



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Tatiana Nita

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 1. června 2020.

.....

Tatiana Nita

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za odborné vedení práce, za její cenné rady a připomínky, za ochotu a čas, který mi věnovala při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat vedení zdravotnického zařízení, kde bylo výzkumné šetření realizováno, sestřám, které se výzkumného šetření zúčastnily. Děkuji také Mgr. Lucii Ausobské za pomoc s jazykovou a stylistickou úpravou práce. Mé poděkování patří též mé rodině. Děkuji za podporu, trpělivost a pomoc v průběhu celého mého studia.

Podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení

Abstrakt

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké intervence sestry používaly při podávání stravy, jaké komunikační techniky sestry využívaly a jak spolupracovaly s ostatními členy ošetrovatelského týmu při podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny tři výzkumné otázky, které byly zaměřeny na intervence sestry při podávání stravy, na komunikační techniky v průběhu podávání stravy a na spolupráci sester s ostatními členy ošetrovatelského týmu.

Empirická část bakalářské práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření. Samotný sběr dat byl realizován prostřednictvím zúčastněného nestrukturovaného pozorování sester, jež pracují v nemocničním zařízení. Každé pozorování bylo převedeno do písemné formy a dále bylo zpracováno metodou otevřeného kódování, technikou „tužka – papír“. Výsledky empirické části byly pro přehlednost rozčleněny do devíti kategorií.

Do pozitivních poznatků můžeme zařadit to, že před podáváním stravy byly pokoje uklizené a vyvětrané. Sestry před obědem umožnily nesoběstačným pacientům zaujmout vhodnou polohu. Sestry dále připravily pacientům do dostatečné vzdálenosti noční stolky a nesoběstačné pacienty opatřily papírovým bryndákem, aby zabránily znečištění oblečení a lůžkovin pacienta. Záměna diety pozorována nebyla. Strava byla podávána v dostatečné teplotě a množství. V průběhu podávání stravy sestry aktivně nabízeli pacientům tekutiny pomocí různých kompenzačních pomůcek na pití. Ke kladným poznatkům patřilo dále to, že sestry podávaly pacientům stravu v čisté pracovní uniformě, neměly žádné doplňky na rukách, byly vhodně učesané, a kromě jedné splňovaly všechny předpisovou manikúru. Dále sestry aktivně spolupracovaly a komunikovaly jak s pacienty, tak i ošetrovatelským personálem. Odhaleny byly pouze drobné nesrovnalosti, ale to nemělo velký vliv na poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče nemocným.

Mezi negativní poznatky můžeme zařadit nedodržení zásad bariérové péče u sester. Sestry nevyměnily u nesoběstačných pacientů inkontinentní pomůcky, neumnožily jim provést hygienu rukou a dutiny ústní před podáváním stravy. Taktéž bylo odhaleno, že sestry si neumyly a nevydezinfikovaly ruce ani před, ani po podávání stravy.

Tato bakalářská práce je určena sestřám, ošetrovatelkám a studentům nelékařských zdravotních oborů a bude sloužit jako podklad pro odhalení problémů a zlepšení dovedností v oblasti stravování nemocných. Práce může sloužit jako podklad pro další výzkumné šetření.

Klíčová slova

Podávání stravy; komunikace; spolupráce; ošetrovatelský tým; dietní systém; nozokomiální nákazy; bariérový režim.

Feeding the patients in hospital

Abstract

The main goal of the bachelor thesis was to find out what interventions the nurses used in feeding, what communication techniques the nurses used and how they cooperated with other members of the nursing team in feeding patients in hospital facilities. Three research questions were identified, which focused on the nurse's interventions in the feeding, on communication techniques during the administration of food and on the cooperation of nurses with other members of the nursing team.

The empirical part of the bachelor thesis was processed through a qualitative research survey. The data collection itself was carried out through participatory unstructured observation of nurses working in a hospital facility. Each observation was converted into written form and further processed by the method of open coding, the "pencil - paper" technique. The results of the empirical part were divided into nine categories for clarity.

Among positive findings we include that the rooms had been cleaned and ventilated before the food was served. Before lunch, the nurses allowed non-self-sufficient patients to take a suitable position. The nurses also prepared bedside tables for patients at a sufficient distance and provided non-self-sufficient patients with a paper bib to prevent contamination of their clothing and bedding. No dietary changes were observed. The diet was served at a sufficient temperature and amount. During the diet, the nurses actively offered patients liquids with the help of various compensatory aids for drinking. Among the positive findings was that the nurses fed the patients in clean work uniforms, had no accessories on their hands, were properly combed, and all but one had the prescribed manicure. Furthermore, the nurses actively cooperated and communicated with both patients and nursing staff. Only minor problems were detected, but this did not have a major impact on the provision of quality nursing care to patients.

Among the negative findings we can include non-compliance with the principles of barrier care for nurses. The nurses did not exchange incontinence devices for non-self-sufficient patients, they did not allow them to perform hand and oral hygiene. It was also revealed that the nurses did not wash or disinfect their hands before or after eating.

This bachelor's thesis is intended for nurses and students of non-medical health disciplines and will serve as a basis for revealing problems and improving skills in the field of feeding patients. The thesis can serve as a basis for further research.

Key words

Feeding; communication; cooperation; nursing team; diet system; nosocomial infections; barrier regime

Obsah

Obsah	8
Úvod	10
1 Současná situace.....	11
1.1 Vývoj péče o nemocné	11
1.2 Výživa	12
1.2.1 Potřeba výživy	12
1.2.2 Pitný režim.....	14
1.2.3 Faktory ovlivňující výživu	15
1.2.4 Základy zdravé výživy a potravinová pyramida.....	16
1.2.5 Vybrané patologické stavy výživy	17
1.3. Stravování nemocných.....	18
1.3.1 Zhodnocení nutričního stavu pacienta.....	18
1.3.2 Dietní systém.....	20
1.3.3 Objednávání stravy a její dodání na oddělení.....	21
1.3.4 Zásady při podávání jídla	22
1.3.5 Podávání stravy pacientům.....	23
1.3.6 Specifika při podávání stravy některým nemocným	24
1.3.7 Záznam příjmu stravy.....	26
1.3.8 Úklid zbytků a likvidace stravy	26
1.3.9 Alternativa v podávání stravy.....	26
1.4 Zdravotnický tým.....	27
1.5 Nozokomiální nákazy a jejich prevence.....	28
1.5.1 Nozokomiální nákazy	28
1.5.2 Hygiena a dezinfekce rukou	29
1.5.3 Bariérový ošetrovatelský režim	30
1.6 Komunikace v ošetrovatelství	31

1.6.1	Verbální a neverbální komunikace	31
1.6.2	Význam komunikace v ošetrovatelské péči	32
2	Cíle práce a výzkumné otázky	34
2.1	Cíle práce	34
2.2	Výzkumné otázky.....	34
3	Metodika	35
3.1	Použité metody.....	35
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	36
4	Výsledky.....	37
5	Diskuse	48
6	Závěr	57
7	Seznam literatury.....	59
8	Přílohy.....	64
9	Seznam zkratk	65

Úvod

Přijímání potravy je nezbytnou součástí každého člověka. V potravě jsou obsaženy všechny složky potřebné pro růst a odolnost organismu. Stravování může ovlivnit nejen průběh léčby, ale také vyvolat celou řadu onemocnění. V nemocničním zařízení se na podávání stravy podílí celý ošetrovatelský tým, zejména sestra, ošetrovatelka, sanitář či sanitářka.

Bakalářská práce se zaměřuje na podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení. Hlavním cílem bakalářská práce je zjistit, jaké intervence sestry používají při podávání stravy a jaké komunikační techniky sestry využívají. Dále pak jak sestry spolupracují s ostatními členy ošetrovatelského týmu při podávání stravy hospitalizovaným nemocným ve zdravotnickém zařízení.

Teoretická část se zabývá potřebou výživy, faktory, jež ovlivňují výživu, zásadami zdravé výživy, zhodnocením nutričního stavu pacienta, dietními systémy, zásadami při podávání stravy pacientům. Dále se budeme zabývat nozokomiálními nákazami, jejich vznikem a prevencí. Na konci zmíníme význam komunikace a rozvedeme komunikační techniky. Empirická část je zaměřena na podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení.

Problematiku týkající se výživy jsem si vybrala proto, že pracuji v nemocnici a často se setkávám s nedostatečnou ošetrovatelskou péčí v oblasti podávání stravy nemocným. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je hlavním cílem ošetrovatelství. Proto chci, aby moje práce sloužila jako podklad pro odhalení problémů při podávání stravy pacientům nejen v nemocničním zařízení, ale i v zařízeních sociální péče. Tím následně může dojít ke zlepšení dovedností zdravotnického a ošetrovatelského personálu v oblasti stravování pacientů.

1 Současná situace

1.1 Vývoj péče o nemocné

Ošetrovatelská péče se vyvíjela od nejstarších dob existence lidského života. Podle Farkašové (2006) znamená ošetrovatelská činnost předávání moudrosti, lásky a pomoci lidem. Ošetrovatelská péče je zaměřena na vyhledávání a uspokojování potřeb člověka v bio-psycho-sociální a spirituální oblasti. Zaměřuje se nejen na nemocného jedince, ale i na zdravého člověka (Burda, 2015).

Kutnohorská (2010) a Saibertová (2016) rozdělují vývoj ošetrovatelství rámcově na 3 hlavní linie péče o nemocné, které vycházejí z aktuálních systémů zdravotní péče: laická, charitativní a organizovaná léčebná péče.

Laická nebo neprofesionální péče o nemocné je historicky nejstarším typem péče. Již v této době měl člověk vnitřní potřebu starat se o své zdraví a o zdraví svých blízkých (Farkašová 2006; Saibertová, 2016). Jedinec si péči poskytoval sám nebo mu byla poskytována rodinnými příslušníky, členy komunity či jinými laiky. Většina zkušeností i zděděné moudrosti se předávaly z generace na generaci. K léčbě se využívaly odvary, čaje, invazivní zákroky do těla, nadpřirozené síly neživých předmětů jako talismany, amulety a totemy (Burda, 2015; Saibertová, 2016).

Vznik charitativní péče byl spojen se šířením křesťanství a vycházel z náboženského přesvědčení. Charitativní péče byla poskytována specifické skupině lidí, především nemocným, chudým, sirotkům a mentálně postiženým. O nemocné pečovali doma, v chudě vybavených zařízeních a postupem času i v kláštorech (Farkašová et al., 2006; Burda, 2015). Kutnohorská (2010) dodává, že ošetrování se zaměřovalo na uspokojování základních potřeb života, a to zajištění přístřeší, tepla, lůžka, hygienické péče a poskytnutí stravy. Poskytována byla i duchovní podpora a později i léčebná péče.

Podle Burdy (2015) vznikla profesionální organizovaná ošetrovatelská péče s rozvojem medicíny, která do praxe přinesla nové vynálezy a poznatky. Zásadní vlivy měly i válečné konflikty. Velkou roli ve vývoji světového ošetrovatelství v 19. století sehrála Krymská válka, neboť lékaři potřebovali kolem sebe vzdělané, samostatně pracující pracovníky, kteří by pečovali o raněné a umírající vojáky.

Začátek rozvoje teoretické základny oboru ošetrovatelství vznikl ve Spojených státech amerických a Kanadě v polovině 20. století. Do té doby byl vývoj ošetrovatelství spíše intuitivní, byl založen na praktických zkušenostech, nikoli teoretických (Pavlíková, 2006).

Pavlíková (2006) dále zdůrazňuje, že filozofie má vliv na život, včetně chování, jednání a práci každého člověka. Jedním z filozofických směrů je holismus, který pochází z řeckého slova "holos" - celý či celek. Pojem poprvé použil začátkem 20. století jihoafrický politik J. Smuts (Čeledová a Čevela, 2010). Holistická teorie vidí živý organismus jako celek, který se skládá z mnoha částí. Porucha jedné části vyvolá poruchu celého systému. Ošetrovatelská péče musí dle tohoto modelu být poskytnuta jedinci jako celku, nejen pouze jedné z jeho částí. (Saibertová, 2016; Plevová et al., 2019).

K základním cílům ošetrovatelství patří podporování, upevňování a navracení zdraví, důraz na zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Věstník MZ ČR, 2004). Plevová et al. (2019) dodávají, že pokud je holismus filozofií moderního ošetrovatelství, dalšími cíli ošetrovatelské péče je uspokojování fyzických, psychických a sociálních potřeb člověka.

1.2 Výživa

1.2.1 Potřeba výživy

Znalost potřeb člověka je nezbytná pro práci sestry a tvoří teoretický podklad pro péči o nemocné v rámci ošetrovatelského procesu (Saibertová, 2016).

Pojem „potřeba“ Kelnarová et al. (2015) i Saibertová (2016) definují jako stav nedostatku nebo nadbytku něčeho konkrétního.

Abram Harold Maslow, americký klinický psycholog, sestavil na základě svých zkušeností z praxe pyramidu potřeb. Základ pyramidy tvoří fyziologické potřeby a jeho vrchol potřeby seberealizace. Fyziologické (homeostatické, biologické) potřeby jsou přítomné v každém člověku od počátku jeho života do smrti (Mastiliaková, 2014). K fyziologickým potřebám náleží potřeba vzduchu, potravy a tekutin, vylučování odpadních látek, udržování tělesné teploty, spánek, odpočinek, sexuální aktivita atd. (Plevová et al., 2011). Burda (2015) píše, že kvůli neuspokojeným potřebám dochází k porušení rovnováhy organismu, která se projevuje nespokojeností jedince a nutí ho k účelovému chování, tedy aby uspokojil svoji potřebu. Kelnarová et al. (2015) uvádí, že všichni lidé mají společné potřeby. Potřeby během života se mění jak kvalitativně, tak i kvantitativně (Saibertová, 2016).

Podle Kozierové et al. (1995) je výživa souhrou všech interakcí mezi organismem a požitou potravou. Jinými slovy výživa je to, co člověk sní a jeho organismus spotřebuje. Organismus člověka potřebuje výživu neboli základní živiny na růst a zachování

veškerých svých tkání a na správné fungování v něm probíhajících procesů. Základní živiny jsou organické a neorganické chemické látky, které se nachází v potravě a jsou potřebné ke správnému fungování organismu. Mezi základní živiny patří bílkoviny, sacharidy, tuky, vitaminy, stopové prvky a voda. Ani jedna potravina neposkytuje najednou všechny základní živiny. Živiny mají tři hlavní funkce: dodávat energii, dodat tělu potřebné látky a regulovat procesy v organismu.

Sacharidy, běžně známé jako cukry, jsou nejdůležitějším a nejrychlejším zdrojem energie pro organismus. Podle doporučení WHO by měly být v jídelníčku zastoupeny 50 % – 60 %. Pokud organismus přijímá dostatek sacharidů, chrání svoje tělesné zásoby tuků a bílkovin. Naopak jejich nevyvážený a nadměrný přísun vede ke vzniku chorobných stavů. Pro některé orgány jsou hlavním zdrojem energie. Nejvíce je potřebuje mozek a hladké svalstvo. Pokud organismus nebude v potravě dostávat potřebné množství glukózy, začne si ji vyrábět z tuků a bílkovin. Zdrojem sacharidů jsou především potraviny rostlinného původu, jako je ovoce, obiloviny, rýže, kukuřice, brambory, med a rafinovaný cukr (Vojtová, 2016).

Bílkoviny neboli proteiny jsou organické látky, ze kterých vznikají aminokyseliny. Aminokyseliny můžeme dle využitelnosti pro organismus dělit na esenciální (organismus člověka je nedokáže sám vytvořit), semiessenciální (aminokyseliny jsou esenciální pouze v určitém věkovém období) a neessenciální (organismus je dokáže v případě potřeby syntetizovat) (Vojtová, 2016). Každá buňka v těle obsahuje určité množství bílkovin. Jedinými tekutinami vznikajícími v organismu člověka, které za fyziologického stavu bílkoviny neobsahují, jsou moč a žluč (Kozierová et al., 1995). Bílkoviny jsou základní stavební složkou orgánů a tkání těla. Jsou potřebné pro zdárný a optimální růst a vývoj organismu. Po dokončení růstu jsou nezbytné pro obnovu poškozených a opotřebovaných částí organismu člověka. Jsou tedy součástí enzymů, hormonů a protilátek. Dle zdroje mohou být bílkoviny rostlinného a živočišného původu. Jejich vhodný poměr v přijatých potravinách je 1:1, což je zajištěno pestrou stravou. Zdrojem živočišných proteinů je především maso, masné výrobky, vejce, mléko a mléčné výrobky. Rostlinné bílkoviny obsahují všechny esenciální aminokyseliny, proto jsou označovány jako bílkoviny s biologickou hodnotou. Zdrojem rostlinných bílkovin jsou luštěniny, semena rostlin a sója (Vojtová, 2016).

Tuky (lipidy) mají v organismu člověka důležitou a nezastupitelnou úlohu. Jsou energetickým zdrojem a také zdrojem nezbytných mastných kyselin a cholesterolu. Jsou součástí buněčných membrán, nosiči vitamínů, ovlivňují imunitu a představují nezbytnou

součástí myelinových obalů nervových vláken. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále WHO) by měly být v jídelníčku zastoupeny maximálně do 30 %. Zdrojem tuků je maso a masné výrobky, plnotučné mléko a mléčné produkty, máslo, sádlo, vejce, palmový a kokosový tuk, olivový olej, avokádo a ořechy (Vojtová, 2016).

Vitamíny spolu se stopovými prvky jsou neenergetickou složkou naší stravy. Organismus člověka si minerály a vitamíny až na výjimky nedokáže sám syntetizovat, proto je závislý na jejich přísunu v potravě. Vitamíny slouží jako biokatalyzátory při metabolických reakcích všech základních složek stravy, podporují zdraví, jsou podstatné pro zachování a obnovu organismu, také jsou pomocníky v prevenci nejrůznějších chorob. Vitamíny můžeme dělit na dvě skupiny, a to na rozpustné v tucích (A, D, E, K) a rozpustné ve vodě (vitaminy B, C, H). Stopových prvků, jak název napovídá, potřebuje organismus jen nepatrné množství. Jsou důležité pro udržení homeostázy a acidobazické rovnováhy, taktéž pro tvorbu a funkci enzymů, hormonů a metabolismu. Důležitý je jejich přiměřený příjem, jelikož snížený i nadměrný příjem způsobuje nerovnováhu a následně chorobné stavy (Vojtová, 2016).

1.2.2 Pitný režim

Voda je nejdůležitější součástí výživy a života. Člověk přežije týdny i déle bez vitamínů a minerálních látek, ale bez vody přežije jen několik dní, většinou 2–3 dny. Tělo člověka denně potřebuje 1,5–2 litry vody. Potřebné množství vody ovlivňuje věk, pohlaví, fyzická aktivita, tělesná hmotnost, způsob stravování a prostředí. Dostatek tekutin je zásadní nejen pro látkovou výměnu a dobrou funkci ledvin, ale umožňuje také plnou výkonnost ostatních orgánů, tělesných i duševních funkcí a podporuje normální vzhled pokožky. Lidský organismus reaguje na ztrátu vody velmi citlivě. Nedostatek vody v organismu (dehydratace) způsobuje problémy akutní i chronické povahy. Mírný, ale dlouhodobý nedostatek tekutin často ani neregistrujeme, může však vést k závažné zdravotní poruše. Předpokládá se, že některé civilizační choroby jsou buď prvním příznakem, nebo následkem trvalé mírné dehydratace. Na potřeby pití může upozornit žízeň, ta ale není včasnou známkou potřeby vody. Pocit žízně se totiž ve vyšším věku snižuje. Na druhou stranu zvýšený pocit žízně může být příznakem některých chorob jako diabetes mellitus (Čeledová a Čevela, 2010). Dalším příznakem výrazného nedostatku tekutin v těle je sucho v ústech, oschlé rty, malé množství tmavě žluté moči a tendence

k zácpě nebo suchá pokožka. Nadbytek tekutin také není pro organismus zdravý, protože vede k přetěžování ledvin a srdce, což vede k jejich selhávání (Kastnerová, 2014).

Stěžejním nápojem pro organismus je voda, ale člověk si může vybrat z pestřejší nabídky nápojů. Je však nutné preferovat vhodné nápoje a omezovat spotřebu nápojů nevhodných. Ke stálému příjmu tekutin je pro osoby nejvhodnější čistá voda, konkrétně pitná voda z vodovodu nebo studny, balené kojenecké, pramenité a slabě mineralizované přírodní vody bez oxidu uhličitého. K vhodným nápojům patří voda ředěná šťávou, neslazené, a ne příliš silné čaje nebo nápoj z praženého obilí. Omezená konzumace by se měla týkat minerálních vod nebo vod sycených oxidem uhličitým, mléka a kaka. Minerální vody jsou pro své chuťové vlastnosti vyhledávány a oblíbeny, avšak nejsou vhodné jako základ pitného režimu. Jejich trvalá konzumace představuje zvýšené riziko vzniku onemocnění. Denní příjem středně a silně mineralizovaných vod by neměl přesáhnout půl litru. K nápojům, kterým by se měl člověk vyhýbat nebo je konzumovat jen velmi výjimečně, patří tzv. „soft drinky“: kolové nápoje, limonády, ochucené minerální vody, energetické nápoje a nektary. Důvodem jsou v nich obsažené „prázdné kalorie“ a cukr, který zvyšuje pocit žízně. Kofein v kolových nápojích a v kávě má diuretický účinek. Káva a alkoholické nápoje nejsou součástí pitného režimu, ale mohou být chuťovým doplňkem stravy. Zdravý člověk by neměl denně vypít víc než 0,5 litru piva nebo 0,2 litru vína (Kastnerová, 2014).

1.2.3 Faktory ovlivňující výživu

Výběr stravy a způsob stravování může být ovlivněn mnoha faktory, které se v rámci vývoje člověka stále mění. Faktory podle Trachtové (2013) dělíme do čtyř základních oblastí: fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí.

K fyziologicko-biologickým faktorům patří pohlaví, věk, vývoj, růst, zdravotní stav, funkce trávicího systému, metabolismus. Probíhají uvnitř organismu a slouží k tvorbě potřebných látek pro činnost organismu (Trachtová et al., 2013). Saibertová (2016) dodává, že hlad a sytost patří k dalším fyziologicko-biologickým faktorům. Člověk však jídlem neuspokojuje pouze potřebu hladu. Lidé mají pozitivní, či negativní vztah k určitému druhu jídla, čímž určují svoje stravovací návyky. Stravovací návyky a zdravotní stav se navzájem ovlivňují. Nedostatky v oblasti příjmu potravy, nedodržování zásad správné výživy, konzumace nevhodné stravy, přejídání se nebo naopak malý příjem

stravy vedou ve svém důsledku ke zdravotním poruchám. Zároveň různé chorobné procesy ovlivňují stravovací návyky a celkový stav výživy.

Strava neuspokojuje pouze žaludek, nedoplňuje jen organické zásoby organismu. Jídlo a příjem stravy navozují u člověka pocit spokojenosti a libosti. Tak, jak je příjem stravy spojen s bio-psycho-sociálními potřebami, je uspokojení této potřeby doprovázeno pozitivními emocemi a kladným emocionálním laděním člověka. Psychicko-duchovní faktor znamená, že emocionální stav významně ovlivňuje příjem potravy. Negativní emoce a stresové situace mohou být příčinou nechutenství, nevolnosti, pocitu plnosti a odmítání stravy (Trachtová et al., 2013).

Vytejšková (2011) zmiňuje, že nemalou roli hrají i sociálně-kulturní faktory. K nim patří náboženství, životní styl, ekonomická situace, alternativní výživové způsoby, etnická příslušnost a kulturní zvyky a obyčeje. Etnická příslušnost často determinuje oblíbenost jídel. Tradiční jídla se připravují a konzumují u různých národů jako zvyk a obyčej. Náboženství taktéž ovlivňuje způsob stravování a výživu. Životní styl má vliv na způsob stravování. Nejen dnes, ale i v minulosti vedly špatné stravovací návyky ke zdravotním potížím.

Ekonomická situace má pak vliv nejen na způsob stravování, ale i na množství přijímané potravy. Týká se lidí s omezenými finančními příjmy, zvláště seniorské populace.

K faktorům životního prostředí, které výživu ovlivňují, patří především klima, geografická poloha, kvalita vzduchu, vody a půdy. Přírodní podmínky jsou určující pro zdroj výživy a potravinových produktů. Čisté životní prostředí je tedy zárukou ekologicky čistých potravin, jež jsou nezbytné pro kvalitní výživu člověka (Saibertová, 2016).

1.2.4 Základy zdravé výživy a potravinová pyramida

Správné stravování se odráží na celkové kvalitě našeho života. Správný výběr a skladba potravin působí preventivně proti různým onemocněním jako je nadváha, obezita, vysoký krevní tlak, ateroskleróza, infarkt myokardu, diabetes či některý typ nádorového onemocnění. Aby státní orgány těmto onemocněním předcházely, vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) v roce 2005 oficiální dokument „Doporučení založená na skupinách potravin“. V něm jsou představeny zásady výživy ve formě potravinové pyramidy. Tato potravinová pyramida vychází z původní americké pyramidy „Food Guide Pyramid“ vydané v roce 1992 (Svačina et al., 2008). Potravinová

pyramida názorně člověku ukazuje, co by měl jíst a také v jakém množství. Největší podíl v denním množství stravy by měly zaujímat potraviny ze základny pyramidy, méně potravin a nápojů z jejího vrcholu. Směrem k vrcholu jsou potraviny seřazeny takto: chléb, cereálie, těstoviny a rýže, ovoce a zelenina, mléčné výrobky, vejce, ryby, luštěniny, maso a drůbež, plus alkohol, tuky a cukry (Marcus, 2003) (viz příloha č. 1).

Oficiální potravinová pyramida MZ ČR z roku 2005 se skládá ze 4 pater. Potravinové skupiny jsou uspořádány do jednotlivých pater pyramidy na základě hlavního obsahu živin. Jednotlivá patra se postupně zužují v souvislosti se změnou denního doporučeného množství porcí dané potravinové skupiny. Dále pyramida ukazuje, v jakém poměru a množství by se měly v celodenní stravě vyskytovat potraviny z jednotlivých potravinových skupin. Součástí konzumovaného jídla je většinou i nápoj, ale samotný pitný režim není součástí doporučení této pyramidy (Břežková et al., 2014).

Podle Kastnerové (2014) vykazuje tradiční český jídelníček nadměrné množství živočišných tuků (přítomné v uzeninách, tučném masu, sýru, mléce a másle), cukru, soli, nedostatek vlákniny a některých vitamínů. Důvodem jsou předsudky, že zdravá strava je jednotvárná a nechutná, proto se často neteší velké oblibě. Přitom zdravou výživou je možné výrazně snížit rizika onemocnění kardiovaskulárního systému a některých druhů rakoviny, zejména zažívacího traktu. Stravovat se zdravě neznamena přijít o požitek z jídla. Jde pouze o to, aby člověk nahrazoval nezdravé potraviny jejich zdravějšími variantami.

1.2.5 Vybrané patologické stavy výživy

Podvýživa (malnutrice) je stav zhoršené výživy, který zahrnuje jakoukoliv odchylku od stavu dobré výživy. Příčiny malnutrice zahrnují nejenom nedostatečný příjem energie nebo bílkovin vzhledem k potřebám organismu, ale vzniká i důsledkem nedostatečného příjmu vitamínů a stopových prvků. O malnutrici hovoříme, když je příjem energie ve srovnání s potřebami organismu nižší. U hospitalizovaných pacientů jde o závažný problém, který je spojen s vyšším rizikem komplikací v průběhu léčení chorob, zvýšenou frekvencí a horším hojením infekcí, vyšším vznikem komplikací chirurgických výkonů a jiných terapeutických intervencí, s čímž souvisí i zhoršené hojení ran. Přítomnost malnutrice je spojena s prodlouženou dobou hospitalizace, zvýšením nákladů na léčení, a dokonce i se zvýšenou mortalitou. Málokdy je malnutrice, kromě stavu nádorové kachexie, uváděna jako komplikace ve zprávě o příčině úmrtí. Malnutrice je běžným jevem u nemocných pacientů v nemocniční péči. Prevalence malnutrice v nemocnici

se liší podle typu oddělení, věku pacientů a podle toho, zda je hodnocena při přijetí nebo v průběhu hospitalizace. V průběhu hospitalizace se prevalence malnutrice zvýší 1,5 – 4krát v závislosti na typu diagnostických výkonů a příprav k endoskopickým nebo rentgenovým vyšetřením. Proto byly vyvinuty různé systémy nutričního screeningu, který se provádí u pacienta při přijetí do nemocničního zařízení a který vyhledává pacienty ohrožené malnutricí (Kohout et al., 2010). Pokročilé stadium malnutrice se označuje jako kachexie. Je to stav neúmyslné ztráty hmotnosti (tuková a svalová tkáň), při kterém je přítomna chorobná vyhublost a BMI je nižší než 18,5. Nejčastěji se vyvíjí u pacientů s nádorovou nemocí, sepsí, uremií, HIV a dalších. Nejvyšší stupeň kachexie je marasmus – hladovění způsobené nedostatečným přívodem energie i bílkovin s proporcionálním snižováním tuku i beztukové hmoty. Příkladem je mentální anorexie (Kelnarová et al., 2015; Saibertová, 2016; Veverková et al., 2019).

Opakem malnutrice je obezita. Vytejšková et al. (2013) a Šolcová (2015) popisují obezitu jako celosvětový problém. Obezita je definována jako nadbytečné nahromadění tukové tkáně. Vzniká při nadměrném energetickém příjmu a malém výdeji. Obezitu nelze vnímat pouze jako patologický stav výživy, ale i jako důsledek chronických onemocnění spojených s řadou jiných poruch, například metabolických, hormonálních nebo dědičných. Stav výživy hodnotíme pomocí BMI. Hodnota vyšší než 25 je klasifikovaná jako nadváha a hodnota více než 30 jako obezita. Léčba spočívá v dodržování diety (omezení tučných jídel), ve zvýšené pohybové aktivitě nebo v chirurgickém zákroku.

1.3. Stravování nemocných

1.3.1 Zhodnocení nutričního stavu pacienta

O výživu pacientů se v nemocničním zařízení stará nutriční tým, který je složen z lékařů, sester, nutričního terapeuta a farmaceuta. Cílem je zhodnotit nutriční stav pacienta, zjistit jeho stravovací návyky, včas odhalit patologické stavy vztahující se k výživě, předcházet malnutrici, aplikovat nutriční péči včetně umělé výživy a hodnotit efektivitu nutriční podpory. První hodnocení stavu výživy nebo nutričního screeningu u pacienta se provádí při příjmu do nemocničního zařízení. Tento základní nutriční screening provádí lékař a sestra. V případě pozitivního výsledku je pak zahájeno sledování nutričním terapeutem a případně je zahájena patřičná nutriční intervence. Nutriční terapeut je zodpovědný za opatření na úrovni diety a perorálních nutričních

doplňků. Lékař zodpovídá za předpis enterální a parenterální výživy (Vytejková et al., 2011; Veverková et al., 2019).

Dle Mlýnkové (2016) a Saibertové (2016) je jednou z metod hodnocení stavu výživy pacienta tzv. ABCD přístup: Anthropometry (antropometrické měření), Biochemical examination (biochemické údaje), Clinical signs (klinické příznaky), Dietary history (výživová anamnéza).

Antropometrické měření je měření různých znaků lidského těla a jeho částí. Jeho základem jsou výška a váha. Zjištěné hodnoty slouží k výpočtu váho-výškového indexu – Body Mass Index (dále jen BMI). BMI slouží k orientačnímu stanovení celkové váhy pro běžnou populaci. Nepoužívá se pro děti, těhotné, kojící ženy a sportovce. K dalšímu antropometrickému měření patří měření kožní řasy s pomocí kaliperu. Jelikož až 50 % zásob tuku se nachází v podkoží, lze díky němu posuzovat zásoby tuku v organismu. Měří se tloušťka kožní řasy na tváři, pod bradou, pod lopatkou, na břicho pod prsy, ale nejčastěji měřená kožní řasa je nad tricipsem horní končetiny. Při orientačním vyšetření množství nebo úbytku svalové hmoty se používá jednoduché měření obvodu paže. Podle pravidel se měří na relaxované a nedominantní horní končetině (Mlýnková, 2016; Saibertová, 2016).

Biochemické údaje jsou cenné pro lékaře, jemuž pomáhají určit poruchu výživy a upravit léčbu pacienta (Mlýnková, 2016). Patří sem monitorace iontů, stopových prvků, vitamínů, urey, kreatininu, množství tuků v krvi, hodnot krevního obrazu a viscerálních bílkovin, jako jsou albumin, transferin nebo prealbumin (Saibertová, 2016).

Klinický vzhled (clinical signs) patří k orientačnímu vyšetření stavu výživy. U pacienta hodnotíme stavbu těla (atletický, astenický, pyknický), stav výživy (normální stav, kachexie, nadváha, obezita) a varovné příznaky malnutrice – otoky dolních končetin, vypadávání vlasů, suchá kůže, krvácení z dásní, vznik hematomu (Saibertová, 2016).

Výživová anamnéza (dietary history) zahrnuje informace o stravovacích návycích, preferenci jídel, denním příjmu tekutin, způsobu přípravy jídla, problémech s výživou (stav chrupu, polykání, kousání), fyzické aktivitě, užívání léků a výživových doplňků. Sestra při sběru anamnézy zhodnotí sebezpečí a soběstačnost, protože deficit v příjmu potravy se týká i neschopnosti donést a nakrájet si stravu, zaujmout vhodnou polohu při stravování a dopravit jídlo do úst (Saibertová, 2016).

1.3.2 Dietní systém

Podle Hippokrata byl pojem „dieta“ v nejstarším významu spojován s úpravou stravy. Poté byla ke slovu „dieta“ přiřazována i celková úprava životosprávy pro zdravého člověka. V dnešní době se termín „dieta“ používá k označení výživy a podávání stravy nemocným lidem (Špinar a Ludka, 2013). V nemocničním zařízení se dieta stává součástí léčebných postupů, a proto hovoříme o léčebné výživě, která je k tomuto účelu upravena. Změny v dietní stravě spočívají v posílení, snížení nebo vyloučení některých potravin nebo v její speciální úpravě tak, jak to vyžaduje charakter onemocnění. Dodržování diety je stejně důležité jako užívání léků či vykonávání pohybové aktivity. Léčebného účinku diet se dosahuje vhodným výběrem potravin, specifickým složením potravy a technologickým postupem při její přípravě (Mikšová et al., 2006; Šolcová, 2015).

Dále Mikšová et al. (2006) definují léčebnou výživu jako individuálně určenou dietu příslušnou pro dané onemocnění. Léčebná výživa ve zdravotních zařízeních se již od roku 1955 řídí zásadami a doporučeními, jež jsou publikovány v dietním systému. Tato stravovací norma prošla mnohými úpravami v letech 1968 a 1983. Poslední úpravu dietního systému z roku 1991 provedlo MZ ČR, odbor diabetologie. Úprava je v souladu se světovými trendy a novými výživovými doporučeními, které byly schváleny hlavním hygienikem České republiky v roce 1989. V těchto výživových doporučeních bylo navrženo snížení celkového energetického příjmu, což se projevovalo snížením dávek cukru, soli, tuku a bílkovin, zvláště těch živočišných. To znamenalo snížení spotřeby tučných mléčných výrobků a masa. Bylo doporučeno zvýšit příjem vitamínu C, vlákniny, ryb a rybích výrobků. Doporučené zásady stravování z roku 1991 umožnily nemocničním zařízením zavádět vlastní receptury, které však musely odpovídat doporučeným výživovým dávkám. Pro snadnější orientaci v dietách si jednotlivá nemocniční zařízení vytváří nemocniční dietní systémy, kde jsou jednotlivé diety specifikovány (Mikšová et al., 2006). Vytejčková et al. (2011) upozorňují, že se tak mohou jednotlivé dietní systémy v různých nemocnicích lišit, na což je třeba pamatovat při převozu pacienta z jiného zařízení.

Dle Veverkové et al. (2019) lze dietní systém rozdělit do 5 skupin: základní diety (normální strava), speciální diety, diety individuálně připravované, diagnostické diety (ojediněle používané) a standardizované diety (bezlepková, bezlaktózová).

Nemocniční diety jsou pro snadnější orientaci označeny názvem a číslem. Základní značení diet je jednotné pro celou Českou republiku. Rozdíly však mohou být

ve speciálních dietních postupech používaných pouze pro účely daného nemocničního zařízení či v nově vzniklých zařízeních na základě inovace dietního systému (Špínar a Ludka, 2013).

Základní diety (0 až 13) jsou běžně ordinované ve všech zdravotnických zařízeních (Veverková et al., 2019).

Vytejčková et al. (2011) uvádí, že individuálně připravované diety jsou sestavovány a připravovány tak, aby co nejlépe odpovídaly potřebám a zvyklostem pacientů s malnutricí, anorexií, onkologicky nemocných nebo stravujících se odlišně na základě různých náboženských důvodů.

Speciální diety (0S – čajová, 1S – tekutá, 4S – s přísným omezením tuku a 9S – diabetická) jsou energeticky a výživově neplnohodnotné, a proto se podávají jen na omezenou dobu (Vytejčková et al. 2011).

Diagnostické diety bývají zařazované pod standardizované dietní postupy. Jelikož dochází ke zlepšování diagnostických metod, jsou tyto diety z velké části zastaralé. Používají se v ojedinělých případech, někdy jen ze zvyku nebo z neznalosti problematiky (např. dieta při zjišťování okultního krvácení, Schmidtová dieta (před vyšetřením činnosti trávicího traktu) nebo dieta při zjišťování kyseliny vanilmandlové) (Vytejčková et al., 2011).

1.3.3 Objednávání stravy a její dodání na oddělení

Stravováním pacientů v nemocnici se zabývá multidisciplinární tým. Dietu pacientovi stanoví lékař při přijetí na oddělení a může ji měnit v průběhu hospitalizace. Nutriční terapeuti nebo asistenti připravují jídelníček jednotlivých diet a spolupracují přímo s nemocnými a lékařem. Ošetrovatelský personál musí znát označení každé diety a její podávání (Šolcová, 2015). Za objednání stravy je zodpovědná sestra. V současnosti již probíhá prakticky všude skrze elektronický systém, výjimečně na speciálním tiskopise. Podle objednávky se strava pro nemocné připravuje a vydává po celý den, musí být objednaná správně a včas. Změnu diety, propouštění nebo přijetí nového pacienta během dne je třeba zaznamenat do počítače nebo vyplnit tiskopis změny objednané stravy a vše telefonicky hlásit nutričnímu terapeutce (Kelnarová et al., 2015).

Na oddělení se strava dodává z centrální kuchyně. Příprava, doprava a podávání stravy se řídí přísnými hygienickými předpisy. Strava se expeduje na jednotlivá oddělení dvěma způsoby. První způsob je pomocí speciálních přepravek (várníc, barelů), druhý, dnes mnohem častěji využívaný, je tabletový (podnosový) systém v izotermických

kontejnerech. Zastaralejší způsob rozvozu stravy lze dodnes najít v domovech pro seniory nebo v malých nemocnicích. Strava se následně porcuje pro každého nemocného na oddělení. Stravu rozdělují sestra nebo staniční sestra, ošetřovatel nebo sanitářka jim s přípravou stravy pomáhají (Šolcová, 2015).

Kelnarová et al., (2015) uvádí, že tabletový systém je dnes již zcela běžný. Kompletní obsah jedné porce diety se naservíruje v kuchyni přímo na talíře a do misek, kde se přikryje termoizolačním poklopem a označí číslem diety. Připravené podnosy (tablety) jsou vkládané do transportních vozíků a dopravovány na jednotlivá oddělení. Jídlo musí být dobře uvařené, upravené a vždy teplé. Snídaně a studená večeře se podává na talířku s nožem. Káva, kakao a mléko jsou podávány v hrnku s ouškem, čaj ve skleničce. Polévka se podává v polévkových miskách, hlavní jídlo na mělkém talíři a kompot v kompotové misce. Příbory jsou zabalené v ubrousku.

1.3.4 Zásady při podávání jídla

V nemocnicích se strava podává v pravidelných intervalech, ale čas podání se v jednotlivých nemocnicích mírně liší: snídaně od 7:30 do 8:00, svačina v 10:00, oběd v 11:30–12:00, svačina v 15:00, večeře v 17:30–18:00, druhá večeře pro diabetiky ve 21:00. Jsme povinni dbát na to, aby každý pacient dostal svou dietu a vždy plnou porci. Pacientovi musíme jasně ukázat jeho jídlo, aby nedošlo k záměně. Pacient dostává vždy teplé jídlo (Šolcová, 2015). V době podávání jídla, kdy je pacient odeslán na vyšetření, jídlo odložíme a hygienicky uschováme. Po návratu nemocného na stanici je jídlo dostatečně ohřáto v mikrovlnné troubě a podáno individuálně. (Kelnarová et al., 2015).

Šolcová (2015) zdůrazňuje, že sestra nebo jiný ošetřovatelský personál musí při podávání stravy dodržovat hygienické předpisy: mít umyté ruce, čistý oděv, vlasy kryté čepicí, při nachlazení používat roušku přes ústa. Nad jídlem si nesmí upravovat vlasy, kašlat a zbytečně mluvit.

Pro pacienty je zásadní, abychom jim před jídlem umožnili umýt si ruce a zaujmout vhodnou polohu. Podle Kelnarové et al. (2015) hraje nemalou roli úprava prostředí, ve kterém se jídlo podává. K tomu využíváme jídelnu pro nemocné, jídelní kout na chodbě nebo pokoj nemocného. Pokud stolování probíhá na pokoji, měl by být před podáváním stravy uklizen a vyvětrán. Jídlo rozdáváme na podnose a na čistém nepoškozeném nádobí. Pečivo podáváme na talíři, nikoliv přímo na tácu, stolku či do ruky pacientovi.

Nemocný musí mít k dispozici dostatek tekutin. Na nočním stolku každého pacienta je umístěna voda nebo čaj v termosce. Tekutiny aktivně nabízíme a podle potřeby pomůžeme s napitím. Diabetikům sestra před jídlem podá léky nebo aplikuje inzulin a pacient se musí do 30 minut najíst (Šolcová, 2015).

1.3.5 Podávání stravy pacientům

Aby všichni nemocní dostali teplé jídlo včas, musí ošetrovatelský personál dodržovat postup podávání stravy v nemocnici podle pohybového režimu a stupně sebepečie nemocných. Nejprve rozdáváme stravu chodícím nemocným, kteří se stravují v jídelně nebo u stolu na pokoji. Potom podáváme jídlo těm, kteří jsou upoutáni na lůžko, ale zvládnou se najíst sami po úpravě okolí. Naposled rozdáváme jídlo nemocným, kteří jsou odkázáni na pomoc ošetrovatelského personálu (Kelnarová et.al.,2015).

Podle možností a zvyklosti oddělení svoláváme chodící nemocné do jídelny nebo ke stolu na pokoji, kde dostanou na podnose ordinovanou dietu s příborem. Jídlna nebo pokoj jsou předem vyvětrané, stolky jsou uklizené. Mytí rukou u nemocných chodících s dopomocí zajistíme vlhkým ubrouskem či žínkou. Pokud za stolem sedí více pacientů, musíme každému ukázat jeho stravu, aby nedošlo k záměně. Dle potřeby nemocnému stravu nakrájíme. Před jídlem popřejeme dobrou chuť (Kelnarová et.al., 2015).

Pacient upoutaný na lůžko, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, svěsí dolní končetiny dolů z lůžka. Nohy mu pomůžeme obout do pantoflí a umožníme oporu o podlahu nebo s pomocí schůdků. Dle potřeby kryjeme záda a dolní končetiny dekou, aby neprochladl. Pacienta, který je v jídle soběstačný nebo částečně soběstačný, avšak upoutaný na lůžko, posadíme do sedu (vysoká Fowlerová poloha) tím, že zvedneme podhlavní panel a doupravíme lůžko a polštář. Zásuneme jídelní stůl tak, aby měl jídlo po ruce a přikryjeme prádlo bryndákem. Na požádání pacienta pomůžeme vložit zubní protézu do dutiny ústní. Jídlo dle potřeby upravíme a nakrájíme před pacientem, aby neměl pocit, že dostal zbytky jídla. Dbáme na pitný režim. V dosahu pacienta umístíme sklenici čaje, minerálky, vody nebo džusu. Po jídle nemocnému umožníme, aby si umyl ruce v přineseném umyvadle nebo si je otřel mokrou žínkou či vlhkým ubrouskem. Taktéž nezapomínáme na hygienu dutiny ústní a umělého chrupu (Kelnarová et.al., 2015; Šolcová, 2016).

Vytečková et al. (2011), Kelnarová et.al. (2015) a Pokorná et al. (2019) tvrdí, že ležícím nemocným podáváme stravu naposled z důvodu, abychom na ně při podávání stravy měli dostatek času. Nemocnému dáme najevo, že naší snahou je mu pomoci se

najíst a nebudeme spěchat. Nemocnému před jídlem umožníme vyprázdnění a inkontinentnímu pacientovi vyměníme plenku. Dezinfikujeme si ruce a i pacientovi umožníme hygienu rukou. Připravíme vše, co budeme potřebovat během podávání stravy – pití, jídlo, jednorázové ubrousky a bryndák. Umělý chrup mimo dutinu ústní opláchneme pod tekoucí vodou a vložíme nemocnému do úst. Dle stavu pacienta zajistíme vysokou Fowlerovou polohu. Chráníme oblečení pacienta bryndákem nebo jednorázovým ubrouskem. Teplou a upravenou stravu přineseme a položíme na jídelní desku nočního stolku. Seznámíme pacienta s tím, co bude jíst. Lžičku plníme do poloviny a opatrně vkládáme nemocnému do úst. Sledujeme rychlost jeho polykání, aby na další lžici nemusel dlouho čekat nebo nejedl rychle. Tempo podávání stravy nemocný určuje sám. Během jídla pacientovi nabízíme tekutiny. V průběhu podávání stravy se dotazujeme, jak nemocnému jídlo chutná, sledujeme rychlost podávání stravy, negativní projevy vztahující se k jídlu, oceňujeme snahu nemocného a podporujeme pacienta k samostatnosti. S pacientem komunikujeme, ale otázky omezujeme na minimum, abychom snížili riziko aspirace nebo zakuckání. Abychom zabránili výskytu cizích předmětů ve stravě, zejména vlasů, používáme ochranné pomůcky, vizuálně stravu kontrolujeme před i v průběhu podávání. Po jídle utřeme zbytky jídla z pacientova obličeje jednorázovým ubrouskem, provedeme hygienu dutiny ústní, očištění zubní protézky a umožníme mu umýt si ruce. Dle přání pacienta upravíme jeho polohu. Odneseme zbytky jídla, uklidíme pomůcky a provedeme záznam do dokumentace.

1.3.6 Specifika při podávání stravy některým nemocným

Řada onemocnění je doprovázená nechutenstvím. K příčinám nechutenství mohou patřit léky, které snižují chuť k jídlu, dále pak deprese, bolest, neochucená nebo nevkusně naservírovaná strava a onemocnění, u kterých je jedním z příznaků ztráta chuti. Je vhodné, aby pacient měl možnost vybrat si jídlo podle své chuti. Je potřeba vzít v úvahu jeho preference a vyhnout se syćeným nápojům, příliš mastným, uzeným, kořeněným a slaným jídlům. Pacient musí být izolován od pachů vařených potravin, pokud u něho způsobují nechutenství nebo nevolnost. Po podání stravy vyvětráme místnost, respektujeme pacientovy rituály při stravování. Můžeme pacientovi nabídnout citrusové plody, jelikož citrony a pomeranče způsobují slinění, a tím zvyšují chuť k jídlu. Ale je třeba opatrnosti, pokud je u nemocného zjištěna alergie. Jídlo nabízíme častěji a v malých porcích 5–6krát denně. Nedáváme dvě jídla najednou. Pokud pacient více nechce,

můžeme podat i jen 2–3 polévkové lžíce. Nenutíme a netrváme na tom, aby pacient snědl celou porci. Není vhodné pacienta urazit a kritizovat ho za to, že jedl málo. Nucené podávání stravy může vést k nevolnosti, kašli, zvracení, zhoršení nálady a vztahu mezi pacientem a ošetrovatelským personálem (Vytejšková et.al., 2011; Pro-palliativ.ru, 2018).

Pacienti s poruchou jemné motoriky mají problémy s krájením, otevíráním lahviček, s oloupaním ovoce a zeleniny. Při problémech s úchopem příboru nebo hrníčku zajistíme kompenzační pomůcky a naučíme je pacienta používat. Ke kompenzačním pomůckám patří speciální příbor se zvětšenou nebo anatomickou rukojetí, držák pro snadné otevření uzávěru apod. (Vytejšková et al., 2011).

Pacienti s diabetem mellitem dostávají diabetickou stravu (číslo 9) se sníženým množstvím sacharidů a tuků. Strava se podává 6krát za den: snídaně, oběd, dvě svačiny, první a druhá večeře. Je nutné dodržovat soulad mezi podáváním stravy a podáním inzulínu nebo perorálních antidiabetik v tabletové formě (Vytejšková et al., 2011). Obojí se podává půl hodiny před jídlem, sestra poté sleduje množství přijaté stravy, aby nedošlo k hypoglykemii. (Šolcová, 2015).

Pacientovi s hemiparézou podáváme stravu stejně jako nesoběstačnému pacientovi. Hlavní zásadou je, že se jídlo podává na zdravé straně. Pokud má problém s pitím, používáme brčko nebo speciální hrneček s pítkem. Nepoužíváme kojenecké lahve se savičkou, protože to může pro pacienta být ponižující. Pacientovi, který se může najíst jednou rukou, pomáháme s jídlem dle potřeby. Snažíme se ho vést k soběstačnosti. Učíme pacienta používat kompenzační pomůcky, jako jsou talíře se zvýšením okrajem a šikmým dnem, rám kolem talíře (Vytejšková et al., 2011).

Při vstupu do pokoje, kde se nachází nevidomý pacient, je potřeba o sobě dát vědět, sdělit své jméno. Při komunikaci se vyjadřujeme jasně, srozumitelně a přímo, protože nevidomí pacienti nevidí naši neverbální komunikaci. Důležité je chovat se přirozeně a nenuceně, popsat nemocnému, co děláme a co budete dělat. U nevidomých pacientů je potřeba orientovat se nejen na stole, ale i na táce a talíři. Pro orientaci na talíři se používá orientace podle systému hodin. Pomůžeme pacientovi dle potřeby. V případě, že pomoc nechce, nesnažíme se mu ji vnutit za každou cenu. (Vytejšková et al., 2011; Kelnarová a Matějková, 2014; SONS.CZ, 2015).

1.3.7 Záznam příjmu stravy

Po ukončení podávání stravy provede, podle Saibertové (2016), sestra záznam o množství přijaté stravy do ošetrovatelské dokumentace pacienta, který je v riziku malnutrice. V případě zadaných záznamů stravy ve formě čtvrtin (1/4, 2/4, 3/4, 4/4) u každé porce může zjistit, jaké množství energie pacient přijal potravou a jaké množství je třeba nahradit formou perorálních nutričních doplňků. Pokud sestra pravidelnou kontrolou zjistí nízký nutriční příjem a odmítání stravy, musí zjistit důvod nepřijímání stravy a vyhledat pomoc nutričního terapeuta, aby zabránila u nemocného rozvoji malnutrice.

1.3.8 Úklid zbytků a likvidace stravy

Po dojedení odnese ošetrovatelský personál od pacienta zbytky potravy. Někteří nemocní jedí pomalu. Dáme pacientovi na pomalé jezení dostatek času, proto nesmíme jídlo pacientovi odnést dříve, než dojí. Jídlo není vhodné dlouho skladovat na pokoji nebo v kuchyňce. Sledujeme, aby nemocný neschovával stravu v nočním stolku nebo za oknem. Z hygienických důvodů mohou být potraviny uloženy pouze v ledničce pro pacienty a musí být patřičně označeny. Zásady likvidace stravy ve zdravotnickém zařízení jsou závislé na způsobu podávání stravy na oddělení (Šolcová, 2015). V případě používání tabletového systému se zbytky stravy nelikvidují na oddělení, ale odvázejí se zpět v boxech do stravovacího provozu, kde jsou likvidovány podle vnitřního nařízení daného zdravotnického zařízení. Při používání várnic, kde se strava porcuje přímo na oddělení, se zbytky nevydaného jídla vrací na stravovací provoz. Zbytky jídel od pacientů z plicního a infekčního oddělení se likvidují na daném oddělení podle vnitřního nařízení nemocničního zařízení. Na ostatních odděleních se jídlo likviduje stejným způsobem jako u tabletového systému (Pokorná et al., 2019). Stravovací provoz likviduje zbytky jídla podle požadavků platné legislativy, které jsou popsány ve vyhlášce č. 93/2016 Sb., o Katalogu odpadu (Sbírka zákonů, 2016).

1.3.9 Alternativa v podávání stravy

Přestože v civilizovaných zemích je v dnešní době dostatek potravin pro všechny, zůstává u určitých skupin obyvatel podvýživa aktuálním a častým problémem. Především to jsou pacienti se závažným, často chronickým onemocněním, hospitalizovaní nemocní a jedinci staršího věku. Již v době přijetí pacienta do nemocnice se podvýživa vyskytuje u 20 % – 40 % nemocných a u dalších 30 % k ní dochází při delším nebo opakovaném

pobytu v nemocnici. U nemocného s vysokým rizikem vzniku podvýživy je třeba vždy uvážit, jaká forma nutriční podpory je pro nemocného vhodná. V zásadě můžeme upravit dietu, podat nutriční doplňky nebo doplnit umělou výživou enterální nebo parenterální cestou (Vorlíček et al, 2012).

Nutričními doplňky nebo sippingem rozumíme popíjení tekutých přípravků enterální výživy. Sipping je určený k obohacení normální stravy o energii a živiny, není náhradou stravy (Vytejková et al., 2011). Přípravky pro sipping mají vysoký obsah hlavních živin i mikronutrientů v malém objemu. V dnešní době je dostupné poměrně velké množství sippingu v podobě nápojů na bázi ochuceného mléka s různými příchutěmi, v podobě džusu, kávy, jogurtu, polévek, dezertů nebo tyčinek, které se od sebe liší energetickým obsahem, obsahem bílkovin, tuků nebo vlákniny (Vytejková et al., 2013).

Sestra podává sipping dle ordinace lékaře. Obvykle si může pacient příchut' sippingu dle nabídky vybrat sám. Pacientovi doporučí, aby je mezi jídly popíjel pomalu. Podle přání pacientů můžeme sipping vychladit, protože tak je chutnější nebo je možné jej přelít z originálního balení do skleničky či hrnečku. Popíjení před jídlem není vhodné, protože by se pacient zasytil a neměl chuť k jídlu (Vytejková et al., 2011).

1.4 Zdravotnický tým

Je nepředstavitelné, aby jeden člověk zabezpečoval komplexní péči o zdraví nemocných lidí. Proto je ve zdravotnictví důležitá týmová spolupráce profesionálů, kdy každý z nich zabezpečuje péči o jedince na úrovni své profese (Dolanová, 2012). Dle Vytejkové et al. (2011) je zdravotnický tým multidisciplinárním týmem, kde jediným společným cílem je zdravý a spokojený pacient. Dolanová (2012) spatřuje hlavní cíle týmové práce nejen v uzdravení nebo zabezpečení nejvyšší možné míry kvality života pacienta, ale také v podpoře zdraví celé populace. Součástí multidisciplinárního týmu jsou lékaři, sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, psychologové, ošetrovatelky, sanitáři a další profese.

Jeho součástí je ošetrovatelský tým, který zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči o nemocné a skládá se z kvalifikovaných sester, praktických sester, ošetrovatelek a sanitářek.

Základní ošetrovatelská péče je poskytována pacientům bez patologických změn psychického stavu, kde riziko ohrožení základních životních funkcí je minimální. Kelnarová et al., (2015) upřesňují, že základní ošetrovatelská péče je zaměřená

na uspokojování základních potřeb života pacienta při narušení sebezpečí v této oblasti, kam patří nejenom péče o výživu a stravování, zajištění hygieny nemocného, péče o lůžko, spánek, odpočinek, ale i zajištění pocitu jistoty, bezpečí apod.

Specializovaná a vysoce specializovaná péče je poskytována pacientům jako komplex vysoce odborných ošetrovatelských činností. Tato ošetrovatelská péče se zaměřuje na pacienty s narušenými nebo selhávajícími životními funkcemi, patologickými změnami psychického stavu či pacienty v terminálním stadiu nemoci.

1.5 Nozokomiální nákazy a jejich prevence

1.5.1 Nozokomiální nákazy

Nozokomiální nákaza nebo nemocniční nákaza je přenosné infekční onemocnění, které vzniklo v přímé souvislosti s pobytem osoby ve zdravotnickém zařízení. Abychom infekci mohli definovat jako nozokomiální, musí být zřejmé, že infekce nebyla přítomna v době přijetí do nemocnice nebo neprobíhala její inkubační doba. Za nemocniční nákazu se považuje i nákaza, která se s ohledem na inkubační dobu projeví i po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení (Kozáková, 2019). Burda (2015) charakterizuje nozokomiální nákazu jako nežádoucí jev při poskytování léčebné nebo ošetrovatelské péče v nemocničním zařízení. I přes kvalitně poskytovanou ošetrovatelskou péči nemocnému, se lze s nozokomiálními nákazami setkat. Ošetrovatelský personál musí nejen poskytovat péči tak, aby zabránil cestě přenosu nákaz, ale především působit preventivně před jejich vznikem.

Aby se minimalizovala rizika vzniku nozokomiálních nákaz, každé zdravotnické zařízení musí mít vypracovaný protiepidemický režim, který vychází ze zákona č. 258/2000 Sb., o Ochráně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Dále vychází z vyhlášky č.195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavu sociální péče a z doporučení WHO *Standard precautions in Health care*. Zahrnuje zejména hygienu rukou, používání ochranných rukavic, ochranu obličeje, ochranu kůže a oděvu, bariérový ošetrovatelský systém a izolaci pacienta (WHO, 2007; Burda, 2015; Lidická, 2018).

1.5.2 Hygiena a dezinfekce rukou

Pro zdravotnické pracovníky jsou jejich ruce nejen nástrojem při péči o nemocné, ale také hrají významnou roli v přenosu nozokomiálních nákaz. Déle než 160 let je známo, že důsledná dezinfekce rukou je jedním z nejjednodušších a nejúčinnějších opatření, které předchází infekcím, jež se spojují s pobytem pacientů v nemocničních zařízeních. Podle mnoha výzkumných šetření je v současné době hygienická dezinfekce rukou zdravotnického personálu nedostatečná. Mezi faktory nedostatečné dezinfekce rukou se řadí vysoké pracovní nasazení zdravotnických pracovníků, nedostatek času, personálu, nošení hodinek, prstýnků, dlouhých či umělých nehtů (Reichardt et al., 2017).

Byly provedeny další výzkumy, které ukazují, že po hygienické dezinfekci rukou byly pod prsteny a hodinkami nalezeny spory *Clostridium difficile*, *Pseudomonas aeruginosa* a jiní původci. Tato skutečnost je dána tím, že pracovníci provádějí dezinfekci rukou nedostatečně nebo chrání šperky, hodinky, umělé nehty před případným poškozením alkoholem. Je nutné si uvědomit, že tato místa nejsou adekvátně ošetřena, a proto choroboplodné zárodky nemohou být usmrceny (Reichardt et al., 2017).

Pomocí rukou mohou být přenášeny patogenní mikroorganismy včetně těch vysoce odolných na použité dezinfekční prostředky. Z toho důvodu je pro ošetrovatelský personál důležité, aby se hygiena rukou stala základním profesním návykem. Proto mytí a dezinfekce rukou jsou součástí standardu ošetrovatelské péče (Kelarová et al., 2015). Problematiku mytí rukou, dezinfekce rukou a zásady v péči o ruce řeší v České republice vyhláška 195/2005 Sb. o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, metodické opatření Ministerstva zdravotnictví a pokyny WHO *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary* (WHO, 2009; Věstník MZ ČR, 2005).

V ošetrovatelské praxi rozlišujeme mechanické mytí rukou, hygienickou dezinfekci rukou, mechanické mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí rukou a chirurgickou dezinfekci rukou (Věstník MZ ČR, 2005).

Mechanické mytí rukou je součástí osobní hygieny. Provádí se vždy před zahájením a po ukončení služby, před a po běžném kontaktu s pacientem, po sejmutí rukavic, vždy při viditelném znečištění rukou, před manipulací s jídlem, před zahájením všech prací vyžadujících dodržování aseptických zásad, po použití toalety a po manipulaci s předmětem, který je nebo může být znečištěn apod. (Kapounová, 2007). Hlavním cílem je mechanické odstranění nečistoty, částečně i přechodné mikroflóry z pokožky rukou.

Hygienická dezinfekce rukou ničí většinu přechodné patogenní mikroflóry z pokožky rukou s cílem přerušování cesty přenosu mikroorganismů. Patogenní mikroflóra se nachází na povrchu kůže a je získána při kontaktu zdravotníka s pacientem, zdravotníka se zdravotníkem, při kontaktu s kontaminovaným předmětem, před aseptickým výkonem, po sundání rukavic (Kelnarová et al., 2015). Podle Lidické (2018) zahrnuje hygiena rukou postup mytí rukou mýdlem pod tekoucí vodou, následuje opláchnutí, sušení jednorázovým ručníkem a je zakončena dezinfekcí rukou alkoholovým dezinfekčním přípravkem ve formě gelu nebo roztoku. Alkoholové dezinfekce mají dobrou dezinfekční účinnost, po aplikaci není potřeba sušit ruce ručníkem a lze je aplikovat i mimo umývárny. Aplikace na vlhké ruce vede k naředění dezinfekčního roztoku a snížení jeho účinnosti. Při běžném ošetrovatelském kontaktu je mezi jednotlivými pacienty hygienická dezinfekce rukou vhodnější než mechanické mytí rukou (Věstník MZ ČR, 2005; Vytečková et al., 2011; Kelnarová et al., 2015).

1.5.3 Bariérový ošetrovatelský režim

Základním opatřením, které zabrání přenosu nákazy mezi jednotlivými pacienty, z pacienta na personál a ochrání vnímavé jedince před šířením nozokomiálních nákaz, je bariérový ošetrovatelský režim. K zásadám bariérového ošetrovatelského režimu patří správné mytí a dezinfikování rukou, dodržování zásad osobní hygieny (čisté oblečení, upravené vlasy, krátké ostříhané nehty, zákaz nošení šperků, prstenů a hodinek, dlouhých nehtů), důsledné používání ochranných pomůcek – empír, ústenky, rukavice. Je nutné dodržování zásad manipulace s čistým a použitým prádlem, manipulace se stravou, dezinfekce, sterilizace, úklidu, individualizování pomůcek, vyčlenění a minimalizace zdravotnického personálu, zákaz konzumace stravy a nápojů na pracovišti (Lidická, 2018).

Je potřeba si uvědomit několik základních pravidel vztahujících se k používání rukavic. Rukavice se mění po každém výkonu a každém pacientovi. Používání rukavic rozhodně nenahrazuje mytí rukou. Před a po použití rukavic provádíme hygienickou dezinfekci rukou, aby nedošlo ke kontaminaci rukavic při jejich navlékání. Mytí rukou v rukavicích mezi jednotlivými výkony se nedoporučuje, jelikož může dojít k jejich poškození. Na základě studií a statistik ošetřující personál stále nepoužívá rukavice v takové míře, jak by měl. Ale je nutné si uvědomit, že i rutinní a bezmyšlenkovité používání rukavic, pokud je bez objektivního důvodu, může v určitých situacích pacientovi ublížit (Kapounová, 2007).

Dalším významným základem bariérového ošetrovatelského režimu, který vede k zabránění přenosu nozokomiálních nákaz, je čisté oblečení personálu. Při péči o nemocné dochází k jeho kontaminaci dotykem s tělem nemocného či s jeho sekrety (Ševčík et.al., 2014). Boyce et al., (1997) ve své výzkumné práci uvádí, že 65 % sester, které pomáhaly s ranní hygienou nemocným s meticilin-rezistentním zlatým stafylokokem (dále MRSA) v moči nebo v ráně, kontaminovalo svůj pracovní oděv (šaty nebo uniformy) MRSA. 42 % sester, které neměly žádný kontakt s takovými pacienty, ale dotýkaly se kontaminovaných povrchů nebo předmětů, kontaminovaly své rukavice MRSA.

Ševčík et al., (2014) uvádí, že compliance mezi rukavicemi a ochranným oblečením se zdá být velmi dobrá. Epidemiologické studie prokázaly nižší přenos bakterií při současném používání ochranného oblečení a rukavic ve srovnání s používáním rukavic samotných.

1.6 Komunikace v ošetrovatelství

1.6.1 Verbální a neverbální komunikace

Komunikace se může realizovat řečí (slovem), písmem, gesty a jinými formami neverbálního chování. Nejčastěji používané dělení komunikace je na verbální a neverbální.

Verbální komunikace (z lat. jazyka „verbum“ neboli slovo) znamená komunikaci pomocí jazyka buď mluveného nebo psaného (Plevová et al., 2019). V profesionálním chování sester má významné místo schopnost navazovat a udržovat s pacientem slovní kontakt. Prostřednictvím mluvené řeči sestra komunikuje s nemocným při pravidelných činnostech, jako podávání jídla, léků, polohování, hygienická péče apod. Kromě běžných konverzačních témat využívá komunikace k zapojení pacientů do léčebného režimu a ošetrovatelského procesu. Motivuje, přesvědčuje, povzbuzuje nebo informuje pacienta o účelnosti odborných a ošetrovatelských postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví (Tomová, 2016; Zacharová, 2017).

Neverbální komunikace nebo také řeč těla zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov. Řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, jimiž řeč doprovázíme (Zacharová, 2017). Pro sestru mají neverbální projevy pacienta větší hodnotu než verbální sdělení. Sestra lépe vnímá prožívání pacienta, jeho emoce a postoje (Plevová et.al., 2019).

K tomu, aby byla komunikace úspěšná, by měla sestra vždy vědět, co chce říci, vybrat vhodné slovo a brát v potaz skutečnost, že informace jasná pro zdravotníka nemusí být jasná pro pacienta. S pacientem musí hovořit zřetelně a srozumitelně, musí zkontrolovat, zda pacient informace přijal a pochopil, zvolit přiměřené tempo řeči a tón hlasu, sledovat reakce pacienta, všimnout si projevů strachu, úzkosti, hněvu, zmatku, brát v úvahu pocity pacienta, udržovat oční kontakt a kontrolovat své emoce a neverbální projevy (Zacharová, 2016).

1.6.2 Význam komunikace v ošetrovatelské péči

Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez komunikace mezi sestrou a pacientem. Pro sestry je komunikace základem všech činností, které provádějí. Sestry používají komunikaci k získávání informací, k edukaci a motivaci pacientů, navázání a rozvíjení kontaktu s nemocnými, budování vztahu sestra – pacient a k rozvoji interpersonálních vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu. Ve sféře vzájemného vztahu sestra – pacient je správná komunikace nezbytná. Dovednost komunikovat s pacienty je součástí personálního vybavení sestry. Umění komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Sestry, které účinně komunikují, jsou úspěšnějšími iniciátorkami změn, jež se zaměřují na upevňování zdraví a lépe vytvářejí důvěrný vztah nejen s pacientem, ale i jeho blízkými (Saibertová, 2016; Zacharová, 2017).

Komunikace mezi sestrou a nemocným během podávání stravy vede nejen k získávání informace, edukaci, motivaci, k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Sestra komunikací projevuje respekt a úctu k pacientovi. Sestra nesmí zapomínat na zdánlivé maličkosti, jako je pozdrav, slova „prosím“, „děkuji“, „dobrou chuť“ apod. Musí dbát na správně oslovení. Například u seniorů nejsou vhodná oslovení „babi“, „dědo“ nebo „zlato“. V komunikaci je nutné oslovovat přímo nemocného a uvádět obecné věty jako například „Jdeme do jídelny.“ nebo „Máte oběd.“ Ošetrovatelský výkon bez patřičné komunikace značí nezáměr. Ten může být způsoben postojem, tak i nedostatkem času, který pacient potřebuje. Nezáměr je velmi závažný prohřešek v ošetrovatelské péči. Taková sestra, jež se komunikaci s nemocným vyhýbá, chová se k němu chladně, s despektem, dává najevo, že ji obtěžuje (Plevová, 2011).

Špatenková (2013) zdůrazňuje, že sestra musí umět komunikovat i s ostatními zdravotníky, protože dobrá komunikace (verbální i neverbální) vede k účinné týmové spolupráci a kvalitní péči o pacienta. Efektivní komunikace je důležitá i při podávání stravy nemocnému – jak mezi sestrou a ošetrujícím personálem, tak mezi sestrou a

nemocným. A naopak – nezvládnutá komunikace je zdrojem nespokojenosti, problémů a konfliktů.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké intervence sestry používají při podávání stravy hospitalizovaným nemocným ve zdravotnickém zařízení lůžkového typu.
2. Zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají při podávání stravy nemocným ve zdravotnickém zařízení lůžkového typu.
3. Zjistit spolupráci sester s ostatními členy ošetrovatelského týmu při podávání stravy hospitalizovaným nemocným.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké intervence sestry využívají při podávání stravy hospitalizovaným nemocným?
2. Jaké komunikační techniky sestry využívají při podávání stravy hospitalizovaným nemocným?
3. Jak spolupracuje sestra s ostatními členy ošetrovatelského týmu při podávání stravy hospitalizovaným nemocným?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část této bakalářské práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření. Při výběru této metody bylo vycházeno z předem stanovených cílů práce. Samotný sběr dat byl realizován prostřednictvím přímého otevřeného zúčastněného nestrukturovaného pozorování probandek-sester pracujících v nemocničních zařízeních při podávání stravy nemocným.

Čábalová (2011) definuje pozorování jako plánovité, cílevědomé a soustavné sledování dané skutečnosti. Účelem pozorování je zachytit, co se děje a jak vypadá daná situace (Švaříček, 2014).

Pozorování se člení podle různých kritérií na různé druhy. Podle účasti pozorovatele ve výzkumném prostředí pozorování dělíme na přímé a nepřímé. Nepřímé pozorování nebo zprostředkované pozorování je takové, kdy pozorované činnosti jsou předem zaznamenány na digitální video-audio záznam nebo jsou zprostředkovány jinou osobou (Čábalová, 2011). Švaříček (2014) uvádí, že v přímém pozorování se badatel účastní zkoumaného jevu v průběhu jeho trvání.

Pozorování přímé lze specifikovat na pozorování zúčastněné a nezúčastněné (Čábalová, 2011). V nezúčastněném pozorování badatel pozoruje probíhající interakce, ale bez toho, že by jeho pozorování probandi viděli. V zúčastněném pozorování badatel sleduje studované jevy přímo v prostředí, kde se odehrávají. Dále se zúčastněné pozorování rozlišuje na skryté (probandi nevědí o tom, že jsou pozorováni) a otevřené, kde jsou probandi informováni a požádáni o souhlas s výzkumem (Švaříček, 2014).

Podle způsobu přípravy a následného sledování výzkumných jevů lze pozorování dále rozdělit na strukturované a nestrukturované. Při strukturovaném pozorování musíme předem stanovit kategorie, které budeme sledovat. Následně zaznamenáváme výskyt kategorie a pak vyhodnotíme, zda pozorované jevy spadají, či nespádají do stanovených kategorií. Komplexním nástrojem strukturovaného pozorování jsou pozorovací systémy (archy). Při nestrukturovaném pozorování jsou určeny pouze konkrétní osoby a jevy, které chceme pozorovat. Pozorování začínáme s nepřesně formulovaným seznamem otázek, které připouštějí otevřenost k neočekávaným situacím a získáváme tak zhuštěný popis jednání, které nemáme dopředu přesně určené. Z toho vyplývá další dělení nestrukturovaného pozorování, a to na vzorky událostí a terénní zprávy. Vzorky událostí jsou podrobnými písemnými záznamy o lidech, situaci a místě, kdy zaznamenáváme

všechny jevy tak, jak se skutečně staly bez hodnocení. Na rozdíl od vzorků událostí zaznamenáváme v terénních zprávách jen to, co je důležité pro cíl pozorování a doplňujeme vlastními interpretacemi k pozorovaným jevům (Čábalová, 2011).

Samotné výzkumné šetření bylo realizováno v průběhu února roku 2020 a trvalo do poloviny března téhož roku. Výzkumné šetření této práce bylo zcela anonymní a probíhalo na dvou stanicích jednoho oddělení v nemocničním zařízení, jejichž náměstkyně pro nelékařské zdravotnické pracovníky poskytla písemný souhlas s realizací tohoto šetření. Vrchní sestra, staniční sestry a probandky-sestry oddělení vyjádřily svůj souhlas slovně. S ohledem na zachování anonymity zdravotnického zařízení není souhlas do bakalářské práce přiložen; je však k nahlédnutí u autorky práce. Výzkumné šetření bylo ukončeno po teoretickém nasycení vzorku.

Probandky (všeobecné nebo praktické sestry, sanitářky) byly seznámeny s tematikou bakalářské práce a s průběhem výzkumného šetření. Nebyly však informovány o výzkumných otázkách s cílem zamezit zkreslení výsledků kvůli narušení přirozeného chování pozorovaných probandek. Dále byly probandky rovněž informovány o anonymitě výzkumného šetření a o tom, že získané údaje budou využity výhradně pro účely zpracování této práce.

Každé výzkumné zúčastněné pozorování bylo převedeno do písemné formy. Přepisy výzkumného pozorování byly dále zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka – papír“. Výsledky empirické části byly pro přehlednost rozčleněny do devíti kategorií. Kategorie 4 až 7 byly následně ještě rozděleny do podkategorií (Tab. 1: *Kategorizace výsledků empirické části*). Ke kategorii 4 až 7 byly vytvořeny diagramy. S ohledem na účel komplexního zpracování probádané problematiky ale nelze jednotlivé kategorie a podkategorie chápat odděleně, a proto se mohou některá zjištění vyplývající z výzkumného šetření objevovat u více kategorií, respektive podkategorií současně.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek kvalitativního výzkumného šetření tvořilo osm sester (probandky-sestry), které pracují v oboru ošetrovatelství v nemocničním zařízení. Dalším kritériem pro výběr probandek-sester byl aktuální výkon tohoto povolání na oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření. Pro přehlednější orientaci jsou ve výsledcích jednotliví pacienti označeni písmenem „P“ a číslem, jež doplňuje pořadové číslo pozorovaných pacientů. Pohlaví pacientů nebudeme rozlišovat, a proto pro každého nemocného či nemocnou bude použito slovo „pacient“

4 Výsledky

Tab. 1: Kategorizace výsledků empirické části

Kategorie		Podkategorie	
1.	Příprava nemocného ke stravování		
2.	Úprava probandek-sester		
3.	Dodání nemocniční stravy na oddělení		
4.	Spolupráce probandek-sester	4.1.	Spolupráce probandek-sester s pacientem
		4.2.	Spolupráce probandek-sester s ošetrovatelským personálem
5.	Komunikace probandek-sester	5.1.	Komunikace probandek-sester s pacientem
		5.2.	Komunikace probandek-sester s ošetrovatelským personálem
6.	Pokoje pacientů	6.1.	Prostředí pokoje
		6.2.	Vybavení pokoje
		6.3.	Dostupnost tekutin na pokoji
7.	Podávání stravy	7.1.	Úprava prostředí k obědu
		7.2.	Činností při podávání stravy
		7.3.	Čas na oběd
8.	Péče o nemocné po podání stravy		
9.	Bariérová péče		

(Zdroj: vlastní výzkum, 2020)

Kategorie 1: Příprava nemocného ke stravování

Kategorie 1 je zaměřena na přípravu pacienta ke stravování. Pozorovali jsme, zda probandky-sestry zajistily vhodnou polohu ke stravování, a zda chránily oblečení nemocného jednorázovým ubrouskem nebo bryndákem.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že příprava nemocného ke stravování vycházela z úrovně jejich soběstačnosti. U nesoběstačných pacientů požádaly probandky-sestry další kolegyni o pomoc a společně pacienta za pomoci polohovací podložky v lůžku vysunuly výše a posadily jej (P1, P7, P8). Pouze nesoběstačného pacienta (P5) vysunula probandka-sestra v lůžku sama. U částečně soběstačných pacientů byl zapotřebí pouze pokyn, aby se v lůžku pacienti vysunuli, což učinila probandka-sestra s P2. U P6 se probandka-sestra setkala s tím, že se pacient na základě jejího pokynu snažil v lůžku za pomoci hrazdičky připravit ke stravování sám, avšak pro nedostatek sil jej musela připravit ke stravování probandka-sestra s pomocí kolegyně. Soběstačného pacienta (P3) probandka-sestra oslovila příjmením a poprosila ho, aby se posadil na svou postel. Dále bylo zjištěno, že probandky-sestry opatřily nesoběstačné pacienty (P1, P2, P5, P6, P7, P8) před stravováním papírovým bryndákem, aby zabránily znečištění oblečení a lůžkovin pacienta. U soběstačných pacientů (P3 a P4) tento úkon proveden nebyl.

Kategorie 2: Úprava probandek-sester

Kategorie 2 je zaměřena na probandky-sestry, jejich úpravu včetně oblečení, čistotu a úpravu vlasů, vzhled nehtů a přítomnost prstýnků, náramků a hodinek.

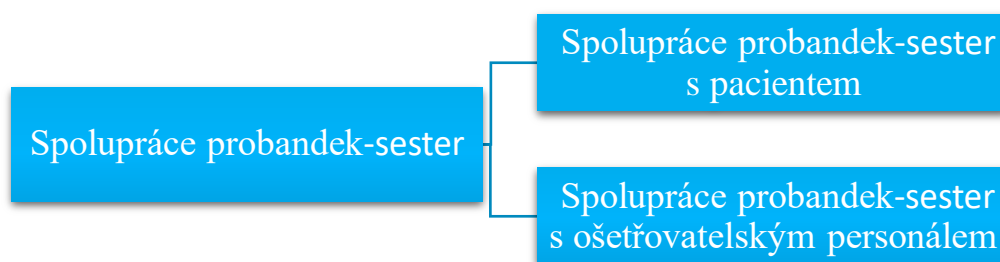
Veškeré probandky-sestry podávaly stravu pacientům v čisté pracovní uniformě, ať už byly oblečeny do haleny a kalhot (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8) či do šatů a bílých podkolenek (P7). Vlasy všech probandek-sester byly čisté a upravené, byly například svázané do culíku (P3, P4 a P8). Zjištěna byla u probandek-sester i předpisová manikúra v podobě čistých, nakrátko ostříhaných a nenalakovaných nehtů. Výjimkou byla jedna probandka-sestra (P3), u níž byly pozorovány dlouhé, umělé nehty. Vůbec nebylo zjištěno nošení hodinek, náramků a prstýnků. Na druhou stranu jsme se ale setkali s nošením náušnic, kdy u probandky-sestry (P6) byly vidět malé náušnice a dále u probandky-sestry (P3), která měla v uších velké kruhové náušnice. Probandky-sestry u P1, P7 a P8 měly nos a ústa měly zakrytý ústenkou.

Kategorie 3: Dodání nemocniční stravy na oddělení

Kategorie 3 je zaměřena na dodání stravy z nemocniční kuchyně na nemocniční oddělení.

U všech probandek-sester se strava na oddělení transportuje prostřednictvím tzv. tabletových systémů v izometrických kontejnerech. Každý pacient se stravuje na pokoji. Dostane podnos označený naordinovanou dietou ze seznamu diet (P1 až P8). Záměna diety pozorována nebyla. Strava byla podávána v dostatečné teplotě a množství, vypadala chutně. Na základě diety podaly probandky-sestry a probandky-sanitářky pouze lžíci bez ubrousku (P1, P2, P5, P6, P7, P8). P3 podala probandka-sestra vzhledem k dietě příbory (lžíce, vidlička a nůž) zabalené v ubrousku, nicméně P4 podala tyto příbory nezabalené. Na tabletovém podnosu byla kovová polévková nádoba s kovovou pokličkou, mělký talíř na hlavní chod a plastová krabička s kompotem či salátem (P1, P2, P3, P4, P5). Pacientům (P6, P7, P8) podaly probandky-sanitářky na základě naordinované diety podnos se třemi kovovými uzavíratelnými miskami. V kovových miskách byla polévka, omačka s mletým masem a bramborová kaše.

Kategorie 4: Spolupráce probandek-sester



Obr. 1: *Spolupráce probandek-sester (Zdroj: vlastní výzkum, 2020)*

Kategorie 4 (obr. 1) zahrnuje dvě podkategorie. Celá tato kategorie je zaměřena na spolupráci probandek-sester s pacientem a spolupráci probandek-sester s ošetrovatelským personálem.

Podkategorie 1: Spolupráce probandek-sester s pacientem

Ze všech pozorování je evidentní, že všechny probandky-sestry s pacientem (P1 až P8) během podávání stravy spolupracují. To lze demonstrovat například tím, že všechny probandky-sestry či probandky-sanitářky sundaly pacientům poklop z tabletového

systemu a kovových misek (P1 až P8). Navíc se na to probandka-sestra nemocného (P4) ptala slovy: „*Nechcete to jídlo otevřít?*“ Což následně i provedla.

P1, P6, P7, P8 potřebovali pomoc probandek-sester při podávání stravy. Bylo pozorováno, že u všech probandek-sester určoval tempo podávání stravy sám pacient, a až když podané sousto spolknul, tak probandka-sestra pokračovala v dalším podávání stravy.

Přesto, že byla pozorována dostatečná spolupráce při podávání ze strany probandek-sester, pacienti jídlo odmítali, a to například P1, P2, P6, P7 a P8. Bylo též zjištěno, že probandky-sestry nadále nenutily P1, P2, P6, P7, P8 jíst, přičemž u P7 probandka-sestra zareagovala: „*Jídlo vám cpát nebudu.*“ Když jí P7 a P8 řekli, že dále jíst nechtějí, řekla probandka-sestra P7: „*Vezmeme léky, jo!*“ a u P8 zavřela všechny misky poklopy.

Probandky-sestry nabídly P6 a P8, aby ochutnali polévku, P1 byla nabídnuta nejen polévka ale i mrkvový salát.

Probandky-sestry žádaly pacienty (P6, P7, P8), aby otevřeli ústa a ony jim lžičkou podávaly stravu do úst.

P1 a P6 daly probandky-sestry napít. Na základě žádosti P2 nalila probandka-sestra šťávu do sklenice a tuto sklenici umístila k P2 tak, aby ji měl k dispozici. P5 poprosil o dolítí čaje, což probandka-sestra starostlivě splnila se slovy: „*Bude asi horký, počkejte chvíli.*“ P8 dostal od probandky-sestry čaj v lahvičce s nabídkou, ať se napije.

Probandky-sestry utřely po obědě P1, P6 a P8 ústa. Jen P7 s ihned utíral pusu jednorázovým bryndákem, sám, a to i tehdy, když polévkou zašpiněn nebyl.

Spolupráci probandek-sester při podávání stravy pacientům lze demonstrovat i tím, že probandky-sestry vysypaly u P6 a P7 všechny prášky na lžici, aby je pacient lépe užil. Probandka-sestra přiblížila P5 lékovku s léky. P8 probandka-sestra do každé lžičky s polévkou přidávala po jednom prášku.

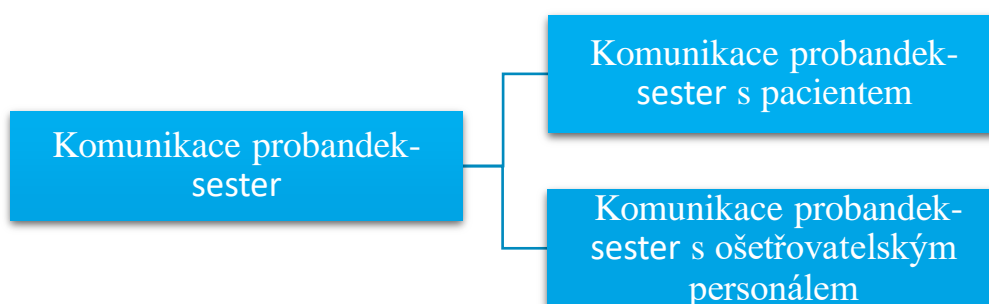
Podkategorie 2: Spolupráce probandek-sester s ošetřovatelským personálem

Probandky-sestry se probandkami-sanitářkami spolupracovaly ve třech oblastech: příprava pacienta ke stravování, rozdávání stravy pacientům a úklid tabletového systému do izotermických kontejnerů.

Probandka-sestra požádala probandku-sanitářku o pomoc a následně společně s užitím ovladače posadily P1. Probandka-sestra poté vzala probandkou-sanitářkou připravený bryndák a nandala ho P1. Probandka-sestra společně se sanitářkou přivezla finesu s jídlem, P8 posadily k obědu. Probandka-sanitářka vzala finesu a popojela s ní

do dalšího pokoje. Probandka-sestra zůstala, aby nakrmila P8. Dvěma pacientům, kteří sdíleli pokoj s P2, rozdala probandka-sanitářka podle seznamu diet oběd. Následně přišla probandka-sestra, která vzala z finesy podnos označený dietou a přinesla jej k P2. Podobně tomu bylo i u P3, kdy probandka-sanitářka našla potřebnou dietu a odnesla ji prvnímu a pak druhému pacientovi. Probandka-sestra mezitím našla dietu pro P3. Probandka-sestra vešla na pokoj s tabletovým systémem s dietou č. 9 určenou pro P4 a položila ho na probandkou-sanitářkou připravený noční stolek. P5 probandka-sestra posunula v posteli výš, probandka-sanitářka zvedla čelní část postele a P5 zůstal sedět. Probandka-sestra nandala P5 jednorázový bryndák. Probandka-sanitářka připravila noční stolek, na který probandka-sestra položila tablet s dietou. P1, P6, P7 rozdaly probandky-sanitářky oběd podle seznamu diet a probandky-sestry je přišly nakrmit.

Kategorie 5: Komunikace probandek-sester



Obr 2: *Komunikace probandek-sester (Zdroj: vlastní výzkum, 2020)*

Tato kategorie (obr. 2) se dělí na dvě podkategorie. Zaměřuje se na komunikaci probandek-sester s pacientem a komunikaci probandek-sester s ošetrovatelským personálem.

Podkategorie 1: Komunikace probandek-sester s pacientem

Obsah komunikace probandek-sester s pacienty se odvíjel od činností, které v tu dobu prováděly. Při rozdávání stravy probandky-sestry popřály P1, P2, P3, P4, P5, P7 dobrou chuť.

Probandka-sestra P4 položila tabletový podnos na noční stolek se slovy: „*Chcete to otevřít?*“. On beze slov kývnul hlavou. „*Otevřu Vám i polévku,*“ pokračovala probandka-sestra, načež jí pacient poděkoval.

Při podávání stravy požádala probandka-sestra P1: „*Ochutnejte polévku, budete-li polévku jíst*“. P1 odpověděl, že „*není polévkový*“. Probandka-sestra i přes tuto informaci

P1 poprosila, aby zkusil polévku ochutnat, ale P1 odmítl. Totéž udělala probandka-sestra při podávání stravy P6, když se k pacientovi přiblížila se slovy: „*Budeme jíst. Ochutnejte polévku. Dám vám jen vývar.*“ Dále se zajímala: „*Není to horké?*“ Během podávání stravy ho probandka-sestra chválila a povzbuzovala výrazy: „*Bezva! Paráda!*“ nebo „*Výborně! Tak.*“

Probandka-sestra se obrátila na P6 a řekla: „*Otevírejte pusu. Budu dávat lžičkou.*“ Probandka-sestra dala lžičku k puse, ale pacient (P6) pusu neotevřel. „*Otevřete pusu,*“ pokračovala probandka-sestra. P7 probandka-sestra řekla: „*Otevřete pusu. Šup!*“ a vložila lžičkou stravu do pusu P7. „*Tak co? Dobrý?*“ zeptala se probandka-sestra, ale P7 mlčel, jen kýval hlavou. Probandka-sestra pokračovala: „*Tak utřete si pusu a budeme pokračovat,*“ P7 si na žádost probandky-sestry utřel pusu jednorázovým bryndákem. P8 probandka-sestra řekla: „*Tak, otevřete pusu pane XY.*“ Ten odpověděl: „*Já nemam hlad,*“ odpověděl jí P8. „*Aspoň několik lžiček. Jo?*“ A dále pokračovala slovy: „*Ještě jednu lžičku. Nechcete jíst? Já Vás nutit nebudu,*“ a položila misku s kaší na podnos.

Během podávání stravy komunikovaly probandky-sestry s P1, P6 a nabízely jim tekutiny. P2 poprosil probandku-sestru, aby mu doplnila pití. Probandka-sestra poté doplnila šťávu do sklenice. P5 probandku-sestru poprosil o dolití čaje. „*Bude asi horký,*“ oznámila probandka-sestra a požádala ho, aby chvíli vydržel. P5 následně probandce-sestře poděkoval.

Do pokoje P2 vešla probandka-sestra se slovy: „*Jste po obědě?*“. Totéž se stalo u P3 a P4, kdy probandky-sestry řekly: „*Máte spapáno? Jste spokojeni? Bylo to dobrý?*“ P4 odpověděl: „*Snědl jsem všechno. Měl jsem hlad.*“ Po obědě přišla probandka-sestra sebrat P5 tabletový systém a zeptala se ho: „*Už jste najedený? Nešlo vám to?*“ „*Neměl jsem chuť,*“ odpověděl P5.

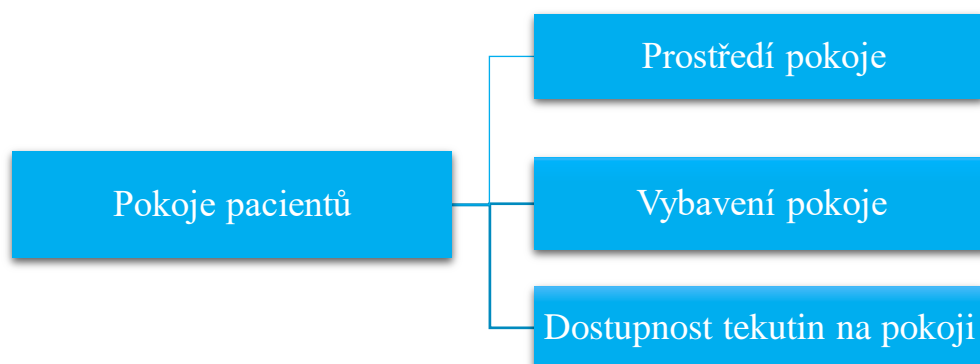
Při komunikaci oslovily probandky-sestry příjmením pouze P3 a P8.

Probandka-sestra byly jediná, kterou zajímala nejen oblast stavování, ale i pohodlí pacienta (P6). „*Je vám zima?*“. P6 kývnul hlavou. Probandka-sestra přikryla P6 peřinou.

Podkategorie 2: Komunikace probandek-sester s ošetrovatelským personálem

Bylo zjištěno, že probandka-sestra požádala probandku-sanitářku o pomoc, aby jí pomohla P1 zvednout v lůžku výš. Ostatní probandky-sestry během podávání stravy P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 spolupracovaly s ošetrovatelským personálem mlčky (gesty, pohledem, pohybem očí a obočí, mimikou obličeje a očním kontaktem).

Kategorie 6: Pokoje pacientů



Obr. 3: *Pokoje pacientů (Zdroj: vlastní výzkum, 2020)*

Kategorie 6 (obr. 3) byla dále rozčleněna do tří podkategorií. Tato kategorie je zaměřena na prostředí pokoje, vybavení pokoje a dostupnost tekutin na pokoji.

Podkategorie 1: Prostředí pokoje

U P1 byl pokoj prostorný, světlý, ale špatně větratelný. Topení bylo horké, chyběl kohoutek na regulování teploty. Pro lepší komfort byla na pokoji puštěná klimatizace, díky níž byla teplota v pokoji snižována. Při pozorování bylo zjištěno, že u P2 nebylo na pokoji dusno, ačkoli topení bylo horké a do okna svítilo slunce. U P3 byl pokoj světlý s velkými okny. Venku byla zima a svítilo slunce, jehož paprsky taktéž pronikaly do pokoje. Přestože bylo topení horké, v pokoji byla pokojová teplota. Bylo to tím, že dveře na chodbu byly pořád otevřené. U P4 byl pokoj světlý a dobře větraný. Ventilační okno bylo otevřené a studený vzduch proudil do pokoje. Byla v něm zima. Na otázku, zda jim není zima, odpověděli: „*Tady je strašně horko, proto větráme. Potřebujeme čerstvý vzduch.*“

U P5 a P8 byla okna pokoje orientována na jih, proto dopoledne do pokoje svítilo slunce. P6 před obědem probandka-sanitářka otevřela v pokoji ventilační okno a nechala otevřené dveře na chodbu. Jelikož venku byla zima, proudil do pokoje chladný vzduch. O několik chvil později bylo v pokoji chladno. U P7 bylo v pokoji temno, protože okna byla orientována na sever, a tak tam slunce nesvítilo.

Podkategorie 2: Vybavení pokoje

V pokojích pozorovaného oddělení byla multifunkční nemocenská lůžka. Ke každému lůžku patřil noční stolek a větší skříňka na oblečení, která byla zabudovaná ve zdi. Na pokojích u P8 a P2 stály v rohu pokoje židle pro návštěvy. Kromě P2 byli na pokoji hospitalizováni dva pacienti. Lůžko jednoho bylo blízko ke dveřím. Třetí lůžko bylo u okna. Mezi lůžkem a oknem se nacházel noční stolek. Naproti oknu byla židle.

Na každém pokoji se nacházel záchod s umyvadlem, odpadkovým košem a se sprchovým koutem. Při vchodu do pokoje byla na zdi umístěna dezinfekce na ruce. Počet pacientů na pokoji záležel na počtu lůžek. P4 a P6 byli na dvoulůžkovém pokoji, ostatní na trojlůžkovém (P1, P2, P3, P5, P7, P8). V průběhu pozorování ležel P5 na prostředním lůžku třílůžkového pokoje. Ostatní dvě lůžka byla prázdná. U P3 byly o noční stolek opřené dvě francouzské berle. U P4 šlo o dvoulůžkový pokoj, nalevo od něj byl u nočního stolku postaven invalidní vozík.

Podkategorie 3: Dostupnost tekutin na pokoji

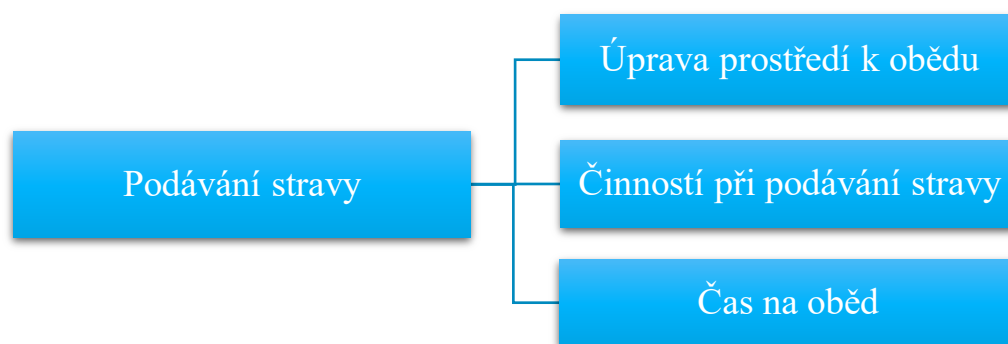
Ve všech pokojích byl u každého lůžka stolek, na kterém byla konvička s pitím (čaj, voda či šťáva). U P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8 byl v konvicích nalit čaj. U P3 a P4 byla na nočním stolku kromě konvičky s teplým čajem minerální voda v lahvi. U P2 byla na nočním stolku konvička s méně než polovinou vypité šťávy oranžové barvy. Vedle ní se nacházela sklenička, jež byla z půlky plná šťávy. V levé části nočního stolku byl otevřený nevypitý Nutridrink. Otevřený Nutridrink ležel na nočních stolcích i u P5, P7 a P8.

Při pozorování bylo zjištěno, všichni pacienti měli na nočním stolku vhodné nádoby na pití. Záleželo, jak soběstačný pacient byl. Probandka-setra dala P1 po jídle napít čaje ze skleničky s brčkem. P2 nalila probandka-sestra šťávu do sklenice a položila skleničku na kraj nočního stolku blíž k pacientu, který vypil přibližně 200 ml šťávy a položil skleničku zpět na noční stolek. Při pozorování vypil P3 po obědě ze skleničky 150 ml čaje. P4 vypil 250 ml minerální vody.

U P5 ležely na nočním stolku kromě konvice s teplým čajem a otevřeného Nutridrinku ještě kapesníky a lůj na rty. P6 měl na nočním stolku skleničku s brčkem, plastový kelímek uzavřený víčkem, stříkačku na pití, oční kapky a konvičku s čajem. Se slovy: „*Zkusíme se napít z toho pítka?*“ vzala probandka-sestra z nočního stolku plastový kelímek a dala P6 napít. „*Výborně!*“ pochválila ho. „*Ještě?*“ pokračovala dále. Pacient odmítl. „*Dobře nebudu Vás nutit.*“ Položila kelímek na noční stolek. Na nočním stolku

P7 ležela plastová lahvička se zavřeným víkem a u P8 ležela dětská plastová lahvička z poloviny naplněná čajem. Probandka-setra se obrátila k P8 se slovy: „Napijeme se pane XY.“ Vzala do ruky dětskou plastovou lahvičku s čajem a počkala, až ji P8 vypije. P8 vypil přibližně 100 ml čaje.

Kategorie 7: Podávání stravy



Obr. 4: Podávání stravy (Zdroj: vlastní výzkum, 2020)

Kategorie 7 (obr. 4) byla dále rozčleněna na tři podkategorie.

Podkategorie 1: Úprava prostředí k obědu

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že dle zvyklosti oddělení se každý pacient stravuje na pokoji. U P4 byl pokoj světlý a dobře větraný. Ventilační okno bylo otevřeno a studený vzduch proudil do pokoje. U P6 probandka-sanitárka otevřela okno do polohy ventilace a nechala otevřené dveře na chodbu, tím chladný vzduch vnikal do pokoje. U P1 na pokoji byla puštěná klimatizace. U P3 v pokoji byla pokojová teplota, i když topení bylo horké. Bylo to tím, že dveře na chodbu byly pořád otevřené. Bylo pozorováno že, před obědem pokoj nebyl vyvětrán u P2, P5, P7 a P8.

Pozorováním bylo zjištěno, že na všech pokojích byly připravené noční stolky a umístěné v takové vzdálenosti, aby se mohli pacienti bez potíží obsloužit. U P1, P2, P5, P6, P7 a P8 bylo zapotřebí zvednout čelní část postele za účelem posazení pacientů. U P5 byly zvednuté postranice za účelem prevence pádu pacientky.

Podkategorie 2: Činností při podávání stravy

U P1, P2, P3, P4 a P5 probandky-setry pomáhaly probandkám-sanitárkám sbírat obědy. Například u P1 probandka-sestra uklidila ták s jídlem do izometrického kontejneru (finesy). Po deseti minutách přišla na pokoj probandka-sanitárka, která uklidila tácy

do finesy po dvou soběstačných pacientech. Probandka-sanitářka zasunula část stolku zpět do původní pozice. Probandka-setra přišla k nočnímu stolku, zkontrolovala, kolik z oběda P2 snědl a zeptala se, jestli chce misku s kompotem nechat na stolku. P2 odpověděl, že kompot ochutnal, ale ovoce bylo tvrdé. Probandka-setra zavřela poklopem tabletový systém a odnesla jej do finesy. U P3 otevřela probandka-sestra poklop a upravila vše tak, aby jej mohla zavřít. Tabletový systém odnesla do izometrického kontejneru. Příbory položila do nádoby s dezinfekcí. Při pozorování u P4 otevřela probandka-sestra poklop tabletového systému, podívala se, kolik P4 snědl, vzala příbory do ruky a odnesla tabletový systém do finesy. Příbory dala do nádoby s dezinfekcí a šla beze slov na inspekci. Mezi tím probandka-sanitářka uklidila tablet druhého pacienta. U P5 sebrala probandka-setra tabletový systém s obědem a odnesla ho do izometrického kontejneru. Lžičku dala zvlášť do nádoby s dezinfekčním roztokem. Naproti tomu probandky-sestry u P6, P7, P8 odešly po podávání stravy pryč a veškeré tabletové systémy a příbory uklidily probandky-sanitářky.

Podkategorie 3: Čas na oběd

Při pozorování bylo zjištěno, že všichni pacienti měli na oběd dostatek času. Délka oběda se pohybovala v časovém rozmezí 15 až 35 minut. Záleželo na úrovni soběstačnosti. U nesoběstačných pacientů trval přibližně 15-20 minut (P1, P6, P7 a P8). U ostatních pozorování oběd trval 30 až 35 minut (P2, P3, P4 a P5).

Kategorie 8: Péče o nemocné po podání stravy

Při pozorování bylo zjištěno, že pomoc při podávání stravy potřebovali P1, P6, P7 a P8. Po podávání stravy utíraly probandky-sestry ústa P1, P6, P7 a P8 jednorázovým bryndákem. Pouze P7 si ústa utřel sám. Po podání stravy zůstali P1, P2, P5, P6, P7 a P8 v poloze vsedě, do které byli připraveni před podáváním oběda.

Kategorie 9: Bariérová péče

V průběhu všech pozorování podávaly probandky-setry stravu v čistém oblečení. P1, P7 a P8 podávaly stravu probandky-sestry v roušce. Při podávání stravy P1, P2, P4, P5, P6, P7 a P8 měly probandky-sestry čisté, nakrátko ostříhané a nenalakované nehty. Pouze jedna měla dlouhé, umělé nehty světle růžové barvy (P3). Žádná z pozorovaných probandek-sester neměla na rukách náramky, hodinky a prstýnky. Při podávání stravy P6

a P7 měly probandky-setry jednorázové rukavice. Po podání stravy je sundaly a vyhodily do koše. Probandky-sestry nebo probandky-sanitárky dávaly po obědě příbory všech pacientů do nádobí s dezinfekcí.

5 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo popsat podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení. V rámci empirické části byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní následovně: *„Jaké intervence sestry využívají při podávání stravy hospitalizovaným nemocným?“* Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že příprava nemocného ke stravování vycházela z úrovně jejich soběstačnosti. U nesoběstačných pacientů probandky-sestry a probandky-sanitářky pacienta společně za pomoci polohovací podložky v lůžku vysunuly výše a posadily (P1, P7 a P8). Pouze u P5 vysunula probandka-sestra nesoběstačného pacienta v lůžku sama. Částečně soběstačným pacientům se pouze pokynulo, aby se v lůžku vysunuli, což učinila probandka-sestra u P2. U P6 se probandka-sestra setkala s tím, že se pacient na základě jejího pokynu snažil sám v lůžku za pomoci hrazdičky připravit ke stravování, avšak pro nedostatek sil jej musela připravit probandka-sestra s pomocí probandky-sanitářky. Soběstačného pacienta (P3) probandka-sestra poprosila, aby se posadil na svou postel. Na základě provedených pozorování lze říct, že všechny probandy-sestry zajistily vhodnou polohu ke stravování, tím umožnily pacientovi zaujmout vhodnou polohu a zabránit vzniku aspirace v průběhu podávání stravy pacientovi, což odpovídá tvrzení Šolcové (2015).

Podle Vytejškové (2011) je pro pacienty zásadní nejen zaujmout vhodnou polohu, ale také umožnit, aby se před jídlem mohli vyprázdnit a inkontinentnímu pacientovi dle potřeby vyměnit inkontinentní pomůcky. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že námi pozorované probandky-sestry nevyměnily inkontinentní pomůcky u nesoběstačných pacientů (P1, P2, P5, P6, P7 a P8). Také se ukázalo, že žádná z proband-sester neumožnila nemocným před podáváním jídla provést hygienu rukou (P1, P2, P5, P6, P7 a P8). Ruce si neumyli ani soběstační nemocní (P3 a P4). V tomto ohledu lze spatřit určitý nesoulad mezi odbornou literaturou, a tím co jsme pozorovali. Velký důraz na to kladou i Reichardt et al. (2017), kteří tvrdí, že mytím rukou mechanicky odstraníme nečistoty a částečně přechodné mikroflóry z pokožky ruky, což vede ke snížení vzniku a šíření nozokomiálních infekcí.

V návaznosti na výše uvedenou hygienu rukou pacientů se přesuneme k dodržování bariérové péče probandkami-sestrami při podávání stravy nemocným. Dle pozorování neprovedly probandky-sestry u P1 až P8 před podáváním a po podávání stravy hygienu rukou a následně si nevydezinfikovaly ruce, což zcela nekoresponduje s vyhláškou 195/2005 Sb. *o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické*

požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Dle Reichardt et al. (2017) jsou ruce pro zdravotnické pracovníky nejen nástrojem při péči o nemocné, ale také hrají významnou roli v přenosu nozokomiálních nákaz. Přikláním se k tomu, že důsledná dezinfekce rukou probandek-sester je jedním z nejjednodušších a neúčinnějších opatření, která předchází nozokomiálním infekcím.

K dalším faktorům nedostatečné hygieny rukou se řadí nošení hodinek, prstýnků, dlouhých či umělých nehtů (Vytejková, 2011). Jak bylo zmíněno dříve v 9. kategorii „*Bariérová péče*“, při podávání stravy P1, P2, P4, P5, P6, P7 a P8 bylo pozorováno, že u probandek-sester se vyskytovala předpisová manikúra v podobě čistých, nakrátko ostříhaných a nenalakovaných nehtů. Výjimkou byla probandka-sestra P3, u níž byly pozorovány dlouhé, umělé nehty světle růžové barvy. Žádná z pozorovaných probandek-sester neměla na rukách náramky, hodinky a prstýnky.

V literatuře se dočteme, že dalším základním opatřením, které zabrání přenosu nozokomiální nákazy, je dodržování zásad osobní hygieny, jako je čisté oblečení, upravené vlasy a důsledné používání ochranných pomůcek (ústenky, rukavice) (Lidická, 2018). V průběhu všech pozorování podávaly veškeré probandky-sestry pacientům stravu v čisté pracovní uniformě, ať už byly oblečeny do haleny a kalhot (P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P8) či do šatů a bílých podkolenek (P7). Vlasy všech probandek-sester byly čisté a upravené, byly například svázené do culíku (P3, P4 a P8). Při podávání stravy měly však probandky-sestry u P1, P7 a P8 zakrytý nos a ústa rouškou. A to nešlo o období nouzového stavu, kdy probandky-sestry musely roušky nosit povinně (MZ, 2020). Nošení roušek zde bylo volbou samotných sester.

Ze všech pozorovaných probandek-sester měly pouze dvě při podávání stravy P6 a P7 jednorázové rukavice. Po podávání stravy je sundaly a vyhodily do koše. To plně koresponduje s tím, co uvádí Lidická (2018). Autorka tvrdí, že rukavice je třeba měnit po každém výkonu a každém pacientovi. Také uvádí, že po použití rukavic je nutná hygienická dezinfekce rukou. To však probandky-sestry neudělaly (P6 a P7). Kapounová (2007) zmiňuje, že rutinní a bezmyšlenkovité používání rukavic bez objektivního důvodu může v určitých situacích pacientovi ublížit. My se přikláníme k názoru Kelnarové et al. (2015) a Reichardt et al. (2017), že sestry hrají významnou roli v přenosu nozokomiálních nákaz. Z tohoto důvodu je pro ošetřovatelský personál důležité, aby sestry dodržovaly zásady bariérové péče, aby se hygiena rukou stala základním profesním návykem. Proto mytí a dezinfekce rukou patří ke standardu ošetřovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních.

Podle Kelnarové et al. (2015) hraje nemalou roli úprava prostředí, ve kterém se jídlo podává. Pokud stolování probíhá na pokoji, měl by být před podáváním stravy pokoj uklizen a vyvětrán. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že dle zvyklosti oddělení se každý pacient stravuje na pokoji. S tím koresponduje to, že u P4 a P6 bylo před podáváním stravy otevřeno ventilační okno, tudíž do pokoje proudil čerstvý vzduch. U P1 byla na pokoji puštěna klimatizace. U P3 byly otevřené dveře na chodbu. Bylo pozorováno že, před obědem nebyl pokoj vyvětrán u P2, P5, P7 a P8. Z pozorování však vyplynulo, že před podáváním stravy byly na všech pokojích připravené noční stolky a byly umístěny v takové vzdálenosti, aby se mohli pacienti bez potíží obsloužit. U P1, P2, P5, P6, P7 a P8 bylo zapotřebí zvednout čelní část postele za účelem posazení pacientů. U P5 byly zvednuté postranice za účelem prevence pádu pacienta.

Kladným výsledkem v průběhu pozorování bylo, že probandky-sestry a probandky-sanitářky opatřily P1, P2, P5, P6, P7, P8 před stravováním papírovým bryndákem, aby zabránily znečištění oblečení a lůžkovin pacienta. U soběstačných pacientů tento úkon proveden nebyl (P3 a P4). To plně koresponduje s tím, co uvádí Saibertová (2016). Autorka dále poukazuje na to, že je potřeba zhodnotit stav dutiny ústní, umožnit pacientovi provést před a po podávání stravy hygienu ústní dutiny a zubní protézy. V případě potřeby mají pacienti pomoci vložit zubní protézu do dutiny ústní. Pokorná et al. (2019) dodávají, že musíme zkontrolovat i funkčnost zubní protézy. Uvolněná a špatně nastavená protéza může být příčinou nedostatečného rozkousání potravy, což vede ke špatnému polykání nebo pocitu plnosti a bolesti žaludku. Z výzkumu však vyplynulo, že žádná z pozorovaných probandek-sester tyto intervence před a po podání stravy neprovedla. Jsme toho názoru, že sestra musí vždycky před podáváním stravy zhodnotit stav dutiny ústní u pacienta. Na stavu dutiny ústní a přítomnosti zubní protézy bude záviset, kolik a jakou konzistenci stravy bude pacient schopen kousat a polykat. Mandysionová a Škvrnáková (2016) uvádí, že negativní vliv na stravování u starších pacientů má přítomnost, nebo absence zubní protézy. Lidé se zubní protézou pocítují při žvýkání často velký nekomfort.

Z výsledků výzkumu je dále zřejmé, že se strava na oddělení transportuje prostřednictvím tzv. tabletových systémů v izometrických kontejnerech. Každý pacient se stravuje na pokoji, dostane tabletový systém označený naordinovanou dietou ze seznamu diet (P1 až P8). Podávána strava odpovídala dietě, která byla lékařem ve zdravotnické dokumentaci pacienta předepsaná. Záměna diety pozorována nebyla. Strava byla podávána v dostatečné teplotě a množství, vypadala chutně. To odpovídá

tvrzení Šolcové (2015). Probandky-sestry a probandky-sanitářky rozdaly správně příbory podle diety. Jen P3 podala probandka-sestra příbory (lžíce, vidlička a nůž) zabalené v ubrousku. Probandka-sestra podala P4 tyto příbory nezabalené. Na základě mleté diety podaly probandky-sestry a probandky-sanitářky P1, P2, P5, P6, P7, P8 pouze lžíci bez ubrousku. Dle Kelnarové et al. (2015) však příbory musí být do ubrousku zabalené. Domníváme se, že zabalené příbory se dostanou méně do kontaktu s vnějším prostředím a rukou ošetrovatelského personálu. V dnešní době jsou příbory zabalené v ubrousku součástí etikety stolování.

Vytejčková et al. (2011) a Pokorná et al. (2019) tvrdí, že ležícím nemocným podáváme stravu až naposled z důvodu, abychom na ně při podávání stravy měli dostatek času. Nemocnému dáme najevo, že mu chceme pomoci se najíst, proto ani v průběhu podávání jídla nebudeme spěchat. U všech pozorování bylo zjištěno, že všichni pozorovaní pacienti měli dostatek času na oběd. Celková doba trvání se pohybovala v rozmezí 15 až 35 minut. Záleželo na úrovni soběstačnosti. U nesoběstačných pacientů oběd trval přibližně 15-20 minut (P1, P6, P7 a P8). U ostatních pozorování 30 až 35 minut (P2, P3, P4 a P5). Hůšková et al. (2009) apelují na dodržování dostatečného časového prostoru při stravování. Dostatečný časový prostor podpoří u pacienta klidný a dobrý příjem jídla. Rychlé podávání stravy na „ex“ může u klienta vést k následnému odmítání stravy, průjmům a podpoře vzniku stresového žaludečního vředu. Pro pacienta je důležité „prožít“ vjem příjemné potravy. Souhlasíme s autorkou, pacient musí mít na příjem stravy dostatek času, ale v praxi to není vždycky umožněno. Jedním z důvodů je nedostatek ošetrovatelského personálu.

Podle odborné literatury bychom měli v průběhu podávání jídla nabízet pacientům příjem tekutin (Vytejčková et al., 2011). Při pozorování bylo zjištěno, že probandky-sestry nesoběstačným pacientům (P1, P2, P5, P6, P7 a P8) v průběhu podávání stravy aktivně nabízely příjem tekutin (čaj, šťáva nebo minerální voda). Probandka-sestra nabízela nápoj P6 a podávala mu čaj stříkačkou během jídla a po jídle mu dala napít čaje z plastového kelímku se zavřeným víčkem. Totéž udělala probandka-sestra P1. P2 poprosil probandku-sestru, aby mu dolila do skleničky šťávu. Probandka-sestra nalila P5 čaj do skleničky s brčkem a položila ho na kraj stolku, aby pacient mohl na skleničku dosáhnout. P7 a P8 probandky-sestry podávaly čaj v lahvičce se slovy, ať se napijí. Bylo pozorováno, že soběstační pacienti vypili po obědě ze skleničky 150 ml (P3) čaje a P4 vypil 250 ml minerální vody.

Mlýnková (2016) zdůrazňuje, že je zapotřebí pacientům tekutiny nabízet nejen při podávání stravy, ale také v průběhu dne, jelikož nedostatek vody v organismu způsobuje problémy akutní i chronické povahy. Dle Českého červeného kříže (2010) dochází při nemoci ke ztrátě tekutin, a proto musíme tekutiny neustále doplňovat a dodržovat správný pitný režim. Nemocným se sníženou schopností sebeobsluhy a komunikací průběžně doplňujeme nápoj do skleničky nebo do plastového kelímku. Pokud nápoj neubývá, pacienta k pití nutíme. Český červený kříž (2010) a Vytejšková et al. (2011) doporučují ležícím nesoběstačným pacientům aktivně podávat tekutiny pomocí různých kompenzačních pomůcek na pití, jakými jsou umělohmotné trubičky (brčko), lahve s dětskou savičkou nebo plastový kelímek zavřený víčkem. V tomto ohledu lze spatřit soulad mezi literaturou a tím, co jsme pozorovali. Všichni pozorovaní pacienti měli na nočním stolku vhodné nádoby na pití, které se odvíjely od úrovně pacientovy soběstačnosti. Ze skleniček s brčkem pili P1, P2 a P6. U P6 ležela také stříkačka na pití a plastový kelímek se zavřeným víčkem, který zabraňuje vylití nápoje. Stejný kelímek byl spatřen na stolku u P7. P8 popíjel čaj z dětské plastové lahvičky. Soběstační pacienti měli skleničky (P3 a P4). O tom, že pacienti měli na pokojích dostatek tekutin, svědčilo i to, že v průběhu výzkumného šetření bylo pozorováno, že na všech pokojích byl u každého lůžka stůl, na kterém byla konvička s pitím. U P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8 byl v konvicích nalitý čaj. U P3 a P4 byla na nočním stolku kromě konvičky s teplým čajem minerální voda v lahvi. U P2 byla na nočním stolku konvička s méně než polovinou vypité šťávy a v levé části nočního stolku byl otevřený nevypitý Nutridrink. Otevřený Nutridrink ležel na nočních stolicích i u P5, P7 a P8.

V průběhu pozorování bylo zjištěno, že P2, P5, P7 a P8 popíjeli Nutridrinky (sippingy). Podle Vytejškové et al. (2011) a Šolcové (2015) je sipping popíjení tekutých přípravků enterální výživy, který slouží k obohacení normální stravy o energii a živiny. Enterální, parenterální a léčebná výživa (klasická dietoterapie) jsou složkami klinické výživy. Jednotlivé složky klinické výživy se navzájem prolínají a stravu doplňují. V tomto ohledu se shoduje literatura s tím, co jsme pozorovali.

Bylo pozorováno, že po podávání stravy nesoběstačným pacientům jim probandky-sestry utíraly ústa jednorázovým bryndákem (P1, P6, P7 a P8). Pouze P7 si ústa utíral sám.

Po podání stravy zůstali P1, P2, P5, P6, P7 a P8 vsedě, v poloze, do které je před jídlem probandky-sestry a probandky-sanitářky připravily. To souhlasí s tím, co uvádí

Pokorná et al. (2019), kteří uvádí, že před podáváním stravy musíme nemocným zajistit vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta zvýšenou polohu či přímo sed. Po skončení podávání stravy musíme pacienta ponechat v této poloze aspoň 15-30 minut. Opačného názoru je Mlýnková (2016), jež uvádí, že po ukončení podávání jídla nemocným zkontrolujeme lůžko, mohou v něm zůstat zbytky jídla, drobky nebo vylitá polévka. Poté máme umožnit nemocnému zaujmout vhodnou polohu. Přikláníme se k tomu, že bychom se měli řídit potřebou nebo přáním pacienta.

V návaznosti na výše uvedené intervence sestry při podávání stravy se přesuneme ke druhé výzkumné otázce, jež zněla: „**Jaké komunikační techniky sestry využívají při podávání stravy hospitalizovaným nemocným?**“ Jak bylo uvedeno dříve, kategorie „Komunikace probandek-sester“ byla rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie se zabývala komunikací mezi probandkou-sestrou a pacientem v průběhu podávání stravy. Ve druhé podkategorii jsme pozorovali, jak probandky-sestry komunikují s ostatním ošetrovatelským personálem.

Z provedených pozorování vyplynulo, že všechny pozorované probandky-sestry komunikovaly s pacienty (P1 až P8) v průběhu podávání stravy. Komunikace byla realizovaná verbálně i neverbálně. To koresponduje s tím, co uvádí Vytejšková (2011). Obsah komunikace probandek-sester s pacienty závisel od činností, které v tu dobu prováděly.

Při pozorování bylo zjištěno, že při rozdávání stravy probandky-sestry popřály: „*Dobrou chuť*“ jen P1, P2, P3, P4, P5, P7. Probandky-sestry P6 a P8 to neudělaly. Plevová (2011) zdůrazňuje, že sestra nesmí zapomínat na zdánlivá slova jako jsou pozdrav, poprosení, poděkování nebo popřání dobrého chutnání. Také upozorňuje na to, aby sestry dbaly na správně oslovení nemocného. Podle Valkové (2015) při oslovení respektujeme přání pacienta. Neoslovujeme familiárně, pokud si to nepřeje. Pacienta oslovujeme titulem pan, paní a příjmením. Nevhodné je oslovovat pacienta křestním jménem, vždy s ohledem na věk. Někteří pacienti jsou zvyklí být oslovováni v rámci svého akademického titulu nebo pracovní pozice. Tím dáme pacientovi najevo, že ho vnímáme jako osobnost. Z výzkumu však vyplynulo, že pouze dvě probandky-sestry oslovily P8 slovy: „*Pane X...*“ a P3 oslovila probandka-sestra příjmením a poprosila ho, aby se posadil na svou postel. Není vhodné při podávání stravy používat slova jako „*Ham (otevřít pusu a sníst)*“ nebo „*Šup(rychle)*“. Což učinila jedna sestra při podávání stravy P7 slovy: „*Otevřete pusu! Šup!*“

Bylo pozorováno, že sestry během podávání stravy nabízely P1, P6 a P8 polévku, P2 nabízely hruškový kompot. Žádná z probandek-sester nenutila nesoběstačné nemocné pacienty jíst. Při podávání stravy P1 probandka-sestra požádala: „*Ochutnejte polévku, budete-li polévku jíst*“. P1 odpověděl, že „*není polévkový*“. Sestra pacienta nenutila a pokračovala v krmení hlavním chodem. P2 dostal nabídku, aby ochutnal ovoce v kompotu, na což pacient odpověděl, že kompot ochutnal, ale že je ovoce moc tvrdé. Sestra zavřela poklopem tabletový systém a odnesla ho do izotermického kontejneru. P6, P7, P8 po několika snědených lžičkách odmítli dále jíst, zdůvodnili to tím, že nemají chlad. P6 byl najezený už od půlky porce. Na to sestry odvětily, že to do nich „*cpát nebudou*“.

Podle literatury probíhala komunikace mezi probandkou-setrou a pacientem jak verbálně, tak neverbálně. (Plevová, 2011). To koresponduje s tím, co jsme pozorovali. Probandka-sestra položila P4 tabletový podnos na noční stolek a řekla: „*Chcete to otevřít?*“ On beze slov kývnul. „*Otevřu Vám i polévku,*“ pokračovala probandka-sestra. Pacient jí poděkoval. To, že je neverbální komunikace mezi pacientem (P6) a sestrou možná, ukazují výsledky z pozorování, kde probandka-sestra se slovy: „*Otevírejte pusu*“, dala lžičku bramborové kaše k puse, ale pacient (P6) pusu neotevřel.

Jedinou výjimkou byla probandka-sestra, která v průběhu podávání stravy nejen komunikovala s pacientem (P6), ale ještě ho chválila a povzbuzovala: „*Bezva! Paráda!*“ Nebo když P6 spolknul poslední lžičku mletého masa, tak dodala: „*Výborně! Tak!*“ Tato probandka-sestra byla jediná, kterou zajímala nejen oblast stavování, ale i pohodlí pacienta (P6). Probandka-sestra se P6 ptala, zda je mu zima. Ten kývnul hlavou, načež ho probandka-sestra přikryla peřinou. To můžeme podložit článkem Šolcové (2015), kde autorka uvádí, že setra musí pacienta nejen chválit a povzbuzovat, ale i motivovat.

Obsah komunikace mezi probandkou-setrou a P1, P6, P7 a P8 směřoval ke zjištění, zda pacient měl již sousto spolknuté a zda může sestra pokračovat dál v podávání stravy.

Jsem toho názoru, že sestra musí znát a používat ve své praxi hlavní zásady komunikace s pacientem, neboť dovednost komunikovat s nemocnými je součástí personálního vybavení každé sestry.

Dolanová (2012) a Vytejková et al. (2011) tvrdí, že je nepředstavitelné, aby jeden člověk zabezpečoval komplexní péči o zdraví nemocných lidí. Proto je v péči o nemocné důležitá spolupráce mezi členy ošetrovatelského týmu, kde společným cílem je zdravý a spokojený pacient. Proto jsme se v rámci výzkumného šetření zabývali i touto problematikou a stanovili si následující výzkumnou otázku: „*Jak spolupracuje sestra*

s ostatními členy ošetrovatelského týmu při podávání stravy hospitalizovaným nemocným?“

Bartlová (2013) uvádí, že péče o zdraví pacienta má multidisciplinární charakter. Multidisciplinární přístup v péči o pacienta je vhodný a nutný, jelikož umožňuje podívat se na problém nemocného z několika úhlů pohledu. To je nezbytným předpokladem v poskytnutí kvalitní péče nemocnému.

Z výsledků výzkumu je dále zřejmé, že probandky-sestry s probandkami-sanitářkami spolupracovaly ve čtyřech oblastech: při přípravě pacienta ke stravování, rozdávání stravy pacientům, při úklidu tabletového systému do izotermických kontejnerů a komunikaci probandek-sester s ošetrovatelským personálem.

U nesoběstačných pacientů probandky-sestry a probandky-sanitářky společně pacienta za pomoci polohovací podložky v lůžku vysunuly výše a společně s užitím ovladače posadily (P1, P7 a P8). Přičemž jen probandka-sestra požádala probandku-sanitářku o pomoc (P1). Ostatní dvě probandky-sestry to udělaly beze slov, pouze pohledem. Z toho vyplývá, že jsou natolik sebrané a zvyklé spolu spolupracovat, že stačí pouze oční kontakt (P7 a P8).

Probandka-sestra společně s probandkou-sanitářkou přivezla finesu s jídlem. Podle seznamu diet pomáhaly probandky-sestry probandkám-sanitářkám rozdávat tabletové systémy do pokojů pacientů (P2, P3, P4, P5 a P8). P1, P6 a P7 rozdávaly ordinované diety jen probandky-sanitářky a probandky-sestry je přišly nakrmit. Jedinou výjimkou byla probandka-sestra, která pomohla probandky sanitářce přivést izotermický kontejner s tabletovými systémy k pokoji P8. Potom probandka-sanitářka vzala finesu a popojela s ní do dalšího pokoje. Probandka-sestra zůstala, aby nakrmila P8. Probandka-sestra vzala probandkou-sanitářkou připravený bryndák a nandala ho P1.

Dvěma pacientům, kteří sdíleli pokoj s P2, rozdala podle seznamu diet probandka-sanitářka oběd. Následně přišla probandka-sestra, která vzala z finesy podnos označený dietou a přinesla jej k P2. Podobně tomu bylo i u P3, kdy probandka-sanitářka našla potřebnou dietu a odnesla ji prvnímu a pak druhému pacientovi, přičemž probandka-sestra mezitím našla dietu pro P3. Probandky-sestry vešly na pokoj s tabletovým systémem a položily ho na probandkou-sanitářkou připravený noční stolek (P4 a P5).

U P1, P2, P3, P4 a P5 pomáhaly probandky-sestry probandkám-sanitářkám sbírat obědy. Například u P1 probandka-sestra uklidila ták s jídlem do izometrického kontejneru (finesy). Po deseti minutách přišla na pokoj probandka-sanitářka, která uklidila tácy do finesy po dvou soběstačných pacientech. Probandka-sestra přišla k nočnímu stolku P2,

poklopem zavřela tabletový systém a odnesla jej do fínsy. U P3, P4 a P5 probandky-sestry otevřely poklop a upravily vše tak, aby jej mohly zavřít. Tabletový systém odnesly do izometrického kontejneru. Příbory položily do nádoby s dezinfekcí a šly beze slov na inspekci. Mezi tím probandka-sanitářka uklidila tabletové systémy ostatních pacientů na téže pokojích. Naproti tomu po podávání stravy P6, P7, P8 odešly probandky-sestry pryč a veškeré tabletové systémy a příbory uklidily probandky-sanitářky.

Probandky-sestry v průběhu podávání stravy (P1 až P8) většinou spolupracovaly s ošetrovatelským personálem pomocí verbální a neverbální komunikace (gesty, pohledem, pohybem očí a obočí, mimikou obličeje a očním kontaktem). Provedený výzkum odhalil sladění verbálních i neverbálních projevů probandek-sester i probandek sanitářek.

Literatura uvádí, že funkční multidisciplinární týmy v nemocničních zařízeních vykazují lepší výsledky poskytované péče hospitalizovanému nemocnému (Bartlová, 2013).

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení“ se zabývala problematikou podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení. Hlavním cílem bakalářská práce bylo zjistit, jaké intervence sestry používaly při podávání stravy, jaké komunikační techniky sestry využívaly a jak sestry spolupracovaly s ostatními členy ošetrovatelského týmu při podávání stravy hospitalizovaným nemocným ve zdravotnickém zařízení. V návaznosti na tyto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkumné otázky se zaměřovaly na intervence sestry při podávání stravy, dále na komunikační techniky v průběhu podávání stravy, a nakonec na spolupráci sester s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Celkem bylo pozorováno osm sester pracujících v nemocničním zařízení lůžkového typu. Výzkumné šetření bylo ukončeno po teoretickém nasycení vzorku.

Vzhledem k tomu, že podávání stravy nemocnému v nemocničním zařízení patří k běžným denním činnostem sestry a je upraven standardem v nemocničním zařízení, mohlo by se na první pohled zdát, že náš výzkum nepřinese žádná převratná zjištění. Přesto přinesl řadu pozitivních i negativních poznatků.

Dle zvyklosti oddělení, kde proběhlo výzkumné šetření, se každý pacient stravoval na pokoji. Do pozitivních poznatků můžeme zařadit to, že před podáváním stravy byly pokoje uklizené a většina pokojů byla vyvětrána. Sestry před obědem umožnily nesoběstačným pacientům zaujmout vhodnou polohu, jež vycházela z úrovně jejich soběstačnosti. Dále sestry připravily noční stolky a umístily je v takové vzdálenosti, aby se pacienti mohli bez potíží obsloužit. Nesoběstačných pacientům sestry před stravováním opatřily papírový bryndák, aby zabránily znečištění oblečení a lůžkovin pacienta.

Dalším kladným výsledkem v průběhu pozorování bylo zjištění, že strava na oddělení se transportuje prostřednictvím tabletových systémů v izometrických kontejnerech. Každý pacient dostal tabletový systém označený naordinovanou dietou. Bohužel většina sester rozdala tabletové systémy s příbory, jež nebyly zabalené v ubrousku. Záměna diety pozorována nebyla. Strava byla podávána v dostatečné teplotě a množství, vypadala chutně.

Mezi negativní poznatky můžeme zařadit nedodržení zásad bariérové péče při podávání stravy nemocným. Z výzkumu však vyplynulo, že sestry neumožnily pacientům provést před a po podávání stravy hygienu dutiny ústní a hygienu rukou.

Sestry také před podáváním stravy nevyměnily nesoběstačným pacientům inkontinentní pomůcky.

Výzkumným šetřením bylo odhaleno, že sestry si neumyly a nevydezinfikovaly ruce ani před podáváním jídla, ani po podávání jídla.

Mezi další základní opatření, která brání přenosu nozokomiální nákazy, patří u sester dodržování zásad osobní hygieny. V průběhu pozorování podávaly všechny sestry stravu pacientům v čisté pracovní uniformě. Žádná z pozorovaných sester neměla na rukách náramky, hodinky a prstýnky. Měly čisté a upravené vlasy a předpisovou manikúru v podobě čistých, nakrátko ostříhaných a nenalakovaných nehtů. Výjimkou byla pouze jedna sestra, u níž byly pozorovány dlouhé a umělé nehty.

Nedodržování zásad bariérové péče může zapříčinit veliký problém, jelikož může zvýšit riziko vzniku a přenosu nozokomiálních infekcí.

V průběhu pozorování sestry aktivně nabízely pacientům příjem tekutin, a to jak v průběhu podávání stravy, tak i v průběhu dne. Ležícím nesoběstačným pacientům podávaly tekutiny s pomocí různých kompenzačních pomůcek na pití.

Z uskutečněných pozorování vyplývá, že v praxi sestry aktivně spolupracovaly a komunikovaly jak s ošetrovatelským personálem, tak s pacienty. To se v podstatě shoduje s doporučenými postupy. Odhaleny byly pouze drobné nesrovnalosti, které však neměly velký vliv na poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče nemocným.

S ohledem na odhalení nedostatků v průběhu pozorování v oblasti podávání stravy nemocným v nemocnicích by bylo vhodné pořádat semináře či školení pro sestry, prostřednictvím kterých by si informace o zmíněných intervencích rozšiřovaly a připomínaly.

Výsledkem této práce je shrnutí o podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení. Tato bakalářská práce je určena sestrám, ošetrovatelkám, sanitářům a studentům nelékařských zdravotních oborů a bude sloužit jako podklad pro odhalení problémů při podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení. Následně může vést ke zlepšení dovedností v oblasti stravování nemocných. Dále může práce sloužit jako podklad pro další výzkumné šetření.

7 Seznam literatury

1. BÁRTLOVÁ, Silva, 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In VÉVODA, Jiří et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
2. BOYCE, J. et.al., 1997. Environmental contamination due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: possible infection control implications. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 18(9). 622-627. [online] [cit 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9309433>
3. Břežková, Veronika et.al., 2014. Výživová doporučení pro laiky. In: *Společnost pro výživu*. ©2019. [online] [cit 2019-11-14]. Dostupné z: <https://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-laiky/>
4. BURDA, Patrik, 2016. Úvod do předmětu ošetrovatelství. In: BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
5. ČÁBALOVÁ, Dagmar, 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 9788024729930.
6. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. Český Červený Kříž, 2010. *Dobrovolná sestra*. 3. vydání. Praha: JS Partner. 330 s. ISBN 978-80-87036-47-1.
8. DOLANOVÁ, Dana, 2012. Tým. In: PLEVOVÁ, Ilona, et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 81-110 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
9. FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
10. HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ, 2009. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit I/1. díl*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2852-0.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
12. KASTNEROVÁ, Markéta, 2014. *Výživové poradenství v praxi: vědecká monografie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 273 s. ISBN 978-80-7394-500-8.

13. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
14. KELNAROVÁ, Jarmila, et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
15. KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ, 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi. 184 s. ISBN 978-80-87250-08-2.
16. KOZÁKOVÁ, Eva, 2019. Dezinfekce a sterilizace. In: VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ, 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
17. KOZIER, Barbara, Glenora ERB a Rita OLIVIERI, 1995. *Ošetrovatel'stvo 2: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
19. LIDICKÁ, Lucie, 2018. Nozokomiální nákazy a prevence. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ, 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
20. MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ, 2016. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-271-0158-0.
21. MARCUS, Jacqueline B, MS, RD, LD, CNS, FADA, 2013. Nutrition Basics: What Is Inside Food, How It Functions and Healthy Guidelines. In: MARCUS, Jacqueline B., 2013. *Culinary nutrition: the science and practice of healthy cooking*. Boston: Elsevier/Academic Press. 660 s. ISBN 9780123918826.
22. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
23. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 171 s. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.
24. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010. Věstník č. 9/2004. [online] [cit 2019-10-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

25. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010. Věstník č. 9/2005. [online] [cit 2019-11-06]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3577_1771_11.html
26. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020. Vláda schválila povinnost zakrývat si na veřejných místech ústa a nos a stanovuje nákupní hodiny pro seniory. [online] [cit 2020-05-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-schvalila-povinnost-zakryvat-si-na-verejnych-mistech-usta-a-nos-a-stanovuj_18765_1.html
27. MLÝNKOVÁ, Jana, 2016. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
28. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
29. PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetrovatel'ství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
30. PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetrovatel'ství II*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
31. PLEVOVÁ, Ilona, et al., 2011. *Ošetrovatel'ství I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
32. PLEVOVÁ, Ilona, et al., 2011. *Ošetrovatel'ství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
33. POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK, 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 247. ISBN 978-80-271-0720-9.
34. Pro-palliativ.ru, 2018. Kormlenie tyazhelo bolnogo cheloveka. [online] [cit 2019- 11-19]. Dostupné z: <https://pro-palliativ.ru/blog/kormlenie-tyazhelobolnogo-cheloveka/>
35. REICHARDT, Christiane, Karin BUNTE-SCHÖNBERGER a Patricia VAN DER LINDEN, 2017. *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí: překlad*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0217-4.
36. SAIBERTOVÁ, Simona, 2016. *Vybrané kapitoly ošetrovatel'ství pro nutriční terapie*. Brno: Masarykova univerzita. 155 s. ISBN 978-80-210-8155-0.

37. SONS.CZ, © 2015. *Desatero pro kontakt s nevidomým*. [online] [cit 2019-11-27].
Dostupné z: http://archiv.sons.cz/desatero_k.php
38. SVAČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
39. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, 2014. *Intenzivní medicína*. 3.vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
40. ŠOLCOVÁ, Lenka, 2015. Výživa pacientů. In: BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
41. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. Komunikace ve zdravotnictví. In: VEVODÁ, JIRÍ, et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
42. ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA, 2013. Propedeutika a vyšetřovací metody *vnitřních nemocí*. 2.vydání. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
43. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644 - 6.
44. TOMOVÁ, Šárka, 2016. Význam komunikace v ošetrovatelské péči. In: TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
45. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
46. VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
47. VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ, 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
48. VOJTOVÁ, Markéta, 2016. *Výživa člověka*. [online] [cit 2020-02-07].
Dostupné z: <https://publi.cz/books/281/Cover.html>
49. VORLÍČEK, Jiří, et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

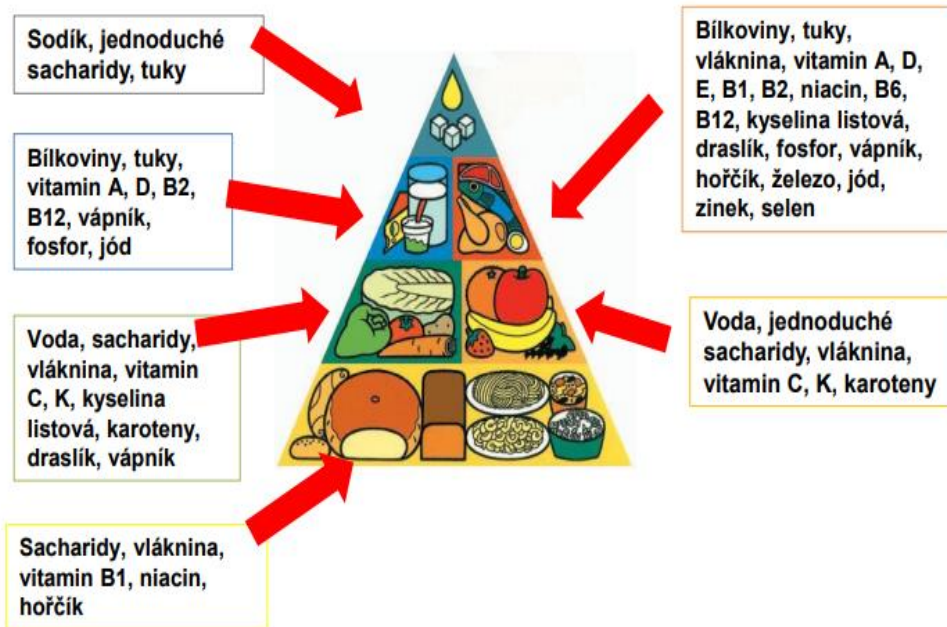
50. Vyhláška 195/2005 Sb. o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2005. In: Sbírka Zákonů České republiky, částka 71, s. 3814-3836. ISSN 1211-1244.
51. Vyhláška č. 93/2016 Sb., o katalogu odpadů, 2016. In: Sbírka Zákonů České republiky, částka 38, s. 1802-1831. ISSN 1211-1244.
52. VYTEJČKOVÁ, Renata, et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
53. VYTEJČKOVÁ, Renata, et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
54. World Health Organization (WHO), 2007. *Standard precautions in Health care*. [online] [cit 2020-02-16]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications-detail/standard-precautions-in-health-care>
55. World Health Organization (WHO), 2009. *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summar*. https://www.who.int/gpsc/information_centre/hand-hygiene-summary/en/
56. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
57. ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 9788027101559.

8 Přílohy

Příloha 1: Pyramida MZ ČR z roku

Pyramida MZ ČR z roku 2005

- oficiální doporučení MZ ČR



(Zdroj: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/vyziva/Pyramida_v_ivy.pdf)

9 Seznam zkratk

BMI	Body Mass Index
ČR	Česká republika
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Lat.	latinsky
MRSA	Meticilin-rezistentní Staphylococcus aureus
MZ	Ministerstvo Zdravotnictví
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)