyt daných infekčních onemocnění (Kučera, 2013).

## 4 IZOLAČNÍ REŽIM V PRAXI

Pacienti, kteří mají infekční onemocnění, mají nařízenou povinnou izolaci vyplývající z legislativních úprav, na základě příslušných zákonů a vyhlášek, kterými se řídí daná nemocniční zařízení. Pacienti jsou izolováni na určených odděleních nemocnic a pokud to jejich zdravotní stav neumožní, jsou izolováni za daných pravidel a standardů na jiném oddělení. V každém případě jsou dodrženy hygienicko-epidemiologická pravidla. A to i u pacientů, kteří nemají nařízenou povinnou izolaci, ale je důležité je izolovat na ZP a přizpůsobit jejich pobyt danému onemocnění, aby nedošlo k rozšíření onemocnění na jiné osoby. U MRSY je povinná izolace pokaždé. V případě potřeby jsou vytvořeny osamocené izolační pokoje (Hradecká, 2011).

### 4.1 Začátek izolačního režimu

Při izolaci pacienta má zdravotnické zařízení povinnosti, které vedou k prokázání, potvrzení infekčního onemocnění. Zaznamenávají se základní symptomy i klinické symptomy charakterizující specifické onemocnění. Dále se odebírá materiál k prokázání infekce. Je důležité neodsouvat tuto fázi, jelikož zahájení včasné léčby po stanovení diagnózy je pro pacienta velmi důležité. Včasné zahájení umožní laboratorní výsledky. Díky tomu lze nastavit účinná opatření současně s nejlepší terapií (Štětina a kolektiv, 2014).

Také je důležité nezapomínat na poznatky délky inkubační doby. Pomůže to stanovit původce nákazy, stanoví období nakažlivosti, i riziko a je možné učinit dostatečná epidemiologická opatření (Řehořová, 2007). Tradiční izolace je doprovázena odběrem potřebných vzorků k určení infekčního onemocnění. Významné je odebrat vzorky také u osob, které přišly do kontaktu s osobou, která má infekční onemocnění nebo je u ní podezření na takové onemocnění. Izolace a likvidace infekčního přenosu se provádí na daném místě (Štětina a kolektiv, 2014).

Během izolačního režimu se provádí observace, která zahrnuje určité činnosti. Spadá k ní zajištění omezení pohybu u osob exponovaných, aby se zabránilo šíření nákazy na jiné osoby, kupříkladu ve škole. Také je nutné omezit kontakt s osobou, u které je prokázána infekční nákaza s osobami exponovanými, u kterých nemusí být infekce prokázána. Důležitá je izolace zavčasu, rychlé odebrání důležitých vzorků a včasná hospitalizace lidí, co jsou infekcí zasaženi. Také je důležitá profylaxe a aplikace léčivých látek, kupříkladu imunoglobulinů (Řehořová, 2007).

Také se nesmí zapomínat na ohnisko nákazy, ve kterém musí být provedena důležitá dezinfekce, která má zabránit přenosu infekčního onemocnění. Užití ochranných pomůcek i likvidování infekčního materiálu podle daných postupů je významnou aktivitu, aby se zabránilo nákaze u dalších osob, a to i při hospitalizaci (Štětina a kolektiv, 2014, s. 327). Pacient musí být řádně poučen o dezinfikování a režimu, který zabrání rozšíření infekce na další osoby. Také mu má být sděleno, že dezinfekce prostor proběhne třikrát denně, včetně podlah, umyvadla, kohoutků nebo záchodových prostor (Řehořová, 2007, s. 104).

## **4.2 Průběh hospitalizace**

Během hospitalizace pacienta na infekčním oddělení platí určitá pravidla a standardy, které se týkají zajištění bezpečnosti pro pacienta i okolí, aby se předešlo rozšíření infekčního onemocnění. Zaměstnanci, kteří se starají o pacienta na izolačním boxu, dodržují předem stanovená pravidla. K nim se řadí nevynášet pomůcky z tohoto boxu, jeho řádné označení, aby do něho nevstoupily neinfekční a neurčené osoby. Nesmí se zapomínat zavírat dveřní vstup na izolační box (Veverková a kol., 2019).

Pacienti v izolaci se při vizitě nechávají nakonec vizit daného oddělení. Záleží, zda je celé oddělení určené k léčbě infekčních nemocí a je určeno pouze pro pacienty s infekcí či se jedná o jediný box na daném oddělení, anebo jsou zde boxy, které nejsou infekční. Také na infekčním oddělení je důležité zabránit nákaze u pacientů, kteří již nevyklučují daný patogen a nejsou virulentní. Infekčnost pacienta musí být řádně uvedena v jeho chorobopisu. Předání informací je klíčové a je to prevence vůči rozšíření infekce na jiné osoby (Saibertová a kol., 2017).

Všechny potřebné pomůcky, které pacient užívá, mají sloužit pouze k jeho potřebě. Kupříkladu teploměr, močová láhev či potřeby pro osobní hygienu a další pomůcky, které pacient užívá. Také například tonometr, převazový materiál a další. Před samotným vstupem na pokoj se provádí řádná dezinfekce rukou a užívají se účinné ochranné prostředky, jako například rukavice, pláštěnka, anebo ústenka či návleky určené pro obuv (Saibertová a kol., 2017).

Osobní prádlo se ukládá do obalů, které jsou nepropustné. Například igelitové pytle. Ty také musí být značeny jako infekční. Z izolačního boxu se nevynášejí jakékoliv pomůcky a také se provádí dekontaminace a dezinfekce. V současnosti se k ošetření pacienta užívají jednorázové pomůcky jako prevence před rozšířením infekčního onemocnění. Úklid daných prostor a jejich dezinfekce je realizována třikrát za den. Také je důležité znát a dodržet manipulaci s infekčním materiálem (Veverková a kol., 2019, s. 31).



### 4.3 Ochrana personálu

Také personál se musí účinně ochránit, aby se nenakazil infekčním onemocněním. Dodržuje dané standardy. K nim se řadí dezinfekce rukou pomocí pumpy, bezdotyková, aby byla zajištěna ochrana před kontaktním přenosem infekce. Dále užití ochranných pomůcek, které jsou předem připraveny na vozíku, například ústenky, čepice, návleky a další ochranné pomůcky. Je předem daný postup a pořadí, ve kterém se ochranné pomůcky oblékají, a to je třeba dodržet. Začíná se návleky na obuv, pak následuje plášť a nasazení čepice, ústenky, a nakonec se nasazují rukavice (Saibertová a kol., 2017).

Personál si musí uvědomovat, že veškerý materiál, co se nalézá na daném boxu, je automaticky vnímán jako infekční, a tak se s ním i zachází. Užívají se při provádění ošetření pacienta jednorázové rukavice a když je potřeba, tak je příslušný ošetřující zaměstnanec mění. Před odchodem z daného boxu se odkládá materiál do k tomu určené nádoby, která se nachází u dveří daného boxu. Také tento kontejner pro použitý materiál musí být označený červenou barvou jako infekční a podle toho se s tímto materiálem nakládá (Veveřková a kol., 2019, s. 31).

### 4.4 Indikace s povinným hlášením

Indikací k izolaci pacienta je infekční onemocnění a mezi nejčastější spadají onemocnění popsaná v této podkapitole. V České republice je hlášení těchto onemocnění povinné podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Hlášení umožňuje rychlou reakci zdravotnických úřadů a efektivní koordinaci protiepidemických opatření. Významnou roli hrají hlavně praktičtí lékaři, nemocniční zařízení a krajské hygienické stanice, které jsou povinné informovat o výskytu těchto nemocí relevantní orgány veřejného zdraví. Tyto informace jsou klíčové pro monitorování epidemiologické situace a případné zavádění cílených opatření na omezení šíření infekce (Havlík, 2002).

#### **Akutní záněty jater virové příčiny**

Tato onemocnění, kterým se hovorově říká žloutenka, jsou zapříčiněna řadou patogenů. Také se mohou vyvinout společně s jiným onemocněním, kupříkladu sarkoidóza anebo onemocnění krve. Játra mohou zaznamenat zánět z důvodu toxicity způsobené prostřednictvím alkoholu, anebo určitých léčivých látek, které jsou nesprávně užívány (Havlík, 2002).

#### **Antrax**

Je infekční nemocí, která má bakteriální příčinu. Původcem je *Bacillus anthracis* a ohnisko bylo identifikováno u zvířat. Lze se setkat s názvy jako sněť slezinná anebo uhlák. Projevuje se vředy na kůži a zasahuje střeva nebo plíce. Nejčastějším přenosem je dotyk kůží, alimentární cestou

či vzácně inhalováním. Výskyt je velmi vzácný a nejvíce hrozí z profesionálních důvodů. Inkubační doba se pohybuje od jednoho do tří dnů. Projevy se mohou objevit již do několika hodin po onemocnění (Havlík, 2002).

### **Dengue**

Dengue je onemocnění virového původu a bylo zaznamenáno v oblastech se subtropickým pásmem. Přenašeči této nemoci jsou komáři. K hlavním projevům spadají bolesti hlavy, kloubů i svalů. Bolí i pohyby očí a také v hrdle (Havlík, 2002).

### **Hemoragické horečky**

Jedná se o velmi vážnou nemoc, která je zařazena do rodu zvaného Hantavirus. Zaznamenáno, co se týče výskytu, je toto onemocnění na Dálném východě a hovorově je pojmenováváno jako Korejská hemoragická horečka (Havlík, 2002).

### **Cholera**

Cholera spadá k infekčním nemocem, pro kterou jsou typické nepříjemné bolesti břicha s opakovanými vodnatými průjmy. Dalším příznakem je zvracení u nemocného a dehydratace vede k šoku život ohrožujícímu. Je zde krátká inkubační doba od jednoho do tří dnů. Zasažený člověk má projevy v obličeji, kdy má bledou tvář a také vylučuje studený pot. Existuje i suchá forma, kde nejsou průjmy, ale tekutiny se hromadí ve střevě. Úmrtí nastává u některých případů už před průjmy (Havlík, 2002).

### **Infekce CNS**

Infekční onemocnění centrálního nervového systému (CNS) u člověka představují vážnou zdravotní hrozbu a často vyžadují rychlé lékařské zásahy. Mezi hlášené infekční nemoci CNS patří například virová encefalitida, bakteriální meningitida, nebo prionové choroby jako Creutzfeldt-Jakobova nemoc (Li a kol., 2020).

### **Mor**

Mor je závažným onemocněním, které je zapříčiněno bakterií zvanou *Yersinia Pestis* a přenašečem jsou hlodavci, od kterých člověk chytí toto onemocnění díky přítomnosti blech, druhu členovců. Přenašečem může být také infikovaný člověk. Inkubační doba je od krátké, kdy se rozvinou příznaky do 24 hodin po dlouhou až do dvou týdnů, kdy se objeví první projevy. Objevují se vysoké horečnaté stavy, reagují mízní uzliny a poté hnisají. Tomuto stavu se říká bubonický mor. Postiženy mohou být plíce, pleny mozku a může nastat celková sepe lidského organismu. Zduření uzlin se projeví, kromě krku, axil, také v tříselné oblasti (Černý, 2008).

Mor způsobil v historii tři velké pandemie: první pandemie justiniánského moru (přibližně od roku 541 n. l.), druhé Černé smrti (přibližně od roku 1347 n. l.) a třetí moderní mor (přibližně od roku 1880 n. l.). Od identifikace původce moru Dr. Alexandrem Yersinem během třetí

pandemie v Hongkongu v roce 1894 uplynulo více než 120 let a lidé do jisté míry pochopili fyziologii, patogenezu a evoluci *Y. pestis*. Vyvinuli technologie pro diagnostiku a léčbu moru. Mor je účinně kontrolován ve většině endemických oblastí kromě některých částí Afriky. Avšak rozšíření přirozených ohnisek moru s příležitostnými výskyty u hlodavců i lidí může udržuje kvůli zvýšené mobilitě lidí a horším hygienickým podmínkám některých oblastí hrozbu vypuknutí morové epidemie (Yang a kol., 2023).

### **Paratyfus**

Paratyfus způsobí *Salmonella* všech tří typů, A, B i C. V České republice se vyskytuje varianta B a její projevy se podobají symptomům u břišního tyfu, anebo se objevují symptomy, které jsou typické pro střevní nemoci, zvracení a průjem (Černý, 2008).

### **Syfilis I. a II. Stadium**

Toto onemocnění je nazýváno také jako Lues nebo příjice. Jedná se o chronickou nemoc a způsobuje ji anaerobní spirocheta zvaná *Treponema Pallidum*, která je senzitivní na venkovní vlivy, mezi které spadá kyslík a vyschnutí. K přenosu dochází prostřednictvím pohlavního styku a vzácně dojde k přenosu poraněnou pokožkou. Vážným stavem je přenos z matky na dítě v době těhotenství. Pokud se neléčí, odehrávají se klasická tři stadia průběhu (Černý, 2008).

K infekčním onemocněním, pro které se pacient izoluje, spadá také přenosná dětská mozková obrna a dále rickettsiozy SARS a horečnaté stavy, kde není známa příčina a stejně se šíří infekce, ale pojičím činitelem v anamnéze je výskyt v zahraničí a cesty (Černý, 2008).

### **SARS**

Toto onemocnění spadá mezi vážné akutní respirační nemoci. Po infikování se dostavuje horečka, bolesti hlavy a velká únava. Do dvou až sedmi dnů se přidá suchý kašel a obtíže s dýcháním. U převážné části nemocných se objeví zápal plic a k přenosu dochází při užším kontaktu s osobou nakaženou. Přenášet od infikovaného člověka to mohou potřísněné předměty, tělesné tekutiny či stolice (Černý, 2008).

### **Spalničky**

Spalničky spadají k velmi nakažlivým nemocem. Spadají k virovým onemocněním. Doba inkubace je týden až tři týdny. Nastává zánět dýchacích cest a projevuje se horečkou. Může se objevit také zánět spojivek. V současnosti se proti tomuto onemocnění očkuje povinným očkováním, které může zákonný zástupce odmítnout formou reversu na vlastní zodpovědnost (Černý, 2008).

## **Trachom**

U Trachomu se objeví konjunktivitida. Jedná se o těžkou infekci. Jejím původcem je chlamydie. Její výskyt byl identifikován v Asijských zemích a v Jižní Americe. Pokud pacient nepodstoupí léčbu, tak může přijít o schopnost zraku. Jeho výskyt byl zaznamenán v rozvojových zemích a má za následek ztrátu zraku (Černý, 2008).

## **Tuberkulóza**

Je velmi vážným onemocněním, jehož příčinou *Mycobacterium tuberculosis*. Jedná se o bakterii, která má schopnost přežít v intracelulárním prostředí, a na to navazuje vytváření cytokinů. Následkem je velmi bouřlivá reakce. Později to vede ke granulomatóznímu zánětu. Nález potvrzují histopatologické změny formou uzlíků a žlutavé útvary. Vývoj i průběh nemoci se odvíjí od odolnosti imunitního systému a genetické predispozice (Černý, 2008).

## **Břišní tyfus**

Břišní tyfus je další velmi vážné onemocnění, které působí *Salmonela* a jeho výskyt byl identifikován jen u člověka. K onemocnění dojde konzumací zavadlé vody anebo potravin. Doba projevů, nežli se vyskytnou, je od jednoho do dvou týdnů. Vysoká teplota trvá i několik dnů a jedná se o hodně vyčerpávající stav. V místě břišní oblasti se vyskytne vyrážka zvaná roseola, která je červená. Také je typická bolest břicha bez průjemových potíží. Játra i slezina změni velikost. Puls je bradykardický a onemocnění je na ústupu po čtyřech týdnech od nákazy (Černý, 2008). Jednou z nejzávažnějších komplikací je proděravění střev, což může způsobit peritonitidu, tedy zánět pobřišnice. Tento stav je mimořádně vážný a vyžaduje okamžitý chirurgický zákrok, protože může vést k rozšíření infekce do celé břišní dutiny s potenciálně fatálními důsledky.

Kromě peritonitidy může břišní tyfus způsobit záněty jiných důležitých orgánů, jako jsou játra a žlučník. Tyto orgány mohou být postiženy přímo v důsledku šíření bakterie nebo vlivem toxinů uvolňovaných během infekce. Zánět plic, známý také jako tyfová pneumonie, je další vážnou komplikací, která může ohrozit funkci dýchacího systému pacienta a vyžaduje intenzivní léčbu. Bakterie mohou rovněž proniknout do centrálního nervového systému, což může vést k neurologickým symptomům, včetně komatózních stavů. Tyto případy jsou zvláště nebezpečné, protože mohou rychle vést k trvalému poškození mozku nebo smrti, pokud nejsou řádně a rychle léčeny. V případě bakteriémie, kdy bakterie proniknou do krevního řečiště a šíří se tělem, mohou vznikat záněty metastatického charakteru. Tyto sekundární záněty se mohou

objevit v různých orgánech a tkáních po celém těle, včetně kostí, mozku nebo srdce. Metastatické záněty mohou být obtížně diagnostikovatelné a léčitelné, často vyžadují rozsáhlou antimikrobiální terapii a další podpůrnou léčbu (Lobovská, 2000).

K dalším infekčním onemocněním, které vedou k hospitalizaci pacienta, patří úplavice amébová a úplavice bacilární v akutní fázi nemoci (Černý, 2008).

### **Záškrt**

Záškrt vyvolá mikrob nazývaný *Corynebacterium diptheriae* a přenáší se od nemocného člověka. Přenos je možný vzduchem i přímým kontaktem. Tento mikrob se dělí na mandlích, pokračuje do hrtanu, zachytává se na spojivkách a na kůži.

Nebezpečná infekční onemocnění se musí hlásit WHO (Fakultní nemocnice Brno, 2023).

## 5 NEJČASTĚJŠÍ INDIKACE PRO IZOLACI

Jsou prováděny analýzy infekčních nemocí, kvůli kterým se lidé dostávají do karantény a izolují se pro důvody zabránění rozšíření nákazy a pacienti podstupují léčbu, aby neměli dopady na zdraví a byli neinfekční (Černý, 2008).

### **Alimentární nákazy**

K nejčastěji se vyskytujícím infekčním nemocem vyžadujícím izolaci se řadí alimentární nákazy. Jedná se o infekční onemocnění, které postihuje nemalé množství lidí, kteří jsou v kontaktu s infekčním materiálem. Teplná úprava potravin je důležitá a zabraňuje přenosu virů i bakterií, které ohrožují životy lidí, dětí i seniorů. Z alimentárních nákaz lze uvést zejména Salmonelózu, která je velmi závažná v případě, že se neprobíhá její léčba. Také vyměšování může být původem přenosu tohoto onemocnění. K přenosu může dojít i podáním ruky. Jedná se o průjmové onemocnění. Dehydratace je nebezpečná. Hlíďají se fyziologické funkce. Kontaminace vody může sloužit jako cesta přenosu (Krajská hygienická stanice 2013-2021). Salmonelózy patří k nejběžnějším příčinám průjmových onemocnění v České republice a Evropské unii, přičemž nejvyšší incidence je zaznamenána u dětí do 5 let věku. Bakterie rodu *Salmonella*, které jsou hlavním původcem těchto nákaz, se přirozeně vyskytují v trávicím traktu lidí i mnoha druhů zvířat, včetně drůbeže, skotu, ovcí, prasat, mořských živočichů a plazů. Infekce člověka obvykle nastává po konzumaci potravin kontaminovaných salmonelami. Zejména rizikové jsou syrové a nedostatečně tepelně upravené drůbeží maso, vejce (salmonely mohou pronikat skořápkou dovnitř vejce), nepasterizované mléko a výrobky z něj, naklíčená semena a nepasterizované ovocné šťávy. Dalšími zdroji nákazy mohou být přímý kontakt s nakaženými zvířaty, například ptáky, prasaty, dobyt看em, domácími zvířaty i plazy, nebo prostřednictvím kontaminovaných povrchů. Při veřejném stravování a rodinných oslavách se jako vehikula infekce často uplatňují cukrářské a lahůdkářské výrobky, domácí pokrmy připravované z vajec, méně pak ryby a drůbež. Epidemie vznikají při porušení správné hygienické praxe a teplotního řetězce během distribuce či během přípravy stravy. Inkubační doba salmonelózy se pohybuje od 6 až 72 hodin, obvykle 12 až 36 hodin. Salmonely mohou být vylučovány stolicí i několik týdnů po proběhlé infekci (Oddělení epidemiologie infekčních nemocí Státního zdravotního ústavu, 2022). V průměru je za jeden rok v České republice nemocných okolo 1550 lidí. Předpokládá, že reálný výskyt je vyšší a lehčí formy nejsou

zachyceny u praktického lékaře. Během roku 2014-2019 byl zaznamenán vzestup ohlášených případů (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

Kampylobakteriíza rovněž patří mezi známé zoonózy, které se projevují akutním průjmem. Toto onemocnění je rozšířené nejen v České republice, ale i globálně. Jde o bakteriální infekci způsobenou kmeny bakterií rodu *Campylobacter*, které infikují střevní ústrojí a vedou k akutním průjmům. V průběhu pandemie COVID-19 byl zaznamenán pokles počtu případů kampylobakteriízy, což může souviset s omezenými mezinárodními cestami a zvýšenými hygienickými opatřeními. Přenos kampylobakteriízy může také nastat prostřednictvím kontaminované potravy (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

K virovým nemocem spadají virové hepatitidy, u kterých existují čtyři typy A, B, C a E. Je důležité identifikovat zdroj, u kterého nastává přenos tohoto onemocnění. Může se jednat o přenos pomocí stravy, anebo rukou, anebo kontaminovanou vodou či pomocí tělesných tekutin, sexuálním stykem s nakaženou osobou. Také pomocí injekčních stříkaček kvůli infekční krvi může dojít k rozšíření tohoto onemocnění u drogově závislých lidí.

Virové hepatitidy jsou vážným problémem současného zdravotnického systému. Zatěžují ho z ekonomického hlediska a následkem může být i smrt infikovaného člověka. Také je finančně zatěžující léčba a izolace tohoto onemocnění a zvyšuje se kvůli němu pracovní neschopnost. U typu A byl identifikován přenos orální cestou. Přenášet toto onemocnění může i kontaminovaný materiál, strava či ruce, anebo voda. Výhodou je, že existuje vůči tomuto typu účinná vakcinace. Během pandemie COVID 19 nastal pokles tohoto onemocnění, co se jeho výskytu týká.

U typu B dochází k přenosu prostřednictvím infikované krve, z matky na dítě, anebo pohlavní stykem. Také vůči tomuto typu existuje efektivní očkování, které je zahrnuto také do očkovacího schématu, který je v České republice užíván. V České republice je toto očkování součástí povinné vakcinace. Také je nabídnuto pacientům, kteří absolvují hemodialýzu anebo ho užívají zdravotníci, kteří přicházejí do kontaktu s lidmi v léčbě. Také u tohoto onemocnění v době pandemie COVID 19 došlo k poklesu v jeho zaznamenaném výskytu.

Přenos u virové hepatitidy typu C je totožný jako u typu B, ačkoliv z matky na plod je vzácně identifikován. Proti tomuto typu ovšem není dosud vytvořeno účinné očkování. Prevence v této oblasti tím nabývá ještě většího významu. Ochrana při sexuálním styku je z preventivního pohledu opravdu důležitá.

U typu E jsou zdroje infikovaná zvířata anebo infikovaný člověk. Rizikem je maso, které se dostatečně tepelně neupraví. Zpočátku se neprojevují příznaky a je to onemocnění velmi nebezpečné pro těhotné ženy. Pro tento typ onemocnění není dosud vytvořené efektivní očkování a důležitá je prevence týkající se nezávadnosti potravin i vody, zejména v oblastech výskytu, které nazýváme jako endemické zóny (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

### **Respirační nákazy**

U respiračních nákaz dochází k šíření vzdušnou cestou, a proto se mohou šířit rychleji a navýšit počet nemocných se zátěží na zdravotnický systém. Také kapénkový přenos anebo přenos přes sliny je možný a může být vstupní branou pro infekci. V České republice jsou právě respirační nemoci nejčastějším onemocněním. K respiračním nemocem se řadí chřipková onemocnění, streptokokové i meningokokové nemoci a nemoci dávno eliminované pomocí vakcinace, jako spála, zarděnky, plané neštovice, dávivý kašel, spalničky apod. Také tuberkulóza se řadí k respiračním nemocem. Prevence pomocí vakcinace u lékařů, zejména u dětí v povinném očkování, je důležitá. Chrání děti před těžkým průběhem takových respiračních onemocnění.

Mezi závažná onemocnění z výše jmenovaných spadá Tuberkulóza. Je to onemocnění s chronickým průběhem. Česká republika před několika zavedla očkování vůči této nemoci, a tak je její výskyt na českém území nižší nežli u zemí, kde vakcinace zavedena nebyla. V současnosti je výskyt tohoto onemocnění spojován s migrací či bezdomovectvím. Souvislost s navýšením počtu této nemoci v České republice nebyla potvrzena ani s přílivem vlny uprchlíků před válkou na Ukrajině. Celosvětově není výskyt příznivý, ale v České republice je nízký. Proočkovanosť minulých let hrála důležitou úlohu.

Černý kašel nazývaný jako Pertusse je vážným onemocněním, které je v nízké míře díky užívané vakcinaci. Jedná se o dávivý kašel a k přenosu dojde kapénkovou cestou anebo kontaktem s infikovaným jedincem. K přenosu může dojít pomocí kontaminovaných předmětů. Aby se preventivně předešlo vzestupnému trendu, bylo navrženo v minulých letech přeočkování v populaci.

K dalším častým nemocem se řadí chřipka a jiná akutní virová onemocnění. V této oblasti je významná prevence. Budování odolnosti lidského organismu otužováním, zdravým životním stylem, dostatečným spánkem, zdravou stravou a dostatečným přísunem vitamínů, sehrává rozhodující úlohu. U chřipkových onemocnění existuje více kmenů, které napadnou buď horní anebo dolní cesty dýchacího systému. Nebezpečnou komplikací může být také zápal plic. U průběhu, který je bez komplikací, do dvou týdnů nastává úzdrava nemocného.



COVID 19 spadá k respiračním nemocem. Poprvé se objevil v Číně roku 2019 na konci ve vánočním období. Postupem času nastalo jeho rozšíření na všechny kontinenty. Je to poměrně nové onemocnění, jelikož se jedná o nový typ z rodu koronavirů, pojmenovávaný koronavirus SARS-CoV-2. Projevuje se vysokými teplotami, kašlem, obtížemi v dýchání a také ztrátou čichu i chuti. Inkubační doba je od jednoho do čtrnácti dnů od nákazy. Také se může projevit akutní dechová tíseň. Cytokinová bouře, krevní srážlivost a septický šok. Může dojít k významnému poškození v oblasti plic i srdce. Následky mohou být dlouhodobé. Přenáší se i kapénkami. Několik měsíců poté přetrvává únava, svalové oslabení a může dojít ke ztrátě paměti či narušení v kognitivní oblasti. K přenosu dochází nejen vzdušnou cestou, ale také prostřednictvím kapének či aerosolem.

Na území České republiky byl výskyt poprvé identifikován z oficiálních zdrojů v roce 2020 během února. K záchytu viru v populaci se provádělo ve školách a na jiných místech screeningové testování.

K dalším nemocem, které jsou nebezpečné, se řadí Legionelóza. Je to onemocnění bakteriálního původu vyvolané bakterií nazývanou Legionella pneumophila. Spadá mezi nejčastější respirační nemoci a zapříčiňuje pneumonii u dýchacího systému. Od roku 2013 do roku 2021 byla zaznamenána vzrůstající tendence této nemoci (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

### **Nákazy přenášené členovci**

Tato onemocnění jsou přenášená díky hmyzu. Řadí se sem kupříkladu komáři, blechy a roztoči. K přenosu může dojít i od infikovaného člověka. Rezervoár přenosu mohou tvořit i klíšťata. Ke známým nemocem se řadí Lymfská borelióza. Přenos může být ze zvířete na člověka, z hmyzu anebo klíštěte. Přenos z člověka na člověka se uskutečňuje prostřednictvím infikované krve. Ukázalo se, že se jedná o sezónní nemoc v období, kdy je teplo a vlhko a lidé se pohybují v přírodě a nemoc chytí od klíštěte. Nebezpečným onemocněním je také Klíšťová encefalitida. Tu zapříčiní vir z nepasterovaného mléka, ať už kozího anebo ovčího (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

Nemoci, které jsou ze zoonóz, mimo členovce, o kterých se zmiňuji v textu výše, ostatní zvířata mohou přenášet různá onemocnění, která jsou infekční a nebezpečná. Nakazit se může člověk také z půdy a materiálů, na které se dostaly zvířecí exkrementy a tento materiál anebo půda jimi byli infikováni (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

Kupříkladu toxoplazmóza. Jedná se o onemocnění, které je zapříčiněno parazitem, který je nazýván k Toxoplasma gondii a četnost jeho výskytu po světě je různá podle lokalit. Nebezpečí spočívá v bezpříznakovém průběhu. Pokud se příznaky projeví, jedná se o kopii chřipkových stavů, zvětšení u lymfatických uzlin a postižení centrální nervové soustavy a sítnice oka. Závažné dopady má tato nemoc pro novorozence, kteří nemají zralou imunitu a lidi se sníženou imunitou (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

K dalším nemocem se řadí Tularémie. Jedná se o infekční nemoc, jejíž příčinou je bakterie nazývaná Francisella tularensis a přenášejí ji hlodavci, kteří se infikují. Také členovci mohou být rezervoár tohoto onemocnění a cesty přenosu mohou být různé, alimentární anebo vdechnutím a přímým kontaktem s infikovanou krví. Jsou různé formy, ke kterým spadá plicní forma, dále forma zvaná okuloglandulární či forma nazývaná ulceroglandulární (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

Mezi další infekční nemoci zapříčiněné bakterií nazývanou Leptospira interrogans se řadí onemocnění zvané Leptospiróza. Nemocní hlodavci vylučují tento patogen do okolí a lehce ho tím infikují. Tak dochází ke kontaminaci vody, půdy anebo potravy. Onemocnění se projevuje ve dvou etapách, při první etapě se vyskytují vysoké teploty, zimnice i třes s bolestmi svalů i kloubního aparátu. Také se může projevit zmatený stav infikovaného člověka s psychotickými projevy, k nimž spadají halucinace, člověk blouzní. Ve druhé fázi má člověk bolesti také v břiše, poškozenou funkci ledvin a narušenou psychickou stránku jeho osobnosti. Pokud je takovéto onemocnění zavčas léčeno, nastává úzdrava nemocného (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

### **Sexuálně přenosné infekce**

K sexuálně přenosným nemocem spadají virové, bakteriální i parazitární onemocnění. K jejich přenosu dochází prostřednictvím sexuálního styku. Lze sem řadit hepatitidu typu B a C, které mají virový patogen a známou nemoc HIV, v pozdějším stadiu nebezpečné AIDS (Krajská hygienická stanice 2013-2021). K pohlavně přenosným nemocem se řadí kapavka a přenáší se prostřednictvím pohlavního styku. Během porodu může dojít k přenosu z matky na dítě. Lidé s mírnou formou nevyhledávají lékaře, a tak lze předpokládat, že incidence na počet obyvatel bude vyšší, než se udává. Pokud se infikovaný člověk neabsolvuje léčbu, nemoc přejde do chronického období.

Z dalších známých bezpečných onemocnění v případě, že se infikovaná osoba nebude léčit a roznáší tuto nemoc, spadá Syfilis, lidově příjice anebo je tato nemoc známa pod pojmenováním Lues (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

Z nemocí, které dokážou zničit imunitu člověka, lze uvést HIV, u kterého pokud není včasná léčba, přechází v nemoc zvanou AIDS, která má fatální dopady pro lidskou imunitu. Přenáší se pohlavním stykem a velmi poškozuje zdraví. Prozatím neexistuje léčba příčiny, i když existují léčiva, která mají snahu eliminovat rozšíření viru, pokud se podají již v začátku infikování. Nasazením včasné anti retrovirové léčby je snížena nálož viru a snižuje se riziko přenosu tohoto onemocnění prostřednictvím krve i styku a nastává významné zpomalení propuknutí tohoto onemocnění se silnými projevy. Nemoc se může projevit po deseti až patnácti letech, a mezitím může infikovaný člověk onemocnění přenášet na druhé, aniž by si toho byl vědom. Výskyt této nemoci byl identifikován zejména u homosexuálních lidí. Mohla by se přenést i krví, a proto je třeba kontrola dárců krve. Vakcinace, která je efektivní, dosud nebyla vynalezena (Krajská hygienická stanice 2013-2021).

## **6 DODRŽOVÁNÍ BARIÉROVÉHO REŽIMU**

U infekčních nemocí je důležité zabránit rozšíření ve zdravotnickém zařízení. K tomuto účelu byly vypracovány postupy, které brání šíření infekce a ochraňují jiné pacienty i personál, který se podílí na léčbě daného pacienta. Nazývají se bariérový režim. Takové postupy si vyžadují materiální i technické zázemí. Je třeba vyhrazený prostor a dodržení dezinfikování i užití jednorázových pomůcek i postupů při ošetření pacienta, který podstupuje léčbu s infekčním onemocněním (Havlík, 2002).

Jelikož je pacient oddělen od rodiny, je třeba brát ohled na jeho psychickou stránku. Opatrný postup se užívá i při aplikaci léčiv a likvidace infekčního materiálu i užitých jednorázových pomůcek je na místě a dezinfekce je důležitá ve správném pořadí i postupu. Je důležité říct, že takový postup musí dodržet všichni zaměstnanci oddělení, od lékařů, sester, sanitářů až po uklízečské firmy, které musí být v takovém postupu efektivně školeni (Havlík, 2002).

### **6.1 Izolace**

Cílem izolace je zabránit rozšíření infekce na jiné pacienty a vytvořit vhodný prostor pro terapii u pacienta. Samostatný pokoj, který je užíván při izolaci člověka, který je infikován nemocí, je materiálně a technicky připraven po takovéto účely. Značení takového samostatného pokoje je důležité. Dveře se zavírají. Dodržení postupů na takovém pokoji při vstupu, výstupu i ošetřování pacienta je zásadní preventivní oblastí, na kterou je školen všechen ošetřovatelský tým a chrání ostatní pacienty i sebe (Havlík, 2002). Školením neprochází pouze ošetřující personál. Také samotný pacient je seznámen s hygienickými zásadami i s nutností omezení kontaktu s blízkým okolím po dobu léčby, kterou má povinně ze zákona uloženu (Havlík, 2002).

Nároky vyvstávají také na úklid takového samostatného pokoje. Dezinfikuje se vícekrát za den, minimum je třikrát. Také pomůcky, které nejsou jednorázové, se dezinfikují, dekontaminuje se potřebný materiál. Pokoj, kde je léčen pacient s infekčním onemocněním, se uklízí jako poslední v pořadí. Existuje tak zvaný germicidní zářič, kterým se pokoj vyzáří a posléze je jeho uzavření určeno na jeden den. Před obsazením jiným pacientem se provádějí stěry také z prostředí. Prevence je základ přenosu vážného onemocnění (Havlík, 2002).

## 6.2 Ochranné pomůcky

Materiální zázemí, které je dostačující, aby se bránilo přenosu infekčního onemocnění, je velmi podstatné. Pomůcky je třeba pravidelně kontrolovat, aby se nestalo, že je bude ošetřující personál potřebovat a nebudou k dispozici, kupříkladu jednorázové ochranné rukavice nebo přezůvky, injekční stříkačky pro jedno použití a další ochranné pomůcky anebo předměty k ošetření. Brání se přenosu u nozokomiálních infekcí a také při vhodném postupu i terapii je možné zkrátit časově léčbu pacienta (Černý, 2008).

To prospívá i jeho psychice. Psychická stránka, kde pacient spolupracuje, je důležitá. Z tohoto důvodu je důležité vysvětlit pacientovi, proč budou užity ochranné pomůcky a jak se bude postupovat při jeho ošetřování (Černý, 2008).

Mezi ochranné pomůcky spadají pokrývka hlavy, také ochranný plášť, ústenka, rukavice a nazutí na chodidla, návleky. U rukavic je důležité vyzdvihnout, že užití jednorázových rukavic jako ochranné pomůcky není náhradou za dezinfikování rukou ošetřujícího personálu. Užití zástěr je významnou pomůckou před potřísněním infekčním materiálem (Černý, 2008).

Roušky, které jsou určeny jako krytí dýchacích cest, budují ochranu před vdechnutím infekce, která je přenosná vzdušnou cestou. Jako jiné ochranné pomůcky se užívají pouze jednou a jsou dány do speciálních nádob určených k likvidaci použitých jednorázových pomůcek. Nádoby jsou značeny jako infekční materiál. Ke stejnému účelu jsou vyvinuty také obličejové masky a při snímání může dojít k přenosu a je důležité dodržet postup při sundávání těchto jednorázových pomůcek u roušek i obličejových masek (Černý, 2008).

## 6.3 Mytí rukou

Dezinfikování a mytí rukou se řadí k základním postupům, jak bránit šíření infekce a chránit zdraví vlastní i zabránit přenosu daného infekčního onemocnění na blízké okolí. Mělo by to být zautomatizováno, aby to ošetřující personál prováděl automaticky a nemuselo se nad tím přemýšlet. Už v minulosti se ukázalo, jak velký význam má takovýto preventivní postup. Také sundávání jednorázových rukavic je dáno postupy, které brání šíření infekčního onemocnění a je důležité je dodržet. Lze zmínit dvě fáze. Mechanické mytí rukou a jejich dezinfikování. Obojí má význam a je třeba dodržet takový postup. Je to důležité jako u operatérů (Jarešová, 2010, s. 13–25).

## 6.4 Dezinfikování

Dezinfekce má za cíl zneškodnit mikroorganismy prostřednictvím fyzikálních, chemických postupů, anebo kombinací těchto metod. K tomu je třeba zvolit vhodný chemický prostředek se správnou koncentrací a předcházet vzniku rezistence mikroorganismů na zvolený přípravek střídáním přípravků, které se ukázaly v praxi jako docela účinné (Jarešová, 2010, s. 13–25).

Pomocí chemické dezinfekce nastává zničení mikroorganismu daným aerosolem nebo roztokem v předepsané koncentraci, síle. Existují baktericidní chemické přípravky anebo virocidní chemické přípravky, které se volí podle patogenu. K dezinfekci se takový přípravek připravuje vždy čerstvý (Jarešová, 2010, s. 13–25).

K fyzikálním postupům řadíme var. Užívá se přetlakových nádob. Ultrafialové záření má stanovenou délku působení. Taková dezinfekce buduje účelnou prevenci před nemocničními nákazami a šířením infekčního onemocnění. Dezinfikují se nejen plochy, ale i předměty (Jarešová, 2010, s. 13–25).

V případě špatně provedené dezinfekce může dojít k ohrožení na zdraví pacientů i personálu, rozšíření nemocničních nemocí a prodloužení délky pobytu pacienta. Dezinfekce je preventivní aktivitou, která je zásadní v každé nemocnici, natož na oddělení infekčních nemocí (Jarešová, 2010, s. 13–25).

Je vhodné uvést také existenci dezinfekce vzduchu, u které jsou určeny specifické přípravky s germicidním efektem. Je užíván Sterybox, který zvládne usmrtit v poměrně krátkém časovém intervalu mikroorganismy ve vzduchu, které jsou nebezpečné. Jeho efekt byl potvrzen například u Tuberkulózy anebo MRSY či SARSU (Jarešová, 2010, s. 13–25).

## 6.5 Sterilizace

Také postup sterilizace je často užíván a brání rozšíření viru tam, kde nemá být. Zlikviduje i spory a vajíčka. K tomuto záměru jsou sestavené speciální přístroje sterilizátory, kde se odehrává uvedená reakce. Která účinně hubí všechny mikroorganismy. Předměty, které budou sterilizovány, jsou v tak zvané před sterilizační přípravě nejprve očištěny mechanicky a vydezinfikovány a poté až uloženy do sterilizátoru (Jarešová, 2010, s. 13–25).

Sterilizace je založena na fyzikální metodě, kdy za určité teploty vzduchu je užito gama záření. Existuje parní sterilizace anebo horkovzdušná či plazmová sterilizace. K radiační sterilizaci jsou určena speciální centra, ve kterých se realizuje. Sterilizované obaly na pomůcky mají chránit před sekundární infekcí (Jarešová, 2010, s. 13–25).

## **6.6 Manipulace s použitým prádlem**

Právě prádlo může být cesta přenosu a manipulování s ním by mohlo snadno rozšířit nemocniční infekce. Správná manipulace s prádlem v nemocnici je prevencí, jak zabránit rozšíření infekcí v nemocničním prostředí. Manipulace s prádlem se řídí stanovenou vyhláškou ze stran Ministerstva zdravotnictví číslo 195/2005 Sbírky a dodržuje předem stanovený postup s ochranou osoby, která manipuluje s tímto použitím prádlem.

Je rozdíl, zda je s prádlem manipulováno na běžných oddělení nemocnic anebo na infekčním oddělení, kde jsou trochu jiné postupy, které je důležité dodržet. Při manipulaci se užívají ochranně pomůcky s rukavicemi i speciální těsnící pytle (Jarešová, 2010, s. 13–25).

## **6.7 Manipulace s odpadem a úklid**

Při manipulování s odpadem dochází k dělení obvyklého neinfekčního materiálu a odpadu na infekčním oddělení. Opatrnost je vyžadována a je důležité dodržet veškeré postupy, které brání rozšíření infekčního onemocnění (Jarešová, 2010, s. 13–25).

Zásady pro manipulaci s odpady má stanoveno každé zdravotní zařízení i nemocnice. Nejedná se přitom jen o biologický materiál, ale také například o různé použité pomůcky, třeba injekční jehly anebo skalpely, a další pomůcky, které byly užity při léčbě a ošetřování pacienta v určenou dobu (Jarešová, 2010, s. 13–25).

Úklid také probíhá s vyškolenými zaměstnanci, aby se zabránilo rozšíření infekce a realizují ho speciálně vyškolené firmy, které se podílejí na postupu, který brání šíření nemocničních a různých infekčních nemocí (Jarešová, 2010, s. 13–25).

## **7 MOŽNÉ PSYCHICKÉ OBTÍŽE PACIENTA BĚHEM IZOLAČNÍHO REŽIMU**

I když je pacient izolován, má řadu potřeb, které si žádají naplnění, ačkoliv se musí jejich plnění přizpůsobit nové situaci izolace, která je na psychiku pacienta zátěžovou situací. Celistvý přístup k naplnění potřeb pacientů je běžnou součástí zdravotního systému a je důležité takový postup učit už studenty zdravotních škol a budoucí lékaře, kteří si budou vědomi, že pacienti nemají potřeby pouze biologického charakteru, ale také sociální i duchovní. Jejich uspokojení je součástí ošetřování pacientů a je snaha je co nejlépe naplnit a podílet se na vyrovnané psychice pacientů v izolaci (Havlík, 2002).

### **7.1 Základní potřeby pacienta**

Potřeba spánku, potravy i bezpečí je základní potřebou každého člověka. Také pacient v izolaci se potřebuje najíst, mít dostatečně dlouhou dobu spánku a cítit bezpečné prostředí, ve kterém mu nehrozí újma a může se léčit. K naplnění takovýchto základních potřeb je důležité přizpůsobit pacientovi prostředí, ve kterém se cítit dobře. To platí i pro infekční oddělení, kde se snaží pacient léčit s infekční nemocí (Jarešová, 2010, s. 13–25).

Z vyšších potřeb pacienta je třeba naplnit pocity smyslu jeho existence. Potřeby sociální komunikace i duchovní. Pacientovi chybí jeho přirozené prostředí a je třeba mu pomoci zvládnout situaci, která ho omezuje v kontaktu s rodinou, blízkými i přáteli, které nemůže v danou situaci vidět. Trpělivý přístup ošetřujícího personálu je zásadní podmínkou, aby bylo pacientovi vytvořeno prostředí, ve kterém naplní své seberealizační snahy i potřebu sociálního kontaktu co nejvhodnějším a nejefektivnějším způsobem. Komunikace o jeho potřebách, kdy se může pacient s důvěrou obrátit na ošetřující tým, je důležitá. Brání traumatizování pacienta a pomáhá k úzdravě nemocného a také se podílí na jeho vyrovnaném psychickém stavu (Jarešová, 2010, s. 13–25).

Pocity sounáležitosti v dané situaci jsou pro pacienty v izolaci pro důvod prevence infekčních nemocí velmi důležité. Personál se stává jedinou možností, v níž může pacient naplnit potřebu sociálního kontaktu i komunikace (Jarešová, 2010, s. 26).

### **7.2 Psychické potřeby**

V této souvislosti je nejprve potřeba definovat a určit, co je to vlastně psychika. Psychika je neoddelitelnou součástí lidské existence a zahrnuje širokou škálu mentálních procesů, které



ovlivňují lidské myšlení, chování a emocionální stav. Je to komplexní a mnohostranný koncept, který zahrnuje nejen vědomé myšlenky a pocity, ale také nevědomé procesy a mechanismy. Psychika hraje klíčovou roli v tom, co děláme, jak se cítíme a jak vnímáme svět kolem sebe (Paulík, 2017).

Jedním z klíčových prvků psychiky je vědomí. Vědomí zahrnuje aktuální myšlenky, pocity a vnímání. Je to to, co nám umožňuje být v kontaktu se sebou samými a s okolním světem. Vědomí nám umožňuje rozlišovat mezi různými podněty a reagovat na ně. Je to centrální složka psychiky, která nám umožňuje prožívat a chápat svůj svět. Dalším důležitým prvkem psychiky jsou myšlenky. Myšlenky jsou mentální reprezentace informací, které nám umožňují analyzovat, plánovat a rozhodovat se. Myšlenky jsou základem našeho intelektu a kognitivního fungování. Mohou být racionální nebo iracionální, logické nebo emocionální, a mohou se měnit v závislosti na situaci a našem duševním stavu. Emoce jsou dalším důležitým aspektem psychiky. Emoce ovlivňují naše chování a vnímání světa kolem nás. Mohou být pozitivní, jako radost, láska a štěstí, nebo negativní, jako strach, hněv a smutek. Emoce nám pomáhají reagovat na různé situace a události a mají hluboký vliv na rozhodování. Nevědomé procesy jsou také důležitou součástí psychiky. Jsou to mentální operace a mechanismy, které jsou mimo naše vědomé myšlenky a kontroly. Patří sem například podvědomé vzory chování, sny a intuitivní pocity. Nevědomé procesy mohou mít silný vliv na naše rozhodování a chování, ačkoli si jich nejsme vědomi (Paulík, 2017).

Psychika má v člověku významný dopad na mnoho aspektů jeho života. V první řadě ovlivňuje emocionální stav jedince. To znamená, že naše psychika má vliv na to, jak se cítíme v danou chvíli. Například pozitivní psychický stav může vést k pocitům štěstí a radosti, zatímco negativní psychický stav může přinést smutek nebo úzkost. Psychika formuje naše chování a akce. To znamená, že naše myšlenky, postoje a emocionální reakce mohou vést k určitým rozhodnutím a konkrétním jednáním. Například, pokud se cítíme sebevědomě a máme pozitivní myšlení, pravděpodobně budeme více nakloněni k aktivnímu a konstruktivnímu jednání. Psychika také hraje klíčovou roli v našem fyzickém zdraví. Silný psychický stres, úzkost a deprese mohou negativně ovlivnit náš imunitní systém a zvýšit riziko různých zdravotních problémů, jako jsou srdečné choroby, cukrovka a další chronická onemocnění. Naše mezilidské vztahy jsou také pod silným vlivem psychiky. Naše schopnost empatie, porozumění a komunikace s ostatními lidmi je závislá na našem psychickém stavu. Negativní psychika může vést ke konfliktům a narušení vztahů, zatímco pozitivní psychika může posilovat naše sociální interakce a vytvářet pevnější vazby (Štikar, 1996).

Psychika hraje rovněž klíčovou roli v našem osobním rozvoji a seberealizaci. Naše sny, cíle a aspirace jsou často utvářeny naší psychikou, a tím nás motivují k dosažení našeho potenciálu a plné realizaci našeho já. Kognitivní funkce, jako je paměť, pozornost, koncentrace a učení, jsou také ovlivněny naším psychickým stavem. Změny v psychickém stavu, například v případě stresu nebo úzkosti, mohou negativně ovlivnit naši schopnost efektivně řešit úkoly a problémy (Štikar, 1996).

Psychika je tedy složitým a dynamickým systémem, který ovlivňuje téměř každý aspekt našeho života. Její studium a porozumění jsou důležité nejen pro psychologii, ale i pro celou řadu dalších vědních oborů, včetně neurovědy, sociologie a filozofie. Psychika je klíčovým prvkem naší lidskosti a hraje klíčovou roli ve formování našich identit, vztahů a životního smyslu. Je to téma, které je fascinující a nepřestává nás překvapovat a inspirovat svou složitostí a bohatostí (Paulík, 2017).

Psychiku nemá zatíženu pouze pacient. Také je třeba myslet na psychiku u veškerého ošetřujícího personálu. Personál má užívat preventivní postupy vůči syndromu vyhoření. Zaměstnanci musí umět odpočívat, relaxovat a žít způsobem, který jim doplní energii, kterou vydávají při ošetření lidí, kteří jsou infekční a zahájili léčbu (Havlík, 2002).

### **7.3 Emocionální zátěž izolace**

Pacient po umístění do izolace prožívá pocity, které jsou negativní. Je odloučen od rodiny nebo blízkých, nemůže vykonávat obvyklé aktivity a není si jistý, kdy bude zdrav. Má omezený pohyb, jinou stravu a musí dodržovat všechna opatření související s pobytem na izolačním boxu. Je sociálně izolován, a i když to trvá dočasně, tak se to odráží v jeho psychice i prožívání. Je třeba zabránit, aby se cítil onálepkován a cítil nějakou stigmatizaci (Kuzníková a kol., 2011. s. 102).

Z pocitů u pacientů, kteří se najednou objeví v izolaci, lze hovořit o pocitech nejistoty, strachu, sociálního strádání po lidech, se kterými se pacient pravidelně vídal a komunikoval a pocity smutku z nastalé situace. Takovéto pocity nevedou pacienta k pohodovému stavu a mohou bránit procesu uzdravy a je třeba s nimi pracovat a eliminovat negativní emoční ladění, a naopak vyvolat u pacienta pocity naděje, že dojde k uzdravě při jeho spolupráci. Vysvětlit pacientovi podstatu i význam izolace s tím, že se nejedná o izolaci celoživotní a je stanovena na dobu vylučování patogenu a také význam jeho terapie pro jeho zdraví (Černý, 2008).

Komunikace s pacienty na infekčním oddělení je běžnou součástí ošetřovatelského procesu, ve kterém jsou kladeny zvýšené nároky na ošetřující personál i stranu pacienta, který se ocitl v této

situaci. Je to náročná životní situací, ve které pociťuje pacient pocity nejistoty v rámci budoucího scénáře, který se týká jeho zdravotního stavu. Informovanost o daném onemocnění, příznacích a jejich eliminace je významnou součástí každého ošetrovatelského procesu. Také personál se může cítit frustrovaně, jelikož se stará o pacienta, který může být smutný, plačtivý, podrážděný a depresivní. Školení ošetřující personálu, které učí zaměstnance, kteří se starají o pacienta s infekčním onemocněním, jak psychicky zvládat tuto situaci, je důležité. Brání syndromu vyhoření u takových zaměstnanců a pomáhá lepšímu soustředění na ošetrovatelský proces, která sehrává zásadní roli v prevenci i terapii (Havlík, 2002).

Také nesmíme zapomínat, že pacient má pocity související se symptomy onemocnění, které se dostaví. Kupříkladu prožívá třeba pocity, které jsou bolestivé, hůř se mu dýchá, cítí se zesláblý a další nepříjemné pocity. Může prožívat pocity viny a ptát se, zda může za své onemocnění anebo pocity strachu o ekonomické zajištění rodiny, o kterou se staral a kvůli této situaci nemůže. Přístup personálu hraje důležitou úlohu, ve kterém je třeba pacienta zklidnit, vysvětlit mu, že není vinen a podpořit ho v pozitivním uvažování, které mu pomůže k úzdavě a bude podporou pro psychickou stránku po dobu jeho pobytu v nemocničním zařízení. U prožívání jeho pobytu na samostatném pokoji, kde je izolován od každodenního života, na který byl zvyklý, sehrává roli osobnostní nastavení pacienta, jeho typ reaktivity a jeho životná zkušenosti, věk. Zkušenosti lidé získávají s věkem (Severová, 2009, s. 2).

Základní Maslowova pyramida potřeb je důležitou součástí v izolačním režimu, která zajistí pocity komfortu u pacienta. Také vyšší potřeby je třeba uspokojit. Spadají k nim pocity seberealizace, kdy pacient využije volný čas v izolaci a nemá prostor k negativnímu smýšlení. Z důležitých pocitů je třeba vyzdvihnout pocity bezpečí týkající se budoucího scénáře, který nastane po vyléčení pacienta a jeho propuštění do domácí péče. Roli hraje, zda je pacient zaměstnán a má motivaci se vrátit k původnímu zaměstnání anebo má pocit, že se nemá k čemu navrátit. V takovém případě je spolupráce se sociálním pracovníkem nutná, jelikož pocity bezvýznamnosti mohou vážně sehrát roli při terapii pacienta (Havlík, 2002).

Psychická stránka pacientů sehrává významnou úlohu v úzdavě a je důležitá po propuštění pacienta, který má žít takovým životním stylem, aby předešel následkům nemoci anebo jejího znovu opětovného propuknutí a tím zatížil ekonomicky i personálně zdravotnický systém. Personál má vést pacienty ke zodpovědnému samostatnému přístupu, ve kterém přebírají odpovědnost za své prožívání nastalé situace i za plánování budoucnosti, ve které jim může pomoci poradenská pomoc s konzultacemi od sociálních pracovníků anebo lékařů či psychologů i psychiatrů. Ošetřující tým spolupracuje navzájem a předává si významné

informace o psychickém stavu pacienta a jeho potřebách. Ukazuje se, že celistvý přístup k pacientům je budován komplexními postupy, v nichž je spolupráce mezi zaměstnanci žádoucí (Černý, 2008).

#### **7.4 Psychické potíže pacientů v izolaci**

Osoby v izolaci nebo karanténě mají výrazně vyšší riziko negativních psychologických dopadů, zvláště co se týče depresivních a úzkostných poruch a stresových poruch než osoby v běžné hospitalizaci. U těchto osob byly hlášeny vyšší úrovně úzkosti, depresivních symptomů, stresu a hněvu (podrážděnosti). Dlouhodobější izolace nebo karanténa zvyšují riziko negativních psychologických dopadů. Dalšími faktory, které ovlivňují míru psychologických problémů, jsou délka izolace, strach z infekce, finanční ztráty, nedostatečné informace, materiální nedostatek a společenské stigma (Henssler a kol. 2021). Izolovaní pacienti často vykazují vyšší úrovně depresí a úzkosti. Sdružený standardizovaný průměrný rozdíl pro depresi v metaanalýze Pursella a kol. (2020) byl 1,28 a pro úzkost 1,45, což naznačuje výraznější výskyt těchto stavů mezi izolovanými hospitalizovanými pacienty ve srovnání s neizolovanými.

Metaanalýza 25 odborných studií z různých nemocnic zjistila:

- Větší vnímání rizika infekce přispívá k vyšším úrovním stresu a úzkosti.
- Ekonomická nejistota zvyšuje riziko depresivních a úzkostných poruch.
- Nedostatek informací může zvyšovat frustraci a stres.
- Vnímané stigma spojené s infekčním onemocněním a izolací zvyšuje úzkost během léčby a může vést k dlouhodobému zhoršení psychického zdraví (Henssler a kol. 2021).

Studie zkoumající psychologické účinky izolace na 132 hospitalizovaných pacientů s COVID-19 infekcí ve Spojených arabských emirátech zjistila, že 90 % pacientů neprožívalo zvýšenou úroveň psychologického stresu, ale delší pobyt v nemocnici byl spojen s jeho vyšší úrovní. Pacienti ve věku 41-60 let překvapivě vykazovali nižší úroveň stresu než ti ve věku 31-40 let (Ahmed a kol., 2022). Tharayil a kol. (2020) zjistili podstatně vyšší míru stresu, včetně projevů PTSD po skončení hospitalizace. Jednalo se však specificky o pacienty s extrémně nebezpečným onemocněním se smrtelností v desítkách procent. Někteří z nich sice nebyli sami nakaženi, ztratili však kvůli infekci v rodině své blízké. Nemoc je navíc v dané zemi vnímána jako větší stigma, než COVID-19 v předchozí studii. Míra prožívaného stresu izolovaných pacientů se tedy liší na základě toho, jak moc vnímají onemocnění jako život ohrožující, jak

moc je daná nemoc v jejich sociálním okolí považována za stigma a na dalších psychosociálních a rodinných okolnostech.

#### **7.4.1 Způsoby měření psychických potíží**

- Použití standardizovaných nástrojů

Některé studie používaly standardizované psychometrické nástroje, jako jsou škály pro měření úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), které umožňují posoudit psychický stav pacientů na základě předem stanovených otázek a odpovědí. Tyto nástroje jsou navrženy tak, aby byly citlivé na změny v psychickém zdraví a jsou běžně používány ve zdravotnickém výzkumu.

- Klinické hodnocení

Některé studie zahrnují klinické hodnocení prováděné zdravotnickým personálem, které může být založeno na přímém pozorování a interakci s pacienty.

- Sebehodnocení pacientů

Pacienti mohou být požádáni, aby vyplnili dotazníky nebo škály sebehodnocení, které měří jejich pocit deprese nebo celkové psychické pohody.

- Standardizovaný průměrný rozdíl (Standardized Mean Difference – SMD)

Tento statistický ukazatel se používá pro kvantitativní srovnání úrovně symptomů ve srovnávacích studiích, pro porovnání výsledků různých výzkumů používajících různé škály nebo měření. SMD poskytuje míru velikosti efektu, např. mezi izolovanými a neizolovanými pacienty (Pursell a kol., 2020).

## **8 PRŮZKUMNÁ ČÁST**

V průzkumné části se zaměříme na reálné zkušenosti a prožitky pacientů hospitalizovaných na infekčním oddělení s nařízeným izolačním režimem. Využijeme k tomu polostrukturované rozhovory na začátku, během a na konci izolace. Tyto rozhovory zpracujeme formou otevřeného kódování, podobně jako následně provedený rozhovor s psychiatrem.

Průzkumná část předkládané bakalářské práce využívá tzv metodu triangulace. Termín "triangulace" odkazuje na metodologický postup, který zahrnuje použití a kombinaci více různých metod nebo zdrojů dat s cílem zvýšit spolehlivost a validitu výzkumu – v případě této práce data o psychickém stavu a pohodě od pacientů doplněné o informace od odborného lékaře odpovídající odbornosti.

Výstupem průzkumné části bude kvalitativní popis a zhodnocení situace pacientů v izolačním režimu na daném oddělení.

### **8.1 Cíle a průzkumné otázky**

V této podkapitole budou detailně popsány cíle práce a průzkumné otázky. Hlavní cíl práce definuje zjištění, kterých je v rámci průzkumu žádoucí dosáhnout. Vedlejší cíle představují jednotlivé kroky k dosažení hlavního cíle.

#### **8.1.1 Hlavní cíl průzkumné části**

Popsat vliv a dopady izolačního režimu na pacienty a na základě získaných dat navrhnout možná zlepšení v péči o tyto pacienty a v prevenci a včasném rozpoznání psychických potíží během izolace.

#### **8.1.2 Vedlejší cíle**

1. Popsat vývoj psychického stavu pacientů a definovat jejich hlavní obtíže na začátku, v průběhu a na konci izolace.
2. Identifikovat klíčové faktory na straně nemocnice a chování personálu, které ovlivňují psychickou pohodu pacientů podstupujících izolační režim.
3. Identifikovat klíčové faktory na straně samotných pacientů, které ovlivňují psychickou pohodu pacientů a předpovídají riziko psychických komplikací během indikované izolace.

### **8.1.3 Průzkumné otázky**

Průzkumné otázky vycházejí z průzkumných cílů práce a jejich zodpovězením pomocí průzkumných metod bude možné těchto cílů dosáhnout.

#### **Hlavní průzkumná otázka:**

Jakým způsobem se mění a jaké jsou možné modifikující faktory působící na psychický stav pacientů v čase od jejich informování o nařízené izolaci, přes její průběh až po ukončení izolačního režimu?

#### **Vedlejší otázky:**

1. Jak pacienti psychicky reagují na indikovanou izolaci, jak snášejí průběh izolačního režimu a jak se jejich stav mění s ukončením izolace?
2. Které faktory fyzického prostředí, chování personálu a komunikace vnímají pacienti jako stresující nebo naopak podporující jejich psychickou odolnost?
3. Které faktory v psychosociální a zdravotní anamnéze pacientů souvisejí s vyšším rizikem psychických komplikací izolace a které se naopak pojí s lepší psychickou odolností v této zátěžové situaci?

## **8.2 Metodika**

V metodické části budou popsány metody a postupy použité k zodpovězení průzkumných otázek a dosažení cílů práce. Konkrétně se jedná o výběr respondentů a formální zajištění souhlasu, způsob sběru dat (strukturované rozhovory) a způsob vyhodnocení dat (metoda otevřeného kódování).

### **8.2.1 Metody sběru dat**

Metodou sběru dat byl strukturovaný rozhovor, který jsem uskutečnila při své praxi na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s infekčním onemocněním a žádají specifický přístup. Rozhovor probíhal ve třech fázích. První etapa se zaměřuje na začátek pobytu na izolačním pokoji a oznámení lékařem pacientovi o tomto faktu. Jedná se o jednolůžkový samostatný pokoj určený k účelům izolace pacientů v případě stanovení infekčního onemocnění, které si žádá pobyt na samostatném pokoji se zavedením postupů bariérových v rámci prevence zabránění rozšíření nákazy.

Druhá etapa zhodnocení pocitů pacienta probíhala za týden a třetí etapa probíhala při uvolnění pacienta z izolačního režimu. Jedná se tedy o časově náročnější způsob získávání dat, které má podat obraz psychiky a jejich proměn během časového sledu v rámci izolace infekčního

pacienta, který byl léčen a mohlo dojít k jeho uvolnění z tohoto izolačního samostatného pokoje.

### 8.2.2 Výběr respondentů a charakteristika

Respondenti byli osloveni na základě jejich indikace k izolačnímu režimu v době průběhu průzkumu. Jejich účast byla dobrovolná, v případě zájmu byl podepsán informovaný souhlas se zpracováním sdělených informací.

Jednalo se o dospělé pacienty ve věku od 22 do 76 let, 3 muže a 2 ženy, celkem tedy 5 osob. Pacienti neměli v anamnéze žádné duševní onemocnění ani hendikep, který by jinak omezoval jejich kognitivní schopnosti a schopnost spolupráce. Pouze jeden z pacientů se v minulosti léčil se závislostí na psychotropních látkách, aktuálně ve stavu úplné abstinence. Jedna z pacientek již od prvního rozhovoru vykazovala silně depresivní projevy, které bylo nutné medicínsky řešit. Skupina byla velmi různorodá vzhledem k věku, pohlaví, sociálnímu statusu i důvodu a délce izolace. Většina respondentů byla české národnosti, jedna respondentka byla cizinka.

	Věk	Pohlaví	Další údaje	Důvod izolace	Délka izolace	Poznámky
Pacient 1	47	muž	občanství české, dělnická profese	důvodné podezření TBC	30 dní z celkových 3 měsíců hospitalizace	
Pacient 2	76	žena	občanství české, důchodkyně	prokázaná pozitivita na clostridium difficile	16 dní z celkových 2 měsíců hospitalizace	
Pacient 3	36	žena	občanství ukrajinské, vízum dočasné ochrany	prokázaná pozitivita TBC, HIV, Hepatitida C.	36 dní z celkových 6 měsíců hospitalizace	dlouhodobá hospitalizace pro špatný psychický stav a obav ze suicidního jednání
Pacient 4	22	muž	občanství české,	pozitivita TBC	29 dní z celkem 6	Dříve uživatelem psychotropních látek. Dlouhodobá



			bezdomovec, na ÚP.		měsíců hospitalizace	hospitalizace z důvodu dohledu na užíváním antituberkulotik.
Pacient 5	65	muž	občanství české, důchodce.	pozitivita TBC	38 dní z celkem 3 měsíců	

*Tabulka: Přehled respondentů*

Posledním z respondentů polostrukturovaných rozhovorů byl lékař – psychiatr, dobře obeznámený s problematikou pacientů v izolaci. MUDr. Radoslav Hnidka se psychiatrii věnuje již od roku 2008. Od roku 2013 se zabývá také psychoterapií, zkušenosti nabyté psychoterapeutickým výcvikem v Gestalt terapii využívá dle svých slov ve své psychiatrické praxi často, a to i při konziliích.

**Pacient číslo 1** je 47letý muž české národnosti, pracující jako přidavač na stavbě. Indikace k izolačnímu režimu kvůli důvodnému podezření na tuberkulózu na základě RTG snímku a pozitivního PCR testu. Je ženatý a má tři děti. Jako osobnost se popisuje jako extrovertní a nervózní, obzvláště ve stresových situacích, jako je práce nebo řízení auta. Jeho rodinný život je pro něj zdrojem podpory, i když bývá občas napjatý. Rád tráví čas s přáteli v hospodě, kde hledá útěchu a relaxaci. Rodina je informována o jeho zdravotním stavu, pacient se o detaily svého stavu příliš nezajímá.

**Pacientka číslo 2** je 76letá vdova a důchodkyně české národnosti, která byla hospitalizována s diagnózou střevní infekce způsobené bakterií *Clostridium difficile*. Má dvě dospělé děti a tři vnoučata. Je sociálně aktivní a má ráda setkávání s rodinou a přáteli. Popisuje se jako přátelská a upovídaná, což potvrzuje její potřebu sociálních interakcí. Z jejích vyjádření cítíme pevné rodinné pouto, přestože s dcerou se vidá častěji než se synem, s nímž má občas konflikty kvůli jeho osobním životním rozhodnutím.

**Pacientka číslo 3** je 36letá Ukrajinka pobývajících v ČR na vízum dočasné ochrany. Má děti, toho času v péči kamarádky. Před hospitalizací byla zaměstnána v sex-byznysu. Hospitalizována kvůli tuberkulóze, HIV a hepatitidě C. Je introvertní a trpí úzkostmi a depresí, což vede k

závažným psychickým obtížím během hospitalizace. Její rodina je stále na Ukrajině a pacientka se obává, jak je informovat o svém zdravotním stavu. Komunikace s personálem je komplikovaná jazykovou a kulturní bariérou a hrozí zhoršení psychického stavu v izolaci.

**Pacient číslo 4** je 22letý muž české národnosti, bývalý uživatel psychotropních látek, aktuálně bez stabilního bydliště. Jeho přístup k hospitalizaci, která byla indikována kvůli tuberkulóze, působí spíše nezodpovědně, pacient zlehčuje vážnost své situace. Nepůsobí konfliktně, je komunikativní a s prostředím spokojený. Přestože nemá blízkou rodinu, udržuje aktivní kontakt s přáteli. Jeho sociální izolace ve zdravotnickém zařízení má pro něj určité pozitivní aspekty, jako je stabilní ubytování a pravidelné stravování, což mu umožňuje si odpočinout od nejistého sociálního zázemí.

**Pacient číslo 5** je 65letý český důchodce, bývalý zaměstnanec České obchodní inspekce, nyní hospitalizovaný s tuberkulózou, která se projevuje také bolestivou lézí v oblasti krku. Má manželku a dva syny a projevuje se jako dominantní člověk, který očekává, že věci půjdou podle jeho představ. Jeho autoritativní postoj se projevuje i v interakcích s personálem a jeho nároky na péči a služby. Obavy z toho, jak jeho rodina zvládne bez jeho přítomnosti, jsou pro něho zdrojem stresu.

### **8.2.3 Etický aspekt průzkumu**

Všichni respondenti se průzkumu účastnili vědomě a dobrovolně. U všech zapojených pacientů byl podepsán Informovaný souhlas, jehož plné znění je uvedeno v Přílohách této práce. S citlivými daty pacientů bylo zacházeno v souladu s GDPR. V rámci průzkumných záznamů ani prezentace výsledků nebyla používána skutečná jména ani nebyly shromažďovány osobní údaje pacientů, které by vedly k jejich jednoznačné identifikaci. Z lékařských záznamů byla použita jen nejnutnější fakta, která byla nezbytná pro porozumění situaci pacientů a dosažení cíle průzkumné části práce.

Před rozhovorem s MUDr. Radoslavem Hnidkou byl nejprve udělen lékařem ústní souhlas s nahrávaným rozhovorem. Dodržování etických standardů a zákonných předpisů, které se týkají nahrávání rozhovorů, je klíčové pro ochranu soukromí a práv všech zúčastněných stran.

Po získání ústního souhlasu od MUDr. Radoslava Hnidky byl proveden rozhovor, který zahrnoval otázky týkající se jeho odborného pohledu na zkoumanou problematiku v rámci bakalářské práce. Během rozhovoru byla využita kombinace otázek otevřeného a uzavřeného typu, aby bylo možné získat hlubší porozumění jeho perspektivy.

#### **8.2.4 Znění otázek rozhovoru**

Jedním z významných aspektů výzkumných metod založených na rozhovoru je nezbytná interakce výzkumníka s respondentem. Jeho názory a postoje, nálada, způsob zadávání otázek, vždy určitým způsobem ovlivňují způsob odpovídání respondenta. Je zodpovědností výzkumníka být si těchto interakcí vědom, usilovat o nezavádějící způsob zadávání otázek a veškeré vnímané anomálie případně zaznamenat (Hendl, 2016). Strukturování a pečlivá příprava sady otázek s ohledem na výzkumné cíle pomáhá náhodné vlivy aktuální situace snížit a vede k přesnějším výsledkům (Švaříček a Šed'ová, 2007). Sada otázek pro průzkumné šetření použitá v této práci byla vytvořena autorkou práce specificky pro účely dosažení konkrétních cílů práce. To zaručuje velkou specificitu pro konkrétní situaci a cíle, ale nevýhodou, jíž jsme si byli vědomi, je omezená možnost srovnání, než při použití standardizovaných nebo jinými autory využívaných sad. Seznam otázek je součástí Příloh této práce.

#### **8.2.5 Analýza metodou otevřeného kódování**

Kódování znamená, že pro organizaci a strukturování informací z rozhovorů výzkumníci vytvářejí kategorie a podkategorie, které odpovídají jednotlivým tématům diskutovaným v rozhovorech. Tyto kategorie jsou definovány na základě cílů studie a teoretických otázek a na základě obsahu a zaměření sdělení mluvčích v rozhovorech. Kódy pak slouží k označení konkrétních částí textu, které se týkají těchto kategorií, a pomáhají výzkumníkům systematizovat a organizovat data, což usnadňuje hlubší analýzu a porozumění materiálu. Kódování vyžaduje hlubokou interpretační práci a úsilí porozumět významu sdělení. Často probíhá ve více fázích, kdy se výzkumník pohybuje mezi jemnějším a obecnějším dělením textu a nalézá nové vztahy a souvislosti (Hendl, 2016).

Otevřené kódování je metoda analýzy dat z řízených rozhovorů, která klade důraz na flexibilitu a neomezování se předem stanovenými kategoriemi nebo teoretickými rámci. Výzkumníci přistupují k datům s otevřenou myslí a vytvářejí kategorie až na základě skutečné zkušenosti s materiálem, což jim umožňuje identifikovat nové myšlenky a vzorce přímo vycházející z rozhovorů. Tento přístup napomáhá hlubšímu pochopení materiálu a umožňuje odhalit nečekané poznatky (Miovský, 2006). Otevřené kódování je obzvláště užitečné pro zachycení rozmanitosti informací a perspektiv účastníků, což přináší bohatší porozumění jejich postojům, zkušenostem a potřebám (Hendl, 2016). Tím se stává cenným nástrojem s širokým využitím v psychologii, pedagogice i dalších humanitních vědách (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Kromě otevřeného kódování zvoleného v této práci, se v analýze rozhovorů mohou použít i další metody, jako je axiální kódování, selektivní kódování, tematická analýza nebo narativní analýza. Každá z těchto metod přináší specifické postupy a přístupy k datům a je vhodné vybrat takovou metodu, která nejlepší odpovídá cílům výzkumu a charakteru získaných dat (Hendl, 2016).

### 8.3 Analýza rozhovorů s pacienty

V této podkapitole budou uvedeny hlavní výsledky průzkumné části práce, tedy výstupy analýzy otevřeného kódování včetně shrnutí důležitých zjištění z rozhovorů s pěti pacienty. Podkapitola je rozdělena do tří částí podle toho, jak rozhovory časově probíhaly. První část se zaměřuje na pacienty, kteří právě zahajují svůj pobyt v izolaci, na jejich obavy, informovanost a potřeby. Ve druhé části jsou analyzovány a shrnuty rozhovory s týmiž pacienty v průběhu izolace (po týdnu) a ve třetí fázi se nachází analýza rozhovorů s týmiž pacienty při ukončení izolace. Můžeme tak sledovat vývoj psychického stavu a postojů u stejných lidí v průběhu celého procesu izolace. Kompletní znění rozhovorů se nachází v Přílohách této práce.

#### 8.3.1 Rozhovory při zahájení izolace

V této části bude provedena a shrnuta analýza metodou otevřeného kódování, budou identifikována témata (kategorie) a konkrétní výroky (kódy) podložené citacemi z rozhovorů. Následně bude provedeno shrnutí nejdůležitějších zjištění.

Kategorie: **Potřeba kontaktu s blízkými**

Kód	Citace (Pacient)
Důležitost blízkých	P1: „Mám rád lidi kolem sebe. Rodina mi bude chybět, a i chlapi z hospody a ze stavby.“ P2: „Hodně důležitý hlavně s rodinou.“ „Mám ráda lidi kolem sebe.“ P3: „Důležitý.“ P5: „Velice důležitý. Kolikrát oni ani neví co mají dělat.“
Častý telefonický kontakt	P2: „často si s dcerou telefonujeme. Synovi volám většinou já jinak by se mi ani neozval“ P4: „S kámošema dost a se starou někdy...“
Méně častý kontakt	P3: „Teď moc ne.“
Absence rodinných vazeb	P4: „Nemám rodinu...“

Kategorie: **Reakce na novou situaci**

Kód	Citace (Pacient)
Překvapení, šok	P5: „Hlavně mě překvapilo že mám tuberkulózu, a navíc na krku.“ P1: „No čuměl jsem. Jsem myslel že už tubera neexistuje.“

Obavy ze zhoršení zdravotního stavu	P1: „Asi z tý nemoci. Na to se umírá.“ „Mám strach, že by se mi stala nějaká nehoda. Víte, jak mám ty průjmy.“
Nejistota ohledně vlastní situace	P1: „Teď jsem jako napjatej. Nevím, co mě čeká a co se bude dít. Asi trochu nervozita.“ „celkově nerad chodím k doktorům.“ P4: „Aby mě nevyrazili moc brzo.“
Smutek	P3: „Jsem nešťastná.“
Obavy z osamělosti v izolaci	P2: „Jen se bojím že si nebudu mít s kým povídat.“

#### Kategorie: **Obavy ohledně situace venku**

Kód	Citace (Pacient)
Strach o rodinu a domácnost	P3: „Nevím, co bude s dětmi.“ P5: „Aby mi manželka neprodala střechu nad hlavou.“ „Jestli bude manželka schopná doma beze mě fungovat tak dlouho. To teda nevím.“
Strach z přijetí blízkými	P3: „Nevím, co řeknu rodině. Hlavně manželovi.“ „nevím, jak to mám doma říct.“

#### Kategorie: **Strategie zvládání stresu**

Kód	Citace (Pacient)
Koníčky, rozptýlení	P2: „Ještě by se mi tu hodilo pletení a mám doma takové malé rádio.“
Alkohol a sociální kontakt	P1: „já jsem nervák... většinou si zajdu s chlapama do hospody a tam se uklidním.“
Kontrola a dominantní chování	P5: „Já si umím zjednat pořádek. Proto jsem se asi vždy měl v nemocnici dobře.“
Nezvládá situaci, suicidální	P3: „Nevím, jestli chci žít.“

#### Kategorie: **Projevy duševních potíží**

Kód	Citace (Pacient)
Úzkost a depresivní stav	P3: „užívám léky na deprese“ a „Mám úzkosti.“ P2: „Beru jedny tabletky na lepší náladu. Občas mi bývá smutno“
Nespavost	P3: „občas nemohu usnout.“ P2: „Taky na to беру tabletky. To víte, večer usnu u zpráv a pak se vzbudím ve 2 ráno a pak koukám do stropu“

Žádné potíže	P5: „V žádném případě.“ P4: „Normálka, pohoda.“
Neumí posoudit	P4: „Tak to jako nevím, ale někdy jsem fakt jako psycho (smích).“ P1: „Asi ne. Občas jsem zpruzelej, ale asi to depka nebude. Nikdy jsem u psychiatra nebyl“

#### Kategorie: Percepce hospitalizace

Kód	Citace (Pacient)
Přijetí, využití ve svůj prospěch	P4: „Neva, mám kde bydlet.“
Spokojenost s prostředím	P5: „Je to tu útulné. S tím nemám problém.“ P1: „Tak není to špatný. Je tu čisto a nesmrdí to tady dezinfekcí, jako když jsem byl malej v nemocnici.“
Spokojenost s vybavením	P1: „Telka, záchod, sprcha, lednice. Dobrý jako hotel.“ P5: „Já toho tolik nepotřebuji, a kdybych něco potřeboval, tak mi to donese manželka.“
Spokojenost s personálem	P1: „Dobrý. Pěkný sestry.“ P2: „Jsou tu moc hodný a ochotný. Jen ta jedna mi nesedí.“
Dostatečná informovanost	P2: „Paní doktorka mi všechno moc hezky vysvětlila. Ona je moc příjemná, a když jsem něčemu nerozuměla, tak jsem se zeptala sestřiček, a ty mi vše dovysvětlily.“
Horší porozumění informacím	P1: „Doktor mi něco říkal, ale já tomu moc stejně nerozumím.“ P4: „moc tomu nerozumím.“
Fyzické potíže	P5: „Zatím jsem klidný, ale mám bolesti.“ P2: „Tak hlavně abych už neměla ten průjem.“

Shrnutí analýzy: V první fázi jsme zjišťovali zejména celkové osobnostní ladění respondentů, schopnost zvládat stres, probíhající duševní potíže, význam rodiny a kontaktu s vnějším světem. Dále jsme se zaměřili na to, jak pacienti vnímají prostředí a personál nemocnice, zda jsou dostatečně informováni o tom, co se bude dít a zda mají nějaké obavy.

Pacienti se již na počátku izolace lišili ve strategiích a kapacitě zvládnání stresu. Jeden z pacientů měl za sebou drogovou minulost, aktuálně však žádný stres z hospitalizace neprožíval a naopak vyjadřoval spokojenost s možností zajištěného bydlení, přístupu k TV apod.. Další využívá ke zvládnání stresu, které se projevuje především vztekem, pobyt mezi kamarády v hospodě, tedy zdroj, který během izolace není dostupný. Psychiatricky se nikdy neléčil. Třetí z mužů usiluje zejména o získání kontroly nad situací, projevuje se dominantně, jakékoli psychické potíže popírá, ale stěžuje si na fyzickou bolest. Obě respondentky – ženy užívají antidepressiva, přičemž starší z nich s celkově lepší rodinnou a životní situací působí odolněji. Pobyt by jí

zpříjemnily koníčky jako je poslech rádia a pletení. Druhá z žen má již na počátku izolace potíže se zvládnutím své situace, v rozhovoru se objevuje náznak suicidálního myšlení.

Blízcí lidé mimo nemocnici byli důležití pro všechny pacienty. Čtyři uváděli velký význam rodiny a přátel, pátý z nich rodinu neměl, ale přátelé mu chyběli. Dva z respondentů jsou v telefonickém kontaktu s blízkými denně, jedna respondentka spíše sporadicky, pravděpodobně z důvodu deprese a obav z komunikace. Pacienti vyjadřovali obavy ohledně situace blízkých, o které se nemohou starat (děti, manželka) a také ohledně toho, jak rodina jejich diagnózu přijme. Tato obava se lišila na základě rodinné situace a diagnózy – nejhůře na tom byla respondentka, která tajila více diagnóz včetně pohlavně přenosných.

Prvotní reakcí na diagnózu a nařízenou izolaci bylo překvapení, šok, že je možné takovou nemoc dostat, nebo že se může projevovat atypicky. Další emocí byl strach, jeden pacient zmiňoval smrtelnost tuberkulózy, další pacientka se obávala neblahých sociálních následků možné „nehody“ způsobené průjmovým onemocněním. Jeden pacient zmínil počínající obavy ze samotné izolace a nemožnosti si povídat s lidmi. Jedna z pacientek vyjadřovala nad svou situací smutek. Několik pacientů zmínilo nejistotu a nervozitu ohledně dalšího postupu péče o ně.

Pacienti byli před zahájením izolace vždy informováni, dva z nich uvádějí, že plně nepochopili obsah sdělení. Nejednalo se přitom o jazykovou bariéru, respondentka ukrajinské národnosti byla dostatečně informována lékařkou z Ukrajiny. Celková spokojenost s personálem byla dobrá, v rámci možností a specifík daných pacientů. Pacient s dominantním přístupem si stěžoval na pomalost „obsluhy“, což může souviset s pocitem ztráty kontroly a samostatnosti, kdy si člověk v izolaci nemůže snadno obstarat své potřeby a závislost na druhých může vyvolávat úzkost a netrpělivost. S prostředím nemocnice byli spokojeni všichni pacienti, zejména byla zmíněna blízkost přírody a dostatečné vybavení (televize, wifi, lednička...).

Z rozhovorů vyplynulo, že pacienti přicházejí do nemocnice v různém psychosociálním stavu a je potřeba jejich potřeby aktivně zjišťovat a komunikovat s nimi. Zároveň je nutné se ujistit, že rozumějí na svojí kognitivní úrovni své diagnóze, léčbě a právu. Mezi pacienty v první fázi rozhovorů převažoval smířený postoj k samotné izolaci, nikdo nevyjadřoval velké obavy nebo nespokojenost s tím, že je čeká několik týdnů poměrně zásadních omezení pohybu a komunikace.

### 8.3.2 Rozhovory po týdnu izolace

V této části bude uvedena analýza pokračování rozhovorů s pacienty po týdnu stráveném v izolaci. Kategorie (témata) a kódy (výroky, názory) se mohou lišit od předchozí fáze podle toho, jak rozhovory probíhaly, na co se zaměřovaly, a co respondenti považovali za důležité sdělit. Metoda otevřeného kódování umožňuje živou interakci s materiálem a úpravu a formování kategorií dle něj.

#### Kategorie: Sociální kontakty

Kód	Citace (Pacient)
Telefonický kontakt s rodinou	P1: „S manželkou každý den“ P2: „já s počítačem neumím, ale s dcerou si voláme každý den, po večeri.“ P4: „Stará občas zavolá...“ P5: „Teď jsem volal manželce a ona mi to nezvedla. Až s tím skončíte, tak jí musím zavolat zas.“
Telefonický kontakt s přáteli	P1: „občas zavolají chlapi.“ P4: „Hodně... kámoši volají často“
Nezájem o kontakt s blízkými	P3: „Nejsem s nikým v kontaktu. Nechci s rodinou mluvit.“
Častý kontakt s personálem	P2: „Sestřičky chodí často, a paní doktorka nebo pan doktor, chodí každý den na vizitu.“ „já jsem hodně upovídáná a někdy sestřičky musí utéct, protože mají jinou práci.“
Nepravidelný kontakt s personálem	P1: „To je různý.“ „Některý sestry si i pokecaj, ale ne všechny.“
Nedostatečný kontakt s personálem	P4: „Moc sem nechodí. Asi je se*u.“ P5: „Vždyť sem vůbec nechodí, kdybych na ně nezvonil, tak mám pocit, že jsem v baráku sám.“
Nepříjemný kontakt s personálem	P3: „Je tu až moc často.“ P5: „...jedovatý sestry.“ „Sestry jsou pomalý a některý jsou nepříjemný. Přitom, já jsem nemocný a jejich práce se o mě postarat.“
Možnost neformálního popovídání s personálem	P2: „já jsem hodně upovídáná a někdy sestřičky musí utéct, protože mají jinou práci.“ P4: „se mnou minule jedna řešila, jestli už jsem si našel práci, když je tu wifina zadarmo.“
Neexistuje neformální popovídání s personálem	P3: „Ne, nejsem Češka.“ P5: „Se mnou tady už nekomunikuje skoro nikdo.“
Zájem o kontakt s tazatelem	P2: „Samozřejmě, pojd'te se ke mně posadit.“ P4: „Jasný.“
Vlažný zájem o kontakt	P1: „No, jo.“ P3: „Nevím.“ P5: „Když už jsme s tím začali.“

#### Kategorie: Emoční stav týdnu izolace

Kód	Citace (Pacient)
Špatná nálada, apatie	P1: „Nevím, no. Tak nějak nemám náladu.“ P3: „Velmi špatnou. (náladu)“ P5: „Špatnou, velmi špatnou.“



Celková frustrace	P1: (chybí mu) „Asi všechno.“ (vadí), „To, že jsem tady.“
Bezmoc, vztek	P5: „Hrůza. Manželka ani není schopná zaplatit telefon. Jak nejsem doma, ona není schopná nic zařídit.“
Nuda a smutek	P2: „Je mi tady smutno a mám tu dlouhou chvíli, ale jsem ráda, že vás vidím.“
Osamělost, smutek	P2: „To je těžký. Vy jste mi udělala radost, že jste přišla, ale až odejdete, tak mi bude do pláče.“
Stesk	P2: (chybí mi) „Dcera a společnost.“ „Že jsem se dlouho neviděla s dcerou.“ P3: (chybí) „Děti.“
Smutek, zoufalství	P3: „Je mi hrozně.“ „Abych tu nebyla.“ (ze stručné odpovědi není úplně zřejmé, zda v nemocnici nebo jde o suicidální nutkání)
Klid a pohoda	P4: „Pohoda, mám klídek.“ „Dobrou. (náladu)“ „Já mám všechno.“

#### Kategorie: **Specifické obavy a stresory**

<b>Kód</b>	<b>Citace (Pacient)</b>
Nejistota ohledně zbývajících délek izolace	P1: „Že to je dlouhý a nevím, kdy to skončí.“
Stesk po rodině	P2: „Kdy už mě pustí, a kdy se budu moct vidět s dcerou...“
Obava o fungování domácnosti	P5: „Aby mi manželka neprodala střechu nad hlavou. Ona naletí každému. Ještě někde něco podepíše.“
Nepříznivá diagnóza	P3: „HIV.“
Fyzické projevy nemoci	P2: „kdy už přestanou ty průjmy.“ P1: „hrozně se potím. Prý to dělá ta nemoc.“ P5: „Bolesti...“
Žádné stresory	P4: „Co bude k obědu.“ „musím vypínat telku v deset. Prej noční klid (smích).“ „Nic (nechybí). Jsem v klidu.“

#### Kategorie: **Strategie zvládání stresu**

<b>Kód</b>	<b>Citace (Pacient)</b>
Pomohl by alkohol	P1: „Dal bych si kořalku.“
Myšlenky na rodinu	P2: „Samozřejmě moje dcera.“
Myšlenky na návrat domů	P5: „Klid a domov.“ „Aby mě pustili domů, ale to se pořád čeká na nějakou kultivaci a já nevím co.“
Nezvládá situaci, suicidální	P3: „Nevím, jestli chci žít.“

#### Kategorie: **Projevy duševních potíží**

<b>Kód</b>	<b>Citace (Pacient)</b>
Závažná deprese	P3: „Je mi hrozně.“ „Nevím, jestli chci žít.“ (pacientka zmiňuje i další projevy těžké deprese – odmítání kontaktu s blízkými, nechutenství, nespavost, odpovídá jednoslovně)

Nespavost	P1: „Ne(spí dobře), hrozně se potím.“ P2: „Ne. Museli mi i změnit tabletky, ale po nich jsem spala i přes den. Tak dnes v noci zkusím, prý zase nějaké jiné.“ P3: „Ne. Několikrát za noc se budím.“ P5: „Kdepak. Mám plnou hlavu manželky, a bolí mě ta boule na krku.“
Žádné potíže	P4: (nic mu nechybí) „Já mám všechno.“

### Kategorie: Percepce izolace

Kód	Citace (Pacient)
Přijetí, využití ve svůj prospěch	P4: „Já mám všechno.“
Vyhovující strava	P1: „Jo.“ P2: „Nedávno jsme tu měli výbornou omáčku s rýží, ale sním všechno. Nejsem vybíravá.“
Nespokojenost se stravou	P5: „Už jsem jedl lepší jídlo.“
Dostatek stravy	P1: „Jo.“ P2: „To víte, já už toho tolik nesním.“
Nedostatek stravy	P4: „Dávaj mi málo.“ „Říkám, že dávaj málo.“ „To jídlo, že ho je málo.“
Odmítání stravy	P3: „Nemám hlad... dostávám kapačky.“ P5: „záleží, co je k jídlu.“
Ochranné pomůcky znepokojují	P1: „Tak není na holky hezkej pohled, když jsou ve skafandrech, jako covid.“ P2: „Je to takové zvláštní. Někdy si přijdu, jako prašivá (smích).“
Ochranné pomůcky personálu nejsou děsivé	P3: „Nevímám je.“ P4: „Hustý, se tady doktorka zatrhla o stolek. Tak to bylo dobrý (smích).“
Dostatečná informovanost	P1: „Asi jo.“ P2: „Ano.“ P3: „Ano.“ P4: „Jo.“ P5: „Když si ho vyžádám, tak ano.“

### Objektivní zhodnocení změn:

P1: Celkový pokles nálady a komunikace. Apatický, nemluvný, nervózní, podrážděný, nesoustředěný, odpovědi jsou stručné. V chování příznaky dysforie či počínající deprese, zmiňována chuť na alkohol, o němž v první fázi rozhovorů uvedl, že mu pomáhá zvládat stres. Oporou je telefonický kontakt s přáteli.

P2: Po týdnu izolace prožívá pacientka pocity osamělosti i zájem o sociální kontakt. Trápí jí symptomy onemocnění a změna spánkového režimu. Opakovaně zmiňuje stesk po dceři. Rozechvělý hlas, vlhké, uslzené oči. Až dychtivě upovídána. Snaha o navázání bližšího kontaktu (držení za ruku).

P3: Druhou fází prožívala pacientka velmi negativně. Došlo k narušení více oblastí u základních potřeb, u stravy i spánku, dále v oblasti komunikace. Zhoršily se projevy deprese v řeči i chování pacientky. Objektivní zhodnocení klienta: apatická, bez nálady, depresivní. Personálem domluveno psychiatrické konsilium. Zavedena parenterální výživa pro odmítání stravy.

P4: Klidný, spokojený s hospitalizací, situace mu zcela vyhovuje. U pacienta převažuje postoj aktuálního prožívání situace a je třeba ho opětovně zaměřit na řešení, která ho čekají v blízké budoucnosti, aby byl zaměstnán a měl samostatný postoj k životu, ve kterém se postará sám o sebe i své blízké. Pobyt v nemocnici vnímá spíše jako hotel, nezáměrně plánovat a promýšlet budoucí kroky, které by vedly k plnohodnotnému zapojení do společnosti.

P5: Pacient má obavy ze zajištění chodu domácnosti po dobu jeho pobytu v nemocnici i obavy o svoji paní. Trápí ho, že léčba si žádá určitou dobu a nelze ji urychlit. Bylo by vhodné využít služeb sociální pracovnice, která může jeho paní pomoci řešit případné úřední záležitosti. Neklidný, neurotický, na personál se utrhuje, hádavý.

Shrnutí analýzy: Ve druhé fázi jsme se zaměřili na to, jak pacienti zvládají zátěž izolace, kterou podstupovali již týden a neměli přesnou informaci, jak dlouho bude trvat (délka vychází z efektivity léčby). Sledovali jsme zejména četnost sociálních interakcí na dálku s vnějším světem a osobně s personálem, zájem o tyto interakce a jejich vnímání a hodnocení pacientem. Dále jsme se zaměřili na psychické stresory způsobené jak izolací, tak samotnou vážnou nemocí a hospitalizací. Sledovali jsme, jak pacienti náročnou situaci zvládají a jak se vyvíjí jejich nálada a případné psychiatrické komplikace.

Strava je v rámci pobytu v izolaci důležité téma, protože pacienti jsou omezeni v možnosti výběru a samostatného obstarávání potravin, na které jsou zvyklí. Musejí spoléhat na typ a množství stravy podávané personálem. Dva z pacientů byli se stravou plně spokojeni. Jeden z pacientů opakovaně zmiňoval, že je stravy málo, že má hlad. Další projevil určitou vybíravost, s komentářem, že strava, bolesti a neshody s personálem ho trápí nejvíc. Jedna z pacientek nebyla v daném stavu schopna kvalitu stravy posoudit, protože z psychických důvodů odmítala jíst.

Dalším důležitým aspektem péče na infekčním oddělení jsou ochranné pomůcky personálu, které mírně znepokojovaly pouze dva z pacientů. Jeden pacient měl z neobvyklého oděvu spíše legraci, pro další dva neměl oděv dle odpovědí žádný význam. Oba tito pacienti však vykazovali známky psychického dyskomfortu, takže je možné, že do určité míry působil na podvědomé úrovni, kterou pacient v dané chvíli pouze nerefletoval. Reakce na neobvyklé pomůcky lékařského personálu mohou být vysoce individuální, od zájmu a pobavení, přes úzkost až po intenzivní strach.

Většina pacientů jevila i po týdnu silný zájem o kontakt s rodinou nebo přáteli, s výjimkou P3, která vykazovala silně depresivní projevy a zároveň v prvním rozhovoru uvedla úzkost ohledně

komunikace a sdělení diagnózy rodině. Pacienti komunikovali s blízkými převážně telefonicky, sami volali nebo jim pravidelně volali jejich blízcí. Kontakt byl pro většinu pacientů zdrojem motivace a uklidnění.

Všichni pacienti byli dostatečně seznámeni se svým zdravotním stavem a průběhem léčby, nebyly žádné projevy nejistoty či nepochopení v tomto ohledu. Úzkosti spojené s nejasnou délkou hospitalizace bohužel nebylo možné řešit informováním, protože délka není předem známa.

Postoj k personálu a komunikaci s ním se mezi pacienty zásadně lišil, zejména na základě osobnostních specifíků a postojů, s nimiž na oddělení přišli. Například silně kontrolující P5 se cítil personálem neoblíben a zanedbáván, mimo pracovní povinnosti s ním nekomunikoval, sestry označil za „jedovaté“. Pacientka s depresivní symptomatikou uvedla, že personál naopak chodí na pokoj příliš často, avšak osobně nekomunikují kvůli jazykové či kulturní bariéře. Naopak P4, který se na oddělení cítil velmi spokojeně, popisoval komunikaci a snahu pomoci i mimo povinnosti sester, s vyjádřením, že pravděpodobně obtěžuje on je.

Pacientka P2 také se sestrami komunikovala často, a projevovala také velký zájem o kontakt v rámci průzkumu. Ten obecně oproti předchozímu týdnu mezi pacienty výrazně ochladl, pravděpodobně také z důvodu celkového poklesu nálady. Pouze dva pacienti projevili z možnosti rozhovoru nadšení, ostatní přijali váhavě a vlažně, byť přímo neodmítl nikdo.

Zjišťovali jsme také další zvládací mechanismy a zdroje, kterých však pacienti využívali velmi omezeně. Nebyly zmíněny žádné koníčky nebo rozptýlení s výjimkou televize a sociálních kontaktů popsaných výše. Pacienti zmiňovali negativní dopady izolace jako je stesk, smutek nebo nuda. Jejich myšlenky se točily kolem domova, rodiny a propuštění, v jednom případě zmíněn alkohol, jednoho z pacientů neopouštěly nutkavé kontrolující myšlenky na domácnost a manželku, včetně opakované snahy o kontrolu po telefonu. Žádnému z pacientů se nedařilo nepříjemné stavy rozptylovat, například realizací koníčků, které by v izolaci byly možné.

Jedna z pacientek se začala propadat do hluboké psychické krize, kvůli níž bylo svoláno psychiatrické konzilium. Náhlá a psychický stav se po týdnu izolace zhoršily i u dalších pacientů. Pouze jeden pacient, bez dostatečného zázemí mimo nemocnici, zůstal i po týdnu v dobré náladě a dle svých slov až obtěžoval sestry bezstarostnou upovídaností a neochotou řešit například hledání práce. Nejčastějším symptomem duševní nepohody bylo zhoršení spánku u 4 z 5 pacientů, dále se častěji vyskytoval smutek a stesk po rodině a domově. Obavy o blízké i obtěžující fyzické symptomy nemocí přetrvávaly, naopak se snížila nervozita pacientů

z jejich aktuální situace. Zlepšila se informovanost, všichni uvedli, že mají informaci o svém stavu dostatek.

### 8.3.3 Rozhovory na konci izolace

V této části jsou analyzovány a shrnuty rozhovory s pacienty, kterým již izolační režim skončil. Zaměřujeme se na zpětné zhodnocení izolace a na změny psychiky a hodnocení oproti rozhovorům, kdy se v dané nepříznivé situaci právě nacházeli a nevěděli, jak dlouho potrvá.

Zároveň byla tato třetí fáze realizována s pacienty stále ještě hospitalizovanými, což umožňuje do určité míry odlišit vliv samotného lékařského prostředí a hospitalizace od vlivu indikovaného izolačního režimu. Závěrečné rozhovory byly provedeny v době, kdy už se pacienti směli volně pohybovat po oddělení, nebyli však ještě propuštěni domů. Mohli jsme tak sledovat změnu jejich psychického stavu, která souvisela s izolací, zatímco ostatní negativní faktory jako nutnost hospitalizace či stigma spojené s infekčním onemocněním zůstávaly srovnatelné (byť s jasnějšími vyhlídkami na propuštění a s již dosaženým pokrokem v léčbě).

Pro bližší porozumění situaci pacienta jsme položili také otázky související s nejbližší budoucností – navazující ambulantní péče, plány po propuštění atd.. Zároveň měli pacienti izolaci ještě v živé paměti a mohli hodnotit, co pro ně bylo těžké a co jim naopak pomáhalo.

#### Kategorie: Aktuální stav

Kód	Citace (Pacient)
Zlepšení nálady	P2: „Teď už je to lepší.“
Navazování kontaktů	P2: „Dokonce jsem se tady seznámila s jednou paní... chodíme na zahrádku posedět.“
Větší pocit kontroly nad situací	P5: „Konečně mohu kontrolovat chod oddělení a práci sester, jestli si tu jen nepopíjí kávičku.“
Zájem komunikovat s tazatelem	P1: „Jo, můžem.“ P2: „To víte, že ano. Hezky se mi s vámi povídá.“ P4: „Jasný.“ P5: „Ano.“
Apatie	P3: „Nevím. (zda má zájem o rozhovor)“ „Nemám žádné pocity.“
Podrážděnost	P5: „Postele mají nekvalitní a teď jsem na pokoji s takovým mrzoutem. To je za trest.“
Nespokojenost s přetrvávajícím omezením	P1: „pořád musím být tady na baráku, ale aspoň můžu na terasu“
Přetrvává problém se spánkem	P1: „Já jsem pořád spocenej, tak se moc nevyspím.“
Obava z propuštění	P4: „Se mi blíží propouštěčka. To je v p*deli.“
Radost z dostupné zdravotní péče	P4: „po 5 letech jsem byl u zubaře.“

Kategorie: **Zpětné hodnocení izolace – stresory**

Kód	Citace (Pacient)
Omezení svobody pohybu	P1: „To, že nemůžu jít, kam chci. To je jako divný.“
Osamělost	P2: „To, že jsem byla sama. A já nemám ráda samotu.“ P5: „To, že za mnou nikdo nechodil.“
Špatný spánek	P2: „Špatně, ale to už jsem vám říkala minule.“ P5: „Špatně i teď spím špatně.“
Nepříznivá diagnóza	P3: „Smířit se s nemocí.“
Projevy deprese	P3: „s rodinou jsem odmítla komunikovat. ... ne (stravovala se dostatečně) ... Jen jsem ležela.“
Obava z konce hospitalizace	P4: „(obava) Že budu propuštěnej.“
Telefonický kontakt s vnějším světem	P5: „když jsem telefonoval se ženou, tak jsem byl vždy ještě víc naštvanej.“

Kategorie: **Zdroje**

Kód	Citace (Pacient)
Podpora nejbližších	P1: „Manželka, ještě, že ji mám.“ P2: „Dcera, nevím, co bych dělala, kdyby mi tak často nevolala.“
Koníčky, rozptýlení	P2: „Jedna sestřička mi donesla pletení, tak jsem upletla nějaký šály.“
Psychiatrická péče	P3: „(spala) S léky lépe.“ P2: „Byl za mnou i pan doktor z psychiatrie a napsal mi lepší tabletky, ale prý mi to zase změní na ty, co jsem brala dřív.“
Četba	P5: „četl jsem si.“
Televize	P4: „Telka“ P5: „Koukal jsem na televizi.“
Internet	P4: „wifina“
Televize nestačí	P1: „Telka, ale ta už mě, pak taky nebavila.“

Kategorie: **Celkové zpětné hodnocení izolace**

Kód	Citace (Pacient)
Pocity podrážděnosti	P1: „pak mě štvaly i sestry, že pořád s něčím otravujou.“ P5: „To víte, že ano. Jídlo mi nechutnalo... A manželka říkala, že jsem protivný.“
Kvalitní strava	P1: „vaří tu docela dobře.“
Zajišťování vlastní stravy	P5: „Manželka mi posílala přes sestru jídlo, tak to šlo.“
Dostatek jídla	P2: „Já si myslím, že ano. Sestřičky říkaly, ať jím víc, ale já jsem zvyklá jíst míň.“ P4: „Začali přidávat.“
Spokojenost s vybavením	P1: „Tady ty pokoje jsou vybavený hezky...“ P2: „Pokojík byl moc hezký“ P3: „Ano.“ P4: „Pohoda.“ P5: „Ono asi toho moc vymyslet nejde.“

Výhrady k vybavení	P5: „Postele mají nekvalitní“
Osamělost	P2: (pokoj byl) prázdný.“
Stesk po osobních věcech	P1: „Není to doma. Doma má člověk spoustu věcí... nemáte tu své krámy.“
Smutek, pláč	P2: „Bylo mi hodně smutno a často jsem si pobečela.“
Promeškání možností být s blízkými	P2: „Vnučka měla minulý týden svátek a já jsem se s ní ani nemohla vidět.“
Projevy deprese	P3: „nechuť komunikovat, nechut' jíst, nechut' žít.“
Žádné psychické potíže a změny	P4: (otázka na negativní psychické dopady izolace) „Ne.“ (spal dobře) „Jak zabítej.“

### Kategorie: **Výhled do budoucna**

<b>Kód</b>	<b>Citace (Pacient)</b>
Domácí strava	P1: „Kachna od manželky.“
Lepší vztahy v rodině	P1: „myslím, že to máme s manželkou lepší.“
Nejbližší lidé	P2: „Dcera.“
Obnova pořádku v domácnosti	P2: „velký úklid doma, v bytě. Asi budu muset vyhodit kytky.“ P5: „Budu muset napravit vše, co žena spáchala ... víte, kolik práce budu mít doma, než dám vše do pořádku?“
Řešení sociální situace	P1: „budu muset asi na pracák. Protože si za mě našel šéf náhradu.“ P4: „pracák.“
Finanční důsledky hospitalizace	P1: „Práce, finance. To mě teď nejvíc se*e.“
Nejistota	P1: „Nevím, jak to bude. (v oblasti práce)“ P2: „Ježiš, tak to já nevím. Myslím si, že ne. Zatím mi nikdo nic neříkal. (ohledně pokračování léčby ambulantně)“ P3: „To nevím, ale domu se vrátit nemohu... Celý život bude teď jiný.“ P4: „nevím“
Obavy o blízké	P3: „Nechci nakazit děti.“
Ambulantní kontroly	P1: „budu muset chodit na plicní“ P3: „budu hlídaná, kvůli HIV a TBC.“ P4: „Prej obvod'ák a plicní.“ P5: „Budu muset k obvodnímu lékaři a na ORL.“
Medikace	P1: „budu muset brát ještě nějakou dobu léky.“

Objektivní zhodnocení stavu pacientů po izolaci:

P1: Ve fázi uvolnění došlo k opětovnému zlepšení nálady a komunikativnosti, přestože sociální situace a výhled do budoucna nejsou ideální. Pacient kvůli dlouhodobé nemoci přišel o zaměstnání a čekají ho finanční potíže, nejistota a hledání nové práce. Mohlo by pomoci navázat spolupráci se sociálním pracovníkem. Komunikace s rodinou však probíhá v pozitivním směru, pacient uvádí dokonce zlepšení vztahů s manželkou, k níž se nyní i více upíná. Pacient je po uvolnění z izolace upovídaný, s dobrou náladou. Navazuje kontakty s dalšími pacienty. Čas tráví mimo pokoj, nejčastěji na terase.

P2: Pozitivní změna v náladě pacientky. Pacientka se cítí více v sociálním kontaktu a zabaví se kupříkladu pletením i rozhovory s jinými pacienty, kteří mají také uvolněný režim. Pacientka odpovídá dlouze, vyzařuje radost z komunikace, ochotně objasňuje, jak se v izolaci cítila. Navazuje na předchozí rozhovor, pamatuje si, o čem se mluvilo, což naznačuje, že pro ni je komunikace důležitá a že je i přes prožitý stres a špatný spánek mentálně v dobré kondici. Spokojená, usměvavá, klidná, hovorná.

P3: Pacientka nadále depresivní, nevidí smysl života, vnímá velkou nejistotu ohledně změn, které ji čekají, vztahů v rodině a možného rizika přenosu nákazy. Nadále odmítá komunikaci s rodinou. Probíhá spolupráce s psychiatrem. Je třeba hledat motivační faktory k životu a řešit aktivizaci pacientky, aby zvládla nalézt svou adekvátní životní roli po propuštění, obnovit komunikaci s manželem a zajistit péči o děti, na kterých jí dle mnoha náznaků velmi záleží (stesk po dětech v předchozích rozhovorech, obava z nakažení...).

P4: Pacient je znepokojený z blížícího propuštění. Hovorný, ale o něco méně než v předchozích rozhovorech. Nálada stále dobrá, vyjadřuje spokojenost s prostředím, působí odpočatě a celkově upraveněji, začíná vágně mluvit i o budoucnosti („pracák“). Pacientovi může být doporučena poradenská péče ohledně stanovení budoucích kroků v jeho životě.

P5: Pacient má lepší náladu, starosti mu dělá chod domácnosti po propuštění. Má pocit, že bude mít hodně práce s napravováním škod způsobených jeho dlouhou absencí, což je jedno z úskalí dlouhodobé hospitalizace. Komunikuje se svojí paní a chválí její stravu. Je zaměřený na činnosti, které bude řešit, až se vrátí z nemocnice do domácí péče. Má stále dominantní přístup, v jeho zvládacích mechanismech jsou patrné neobvyklé prvky kontroly („kontrolovat chod oddělení“) a perfekcionismus. Pacientova osobnost dlouhodobě působí neuroticky, hospitalizace v cizím prostředí a ztráta kontroly a samostatnosti během izolace pro něj byly velkým stresorem, na což reagoval snahou zajistit si, na co je zvyklý, s pomocí své ženy. Jeho únikovou reakcí byla podrážděnost a konflikty, časté stížnosti na personál oddělení, a následně



frustrace z nedostatku sociálních kontaktů („nikdo za mnou nechodí“). V této fázi rozhovorů byl dosud nejkliďnější, méně podrážděný a více zaměřený na plánování dalšího postupu po propuštění.

Shrnutí analýzy: Ve třetí fázi jsme se zaměřili na zpětné hodnocení izolace a na aktuální prožívání hospitalizace s možností pohybu po oddělení a kontaktu s dalšími pacienty. S výjimkou P4, kterému chráněný režim izolace vyhovoval, se nálada všech pacientů zlepšila. Stále se vyskytovaly pocity podráždění a nespokojenosti se situací, ale byly mírnější, zlepšil se také spánek většiny z nich. Pacientka P3 stále vykazovala symptomy deprese, ale referovala lepší spánek po lécích, smiřování s nemocí, nezmiňovala suicidální představy a projevovala starost o své děti. Byla schopna vyjádřit své obavy, přestože uváděla projevy apatie a absenci emocí. Celkově komunikovala aktivněji než v době izolace, což může být způsobeno i efektivitou psychiatrické léčby. Pacient P5 mohl mimo izolaci více realizovat své kontrolující chování a působil celkově méně napjatě. Někteří pacienti uváděli i mimo izolaci nepříjemný pocit z omezení pohybu a z pobytu v cizím prostředí. Kromě P3 a P4, kteří neví, kam po propuštění půjdou, se všichni pacienti upínali k blížící se možnosti jít domů.

Pacienti vyjadřovali často nejistotu ohledně své nejbližší budoucnosti v sociální oblasti (hledání/ztráta práce, bydlení), celkových změn v životě nebo způsobů následné ambulantní péče po propuštění. Dalším zdrojem úzkosti byl stav domácnosti, v níž dlouho chyběli – nutnost napravovat blíže neurčené škody, úhyn rostlin, nepořádek. Pacienti P1, P2 a P5 se k návratu domů a k blízkým upínají s nadějí, P1 uvádí, že jeho vztah s manželkou nemoc ještě posílila. Situace doma se zdála být hlavním faktorem psychické stability pacientů v této fázi – ti, kdo měli podporu a měli se kam vrátit, vykazovali celkově větší zlepšení nálady.

Pacienti zpětně hodnotí jako největší stresory izolace omezení svobody pohybu, osamělost, špatný spánek a nutnost smířit se s těžkou diagnózou. Život v izolaci mohou komplikovat projevy deprese, jako je neschopnost komunikace, nechutenství, apatie a pocity beznaděje. Pro některé pacienty může být stresující představa situace mimo nemocnici – telefonická komunikace o věcech, na něž nyní nemají vliv, nebo představa, že se do nepříznivé sociální situace venku budou jednou muset vrátit. Co konkrétně pacientům v izolaci vadilo nejvíce, záleželo na jejich diagnóze (nevléčitelné HIV), osobnostním nastavení (komunikativnost, strach ze samoty), sociální situaci a zázemí (rodina, domov, příbuzní závislí na péči pacienta). Omezení pohybu a samota vadila několika různým pacientům, což popisovali v předchozích rozhovorech, nyní se ale k těmto pocitům vraceli méně.

Největším zdrojem síly k překonání nepříznivé situace spojené s izolací byla podpora blízkých, možnost rozptýlení díky koníčkům (pletení, četba) nebo alespoň pasivní zábavě nabízené na pokojích (televize, wifi). Jeden z pacientů uvedl, že televize pro něj nebyla dostatečná k zahnání nudy a špatné nálady. Obecně si pacienti v izolaci na pocit nudy stěžovali ve druhém i třetím rozhovoru, přesto pouze dva z nich využili čas v izolaci k realizaci svých koníčků. S vybavením pokojů byli spokojeni, jeden respondent uvedl, že nevidí prostor pro vylepšení. Ne všichni pacienti mají koníčky, které lze provozovat v izolaci. Bylo by však vhodné upozornit pacienty v edukaci na tento zdroj, s možností předání potřebného materiálu blízkými. Dvě pacientky uvedly, že jim pomohla psychiatrická péče, která je na oddělení dostupná. V jednom případě (R2) byla potřeba úpravy antidepressivní medikace, v druhém (R3) byla medikace nasazována nově a dle slov pacientky zlepšila přinejmenším spánek.

#### **8.4 Vyhodnocení rozhovorů**

U všech pěti pacientů lze zaznamenat rozdíl u všech tří fází. V první fázi převládají u převážné části pacientů obavy z vývoje budoucnosti a na začátku spolupracují, ale po týdně jsou pacienti často demotivováni a potřebují podpořit z psychického pohledu s tím, že situace je dočasná a nejedná se o trvalou situaci, ačkoliv pobyt je delší, a to je nepříjemné pro jejich citové prožívání.

U pacientů je třeba udržovat komunikaci, která je izolací narušena a jsou vytrženi ze svého původního prostředí. Je třeba zapojit do spolupráce sociálního pracovníka, která má pravomoc udržet kontakt s rodinou kupříkladu pomocí telefonického spojení a může pacientům pomoci řešit budoucí situaci týkající se ekonomického zázemí aj. zaměstnání.

U pacientů je třeba řešit základní oblasti, jako je spánkový režim, chuť k jídlu a pocity bezpečí s ohledem na jejich diagnózu, u které si uvědomují závažnost a je třeba jim nechat naději, že při vhodném přístupu mohou prožít kvalitní život, ve kterém budou mít aktivní přístup a budou užiteční sobě i svému okolí.

Také je významné se snažit s pacienty nepohádat, jelikož s délkou hospitalizace projevují pacienti podrážděné chování v oblasti komunikace vůči personálu a personál musí být školen na tuto situaci, která je dána stavem u pacientů, kteří tím dávají najevo pocity a vyrovnávají se se situací, se kterou nemohou nic udělat a cítí bezmoc a je důležité s nimi hovořit o budoucnosti, aby si byli vědomi, že situace není trvalá, pouze se jedná o delší pobyt v nemocničním zřízení.

Personál musí být obeznámen s faktem, že pacienti prožívají pocity obav z nastalé diagnózy, mají strach ze své budoucnosti a bojí se o zajištění blízkých i o to, aby byli užiteční. Je třeba

naučit pacienty zaujmout aktivní přístup k životu a nenechat je hospitalizaci pojímat jako lázeňský pobyt anebo hotelové ubytování.

Je třeba vyžadovat spolupráci na jejich zdraví a podílení se na léčbě s tím, že je důležité, aby po jejich propuštění zaujali aktivní přístup k životu, kupříkladu v oblasti zaměstnání a upravili vlastní životní styl žadáným směrem, který bude budovat silnou imunitu a pomáhat zvládat jejich zdravotní stav. Prevence v sekundárním smyslu je významná a je třeba ji vysvětlit také pacientům. V opačném případě by je mohla čekat opětovná hospitalizace s následky, o které nemají zájem.

Edukace pacientů v jejich budoucím přístupu pomáhá chránit zdraví jejich i blízkého okolí a také klade menší nároky na budoucí zátěž zdravotního systému v oblasti léčby infekčních onemocnění. S ohledem na délku pobytu u tuberkulózy je třeba velmi zapojit psychologické techniky a postupy v komunikaci s pacienty, být empatičtí i trpělivý, protože izolace je psychickou zátěží pro pacienta a je třeba k tomu tak přistupovat.

## 8.5 Analýza rozhovoru s psychiatrem

V této podkapitole bude stejnou metodou analyzován záznam rozhovoru s psychiatrem, který poskytuje dlouhodobě odbornou péči pacientům v izolaci, kteří mají psychické problémy.

### Kategorie: Odbornost a motivace

Podkategorie	Citace (MUDr. Radoslav Hnidka, psychiatr)	Kódy
Délka praxe	Psychiatrii se věnuji od roku 2008... psychoterapie, které se věnuji od roku 2013	Psychiatr od roku 2008; psychoterapeut od 2013
Psychoterapeutický výcvik	Zkušenosti nabyté psychoterapeutickým výcvikem v Gestalt terapii	Gestalt terapie
Zkušenost s konziliemi u pacientů v izolaci	s konziliemi se setkávám neustále, od začátku své praxe	Častá konzilia
Osobní motivace	abych užil a rozvíjel svou přirozenou vložku k naslouchání	Talent naslouchat lidem

Respondent má dostatečnou zkušenost s lékařským oborem psychiatrie i s komunikací s pacienty jako kvalifikovaný psychoterapeut, sám zmiňuje, že rád naslouchá. S konziliemi u pacientů v izolaci se setkává často.

### Kategorie: Specifika pacientů v izolaci

Podkategorie	Citace (MUDr. Radoslav Hnidka, psychiatr)	Kódy
--------------	---	------

Nejčastější pacienti	převažují konzilia u pacientů v seniorském věku... zranitelnější skupinou jsou senioři, nebo obecně lidé, kteří mají omezené schopnosti a možnosti zvládnání stresových situací	Senioři; nižší stresová odolnost
Dopady izolace na psychiku	Při izolaci člověka od společenského kontaktu se setkávám především s úzkostnými projevy, které při delším trvání mohou být doprovázeny i depresivními příznaky.	Úzkosti; později deprese
Pozorovatelné změny chování	(změna chování je) nejčastější důvod konzilia u lidí v izolaci... přínosné všimnout si jakýchkoliv změn... jak změny tělesné, tak duševní, protože spolu souvisí... změny v držení těla, mimice, gestech, projevech temperamentu, napětí, všimnout si projevů úzkosti, vzteku, lítosti, smutku, které se projevují tělesně a jsou tedy vidět zvenčí	Změny chování; tělesné projevy souvisí s duševními; držení těla; gesta; mimika; temperament; napětí; viditelné emoční projevy
Psychické potíže	Nejčastěji se setkávám s různými projevy úzkosti, výkyvů nálady, u seniorů se objevují i stavy zmatenosti různé tíže. Všechny tyto stavy jsou často doprovázené poruchami spánku, snížením chuti k jídlu, snížením vůle a schopnosti prožít radost.	Úzkostné projevy; zmatenost seniorů; poruchy spánku; depresivní projevy; ztráta radosti ze života; různá tíže symptomů
Riziko suicidálního chování	Se suicidálním chováním v důsledku izolace jsem se zatím nesešel, nicméně je to riziko, které nelze vyloučit.	Nemá zkušenost; riziko nelze vyloučit
Léčba	antidepresiva, která dobře účinkují jak na příznaky deprese, tak i na úzkostné projevy	Antidepresiva proti úzkosti i depresi
Ukončení péče po izolaci	S pacienty v izolaci zde v ústavu jsem v kontaktu pouze po dobu jejich izolace, nemám proto informace o vývoji jejich obtíží po propuštění.	Nemá informace o vývoji stavu po propuštění

Nejčastěji potřebují psychiatrickou péči v izolaci starší pacienti a ti, kdo obecně hůře zvládají stres. Častými potížemi jsou úzkosti, které po delší době mohou přejít do deprese, dále poruchy spánku, ztráta vůle a radosti ze života. U seniorů se může objevovat také zmatenost. Suicidální jednání je rizikem, ačkoli se s ním respondent u pacientů v izolaci dosud nesešel.

Rozpoznat potřebu psychiatrické péče můžeme podle změn v chování – zejména změny tělesných projevů a neverbální komunikace, projevy emocí. Léčba psychických potíží probíhá nejčastěji s pomocí antidepresiv. Po skončení izolace kontakt respondenta s pacienty končí, o dalším vývoji symptomů tak nemá informace.

## Kategorie: Doporučení pro péči o pacienty v izolaci

Podkategorie	Citace (MUDr. Radoslav Hnidka, psychiatr)	Kódy
Nabízet aktivity	Za důležité považují nabízení různých aktivit (při nedostatku podnětů náš mozek strádá, a to je hlavní příčina obtíží při izolaci)	Nabízet aktivity; dostatek podnětů pro mozek
Sociální kontakt	sociální kontakt do míry, která je v rámci izolačního režimu možná.	Hledat možnosti sociálního kontaktu
Kontakt s blízkými na dálku	Vhodné je i umožnění kontaktu s nejbližšími, alespoň on-line formou, pokud izolační režim vylučuje možnost návštěv.	Kontakt s blízkými; online kontakt

Doporučení nabízí dostatek aktivit a podnětů, jejichž absence je hlavním rizikem pro pacienty v izolaci. Hledat formy sociálního kontaktu, které jsou v daném režimu možné. Snažit se udržovat kontakt s blízkými, alespoň na dálku.

### 8.6 Vyhodnocení rozhovoru s psychiatrem

Rozhovor s lékařem poskytl hluboký a podrobný pohled na jeho zkušenosti a praktiky v oblasti psychiatrie. Jeho odpovědi nabízí fundovaný vhled do problematiky izolace v psychiatrické praxi, a to s důrazem na komplexní péči o pacienty.

Pan doktor, který působí v oboru psychiatrie od roku 2008, zdůrazňuje, že si tento obor zvolil k tomu, aby mohl využívat svou přirozenou vložku k naslouchání. Rozvoj psychoterapie od roku 2013 a využívání gestalt terapie ve své praxi ukazují na jeho snahu přinést pacientům komplexní péči a poskytnout jim prostor k porozumění.

Jeho častá setkávání s konziliemi na různých odděleních a s pacienty v různém věku ukazují na rozmanitost jeho práce. Problematika změny chování u pacientů v izolaci se stává klíčovým důvodem konzilií, což odráží náročnost této situace.

V rámci varovných signálů pro personál oddělení zdůrazňuje důležitost všimnout si jakýchkoliv změn, jak tělesně, tak duševně. Jeho přístup k diagnostice a péči o pacienty v izolaci ukazuje na zaměření na projevy úzkosti, výkyvy nálady a stavy zmatenosti u seniorů.

V oblasti léčby označuje antidepresiva jako nejčastěji předepisovanou skupinu léčiv, což odráží úsilí o účinnou intervenci u příznaků deprese a úzkosti.

Jeho vhled do vlivu odloučení od společnosti na pacienty podtrhuje, že izolace často vyvolává úzkostné a depresivní projevy. I když se s dlouhodobými psychickými obtížemi po ukončení izolace nesetkal, uznává, že je to aspekt, který nemůže ignorovat.

Zranitelnost senioři ve vztahu k psychickým změnám v důsledku izolace je klíčovým prvkem jeho vyhodnocení. I přesto, že se zatím nesetkal se suicidálním chováním v důsledku izolace, chápe, že je to riziko, které nelze zcela vyloučit.

Na závěr rozhovor poskytuje konkrétní rady pro personál oddělení, zdůrazňuje důležitost nabízení různých aktivit a sociálního kontaktu, i když v rámci izolace. Tímto způsobem lze podle něj významně přispět ke zlepšení psychické kondice izolovaných pacientů.

Určitě je možné konstatovat, že rozhovor poskytuje pohled na oblast psychiatrie z perspektivy odborníka, který si zakládá na komplexní péči a respektu k jednotlivým pacientům.

## 9 DISKUSE

V práci jsou podrobně analyzovány psychologické aspekty izolace, přičemž teoretická část poskytuje také ucelený rámec pro pochopení historického, legislativního a psychologického kontextu izolačních opatření. Průzkumná část práce pak na tuto teorii navazuje a přináší konkrétní zjištění z kazuistik a polostrukturovaných rozhovorů s pacienty a zdravotnickým personálem.

*VO1: Jak pacienti psychicky reagují na indikovanou izolaci, jak snášejí průběh izolačního režimu a jak se jejich stav mění s ukončením izolace?*

Teorie poukazuje na to, že izolace může vést k signifikantnímu psychickému distresu, včetně pocitů úzkosti a osamění (Řehořová, 2007). Naše zjištění potvrzují tato teoretická tvrzení, kde pacienti během rozhovorů vyjádřili obdobné psychické reakce na izolaci. Někteří pacienti popisovali zvýšené pocity úzkosti a frustrace z izolace, což bylo v souladu s diskusí o psychosociálních potřebách člověka, které jsou v izolačním režimu často narušeny (Řehořová, 2007). Podrážděnost a zlost referovali dva z našich respondentů, u dvou převládala smutek a úzkost, jeden byl bez negativních projevů. Metaanalýza srovnávající výsledky 25 studií zaměřených na psychický stav izolovaných osob je v souladu s našimi zjištěními. Lidé v izolaci nebo karanténě mají výrazně vyšší riziko negativních dopadů na duševní zdraví, zejména pokud jsou v izolaci po dobu delší než týden. Byly hlášeny vyšší úrovně depresivních poruch, úzkostných poruch a poruch souvisejících se stresem, ale také vysoké úrovně zlosti u lidí v izolaci nebo karanténě (Henssler a kol., 2021). Podobných výsledků dosáhla také metaanalýza Pursella a kol. (2020), kde byly v rámci 26 analyzovaných studií porovnávány psychologické i nepsychologické charakteristiky izolovaných pacientů s infekčními chorobami a pacientů, u nichž izolace indikována nebyla. Autoři analýzy uvádějí, že jednotlivé studie se metodologicky velmi liší, což ztěžuje vyvozování závěrů. Většina studií však konzistentně svědčí pro negativní vliv izolace.

*VO2: Které faktory fyzického prostředí, chování personálu a komunikace vnímají pacienti jako stresující nebo naopak podporující jejich psychickou odolnost?*

Psychologické teorie zdůrazňují význam sociálních interakcí a podpory pro duševní zdraví pacientů (Černý, 2008 a další). V průzkumné části, založené na rozhovorech, pacienti ocenili zvýšenou interakci s personálem jako klíčový prvek pro zlepšení jejich psychické pohody. Zvýšení interakcí může zmírnit negativní psychologické dopady izolace, což je v souladu s

teoretickými doporučeními o nutnosti zabránit sociálnímu izolování pacientů v izolačních režimech. Izolace pacientů je dle studie provedené V. Grimmem (2023) stresující zejména kvůli její nedobrovolnosti, závislosti na péči personálu, osamělosti a pocitům anonymity v nemocničním prostředí. Autor doporučuje zaměřit se na efektivní komunikaci a co největší zapojení rodiny.

Důležitost zachování sociálních interakcí a podnětů, včetně telefonického kontaktu s rodinou, zdůrazňovali nejen pacienti, ale i odborný lékař – psychiatr, s nímž byl v rámci průzkumné části práce veden rozhovor. Závěry rozsáhlejší studie, zahrnující 21 pacientů ošetřovaných v izolaci, doporučují zlepšení komunikace ze strany lékařského personálu (včetně písemného poskytování individuálních informací o léčbě), a také maximální podporu sociálních kontaktů v rámci daných opatření a také lepší vybavení pro zahnání nudy (Ward, 2014).

Efektivní komunikační strategie a psychologická podpora jsou zásadní pro zmírnění negativních účinků izolace na pacienty (Paulík, 2017). Někteří pacienti v našem průzkumu této opory hojně využívali (např. pacientka č. 2), případně cítili frustraci z nedostatku kontaktu s personálem (pacient č. 5). Tato zjištění jsou v souladu s teoretickými doporučeními pro ošetrovatelskou praxi (Severová, 2009). Pacienti s těžšími psychickými obtížemi však nemusejí být schopni tuto podporu přijímat, což byl i případ pacientky č. 3, která uváděla, že jí přítomnost personálu obtěžuje a že s nikým mimo základní úkony ošetrovatelské péče nekomunikuje. V případě závažných depresivních či úzkostných symptomů je často zapotřebí nejprve stabilizovat psychický stav pacienta pomocí antidepresivní medikace, jak v rozhovoru zdůraznil psychiatr MUDr. Radoslav Hnidka.

*VO3: Které faktory v psychosociální a zdravotní anamnéze pacientů souvisejí s vyšším rizikem psychických komplikací izolace a které se naopak pojí s lepší psychickou odolností v této zátěžové situaci?*

Podle MUDr. Hnidky jsou nejohroženější skupinou z hlediska psychických potíží v izolaci senioři a lidé s menší stresovou odolností. U našich respondentů jsme vzhledem k malému vzorku a rozličným okolnostem toto nemohli potvrdit, větší roli u nich hrály jiné faktory, například závažnost diagnózy. Nejstarší pacientka sice vykazovala zvýšenou míru úzkosti, smutku a osamělosti, projevy však nebyly tak výrazné jako u mladší pacientky s těžší anamnézou. Existují však i další studie, kdy se mladší pacienti (pod 40 let) se shodnou diagnózou projeví jako méně odolní (Ahmed, 2022).



Míra úzkosti na stresu našich respondentů byla v některých případech ovlivněna závažností diagnózy. Jeden z pacientů přímo vyjádřil strach ze smrti. Vnímaná stigmatizace spojená s diagnózou a s hospitalizací na infekčním oddělení byla referovaným zdrojem stresu u dvou pacientů, kdy jeden z důvodu onemocnění přišel o práci a jedna pacientka za celou dobu izolace nenašla odvahu informovat o svém stavu rodinu. S tazatelem i zdravotnickým personálem však pacienti hovořili o svém stavu otevřeně. Strach ze smrti (v 63 % případů, včetně těch, u nichž se nemoc nakonec neprokázala) a sociální vyloučení nemocného bylo referováno i studií přímo zaměřenou na závažné smrtelné onemocnění – horečku Nipah. Pacienti trpěli po propuštění z izolace symptomy podobnými PTSD a přes 90 % z nich referovalo obavy o své zkušenosti mluvit (Tharayil a kol., 2020). V naší studii byl výskyt takto extrémních projevů stresu vzácný, pravděpodobně z důvodu léčitelnosti většiny onemocnění a z důvodu lepšího informování o důvodech a průběhu léčby.

Dalším ze stresorů uváděných respondenty byla obava o rodinu a fungování domácnosti a, zejména na konci izolace, obava z finančních a sociálních problémů. Tyto obavy referovali v souvislosti s nařízenou izolací také respondenti české studie H. Wagnerové (2021), která se zaměřovala zejména na izolaci v domácím prostředí, způsobenou pandemií COVID-19. Její respondenti trpěli také strachem z neznáma, úzkostí a nejistotou, spojenou také se zajištěním péče o děti a nemohoucí rodiče a o finanční stabilitu rodiny. Omezení kontaktu a možnosti řádné péče o rodinu a nemožnost výdělečné činnosti zanechává mnoho lidí v silné existenční nejistotě.

*Shrnutí a odpověď na hlavní průzkumnou otázku: Jakým způsobem se mění a jaké jsou možné modifikující faktory působící na psychický stav pacientů v čase od jejich informování o nařízené izolaci, přes její průběh až po ukončení izolačního režimu?*

Psychický stav pacientů se v průběhu izolace mění, obvykle zhoršuje, z více důvodů. Prvotní informace o nařízené izolaci často vyvolává u pacientů stres a úzkost z nejistoty a očekávání budoucího odloučení od sociálního prostředí a běžného života. V této fázi je důležitá zejména informovanost a otevřená komunikace. Respondenti většinou uváděli, že dostali dostatek informací od personálu, ne vždy jim ale porozuměli. Pocity nejistoty jsou v prvních dnech izolace doprovázeny také pro pacienty nezvyklým a náročným pocitem osamění a izolovanosti, což může vést k prohloubení stresu a úzkostí.

Průběh izolace je charakterizován postupnou adaptací na nové podmínky. Někteří pacienti využívají zvládací strategie, které pomáhají zmírnit stres a bezmoc z izolace. Tyto strategie zahrnují například hledání nových způsobů komunikace s blízkými nebo kreativní koníčky, ale

někdy také společensky méně příjemné kompenzační chování ve formě vyvolávání konfliktů s personálem či vynucování kontroly. Personál by měl být v této fázi maximálně tolerantní a nastavovat hranice citlivě, s ohledem na fakt, že konfliktní chování pacientů může být snahou zvládnout enormní psychickou zátěž.

Ke konci izolačního režimu, kdy se pacienti připravují na návrat do běžného života, bylo pozorováno převážně snížení stresu a zlepšení nálady, ale také obavy z náročnosti obnovování normálního životního rytmu a nápravy potíží, které v jejich domácnosti či finanční situaci během izolace vznikly. To ukazuje na důležitost psychosociální podpory během izolačního režimu, ale i v přípravě na jeho ukončení a nutnost čelit ne vždy příznivé sociální realitě mimo nemocnici.

## **9.1 Limity této práce**

Zjištění v rámci této práce byla provedena kvalitativně na malém vzorku pacientů. Pro možnost jejich zobecnění a širšího praktického využití lze doporučit pokračování zkoumání daného tématu kvantitativní formou. Bylo by vhodné konkrétněji zodpovědět otázku, nakolik mohou námi navrhaná opatření, například podpora aktivního trávení času v izolaci a komunikace pacientů, snížit míru stresu. Navrhovaná hypotéza, zní: Opatření k zlepšení možností komunikace a aktivního trávení času v izolaci mají pozitivní vliv na psychický stav a projevy distresu u pacientů.

Zároveň by bylo vhodné sledovat stav pacientů i později po ukončení izolačního režimu a zaměřit se na dlouhodobé důsledky, například pomocí některého ze standardizovaných testů jaké využili Tharayil a kol. nebo screeningových dotazníků na projevy post-traumatického stresu, úzkostí či depresivity. Tím bychom lépe objasnili dlouhodobé působení prožité izolace na psychiku a případný vliv preventivních opatření.

## 10 ZÁVĚR

Práce shrnuje klíčové poznatky získané během kvalitativního kazuistického průzkumu psychologických dopadů izolačních režimů na pacienty. Zjištění ukazují, že izolace má výrazný vliv na psychiku pacientů, což se projevuje změnami v náladě, úrovních úzkosti, a pocitech osamělosti a izolovanosti, frustrace nebo podrážděnosti. Tato zjištění jsou konzistentní s teoretickými předpoklady diskutovanými v literatuře a poukazují na důležitost sociálního kontaktu a citlivě vedené psychologické podpory během izolace. Průzkum ukázal důležitost povědomí mezi zdravotnickým personálem o psychických dopadech izolace a významu adaptivních strategií, které mohou zmírnit negativní důsledky izolace.

Komunikace a interakce s ošetřujícím personálem hrají důležitou roli ve zlepšování psychického stavu pacientů. Pacientům by měl být také co nejvíce umožněn kontakt s rodinou, alespoň telefonický, a měli by být podporováni v komunikaci a aktivitě. Někteří pacienti uváděli věnování se koníčkům jako silný zdroj psychické stability. Pacienti se velmi lišili ve schopnosti psychicky zvládat situaci – roli hrála nejen jejich vnitřní odolnost, ale také rodinné a materiální zázemí a vztahy mimo nemocnici, diagnóza a prognóza onemocnění.

V průzkumné části byly identifikovány kazuistiky, kdy i přes maximální snahu personálu pacienti zažívali stres z izolace, což naznačuje potřebu pro hlubší zkoumání individuálních rozdílů v reakcích na izolační režimy a možnou potřebu pro personalizovanější přístupy v praxi.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že i přes bohatou teoretickou základnu a pokroky v péči o psychiku pacientů stále existuje prostor pro zlepšení v praxi, zvláště ve způsobech, jakými je možné efektivněji adresovat individuální potřeby pacientů v izolaci. Tato zjištění mohou být dále využita pro vývoj směrnic, které lépe reflektují komplexní potřeby izolovaných pacientů a podporují jejich psychické zdraví.

## LITERATURA A ZDROJE

### Legislativa

- Zákon č. 374/2001 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Vyhláška č. 101/2022 Sb.

### Knižní zdroje

- BENEŠ, J., 2009. Infekční lékařství. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-44
- ČERNÝ, Zdeněk. Infekční nemoci: jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 2.přepřac. a rozš. vyd., 284 str., ISBN 97880-7013-480-1.
- HAVLÍK, Jiří et al. Infekční nemoci. 2. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 186 str., ISBN 80-7262-173-4
- HENDL, J. (2016). Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál.
- KAZIMOUR, Ivan. Historie českého zdravotnictví. N.p.: E-knihy jedou, 2016. s. 3. 460 s. ISBN:9788075125934.
- KUZNÍKOVÁ, Iva a kolektiv. Sociální práce ve zdravotnictví. N.p.: Grada Publishing a.s., 2011. s 224. ISBN 9788024770673.
- KRBKOVÁ, L. a kolektiv. Syphilis congenita recens – kazuistika. Odborné časopisy / Česko-slovenská pediatrie / 2017–7. Čes-slov Pediat 2017; 72 (7): 404-408.
- KUČERA, Dalibor. Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.
- LOBOVSKÁ, Alena. Infekční nemoci. 1. vyd. Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0116-8.
- MIKŠÍK, O. (1980). Psychologie hromadného chování: Sociálně psychologické jevy v mimořádných psychických zátěžích hromadné povahy. Praha, Česko: Univerzita Karlova v Praze.
- MIOVSKÝ, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
- PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

- ROZSYPAL, H., HOLUB, M., KOSÁKOVÁ, M., 2013. Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2197-5.
- ŘEHOŘOVÁ, Jarmila. Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení. Česko: Grada, 2007. ISBN:9788024719979.
- SLAMĚNÍK, Ivan. Emoce a interpersonální vztahy. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3311-1.
- ŠTIKAR, Jiří. Základy psychologie práce a organizace. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-091-2.
- ŠTĚTINA, Jiří a kolektiv. Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách. N.p.: Grada Publishing a.s., 2014. 584 s. ISBN 9788024791531.
- VEVERKOVÁ, Eva. Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I. Česko: Grada Publishing, 2019, s. 228. ISBN:9788024727479.
- UHEREK, Pavel. Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků: komplexní rozbor aktuální právní úpravy: výjimky a právní odpovědnost: řešení sporných či komplikovaných případů z praxe: praktickou součástí jsou zpracované vzory formulářů: publikace poradí i pacientům, osobám blízkým či studentům středních a vysokých škol. Česko: Grada, 2008. 182 s. ISBN 9788024726588.

#### Internetové zdroje

- AHMED, Nader N., JUBER, Naseem F., ALKAABI, Rashid et al. The Psychological Impact of Isolation on Hospitalised Patients with COVID-19 Infection in the UAE. J Epidemiol Glob Health 12, 516–523 (2022). <https://doi.org/10.1007/s44197-022-00070-4>
- BAYER, Milan. První kazuistiky COVID-19 – „běžné“ respirační infekty na dětské klinice [online] 2020, [cit. 29-10-2023]. Dostupné z: <https://www.pediatrics.cz/content/uploads/2020/04/prvni-zkusenosti-s-covid-19.pdf>.
- ČTK. Infekční oddělení si uleví. MZ ČR mění nemoci s izolací na klinice[online] 4. 7. 2023, [cit. 29-10-2023]. Dostupné z: <https://www.zdravezpravy.cz/2023/07/04/infekcni-oddeleni-si-ulevi-meni-se-nemoci-s-izolaci-na-klinice/>,
- ČÍŽKOVÁ, Iveta. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S PLICNÍ TUBERKULÓZOU [online] 2014, [cit. 29-10-2023]. Dostupné z:

[https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske\\_prace/Bakalarske\\_prace\\_v\\_akademickem\\_roce\\_2013-2014/Vseobecna\\_sestra\\_2014/CIZKOVA\\_IVETA/CIZKOVA\\_IVETA.pdf](https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2013-2014/Vseobecna_sestra_2014/CIZKOVA_IVETA/CIZKOVA_IVETA.pdf).

- FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů a nemocí, jejichž léčení je povinné [online] 2023, [cit. 23-10-2023]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/detska-nemocnice/klinika-detskych-infekcnich-nemoci/seznam-infekcnich-onemocneni-pri-nichz-se-narizuje-izolace-na-luzkovych-oddelenich-nemocnic-nebo-lecebnych-ustavu-a-nemoci-jejichz-leceni-je-povinne/t2849>.
- FILAUSOVÁ, Drahomíra. Dezinfekce a sterilizace ve zdravotnictví [online] 18.11.2013, [cit. 09-10-2023]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/dezinfekce-a-sterilizace-ve-zdravotnictvi/>.
- GRIMM, Veronika. Problematika sociální izolace hospitalizovaných klientů (Diplomová práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice. (2023).
- HENSSLER, Jonathan, STOCK, Franziska, VAN BOHEMEN, Jan, WALTER, Henrik, HEINZ, Andreas, BRANDT, Lisa. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021 Mar;271(2):223-234. doi: 10.1007/s00406-020-01196-x. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33025099; PMCID: PMC7538183.
- HRADECKÁ, Lenka. PÉČE O PACIENTY S INFEKČNÍM ONEMOCNĚNÍM [online] 18.04.2011, [cit. 09-10-2023]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/pece-o-pacienty-s-infekcnim-onemocnenim/>.
- JAROŠOVÁ, Marie. Využití bariérového režimu při výskytu nozokomiální nákazy na oddělení [online] 2010, [cit. 28-10-2023]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/qg4xn4/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_16821](https://theses.cz/id/qg4xn4/downloadPraceContent_adipIdno_16821).
- KŘEPELA, Karel, DOLEŽALOVÁ, Tuberkulóza pobřišnice u čtrnáctileté dívky [online] 2011, [cit. 29-10-2023]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/09.pdf>.
- KOKOS, František. Pacient a jeho průběh onemocnění Covid-19 s BIOquant [online] 18. 8. 2021, [cit. 28-10-2023]. Dostupné z: <https://www.bioquant.cz/a/pacient-a-jeho-pribeh-ochorenia-covid-19-s-bioquantom>.

- KULÍŘOVÁ, Veronika. Ošetřování HIV pacienta v domácím prostředí [online] 2018, [cit. 29-10-2023]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/04/11.pdf>.
- KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE. Zpráva o zdraví obyvatel Středočeského kraje [online] 2013-2021, [cit. 28-10-2023]. Dostupné z: <https://khsstc.cz/wp-content/uploads/2023/03/Infekcni-onemocneni-2013-2021-2.pdf>.
- Li S, Nguyen IP, Urbanczyk K. Common infectious diseases of the central nervous system-clinical features and imaging characteristics. *Quant Imaging Med Surg.* 2020 Dec;10(12):2227-2259. doi: 10.21037/qims-20-886. PMID: 33269224; PMCID: PMC7596403.
- LOUFKOVÁ, Adéla. Specifika intenzivní ošetrovatelské péče o covid pozitivní pacienty [online] 2022, [cit. 28-10-2023]. Dostupné z: <https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/104655/FBMI-BP-2022-Loufkova-Adela-prace.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>.
- MACKOWIAK, Philip A.; SEHDEV, Paul S. The Origin of Quarantine. *Clinical Infectious Diseases.* 2002-11-01, roč. 35, čís. 9, s. 1071–1072. Dostupné online. ISSN 1058-4838. DOI 10.1086/344062.
- MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČESKÉ REPUBLIKY. Dotace pro nestátní neziskové organizace 2023. [online] 2023, [cit. 19-09-2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz> ›
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Izolace a karanténa. [online] 2023, [cit. 09-04-2023]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/izolace-a-karantena/>
- ODDĚLENÍ EPIDEMIOLOGIE INFEKČNÍCH NEMOCÍ STÁTNÍHO ZDRAVOTNÍHO ÚSTAVU. (2022). Časté alimentární nákazy a alimentární nákazy s potenciálně závažným průběhem. Zpracovalo Oddělení epidemiologie infekčních nemocí Státního zdravotního ústavu. Aktualizace dne 7.6.2022. Dostupné z: <https://szu.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/a-z-infekce/s/salmonelozy/caste-alimentarni-nakazy-a-alimentarni-nakazy-s-potencialne-zavaznym-prubehem/>
- PETR, Jaroslav. Tisíce let karantény. Odborný časopis [online] 2023, [cit. 24-09-2023]. Dostupné z: <https://www.mmr.cz/cs/narodni-dotace/dotace-pro-nestatni-neziskove-organizace/dotace-pro-nestatni-neziskove-organizace-2023>.

- PURSSELL, Edward, GOULD, Dinah, CHUDLEIGH, Jane. Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*. 2020 Feb 18;10(2):e030371. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030371. PMID: 32075820; PMCID: PMC7044903.
- Vyhláška č. 389/2023 Sb., vyhláška o systému epidemiologické bdělosti pro vybraná infekční onemocnění.
- SAIBERTOVÁ, Simona, JUŘENÍKOVÁ, Petra, SOBEK, Libor, & JAŠŠO, Petr. (2017). Specifická bariérová péče a preventivní opatření u pacientů s infekčním onemocněním. Masarykova univerzita.
- SEVEROVÁ, J. Vybrané problémy zdravotnické psychologie [online] 2009, [cit. 29-09-2023]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/med/podzim2009/BLPS051c/I.S.-Zdravotni\\_laborant.pdf](https://is.muni.cz/el/med/podzim2009/BLPS051c/I.S.-Zdravotni_laborant.pdf).
- ŠVARÍČEK R. a ŠEĐOVÁ K. (2007). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách (Vyd. 1). Portál.
- THARAYIL, Harish M., RADHAKRISHNAN, Chitra, KANNAMPULAKKAL, Sudeep M., SUDEVAN, Sanooj S. Psychosocial effects of isolation on Nipah virus infection suspects during an outbreak. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3722200> (2020).
- YANG, Ruifu, ATKINSON, Steve, CHEN, Ziqi, CUI, Yujun, DU, Zongmin, HAN, Yanping, SEBBANE, Florent, SLAVIN, Philip, SONG, Yajun, YAN, Yanfeng, WU, Yarong, XU, Lei, ZHANG, Chutian, ZHANG, Yun, HINNEBUSCH, B. Joseph, STENSETH, Nils Chr., & MOTIN, Vladimir L. (2023). *Yersinia pestis* and Plague: Some knowns and unknowns. *Zoonoses (Burlingt)*, 3(1). doi:10.15212/zoonoses-2022-0040.
- WAGNEROVÁ, Helena. Vliv sociální izolace na psychiku člověka a jeho pracovní výkonnost (Diplomová práce). Vysoká škola ekonomická v Praze. Fakulta podnikohospodářská. Studijní obor: Management. Vysoká škola ekonomická v Praze. (2021).
- WARD, Deborah. Infection control: Reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing*, 9(3). <https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.3.162> (2014).



# PŘÍLOHA

## Ukázka rozhovoru:

Dobrý den, pane.... Jmenuji se .... a jsem studentkou , oboru všeobecné ošetřovatelství. Ráda bych se zeptala, zda by s vaším souhlasem bylo možné uskutečnit rozhovor s nahrávkou, který bude pořízen za účelem tvorby mé vysokoškolské práce. Veškeré záznamy budou zcela anonymní.

Nejprve bych Vás obeznámila, v čem má práce spočívá. Má práce je zaměřená na psychiku klienta, který je delší dobu hospitalizován a izolován na samostatném pokoji, z důvodů zabránění šíření infekčního onemocnění. Rozhovor by byl uskutečněný ve třech etapách. Při příjmu, kdy jste lékařem obeznámen s diagnózou a s izolačním režimem. Druhý rozhovor by se uskutečnil po týdnu stráveném v „izolaci“. Poslední rozhovor by Vás čekal po uvolnění izolačního režimu, kdy pominou důvody k setrvání na samostatném pokoji.

Mnohokrát Vám děkuji za souhlas z poskytnutí rozhovoru.

1. Etapa rozhovoru – klient přijat na odd., kde mu byla lékařem stanoveno setrvání na jednolůžkovém pokoji v izolačním režimu.

- Jak byste se charakterizoval/a? Jste spíše introvert či extrovert?
- Jaké máte povahové vlastnosti? Výbušný/á, klidný/á, úzkostný/á...
- Máte rodinu?
- Jaké máte rodinné vztahy? Kladné či záporné?
- Je rodina obeznámena s vaším zdravotním stavem?
- Jak často jste s rodinnými příslušníky v kontaktu?
- Jak moc je pro Vás kontakt s okolím (kamarádi, rodina...) důležitý?
- Jste pracující?
- Byl/a jste někdy hospitalizován/á v nemocnici?
- Jaké byly vaše zkušenosti s hospitalizací?
- Jaké byly vaše pocity, když jste se dozvěděl/a o nutnosti setrvání v „izolaci“?
- Byl jste dostatečně informovaný o nemoci, způsobu léčby a nutnosti dodržování izolace?
- Trpíte nebo jste trpěla úzkostí či depresí?
- Máte problémy se spánkem?

- Jaký máte pocit z personálu?
- Jak na Vás působí prostředí?
- Je pokoj vybavený dostatečně?
- Co by Vám pobyt, pokud možno zpříjemnilo?
- Máte nyní z něčeho obavy?
- Jaké máte pocity?

Děkuji Vám za rozhovor a uvidíme se za týden.

2. Etapa rozhovoru – týdenní hospitalizace na jednolůžkovém pokoji v izolačním režimu.

- Máte zájem pokračovat v rozhovoru?
- Jak se po týdnu „izolace“ cítíte?
- Jakou máte náladu?
- Jaké myšlenky se Vám honí hlavou?
- Spíte dobře?
- Co Vám nejvíc chybí?
- Jak často jste v kontaktu s vnějším okolím prostřednictvím telefonu či notebooku?
- Vyhovuje Vám strava?
- Stravujete se dostatečně?
- Co Vám vadí nejvíce?
- Jak na Vás působí personál s ochrannými pomůckami?
- Máte dostatek informací o Vašem zdravotním stavu?
- Jaká je četnost výskytu personálu na pokoji?
- Komunikuje s Vámi personál i o jiných věcech, než o Vašem zdravotním stavu?
- Co by Vám pomohlo zvládat lépe danou situaci?

3. Etapa rozhovoru – uvolnění izolačního režimu. Klient se může volně pohybovat po odd.

- Máte zájem dokončit rozhovor?
- Jaké máte pocity po ukončení „izolace“?
- Co pro Vás bylo nejtěžší?
- Vypozoroval/a jste na sobě nějaké psychické změny? Např. nechuť komunikovat.
- Kdo Vám byl nejvíce oporou?

- Jak jste spal/a?
- Stravoval/a jste se dostatečně?
- Jak jste se snažil/a na pokoji zabavit?
- Co Vás čeká po propuštění?
- Zasáhla hospitalizace nějakým způsobem do Vašeho života?
- Bylo vybavení pokoje dostatečné?
- Budete po propuštění nějakým způsobem dispenzarizován?