

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapeut



Michaela Felixová

Sipping a jeho využití v praxi

Sipping and its use in practice

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Lucie Růžičková

Praha 2025

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31.03.2025

Michaela Felixová

Identifikační záznam:

FELIXOVÁ, Michaela. Sipping a jeho využití v praxi. [Sipping and its use in practice]. Praha, 2025. 62 s., 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, VFN v Praze a 1.LF UK. Vedoucí práce Mgr. Lucie Růžičková.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lucii Růžičkové za odborné vedení, pomoc a cenné rady při zpracování této práce.

Poděkování také patří nutričním terapeutkám z oddělení VFN, za pomoc s dotazníkovým šetřením.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem Sipping a jeho využití v praxi. Sipping je u pacientů v malnutrici nebo u pacientů s rizikem malnutrice velmi důležitou součástí výživy. V teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty poznatky o malnutrici, její diagnostice, projevech a důsledcích. Dále je v teoretické části popsána výživa při onemocnění, před operací a po operaci a v neposlední řadě je popsán sipping jeho složení, druhy, využití, indikace a kontraindikace.

V praktické části se dotazníkovým šetřením hledají odpovědi na cíle a hypotézy této práce. Dotazníkové šetření probíhalo v nemocnici VFN na jejích odděleních kliniky geriatric a interní medicíny, urologické kliniky, 4.interní kliniky, 1.chirurgické kliniky a 2.chirurgické kliniky.

Po zanalyzování dotazníků došlo v závěru k částečnému vyvrácení a částečnému potvrzení cílů a hypotéz. Cíly bakalářské práce bylo zjistit, jestli jsou pacienti vhodně edukováni před první konzumací. Dále to, jestli se zvýší ochota konzumace sippingu, když budou mít pacienti možnost vlastního výběru, a jaká je nejoblíbenější příchut'. Z dotazníků vyplynulo, že pacienti jsou vhodně edukováni před první konzumací. Ochota konzumace se zvýší při možnosti výběru oblíbené příchutě a značky. Nejoblíbenějšími příchutěmi jsou káva a čokoláda.

Klíčová slova

Sipping, malnutrice, enterální výživa, příchut', edukace.

Abstract

The bachelor's thesis deals with the topic of Sipping and its use in practice. Sipping is a very important part of nutrition for patients with malnutrition or patients at risk of malnutrition. The theoretical part of the bachelor's thesis summarizes knowledge about malnutrition, its diagnosis, manifestations and consequences. Furthermore, the theoretical part describes nutrition during illness, before and after surgery and last but not least, sipping is described, its composition, types, use, indications and contraindications.

In the practical part, a questionnaire survey seeks answers to the objectives and hypotheses of this thesis. The questionnaire survey was carried out in the hospital of VFN in its departments of the clinic of geriatrics and internal medicine, urology clinic, 4th internal medicine clinic, 1st surgical clinic and 2nd surgical clinic.

After analyzing the questionnaires, the goals and hypotheses were partially refuted and partially confirmed. The goals of the bachelor's thesis were to determine whether patients are appropriately educated before the first consumption. Furthermore, whether the willingness to consume sipping will increase if the patient has the opportunity to choose his own flavor, and what is the most popular flavor. The questionnaires showed that patients are appropriately educated before the first consumption. The willingness to consume will increase if the patient has the opportunity to choose his favorite flavor and brand. The most popular flavors are coffee and chocolate.

Key words

Sipping, malnutrition, enteral nutrition, flavor, education.

Seznam použitých zkratk

HMB	beta-hydroxy-betamethylbutyrát
NDS	nazoduodenální sonda
NGS	nazogastrická sonda
NJS	nazojejunální sonda
ONS	orální nutriční suplementa
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomií
PND	perorální nutriční doplňky
Ach	acetylcholin

Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část.....	11
1.Co je malnutrice.....	12
2.Diagnostika malnutrice.....	13
3.Projevy a důsledky malnutrice.....	14
3.1.Projevy.....	14
3.2.Důsledky.....	14
4.Výživa při onemocnění.....	15
5.Předoperační období a výživa.....	16
6.Pooperační období.....	17
7.Nechutenství.....	19
8.Sipping.....	20
8.1.Sipping, enterální výživa.....	20
8.2.Výrobce-druhy, příchutě.....	21
8.3.Složení-druhy.....	22
8.4.Vhodnost a indikace sippingu pro pacienty.....	23
8.5.Kontraindikace a komplikace konzumace sippingu.....	24
8.6.Zakomponování sippingu do pokrmu.....	25
Praktická část.....	26
9.Stanovení cílů a hypotézy.....	26
9.1.Cíle.....	26
9.2.Hypotézy.....	26
10.Metodika práce.....	27
11.Výsledky.....	28
12.Diskuse.....	47
13.Závěr.....	50
14.Seznam použité literatury.....	51

15. Seznam tabulek a grafů.....	54
15.1. Seznam tabulek.....	54
15.2. Seznam grafů.....	55
16. Seznam příloh.....	56
16.1. Dotazník.....	56
16.2. Schválení etické komise.....	59
16.3. Edukační letáček.....	61
17. Evidence výpůjček.....	62

Úvod

Důležitou součástí péče o nemocniční pacienty je správná a plnohodnotná výživa. Ne každý pacient je však ve svém zdravotním stavu schopen přijmout dostatečné množství živin, jak makronutrientů v podobě tuků, bílkovin a sacharidů, tak i mikronutrientů, tedy minerálních látek a stopových prvků. Nedostatečná výživa v době onemocnění způsobuje malnutrici nebo její vysoké riziko. Dochází ke ztrátě svalové hmoty-sarkopenie, dekubitům, řídnutí kostí a dalším přidruženým poruchám. Proto je u pacientů v nemocničním prostředí velice nezbytná výživa, která těmto ztrátám a poruchám může zamezit. Velmi vhodným prostředkem k doplnění živin a energie je sipping neboli orální nutriční suplementa. Sipping mohou pacienti užívat vždy, když nejsou schopni konzumovat dostatek živin a energie. Zvláště je konzumace vhodná v předoperačním období, aby byli pacienti před operací dobře vyživeni. Konzumace sippingu je dále důležitá v pooperační době, u různých onemocnění, jako je například onkologické. Je vhodným pomocníkem při nechutenství. Důležitou součástí konzumace sippingu je edukace, o jeho možnostech využití a jeho správné konzumaci při prvním užití.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jestli jsou pacienti před první konzumací dobře edukováni, jaká je jejich oblíbená příchuť, a také to, jestli má na konzumaci vliv možnost výběru druhu a příchutě. Toto téma jsem si vybrala, protože mě osobně zajímá, a myslím, že tato výživa má své opodstatnění a nadále bude nezbytná.

Teoretická část pojednává v základu o malnutrici, její diagnostice, projevech a důsledcích. Dále se zaměřuje na onemocnění a předoperační a pooperační výživu. Další část je věnována sippingu, a jeho rozdělení podle druhů, složení a podle výrobce. Druhy, pro které pacienti je který sipping vhodný. Dále je zde pojednáváno o možnostech využití sippingu jako je například zakomponování sippingu v domácím prostředí do běžných potravin a tím úpravy potravin na pokrmy s vyšším obsahem proteinu a energie.

V praktické části se dotazníkovým šetřením u pacientů snažím zjistit odpovědi na své cíle a hypotézy bakalářské práce. Dotazníkové šetření provádím ve VFN na oddělení kliniky geriatrické a interní medicíny, urologické kliniky, 4.interní kliniky, 1.chirurgické kliniky a 2.chirurgické kliniky.

Teoretická část

1.Co je malnutrice

Malnutrice je zhoršený stav výživy, který je způsoben různou měrou kombinací sníženého množství příjmu živin a současně zánětlivé aktivity, vedoucí k různým změnám tělesného složení. Dochází k poklesu fyziologických funkcí a ke zhoršení klinického stavu. U malnutrice je zásadní pokles množství netukové tělesné hmoty, což je hlavně ztráta bílkovin ve svalech a v dalších důležitých funkčních tkáních jako je například srdce, plíce, játra a gastrointestinální trakt (Kohout, 2021). V širším smyslu slova je malnutrice jakákoliv porucha, a to jak v nedostatečném množství živin (makronutrientů i mikronutrientů), tak v nadbytečném množství živin. V užším smyslu slova dochází k nepoměru příjmu a spotřebě základních živin-tuků, sacharidů a proteinů (Papežová, 2010). Proto může být malnutriční i obézní pacient (Kohout, 2021).

Historie malnutrice-dělení malnutrice bylo původně podle toho, jaký převládal nedostatek ve výživě. Při malnutrici energetické neboli marasmu (tento termín byl poprvé použit již ve 2.století našeho letopočtu Galénem) tělu chybí dostatek energie, dochází k vyčerpání tukových zásob, ale u viscerálních proteinů nedochází ke snížení sérologické hladiny. Při malnutrici proteinové neboli kwashiorkoru je hlavní deficit v bílkovinách, který se na rozdíl od energetické malnutrice projevuje změnami v sérologických hladinách viscerálních proteinů. Dalším rozdílem mezi malnutricemi je ten, že u proteinové malnutrice není postižení na první pohled viditelné. U energetické malnutrice si jedince všimneme rychleji podle kachektického habitu. Nejčastější malnutrice je však kombinace těchto dvou výše popsaných variant, proteino-energetická malnutrice. Nověji se malnutrice dělí na malnutrici prostou (dříve marasmus), nebo také prosté hladovění. Kwashiorkor se nově nazývá stresová malnutrice, nebo také metabolický stres (Kohout, 2021).

Podle terminologie ESPEN se malnutrice řadí mezi nutričně podmíněné patologické stavy. Řadí se tam spolu s nadváhou, obezitou, poruchami nutrientů a realimentačním syndromem. Do této skupiny patří také sarkopenie a stařecká křehkost, ale kvůli své komplexní patogenezi se řadí do stavu nutričně spolu podmíněných (Kohout, 2021). "Protein-kalorická malnutrice působí většinou imunodeficiencí" (Papežová, 2010, str. 120). Je známo, že podvýživa vede k potlačení imunitních reakcí. Za posledních dvacet let se oblast imunologie rozrostla a rozšířila se téměř do všech oblastí medicíny, včetně výživy. Některé složky výživy byly klasifikovány jako živiny zvyšující imunitu. Na rozdíl od klasických živin, je živina posilující imunitu látka, která poskytuje pozitivní účinky na imunitní systém, pokud je podávána v určitém množství. Významným atributem látek zvyšujících imunitu je modulace humorální a buněčné imunitní funkce, která vede ke snížení výskytu pooperačních infekcí. Z mnoha živin podporujících imunitu se jako nejpřínosnější zdají být L-arginin, L-glutamin, nukleotidy, omega-3 mastné kyseliny (EPA a DHA) a různé vitamíny a minerální látky, například zinek a vitamíny A, E, C (Williams, 2019).

2.Diagnostika malnutrice

Značný důraz je kladen na identifikaci malnutrice. Bez identifikace nemůže nastat účinná léčba. Nevhodná identifikace může být kontraproduktivní, protože léčba může být poskytnuta těm, kteří ji nepotřebují. A ti, kteří ji potřebují, mohou být nevhodnou identifikací vyřazeni (Marinos, 2013). Většina klinických pracovišť užívá zavedený systém nutričního screeningu, který je nedílnou součástí u vstupního vyšetření pacienta. Pro rychlé zhodnocení rizika malnutrice je například jednoduchý dotazník NRS 2002. Tento dotazník má dvě části. V první části hodnotíme současnou hmotnost pacienta-tedy BMI, váhový úbytek v posledních třech měsících, schopnost samostatného příjmu potravy a závažnost celkového stavu nemocného. A podle počtu kladných odpovědí se tento screening opakuje v týdenním intervalu anebo se přistupuje k druhé části tohoto jednoduchého dotazníku, kde se hodnotí závažnost postižení nutričního stavu a tíže onemocnění. A opět dle počtu kladných odpovědí-bodů se vyhodnocuje riziko malnutrice případně opakování v týdenním intervalu (Zlatohlávek, 2019).

“Do screeningového vyšetření je nutné zahrnout i ukazatele malnutrice-anamnestické, antropometrické i laboratorní.“ (Kohout, 2011, str.15). Nechtěný úbytek hmotnosti za určitý čas je nejdůležitější anamnestický údaj a zároveň i údaj užívaný v nutričních indexech. Do základních antropometrických údajů patří zjištění výšky, váhy a stanovení váho-výškových indexů, příkladem je BMI. Při laboratorních vyšetřeních upozorňuje na malnutrici hematologické, a i biochemické vyšetření krve. Lymfocyty pod 1500/ul ukazují na malnutrici a pod 900/ul ukazují na již život ohrožující malnutrici. Dalšími ukazateli pro malnutrici jsou hladiny plazmatických proteinů-albumin, prealbumin, transferin. Tyto ukazatele mají různý poločas reakce. Při zánětlivé reakci se hodnoty albuminu a prealbuminu snižují. Albumin není vhodný jako ukazatel zlepšení stavu, protože jeho poločas je dvacet dní. Transferin také není vhodný ukazatel, protože je závislý na stavu železa. Pro posouzení zlepšení stavu výživy je nejvhodnější prealbumin a to proto, že jeho poločas je pouze jeden a půl dne. Dalším ukazatelem malnutrice je dusíková bilance, a to tak, že při malnutrici je bilance negativní, příjem nestačí pokrývat jeho ztráty (Kohout, 2011).

3. Projevy a důsledky malnutrice

3.1. Projevy

Malnutrice je z klinického pohledu lépe rozpoznatelná u pacientů, kteří mají aktuální tělesnou hmotnost sniženou, nebo u těch pacientů, kteří zhubli výrazně. Existuje však určitý počet pacientů, u nichž může být malnutrice skrytá, a tak vzniká vysoké riziko, že unikne pozornosti personálu nemocnice. Skrytě malnutriční pacienti jsou většinou obézní nebo mají alespoň nadváhu. Ztráta svalové hmoty a tělesných bílkovin je projevem malnutrice u obézního pacienta. Ještě více je pro pacienty nepříznivá sarkopenická obezita, která je dost často klinicky hůře rozpoznatelná. Sarkopenie se projevuje sníženým objemem svalové hmoty, a to z důvodu tukové infiltrace svalové tkáně, což vede nepochybně k poklesu svalových funkcí (Tomíška, 2018). Další komplikací, která snižuje rozpoznatelnost malnutrice je retence tekutin s otoky, která nadhodnocuje BMI a zakrývá ztrátu podkožního tuku a svalové hmoty. Mezi další známky malnutrice patří čtvercový tvar trupu, způsobený úbytkem svalu ramenního pletence a svalu trapézového v dolní části krku. Ramenní kloub je naopak zvýrazněn (Tomíška, 2018).

3.2. Důsledky

Malnutrice při onemocnění je negativním dopadem na zhoršení funkčního stavu organismu, ale i poklesu výkonnostního stavu. Malnutrice má také negativní vliv na prognózu pacienta jakéhokoliv onemocnění. Základním problémem je úbytek tělesných bílkovin (Tomíška, 2018). Stav malnutrice má pro organismus závažné důsledky, jak v protražované době léčení, která prodlužuje hospitalizaci nebo i pobyt na jednotce intenzivní péče, tak i ve výskytu komplikací a infekcí (Kohout a Kotrlíková, 2009). Důsledkem úbytku svalové hmoty je pochopitelně snížená fyzická výkonnost a svalová slabost. Dochází ke zhoršenému hojení jak pooperačních ran, tak i všeobecně poškozených tkání, například dekubitů. Ztráta bílkovin negativně dopadá na funkce myokardu a dalších orgánů (Tomíška, 2018). Vyšší mortalitou jsou zatíženi pacienti v malnutrici, hlavně v pooperační době nebo v průběhu konzervativní terapie. Kromě zhoršeného hojení ran v malnutrici dochází i k tvorbě abscesů a pooperačních píštělí. A také kromě tohoto dochází k zhoršení buněčné i humorální imunitní odpovědi, čímž se výrazně zvyšuje riziko bronchopneumonie, stejně jako infekcí, bakteriální kontaminace a septického stavu (Kohout a Kotrlíková, 2009).

“Snížení hladiny viscerálních proteinů zhoršuje transportní funkci krve-ve smyslu přenosu jednotlivých živin a jejich utilizace, dále při přenosu medikamentů se zhoršením účinku léků či naopak komplikace při zvýšené hladině volné frakce účinné látky. Hypalbuminémie vede ke tvorbě otoků a výpotků v tělních dutinách (fluidothorax, ascités), ke vzniku anasarky. Prosáknutí střevní sliznice vede dále ke zhoršené absorpci živin a bludný kruh je uzavřen“ (Kohout a Kotrlíková, 2009, str.18) Ekonomickými důsledky malnutrice jsou zvyšující se náklady na léčbu, proto i z tohoto důvodu je důležitá včasná diagnostika s cílenou nutriční péčí. Léčba malnutrice v dnešní době dokáže zlepšit kvalitu života a zároveň snížit finanční náklady. Použitím kvalitní výživy a nutričních suplementů je možné ušetřit na nákladech na léčbu a hospitalizaci pacienta. Mezi ekonomické profity patří snížený počet opakovaných hospitalizací u pacientů díky nutriční podpoře (Kohout, 2011).

4. Výživa při onemocnění

Zdravý člověk má průměrnou zásobu energie a bílkovin asi na 60-80 dní, obézní lidé mohou mít zásobu ještě delší. Avšak dojde-li k akutnímu onemocnění, zhoršuje se schopnost organismu se s hladověním vypořádat. A pokud je hladovění spojeno ještě k tomu s kritickým stavem, je pravděpodobné, že dojde k závažným funkčním poruchám již po 14 dnech a k riziku úmrtí již po 3 týdnech. Za stresových a nestresových podmínek se projevuje rozdílný energetický metabolismus. Během těžkého onemocnění dochází k bílkovinnému katabolismu, kdy může ztráta bílkovin dosáhnout na 1–2 g/kg, to představuje u běžné dospělé osoby denní ztrátu 300-700 g kosterní svaloviny. Dochází k úbytku svalových vláken a tím ke zhoršení svalové síly a výdrže. Podvýživa a hladovění také způsobují pocit strachu a deprese, snižuje se kvalita života a soběstačnost. Jestliže je nutné pacienta hospitalizovat v nemocnici, jedná se většinou o závažné onemocnění (Szitányi et al. 2013).

Malnutrice v nemoci je podle ESPEN charakterizována jako určitý typ podvýživy, vznikající za současné přítomnosti určité konkomitantní choroby. Ta se může, ale i nemusí, projevit zánětlivou odpovědí. Proto se malnutrice rozlišuje, zda jde o nemoc se zánětem, nebo bez něj (Vágnerová et al. 2020). “Kardiovaskulární systém. Těžká a dlouhodobá podvýživa vede k atrofii srdečního svalu, snížení srdečního výdeje a bradykardii. Zhoršená tolerance námahy, srdeční selhání a arytmie mohou souviset i s poruchou metabolismu minerálů (K, P, Mg) a vitaminů (thiamin).“ (Szitányi et al. 2013, str. 27). U pacientů se srdečním selháním v malnutrici upřednostňujeme enterální výživu. Vhodné jsou hyperkalorické přípravky s nízkou volumovou zátěží, je třeba příjem tekutin udržovat na 1000 až 1500 ml/den. Podíl energie z glukózy u pacientů se srdečním selháním by měl být do 50 %, a je kladen důraz na příjem bílkovin (Křížová, 2022).

Na rozdíl od mladých jedinců jsou geriatrickí pacienti ohroženi celkově vyšší nemocností, výskytem chronických a degenerativních onemocnění. Mezi často se vyskytující akutní onemocnění u geriatrických pacientů patří infekce, kardiovaskulární příhody, úrazy a s tím spojené zhoršené hojení ran (Vágnerová et al. 2020). “Hojení ran. U podvyživených nemocných je zhoršené hojení ran. To souvisí s nedostatkem endogenních substrátů potřebných pro tento děj. Současně se u nich výrazně zvyšuje také riziko proleženin“ (Szitányi et al. 2013, str. 27).

Enterální výživa geriatrických pacientů pomocí PND (perorální nutriční doplňky), neboli sippingu, je velmi vhodným prostředkem, jehož pomocí docílíme zvýšení příjmu energie a bílkovin. Tuto výživu uplatníme u pacientů při zlomeninách, u onkologických pacientů, ale i u pacientů s chronickými ranami či po chirurgických výkonech. Pro geriatrické pacienty jsou vhodné přípravky se zvýšeným obsahem beta-hydroxy-beta-methylbutyrátu (HMB), který má anabolické účinky a je metabolitem leucinu, přispívá k udržení svalové hmoty. Přípravek s obsahem HMB je například od Abbottu Ensure Plus Advance. Zvláště u geriatrických pacientů by měl být kladen důraz na vhodnou edukaci, aby pacienti přípravek popíjeli pomalu, a je vhodné, kvůli ochraně vlastní dentice přípravek zajíst menším kouskem pečiva (Vágnerová et al. 2020). “Seniory jsou nejlépe tolerovány vychlazené PND

v krémovité podobě.“ (Vágnerová et al. 2020, str. 123). Nezastupitelnou roli má enterální výživa v chirurgii. Pacienti oslabení chirurgickým výkonem jsou malnutricí ohroženi, a bez nutriční podpory je zhojení a uzdravení pacienta velmi sníženo. Je zde kladen důraz na zvýšený příjem bílkovin okolo 1,5-2 g na kg/den (Křížová, 2022). Pro pacienty s onemocněním ledvin můžeme podávat výživu formou sippingu obsahující esenciální a větvené aminokyseliny a tyrosin. Avšak příjem bílkovin by měl být celkově nižší, okolo 1 g na kg/den, čímž se sníží rychlost progresu renální insuficience, ale je zde zvýšené riziko malnutrice a deficitu bílkovin (Křížová, 2022).

V gastroenterologii se nejčastěji používá nutriční a metabolická péče u pacientů trpících idiopatickými střevními záněty, například Crohnovou chorobou. Pacienti trpící malabsorpčním syndromem profitují z nutriční péče při léčbě chorob a střevních zánětů. Předchází se tím proteinové nebo energetické malnutrici. Mezi idiopatické střevní záněty patří kromě Crohnovy choroby také ulcerózní kolitida, příčina těchto onemocnění je neznámá. Konečník a celý či různě dlouhý úsek tračníku je postižen u ulcerózní kolitidy, na rozdíl od Crohnovy choroby, která postihuje kteroukoliv část trávicí trubice a může vést k tvorbě abscesů a píštělí. Enterální výživa se používá při léčbě malnutrice u pacientů s idiopatickými střevními záněty (Szitányi et al. 2013).

Známky obecné podvýživy, jako je podváha, negativní bilance dusíku a snížený sérový albumin, lze většinou rychle zvrátit umělou enterální výživou (Biesalski a Grimm, 2005). Enterální výživa obsahuje všechny formy nutriční podpory a aplikuje se buď sondovou výživou, nebo formou popíjení, srkání-sipping. U střevních zánětů se využívá sipping, a to jak doplňkový, tak i kompletní. Užívají se přípravky bezlaktózové, neobsahující cholesterol, bezlepkové, s obsahem rozpustné vlákniny jako prevenci obstrukce. Jsou vhodné přípravky s vyšším obsahem bílkovin okolo 10 g na 100 ml přípravku (Meisnerová, interní medicína, 2011 13(1):35-37).

5. Předoperační období a výživa

Zcela podstatný význam z důvodu pooperačního léčení, například hojení chirurgických ran, má pro nemocného nutriční stav v předoperační době (Skalická, 2007). Předoperační nutriční přípravou můžeme výrazně snížit malnutrici a předejít mortalitě. Pacient, který nejeví známky malnutrice může jít k operačnímu výkonu bez zvláštní nutriční podpory. Pacient, který jeví známky malnutrice nebo i dehydratace, u něj se provede rehydratace rehydratačními roztoky (Wilhelm, 2001). Je důležité zohlednit hydrataci pacienta. Zvláště si dáváme pozor na dehydrataci u dětí a seniorů (Skalická, 2007). “U pacientů v malnutrici se předoperačně provede rehydratace, úprava onkotického tlaku podáním albuminu, popřípadě se provede korekce faktorů krevní koagulace“ (Wilhelm, 2001, str. 111).

“Malnutrice před plánovanou operací je častá a nepříznivě ovlivňuje pooperační průběh. Rizikovými skupinami jsou onkologičtí a geriatrictí nemocní, pacienti s nespecifickým střevním zánětem či jiným chronickým katabolizujícím onemocněním“ (Havel, 2012, 14(8a9)). Je pravidlem, že předoperační stav výživy bývá nedostatečný. To může mít několik důvodů, například nechutenství a s tím spojený snížený příjem výživy, dále to mohou být bolesti při polykání. Mezi další příčiny patří i to, že se živiny při těžké Crohnově chorobě nevyužijí, nebo dochází ke ztrátám bílkovin a také elektrolytů střevem při ulcerózní kolitidě (Kasper, 2015).

“Kombinace velkého operačního inzultu a malé proteinové zásoby může vést ke kritické ztrátě bílkovin a nutnému vývoji pooperačních komplikací, a to za několik dní až týdnů po úspěšném zákroku. Smrt hlady je ztráta obranyschopnosti a selhání ubránit vlastní identitu života před napadajícími všudypřítomnými mikroorganismy. Smrt hlady v nemocnici je nozokomiální pneumonie, urosepse, translokační peritonitida, rozpadlá operační rána apod“ (Havel, 2012, 14(8a9)). V nemocnicích se vyskytuje podvýživa přibližně u třetiny pacientů a u závažně nemocných téměř u všech pacientů. Je tedy nezbytné po podvýživě pátrat a včas nasadit umělou výživu. V začátku postačí sipping, v pokročilejší fázi podvýživy může být kombinace enterální výživy s parenterální výživou (Svačina et al. 2013).

Pacienti se zvýšeným intragastrickým tlakem a sníženým napětím jícnového svěrače, což je například těhotenství nebo obezita, anebo s gastroezofageálním refluxem bývají většinou rizikovou skupinou. V předoperačním lačnění je vhodné mít pevnou stravu 6 hodin před plánovaným operačním výkonem, a pít tekutiny až 2 hodiny před (Skalická, 2007). “V poslední době některé metaanalýzy klinických studií naznačují, že perioperační enterální podání argininu, omega-3 mastných kyselin a glutaminu naznačuje dva účinky: zkrácení doby hospitalizace a úbytek operačních infekcí“ (Svačina et al. 2013, str. 199). “Při patologických stavech, jako je poranění, infekce, popáleniny, nádory, dochází zvýšenou tvorbou glukózy z mobilizovaného svalového proteinu vlivem tzv. stresových hormonů glukagonu, kortizolu a adrenalinu k vysokým ztrátám tělesného proteinu, kdy ztráty dusíku místo obvyklých několika gramů denně dosahují více než 30 g dusíku za den, což odpovídá ztrátě 1 kg netučné tkáně denně a ohrožuje během několika dnů život nemocného“ (Svačina et al. 2013, str. 44).

6. Pooperační období

V pooperačním období má pooperační péče a výživa za cíl snížit riziko komplikací a podpořit rychlé zhojení. Tím se umožní pacientovi návrat ke standardnímu režimu a propuštění do domácího ošetřování. Tento význam je kromě medicínského i ekonomický (Charvát a Kvapil, 2006). Ukazuje se, že správná výživa pacienta po operaci například abdominální, včetně enterální výživy určené k popíjení (sipping), vedla k úspoře nákladů na pacienta. Kromě snížení nákladů dochází i ke snížení mortality, snížení komplikací a doba hospitalizace se také zkracuje (Kohout, 2016).

“Česká studie z nemocnice Nový Jičín prokázala, že před-a pooperační podpora přípravy pro sipping s vysokým obsahem bílkovin (ONS) zkracuje u pacientů s kolorektálním karcinomem a karcinomem prostaty LoS (Length of stay – délka hospitalizace), snižuje náklady na léčbu, pooperační komplikace a riziko rehospitalizací, a to bez ohledu na počáteční nutriční stav“ (Kohout, 2016, str. 137). “U většiny operačních výkonů lze obnovit perorální příjem do 24 hodin pooperačně. Dle ERAS postupů platí, časně = bezpečně. Dřívější oddalování p. o. příjmu z důvodu odlehčování anastomózám, tzv. „bowel rest“ není logický. Střevo funguje neustále, i když v závislosti na manipulaci chirurga se střevem dochází k aktivaci makrofágů v muscularis mucosae, vyplavení cytokinů, adhezních molekul. To vede k inhibici neurotransmise (pokles Ach, noradrenalinu) s rozvojem paralytického ilea. Setrvává stálá produkce žaludečních a střevních šťáv. Případná dehiscence anastomózy závisí na způsobu operace, nikoli na časném příjmu enterální nutrice. Jen u výkonů na horním zažívacím traktu jsme prvních 5 dní opatrní“ (Kaňová a Bezděk, 2021, str. 187).

Obvykle se za časnou pooperační enterální a perorální výživu považuje výživa, která se pacientovi podá poprvé do 24-48 hodin od operace. U velmi brzkého podání enterální výživy je její efektivita vyšší, ale u pozdního podání enterální výživy je její efektivita těžko prokazatelná. Časné podání enterální výživy je logickým důvodem pro zkrácení intervalu intraluminálního střevního klidu, aby nedošlo ke střevní atrofii nebo střevní translokaci (Kohout et al., 2010). Tolerance pooperačního hladovění je u nerizikových pacientů při příjmu do 10 dnů, u nerizikových pacientů 7 dní, ale u pacientů, kteří jsou v těžkém nutričním stavu nebo riziku a při velké operaci, je tolerance 0 dnů (Kaňová a Bezděk, 2021).

V pooperační době hraje nutriční podpora významnou roli při eliminaci katabolických změn. Větší část pacientů je schopna perorálního příjmu u plánovaných výkonů už několik hodin po plánované operaci, případně do několika dnů. Pokud je tohoto schopen do 7 dnů po operaci, a přitom před operací nebyl v malnutrici, tak nemá rutinní podání enterální nebo parenterální výživy žádný důvod. Toto opodstatnění výživy lze uvažovat u pacientů v malnutrici s pooperačními komplikacemi nebo u pacientů po rozsáhlém poranění nebo popálení. Pozitivní efekt výživy po operaci je okolo 18–20 Kcal/kg/den, oproti rozvoji komplikací a infekcí. Při tom standardně se doporučuje výživa kolem 25–30 Kcal/kg/den, z toho by mělo být 40 % hrazeno tuky, denní dávka dusíku je 0,15 – 0,2 g/kg/den.

Je také nezbytné věnovat pozornost příjmu tekutin, jejichž množství ovlivňuje průběh po operaci. A to proto, že nadměrný příjem tekutin a solných roztoků vede k otokům, ale i k oblenění motility zažívacího traktu (Charvát a Kvapil, 2006). Efekt imunonutrice v pooperačním období – glutamin, je důležitý pro rychle se obnovující buňky, hlavně erytrocyty a leukocyty, má také antioxidační efekt, po traumatu jeho potřeba vzrůstá. Naopak arginin je považován za potenciálně toxický u kriticky nemocných. Sice takovéto tvrzení nebylo úplně potvrzeno nebo vyloučeno ale u septicky nemocných se pro jistotu používá s opatrností. U normálně chirurgicky nemocných se však používá s pozitivním efektem. Nukleotidy a omega-3 mastné kyseliny se považují za další pozitivní látky působící imunitně (Kohout et al. 2010).

7.Nechutenství

Při jídle a pití se vůně, chuť a citlivost úst podílejí na dobře rozpoznatelném, ale téměř nedefinovatelném integrálním zážitku. Zjednodušeně řečeno, existuje 5 základních chutí – kyselá, sladká, slaná, hořká a umami. Každá část jazyka je schopna detekovat všechny tyto chutě. Chuťové látky rozpuštěné ve slinách přicházejí do styku s chuťovými pohárky v ústech (na jazyku), v menší míře v hltanu a v malé míře i v jícnu. Chuťových pohárků existuje okolo 2000 většina se jich nachází na sliznici jazyka a patra. Nové receptorové buňky se tvoří každých 10 dní. Receptory na těchto chuťových pohárcích mohou rozpoznat každou základní chuť a následně aktivovat zodpovědné hlavové nervy. Na vnímání chuti se podílejí tři hlavové nervy-lícni nerv, glossofaryngeální nerv a vágový nerv. Zohlednění chuti a čichu může být důležité při dietickém posouzení některých pacientů, zejména proto, že změny těchto smyslů, se kterými se u některých skupin pacientů často setkáváme, mohou mít velký dopad na nutriční hodnoty. Snížení chuti (hypogeuzie) nebo úplný nedostatek chuti (augesia) může vážně ovlivnit příjem živin a stav člověka (Wierdsma a Kruizenga, 2017).

“Chuť určuje požitok z jídla a poruchy chuti má negativní vliv na výživu a kvalitu života. Ztráta (augesie) či porucha chutě vede k nechutenství a k riziku podvýživy. Porucha chuťového vnímání se nazývá dysgeuzie, která se projevuje nepříjemným chuťovým vjemem. Nejčastěji pacienti pocítují kovové pachutě, hořko v ústech, žluklou chuť či nepříjemnou slanost“ (Vágnerová, 2020, str. 161). “Přítomnost nechutenství s nízkým příjmem stravy a změnami tělesného vzezření při úbytku hmotnosti prohlubují psychický stres a ovlivňují kvalitu života, je však obtížné určit, jaký je vliv samotné malnutrice“ (Tomíška, 2018, str. 54).

Nechutenství, kromě toho, že může zhoršit kvalitu života, může také i zkracovat délku života. Musí se tedy včas zahájit terapie nechutenství. Na snížení chuti se podílí i psychický stav, který můžeme ovlivnit farmakologicky například některými antidepresivy (Mirtazapin, Olanzapin). U nesteroidních antiflogistik, které potlačují zánětlivé reakce, mohou také zmírnit nechutenství (Pochop, Onkologie 2020,14 (Suppl.C):35-38).

Mezi další příčiny ztráty chuti se dělí na izolovanou ztrátu chuti a ztrátu chuti v kombinaci s neurologickými příznaky. Pokud je ztráta chuti izolovaná, je většinou způsobena poškozením chorda tympani lícního nervu, které může být iatrogenní po operaci, nebo poškozením chuťových pohárků (kouření, stárnutí, infekce) nebo účinky léků na chuť, například antibiotiky, antimykotiky, onkolytika a kortikosteroidy. Ztráta chuti může nastat v kombinaci s neurologickým poškozením v důsledku poškození hlavových nervů nebo poruch mozkového kmene, thalamu nebo chuťové kůry. Degenerace mozku je pravděpodobně zodpovědná také za ztrátu chuti a čichu (Wierdsma a Kruizenga, 2017). Nechutenství se obtížně ovlivňuje. Změny v hypotalamu mohou snížit centrálně působící kortikosteroidy (Grofová, 2007). Nejčastěji používanou nutriční podporou při nechutenství je sipping. Jeho smyslem je zvýšit energetický příjem, a zbytečně nezatěžovat pacienta vysokými objemy. Ovšem určitá část pacientů se přepije a pohled na sipping u nich vzbuzuje nevolnost a nechutenství (Pochop, Onkologie 2020,14 (Suppl.C):35-38).

8.Sipping

8.1.Sipping, enterální výživa

Enterální umělou výživu podáváme do trávicího traktu několika způsoby. Jsou to nutričně definované přípravky (Svačina a Bretšnajdrová, 2008). “Enterální výživa je definovaná jako podávání bilancovaných roztoků obsahující cukry, tuky, bílkoviny, ionty, vitamíny, stopové prvky a vodu do trávicího traktu“ (Plevová a Kachlová, 2023, str. 17).

Způsoby podávání enterální výživy jsou:

- 1) chirurgickou gastrostomií nebo jejunostomií
- 2) perkutánní gastrojejunostomií
- 3) perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG) nebo jejunostomií (PEJ)
- 4) nazogastrickou (NGS), nazoduodenální (NDS), nebo nazojejunální (NJS) sondou
- 5) popíjením (sipping)

(Plevová a Kachlová, 2023).

Podávání sondou – tento způsob se obvykle využívá u krátkodobého použití, okolo 4 týdnů u NGS, a u NJS je tolerance okolo 10 týdnů. Tyto sondy se vyrábějí v několika rozměrech a různých materiálu. U materiálu se používá polyethylen, polyvinyl, polyuretan a také silikon. Každý z těchto materiálů má jiné vlastnosti, například sondy vyrobené z polyethylenu a polyvinylu se snadněji zavádějí, ale rychleji tvrdnou, což může způsobovat komplikace a kontaminaci, tudíž by se měly vyměňovat každé 3-5 dnů. Jsou tedy vhodné ke krátkodobému užití. Kdežto sondy vyrobené z polyuretanu nebo silikonu jsou měkké, nejsou tolik nepohodlné a vydrží netvrdnout po delší dobu. Jsou vhodné k zavedení na několik týdnů až měsíců, ale oproti tvrdým sondám se tyto měkké hůře zavádějí a musí se využít pomoci vodiče. U silikonových sond dochází nejčastěji ke kvasinkové infekci (Kohout et al. 2021).

Výživové stomie – provedení perkutánního vstupu do žaludku (gastrostomie) se využívá u těch pacientů, kteří sondu netolerují, anebo sondu zavést nelze, z důvodu neprůchodnosti, traumatu, operace v oblasti nosu nebo neurologického onemocnění. Stomie ať už gastro nebo jejunum se využívá pro dlouhodobější potřebu (Kohout et al. 2021).

Sipping podávání popíjením – je to nejjednodušší a také nejlevnější způsob výživy pacienta enterální, umělou výživou (Kohout et al. 2021). “Sipping (usrkávání, popíjení) je nejrozšířenější formou způsobu podávání EV. Jedná se o přípravky EV upravené a určené pro podávání per os. Jejich úkolem je doplnit standartní podávanou výživu zejména o energii a proteiny. Jedná se o nejvýhodnější a přirozenou variantu umělé výživy, pokud není pacient schopen jíst dostatečné množství normální výživy“ (Plevová a Kachlová, 2023, str. 22). Metaanalýzy řady randomizovaných studií u různých skupin nemocných poskytují silné důkazy o efektu této formy nutriční podpory, a to v podobě snížení výskytu komplikací, zkrácení doby hospitalizace a v mnoha případech i snížení mortality. Důkazy jsou silnější pro akutní onemocnění, u starších pacientů, podvyživených nemocných a také v perioperační

péči. Perorální nutriční suplementy představují jednoduchý a účinný způsob léčby malnutrice v různých situacích, což se dnes již odráží v doporučeních mnoha standardů. V budoucnu bude třeba stanovit optimální načasování této formy nutriční podpory a optimální složení přípravků u různých typů onemocnění a potvrdit jejich vliv na funkční ukazatele a na klinické výsledky léčby pomocí randomizovaných klinických studií (Tomíška, Interní medicína pro praxi, 2008, 10(6) 285-290). Některé studie prokázaly přínos perorálních doplňků pro pacienty s hubnutím tak, že zlepšily svalovou sílu a snížily výskyt pooperačních komplikací. Bylo také prokázáno, že pokračující užívání doplňků stravy po propuštění je spojeno s lepšími dlouhodobými výsledky, ale pouze u pacientů s významnou předchozí podvýživou (Sobotka et al. 2019).

Ideální perorální nutriční doplňky (PND) jsou koncentrované a malého objemu. Abychom podvyživeným pacientům pomohli zlepšit jejich nutriční příjem, můžeme jim nabídnout PND menšího objemu s větší energií a živinami mezi jídly. Pro nemocnice je vhodné mít různé produkty, a každý produkt v různých příchutích. Jejich distribuce jako léků má za následek lepší dodržování předpisů než jejich propagace jako součást nemocničních stravovacích systémů. Doma mohou pacienti s takovými produkty být kreativnější tím, že je převedou na koktejly, zmrzliny nebo je použijí jako základ pro přípravu polévek nebo dezertů (Sobotka et al. 2019).

8.2. Výrobce-druhy, příchutě

Na českém trhu je několik výrobců orálních nutričních suplement. Výrobky se od sebe liší například obsahem energie a bílkovin na 1 ml, vlákninou, příchutí atd. V současné době jsou na českém trhu tyto výrobci: (Členské společnosti – O nás – Asociace výrobců klinické výživy).

Abbott Laboratories, s.r.o.-před více než 130 lety v Chicagu otevřel doktor Wallace C. Abbott svoji lékárnu. Jeho záměr je platný dodnes. Obory působení v České republice zahrnují diabetes, diagnostiku, molekulární vědy, výživu a péči o srdce a cévy. (Společnost Abbott v České republice).

Nestlé Česko, s.r.o.-nová divize Nestlé Health Science se zaměřuje na vývoj nutričních terapií, které mění přístup v péči o zdraví. Podporuje roli nutriční terapie v péči o zdraví lidí. (Historie Nestlé | O Nestlé | Nestlé Česko).

Nutricia, a.s.-více než 100 let vyvíjí a vyrábí speciální výživu pro děti a enterální klinickou výživu pro lidi se specifickými výživovými potřebami. (O nás – Nutricia).

Fresenius Kabi, s.r.o.-podporují kriticky a chronicky nemocné pacienty prostřednictvím kvalitních řešení pro infuzi, transfuzi a klinickou výživu. (Společnost Fresenius Kabi a její podoby).

Nutrego-Česká společnost, založená v roce 2018, a je plně pod správou akciové společnosti Charing Cross Scientific. Nutrego produkty se vyrábějí v Opočnu, kde jsou i výrobní linky Bohemilk, a.s. (O nás | Nutrego).

B. Braun Medical, s.r.o.-v roce 1839 otevřel v Německu Růžovou lékárnu Julius Wilhelm Braun. V Praze byla založena společnost B. Braun Medical s. r. o. v roce 1993. (<https://www.bbraun.cz/cs/spolecnost/historie.html>).

Příchutě-základní příchutě nutričních přípravků jsou kávová, oříšková, vanilková, čokoládová, karamelová a neutrální. Z ovocných příchutí to jsou banánová, jablečková, jahodová, lesní ovoce, meruňková, plus exotické příchutě, jako je mango s maracujou, okurka s limetkou, citronová, broskev s mangem a kokos s mátou. Kromě jedné neutrální příchutě jsou všechny příchutě sladké, protože slané příchutě se na trhu neujaly a již nejsou k dispozici. Dříve oblíbená varianta jogurtová není v současnosti na trhu. Na trhu jsou k dispozici přípravky bez obsahu tuku v podobě džusu, s vlákninou (Fibre), dále menší objem se stejným množstvím výživy (Compact), dále je k dispozici krémová forma (Crème), (Urbaníková, praktické lékařství, 2014, 10(2) 79-81).

Kaloricky jsou preparáty izokalorické (1Kcal/1ml), ty mají řidší konzistenci. Hypokalorické (0,67-1Kcal/1ml) ty jsou vhodné hlavně pro diabetiky, obézní nemocné. Mírně hyperkalorické (1,5Kcal/1ml) až po hyperkalorické (2-2,5 až 3,2Kcal/1ml) tyto jsou hustší konzistence a jsou ideální pro kardiaky a pacienty s renální insuficiencí, u kterých omezují příjem tekutiny (Zlatohlávek, 2022).

8.3.Složení-druhy

Podle složení se v současnosti dělí enterální přípravky na polymerní a oligomerní. Elementární přípravky, které obsahují molekulární aminokyseliny, fruktózu, glukózu, mastné kyseliny a MCT tuky, se v současnosti již nepoužívají (Dastych, Interní medicína, 2012, 14(4), 152-156). Oligomerní a elementární výživa se charakterizují tím, že se základní výživové substráty vstřebávají v podobě jednoduchých složek výživy bez nutnosti většího trávení. Elementární výživa je chemicky upravená v ještě větší míře (Dostálová a Kadlec, 2014).

Pro sipping nebo pro sondové podání, zvláště nazogastrické, je nejvýhodnější polymerní enterální výživa, která je nutričně definovaná. Tato polymerní výživa obsahuje polymery jednotlivých živin (proto název polymerní) a z bílkovin obsahuje především kasein. (Zlatohlávek, 2022). Kromě této mléčné bílkoviny, se ve výživě může vyskytnout syrovátka, v menší míře mohou být zastoupeny ve směsi s mléčnou bílkovinou i bílkoviny sójové ale i pšeničné, ovšem tyto směsi mohou obsahovat stopy lepku. Standardně bývá tato polymerní výživa bezlepková (Bašanda, praktické lékařství, 2007, (1) 25-28). Dále výživa obsahuje polysacharidy, například škrob a maltodextrin, obsahuje také tuky, hlavně triglyceridy s dlouhými řetězci neboli LCT tuky. To jsou oleje kokosové, sójové, řepkové a slunečnicové.

Výživa je vhodná i pro pacienty s deficitem laktázy, protože neobsahuje laktózu. Vlákna zde může ale i nemusí být obsažena, v případě, že se jedná o přípravek s vlákninou, bývá to vláknina rozpustná, to je například pektin, guar, inulin a hemicelulóza. Efekt vlákniny ve výživě je ten, že snižuje riziko průjmu nebo zácpy (Zlatohlávek, 2022).

Pro nazojejunální sondovou výživu je vhodnější oligomerní enterální výživa, která je chemicky definovaná. Je vhodná, protože při vstřebávání, na rozdíl od výživy polymerní, nevyžaduje trávicí enzymy. Tato výživa je vhodná u pacientů s Crohnovou chorobou, nebo se syndromem krátkého střeva. Nevýhodou této výživy je vyšší riziko průjmů, protože osmolarita je zde vyšší než u polymerní výživy. Oligomerní enterální výživa obsahuje živiny již naštěpené, jako jsou aminokyseliny, oligopeptidy, disacharidy a MCT oleje, protože jejich stravitelnost je lepší než u LCT tuků. Na rozdíl od polymerní výživy neobsahuje vlákninu, cholesterol, lepek ani laktózu (Zlatohlávek, 2022).

8.4. Vhodnost a indikace sippingu pro pacienty

První volbou nutriční podpory, by měla být enterální výživa, zvláště její nejjednodušší způsob-sipping. Živiny, které se absorbují ze střeva, jsou přenášeny portálním řečištěm do jater, aby došlo k dalšímu metabolickému zpracování, případně jsou přenášeny lymfatickým řečištěm do systémového řečiště (Kohout et al. 2021). “Zachování stimulace střeva pomocí EV zlepšuje integritu sliznice trávicího traktu, udržení střevní bariéry a redukuje bakteriální translokaci, udržuje produkci gastrointestinálních hormonů, podporuje vylučování žluče a vyprazdňování žlučníku, a snižuje tak výskyt cholelitiázy. Podání orálních nutričních suplement (ONS) navíc stimuluje produkci slin s antibakteriálním a trávicím účinkem a reflexně i dalších trávicích sekretů“ (Kohout et al. 2021, str. 371).

Velmi vhodnou speciální výživou formou sippingu před plánovaným chirurgickým zákrokem je přípravek od Nutricie PreOp, který se může až 2 hodiny před plánovanou operací vypít až 2 kusy o obsahu 200 ml. Je to izotonický sacharidový nápoj, který je určen při přípravě na chirurgický výkon. Tento druh sippingu se řadí mezi orgánově specifický sipping. (Saibertová a Kapounová, 2018). Sem také patří přípravek od Nutricie Cubitan o obsahu 200 ml, který je vhodný pro pacienty s chronickými ranami. Je to vysoce energetická tekutá výživa s vysokým obsahem bílkovin a argininu. Pro pacienty s onemocněním ledvin je vhodný například přípravek Nutrego Renal, který má snížený obsah bílkovin a soli a zpomaluje zhoršení funkce ledvin. Při onemocnění ledvin je dále vhodný například přípravek Fresubin Renal od Fresenius Kabi. Od této firmy je k dispozici i přípravek Fresubin Hepa, ten je pro změnu určen pro pacienty s akutním nebo chronickým selháváním jater. Tento přípravek je obohacen o aminokyseliny s rozvětveným řetězcem (BCAA) (Saibertová, 2018).

Pro onkologického pacienta je vhodná výživa od Nutricie Forticare, což je speciální imunomodulační výživa s omega-3 mastnými kyselinami, která zlepšuje funkci imunitního systému (Saibertová, 2018). V rozdělení sippingu dále najdeme vysoce energetický sipping,

který na rozdíl od základní řady má zvýšenou energetickou hodnotu Fresenius Kabi Fresubin 3,2 Kcal drink, který obsahuje při 125 ml 400 Kcal. Dále je k dispozici sipping obohacený vlákninou-Nestlé Resource 2,0 Fibre, Abbott Ensure plus Fiber. A sipping s vyšším obsahem bílkovin-oproti základní řadě obsahuje více bílkovin Nestlé Resource protein, Nutricia Nutridrink protein. Většina těchto balení je o objemu 200 ml-Nutricia Nutridrink, k dispozici je balení menšího objemu 125 ml-Nestlé Resource 2,5 compact ale také i většího objemu 300 ml-Nutricia Nutridrink Max, Nestlé Clinutren Renutryl Booster. Pro diabetiky jsou přípravky uzpůsobené, mají nižší obsah energie bílkovin Nestlé Resource Diabet plus, Abbott Glucerna SR. Další formou sippingu je bez tuku, podobný džusu, vhodný pro pacienty s onemocněním žlučníku nebo slinivky břišní Nutricia Nutridrink Juice style, Nestlé Resource Ultra Fruit. Pro pacienty s poruchou polykání je ideální krémová výživa, podobná pudinku, tato konzistence pacientům usnadňuje polykání. Případně je tato forma vhodná pro pacienty, kteří sipping konzumují dlouhodobě jako alternativu, aby nedošlo k přepití sippingem-Nestlé Resource Dessert complete, Nutricia Nutridrink Crème, Abbott Ensure Plus Crème (Saibertová, 2018).

Indikací pro enterální výživu formou sippingu je stav pacientů při malnutrici nebo jejím ohrožení. Jde také o stavy při zachované funkci trávicího traktu, ale pacient nechce nebo není schopen jíst a pít. Indikací je rovněž intraluminární nutrice střevní sliznice. Dalšími indikacemi jsou různé diagnózy a orgánová poškození (Charvát a Kvapil, 2006).

8.5. Kontraindikace a komplikace konzumace sippingu

Kontraindikace máme absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace patří perforace trávicího traktu, paralytický ileus, akutní peritonitida a mechanická obstrukce trávicího traktu. Do relativních kontraindikací řadíme neztížitelné zvracení, poruchy střevní pasáže a vysoké střevní píštěle. Tyto různé stavy jsou důvodem, pro odložení nebo přerušování enterální výživy. Také nespolupracující pacient je řazen mezi relativní kontraindikace (Svačina, 2008). Komplikací enterální výživy je riziko aspirace, někdy to může být intolerance-průjem (Charvát a Kvapil, 2006). Nežádoucí účinky nebývají časté, ale občas se mohou projevit okolo zažívacího traktu, a to pouze po přechodnou dobu. Kdy pomůže od těchto obtíží na krátkou dobu vynechat a zkusit přípravek buď jiného složení, nebo jiné příchutě, anebo změnou obojího. Někteří pacienti trpí po sippingu nadýmáním (Urbaníková, praktické lékařství, 2014 10(2) 78-91).

U dlouhodobě hladovějících se po zahájení enterální výživy mohou vyskytnout komplikace v podobě refeeding syndromu, overfeeding syndromu nebo syndromu enterální výživy. Refeeding syndrom je vznik metabolických abnormalit v důsledku příjmu většího množství glukózy v době obnoveného příjmu potravy. Overfeeding syndrom je metabolická komplikace z důvodu předávkování živinami. Například u předávkování bílkovinami může hrozit pokles glomerulární filtrace ledvin, zvýšená hladina kreatininu, fosfátů, hypertonická dehydratace, metabolická acidóza až encefalopatie. U nadměrného příjmu glukózy hrozí

hyperglykémie, dehydratace a demineralizace až po steatózu jater. Syndrom enterální výživy se projevuje po několika týdnech, zvláště u seniorů, kdy dochází k dehydrataci, protože přijímají pouze enterální výživu bez tekutin. Projevuje se spavostí, dezorientací a progresí svalové slabosti (Saibertová, 2018).

8.6. Zakomponování sippingu do pokrmu

Sippingem lze v domácím prostředí obohatit pokrmy o energii, proteiny. Toto obohacení lze nazvat též fortifikací. Může pomoci zvláště tam, kde pacient nechce popíjet samotný sipping, tím že se přidá sipping do stravy, zvýší se energetická hodnota potřebná ke zlepšení celkového nutričního stavu pacienta. Energetickou hodnotou potravin jsou živiny-tuky, sacharidy a bílkoviny. Ale i polyoly, etanol a vláknina tvoří energetickou hodnotu. Nulovou energetickou hodnotou jsou voda, vitamíny, minerální látky a kofein. Přidáním sippingu do těchto surovin se zvýší energetická hodnota (Saibertová, 2019).

Sipping se doporučuje každému, kdo nemá dostatečný příjem stravy nebo jim poklesla hmotnost. A klasickou stravou se nedaří zajistit dostatek živin a energie. Konzumace sippingu bývá dlouhodobou záležitostí. V nabídce je sice spousta druhů, objemů a příchutí, ale aby nedošlo k přepití, je k dispozici několik různých možností, jak klasickou stravu obohatit pomocí sippingu. (Růžičková, 2023).

Snahou o zakomponování sippingu do pokrmu je docílit vyššího množství energie a bílkovin v poměrně malém množství jídla. Pokrmy jsou rychlé, ale hlavně mají vysokou energetickou a biologickou hodnotu a příjemnou chuť (Pavličková).

Praktická část

V praktické části bakalářské práce bylo dotazníkovým šetřením zjištěny odpovědi na cíle a hypotézy. Dotazníkové šetření probíhalo na určitých odděleních VFN.

9. Stanovení cílů a hypotéz

9.1. Cíle

Úkolem praktické části této bakalářské práce bylo zjistit odpovědi na tyto cíle

Cíl č.1: Zjistit, jestli jsou pacienti správně edukováni, než začnou užívat sipping.

Cíl č.2: Zjistit, zda se zvýší ochota pacientů užívat sipping, kdyby měli možnost vybrat si z více příchutí a značek.

Cíl č.3: Zjistit jaké příchutě tolerují pacienti nejlépe.

9.2. Hypotézy

V této bakalářské práci bylo stanoveno několik hypotéz

Hypotéza č.1: Chybně nebo vůbec edukovaní pacienti se užívání sippingu vyhýbají, odmítají ho, z důvodu předchozí špatné zkušenosti s jeho konzumací a následnými zažívacími obtížemi.

Hypotéza č.2: Muži odmítají konzumaci sippingu častěji než ženy. Protože, mužům sladká chuť sippingu nevyhovuje, mají raději příchutě slané. Ale ženy mají právě raději chuť sladké.

Hypotéza č.3: Dalším důvodem pro odmítání sippingu, může být ten, že pacienti nemají možnost si vybrat svou oblíbenou příchut' nebo značku.

Hypotéza č.4: Nejoblíbenější příchutí je vanilka a káva.

10. Metodika práce

Práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu. Výzkum probíhal dotazníkovým šetřením. Dotazníky byly tištěnou formou rozdány pacientům na lůžkových odděleních VFN, a to na klinice geriatricke a interní medicíny, urologické klinice, 4. interní klinice, 1. chirurgické klinice a 2. chirurgické klinice. Celkem se šetření zúčastnilo 80 pacientů, kteří vyplnili dotazník, ale 7 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplně vyplněných dotazníků nebo byly zaškrtnuty i dvě odpovědi. Všechny otázky v dotazníku byly uzavřené, dohromady bylo 18 otázek. První 4 otázky jsou zaměřeny na informace o respondentovi. Tyto otázky se týkají pohlaví, věku, kuřáctví a nejvyššího dosaženého vzdělání. Následujících 14 otázek je již zaměřeno na sipping. Samotné dotazníkové šetření probíhalo v období od 4. 11. 2024 do 13. 12. 2024. Dotazníky byly zpracovány a analyzovány. Výsledná data jsou prezentována ve formě tabulek a grafů. V tabulkách jsou uvedeny relativní i absolutní hodnoty.

11. Výsledky

V této kapitole se prezentují výsledky otázek v grafech a tabulkách.

Otázka č.1

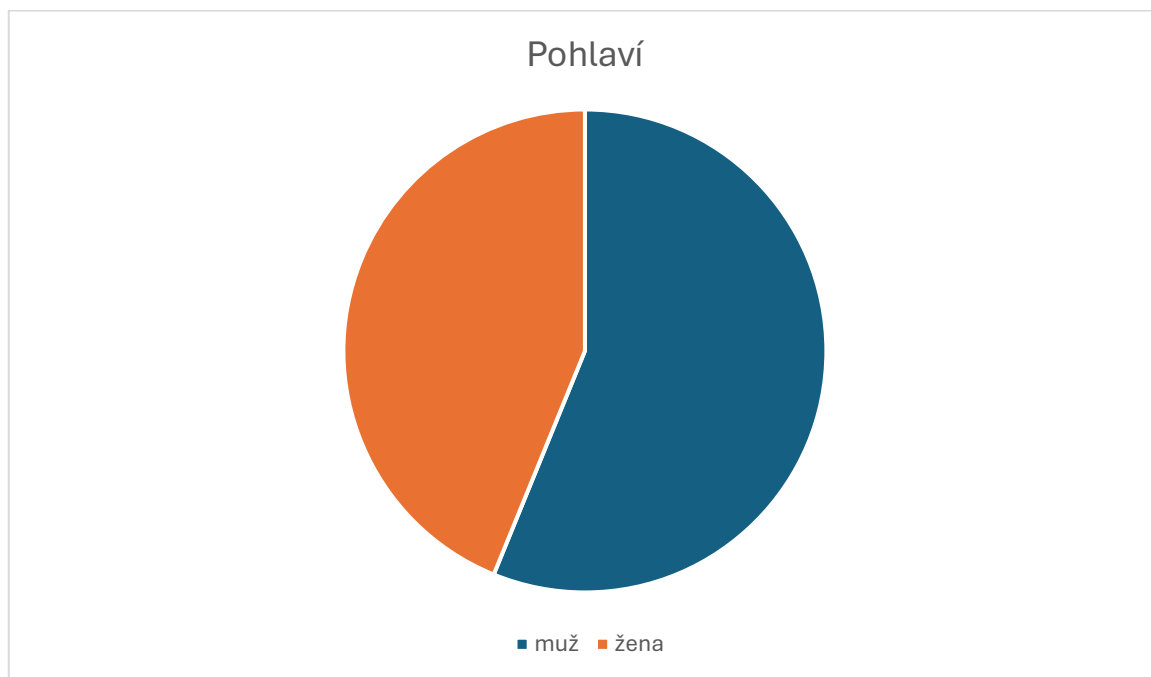
Pohlaví

Dotazník vyplnilo celkem 73 osob na pěti různých odděleních, dotazník vyplnilo 32 žen a 41 mužů.

Tabulka č.1

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	32	43,8 %
Muž	41	56,2 %

Graf č.1



Otázka č.2

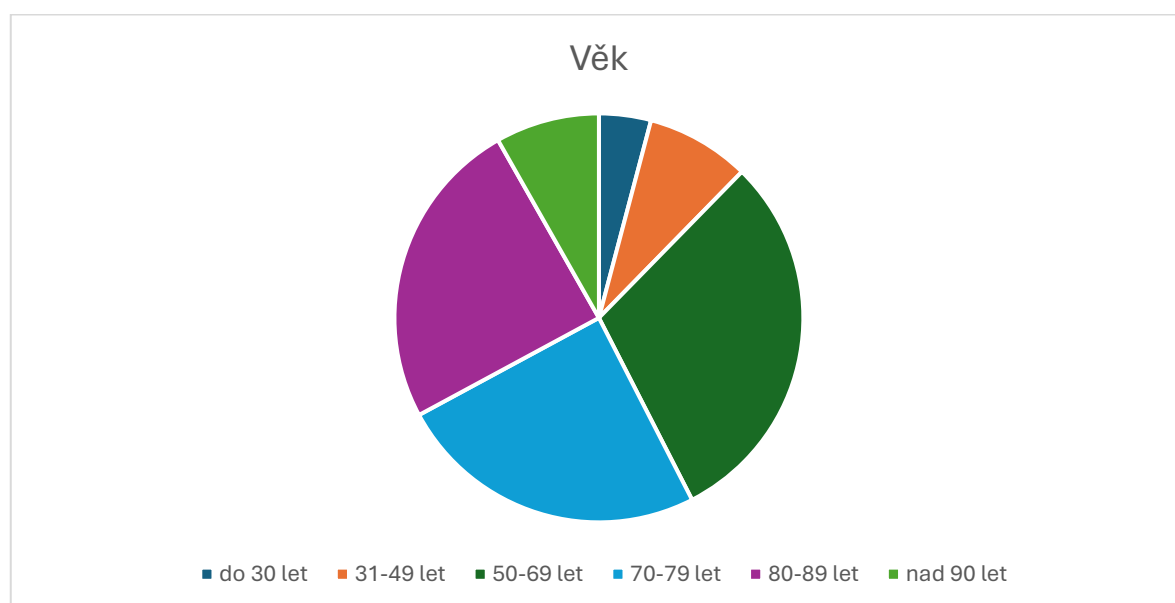
Věk

V dotazníku bylo 6 věkových skupin, do kterých se pacienti zařadili podle svého věku. Skupinu věku do třiceti let zaškrtnly 3 osoby, věk 31-49 zaškrtnlo 6 osob. Do skupiny 50-69 let se zapsalo 22 osob, do 70-79 let 18 osob. Věk 80-89 let zapsalo 18 osob a do skupiny osob nad 90 let se zapsalo 6 osob.

Tabulka č.2

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 30 let	3	4,1 %
31-49 let	6	8,2 %
50-69 let	22	30,1 %
70-79 let	18	24,7 %
80-89 let	18	24,7 %
Nad 90 let	6	8,2 %

Graf č.2



Otázka č.3

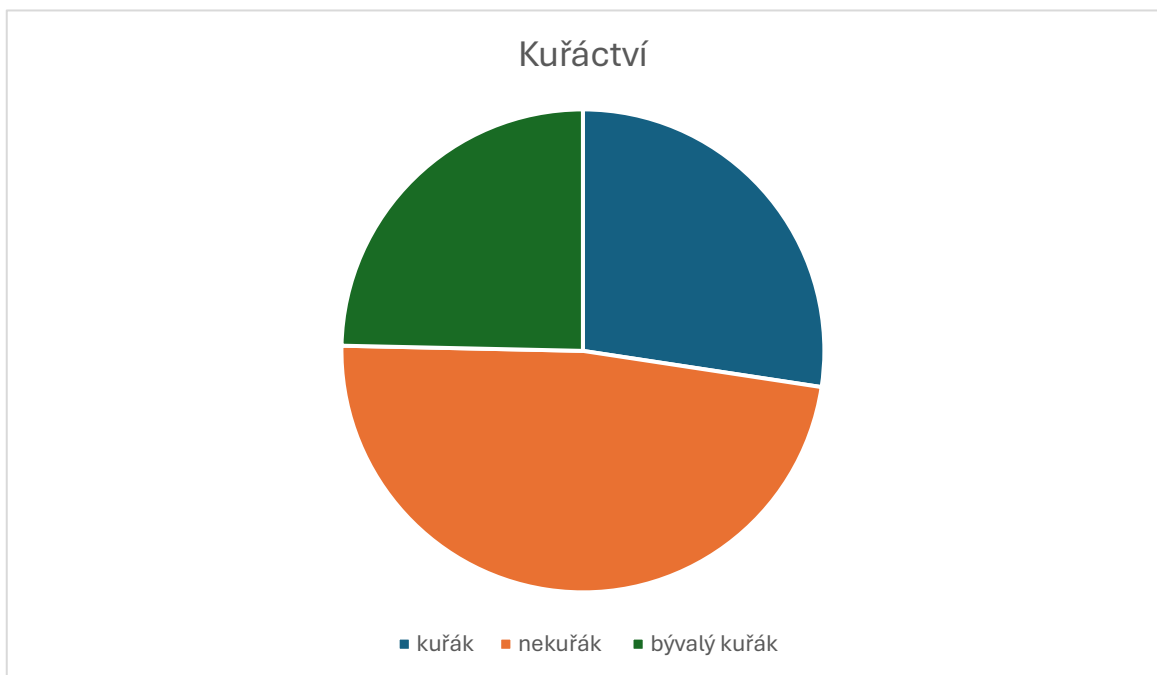
Jste kuřák?

Na tuto otázku odpovědělo 20 osob, že kouří. Dalších 35 osob uvedlo, že jsou nekuřáci, a dalších 18 osob tvrdilo, že jsou bývalými kuřáky.

Tabulka č.3

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kuřáci	20	27,4 %
Nekuřáci	35	24,7 %
Bývalí kuřáci	18	47,9 %

Graf č.3



Otázka č.4

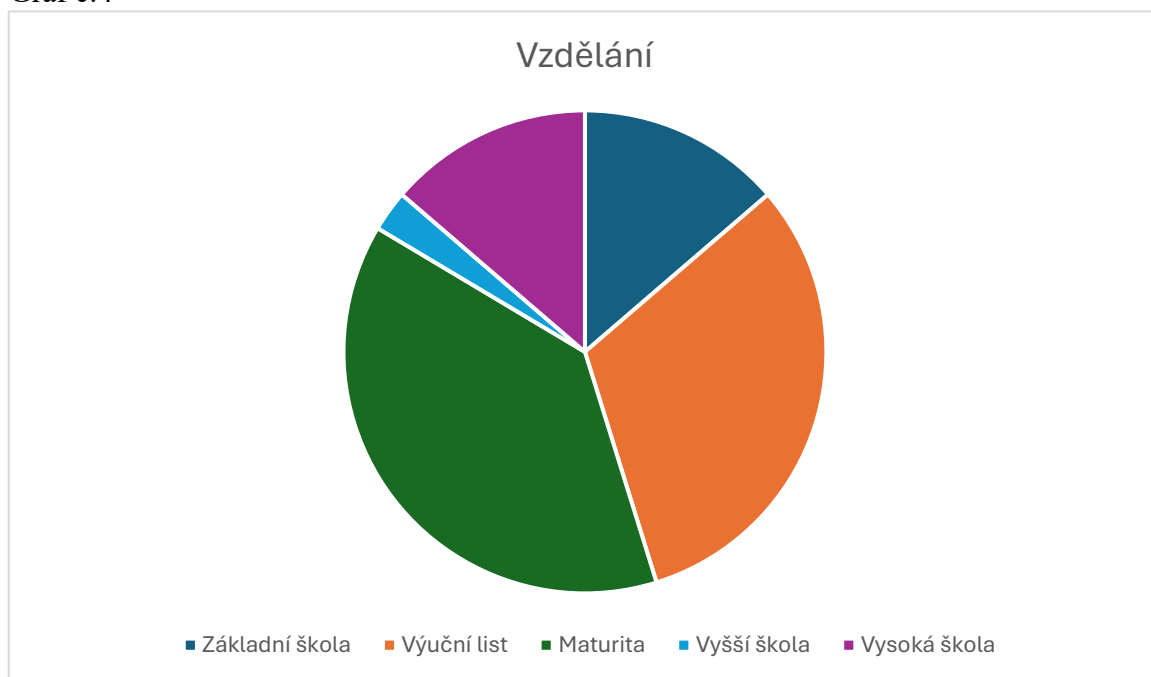
Nejvyšší dosažené vzdělání

Další otázka se zabývá nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů. Základní školu jako nejvyšší dosažené vzdělání zaškrtnulo 10 osob, 23 osob zaškrtnulo možnost střední školy s výučním listem a střední školu s maturitou vystudovalo 28 osob. Možnost vysoké školy s titulem Bc. anebo vyšší školy s Dis. zaškrtnuly pouze 2 osoby. 10 osob uvedlo, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je vysoká škola s titulem Mgr. Ing. anebo Ph.D.

Tabulka č.4

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní škola	10	13,7 %
Výuční list	23	31,5 %
Maturita	28	38,4 %
Titul Bc. nebo Dis.	2	2,7 %
Titul Mgr. Ing. nebo Ph.D.	10	13,7 %

Graf č.4



Otázka č.5

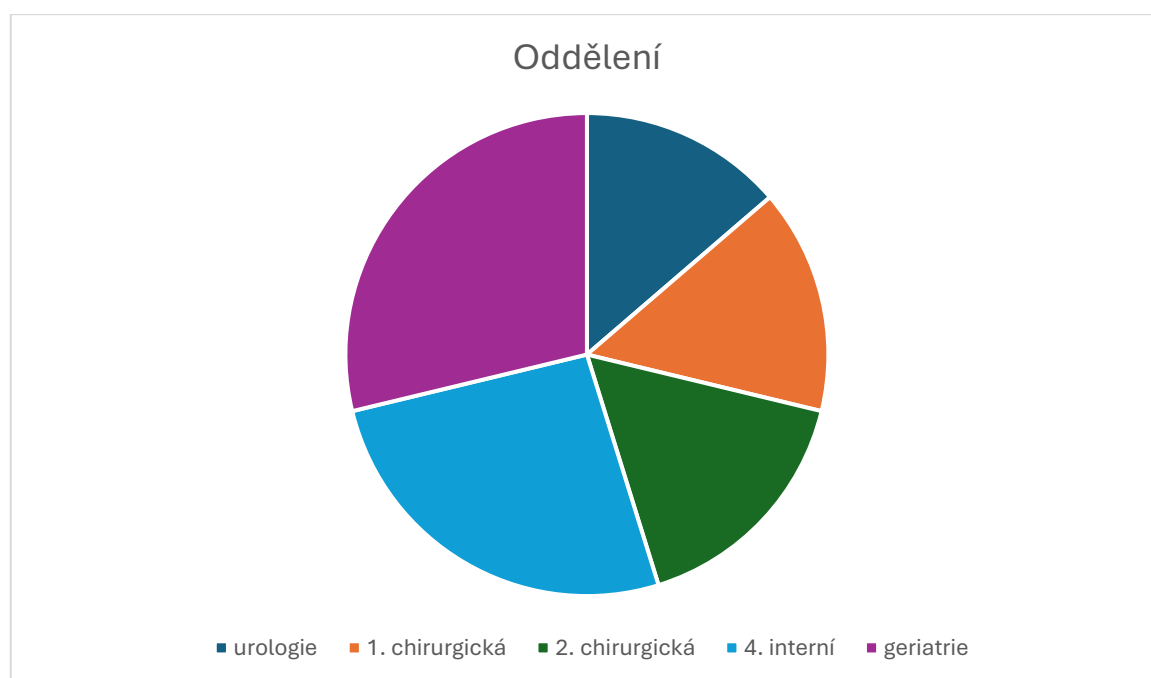
Na jakém oddělení v současné chvíli pobýváte?

Dotazníkové šetření bylo provedeno ve VFN na oddělení kliniky geriatry a interní medicíny kde bylo vyplněno 21 dotazníků, na urologické klinice 10 dotazníků a 19 dotazníků bylo z 4. interní kliniky. Dále bylo z 1. chirurgické kliniky vráceno 11 vyplněných dotazníků a z 2. chirurgické kliniky bylo 12 vyplněných dotazníků.

Tabulka č.5

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Urologická klinika	10	13,7 %
Klinika geriatry	21	28,8 %
4. interní klinika	19	26,0 %
1.chirurgická klinika	11	15,0 %
2.chirurgická klinika	12	16,4 %

Graf č.5



Otázka č.6

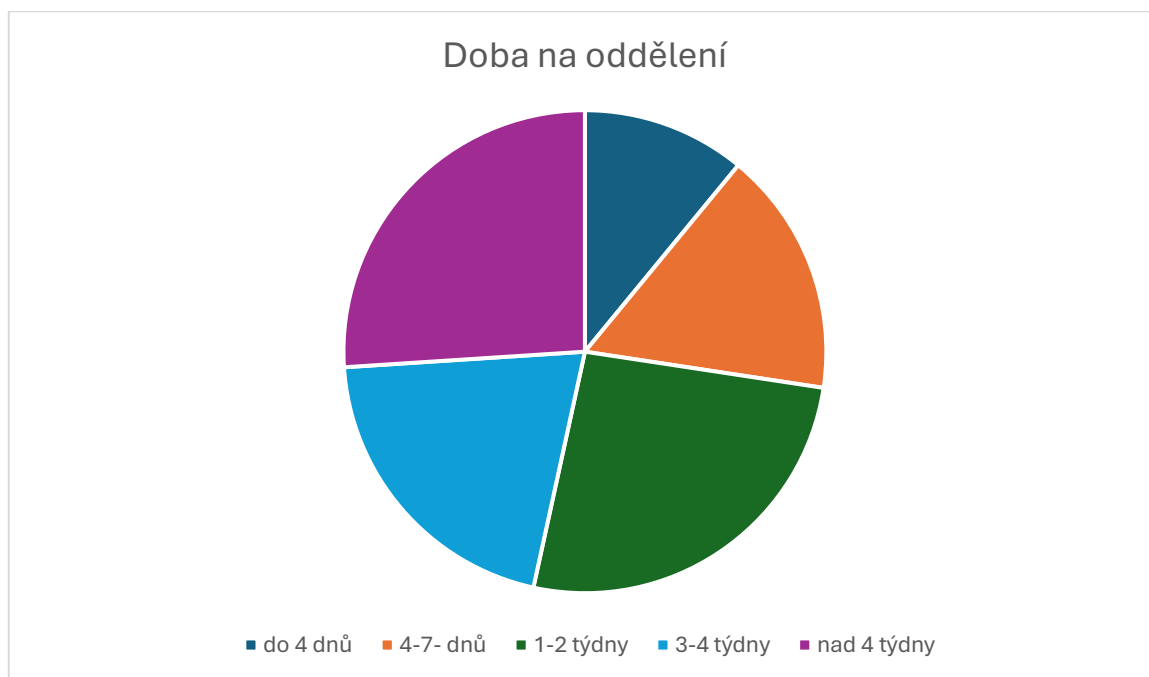
Jak dlouho na tomto oddělení pobýváte?

Na tuto otázku byly odpovědi rozděleny na pět časových úseků, do kterých se pacienti zapsali. První možností bylo 1-4 dny, které z celkového počtu 73 pacientů zapsalo 8 pacientů. Do 4 až 7 dnů se zapsalo 12 pacientů, časový úsek 1-2 týdny uvedlo 19 pacientů. 3-4 týdny má zapsáno 15 pacientů a 19 pacientů pobývá na oddělení déle než 4 týdny.

Tabulka č.6

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 4 dnů	8	11,0 %
4-7 dnů	12	16,4 %
1-2 týdny	19	26,0 %
3-4 týdny	15	20,6 %
Déle než 4 týdny	19	26,0 %

Graf č.6



Otázka č.7

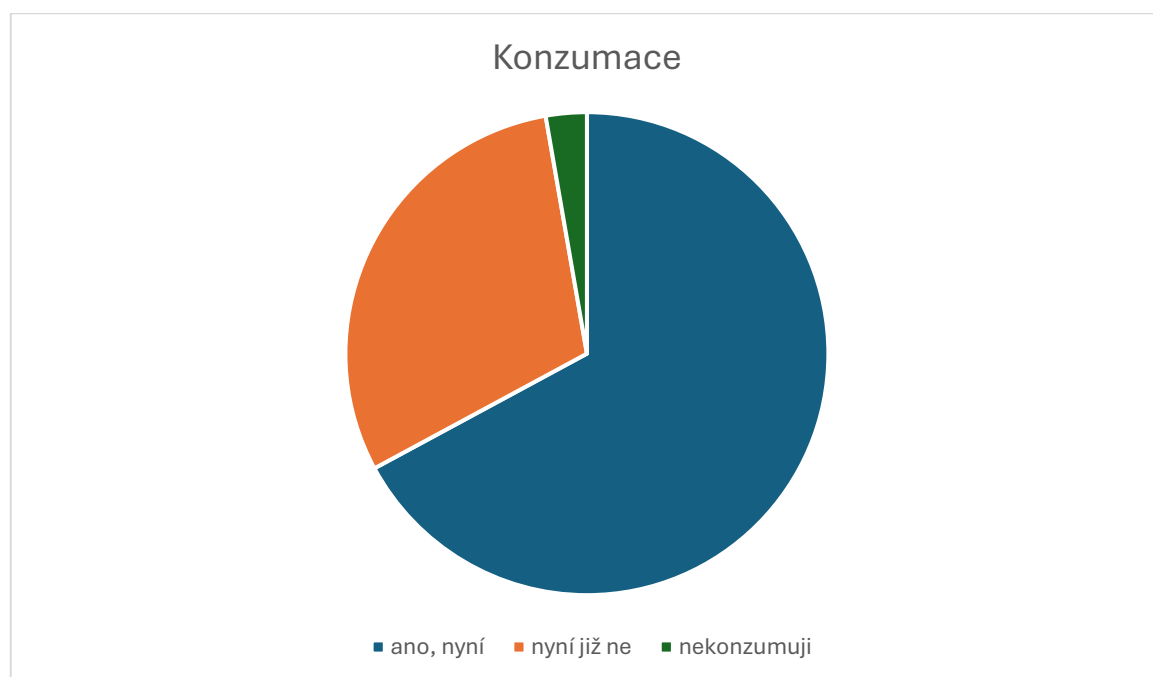
Konzumovala jste nebo konzumujete nyní sipping?

Odpověď "ano, konzumuji nyní" zaškrtnla většina pacientů, tedy 49. K odpovědi "ano, konzumoval/a jsem nyní již ne" se hlásilo 22 pacientů, a pouze 2 pacienti uvedli "ne, nekonzumuji". Oba ho zkusili, jeden ho odmítl, druhý měl po něm obtíže, ale chutnal mu.

Tabulka č.7

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Konzumuji nyní	49	67,1 %
Nyní již ne	22	30,2 %
nekonzumuji	2	2,7 %

Graf č.7



Otázka č.8

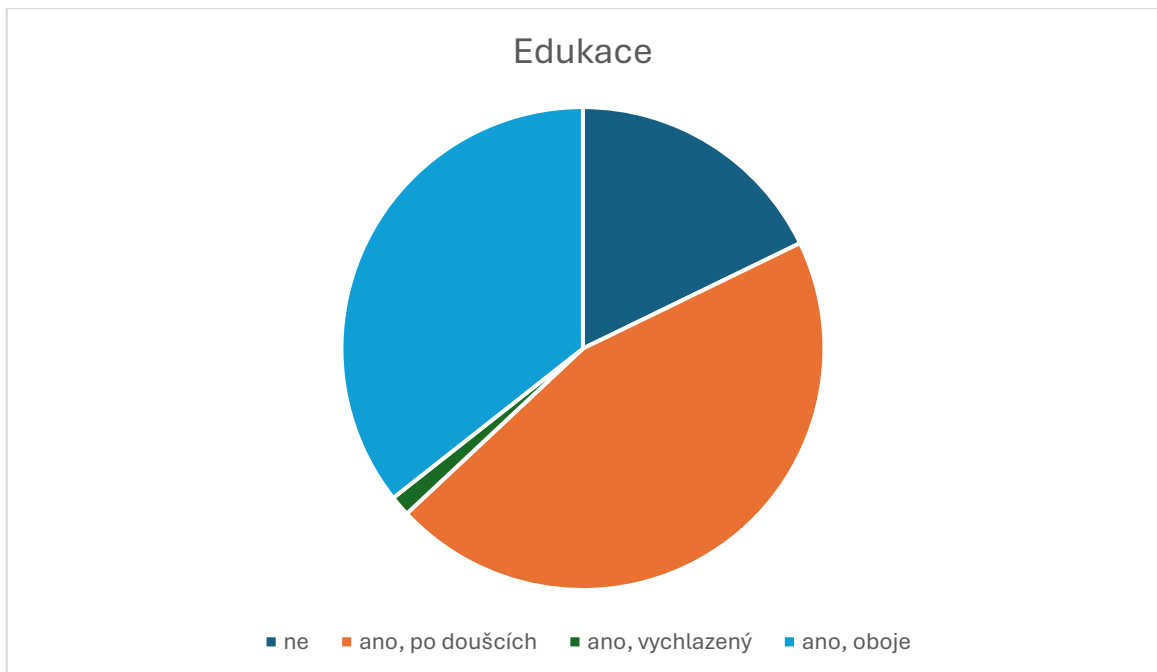
Bylo Vám při první konzumaci sděleno, jak sipping správně konzumovat?

Pacientů, kteří nebyli edukováni, je 13. Ostatní pacienti udávají, že jim byly poskytnuty základní informace, a to, že mají pít pomalu po doušcích, 33 pacientů. 1 pacient se dověděl, že má pít vychlazený, a 26 pacientů se dovědělo obě informace.

Tabulka č.8

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	13	17,8 %
Ano, po doušcích	33	45,2 %
Ano, vychlazený	1	1,4 %
Ano, oboje	26	35,6 %

Graf č.8



Otázka č.9

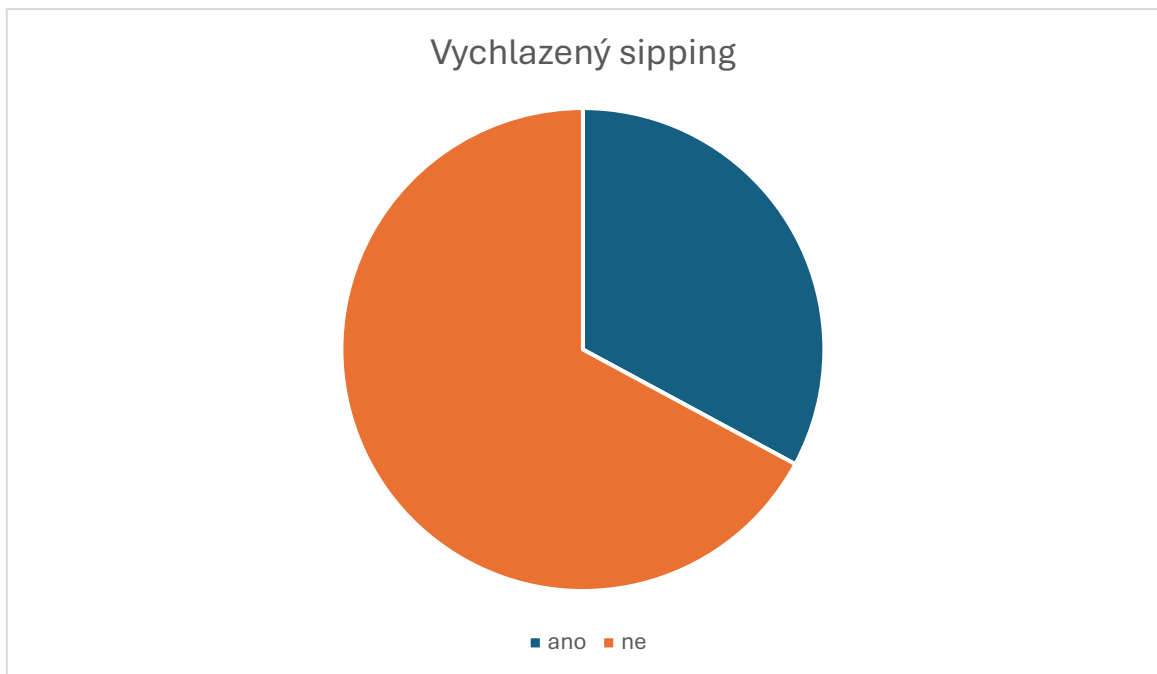
Nosí Vám sipping vychlazený?

Na tento dotaz kladně odpovědělo 24 pacientů a záporně 49 pacientů.

Tabulka č.9

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	32,8 %
Ne	49	67,2 %

Graf č.9



Otázka č.10

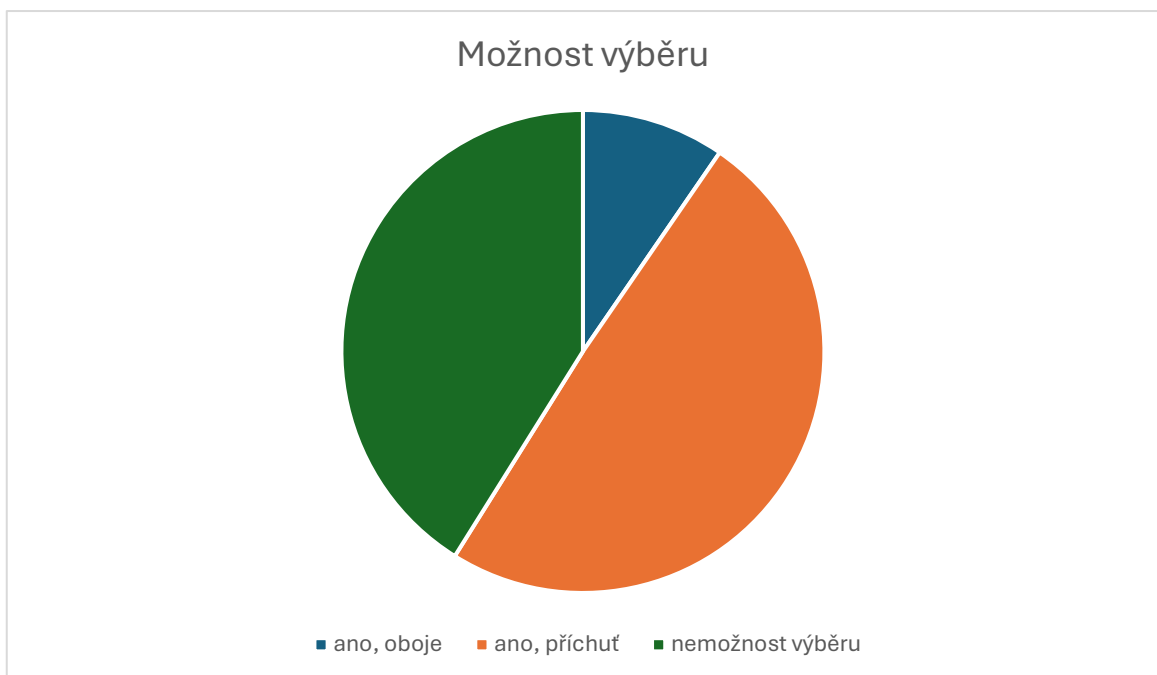
Máte možnost výběru příchutě a značky?

Možnost vybrat si značku i příchut' potvrzuje pouze 7 pacientů, vybrat si pouze příchut' má možnost většina tedy 36 pacientů. Ale 30 pacientů udává, že neměli možnost výběru ani značky, ani příchutě.

Tabulka č.10

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výběr příchutě i značky	7	9,6 %
Výběr příchutě	36	49,3 %
Nemožnost výběru	30	41,1 %

Graf č.10



Otázka č.11

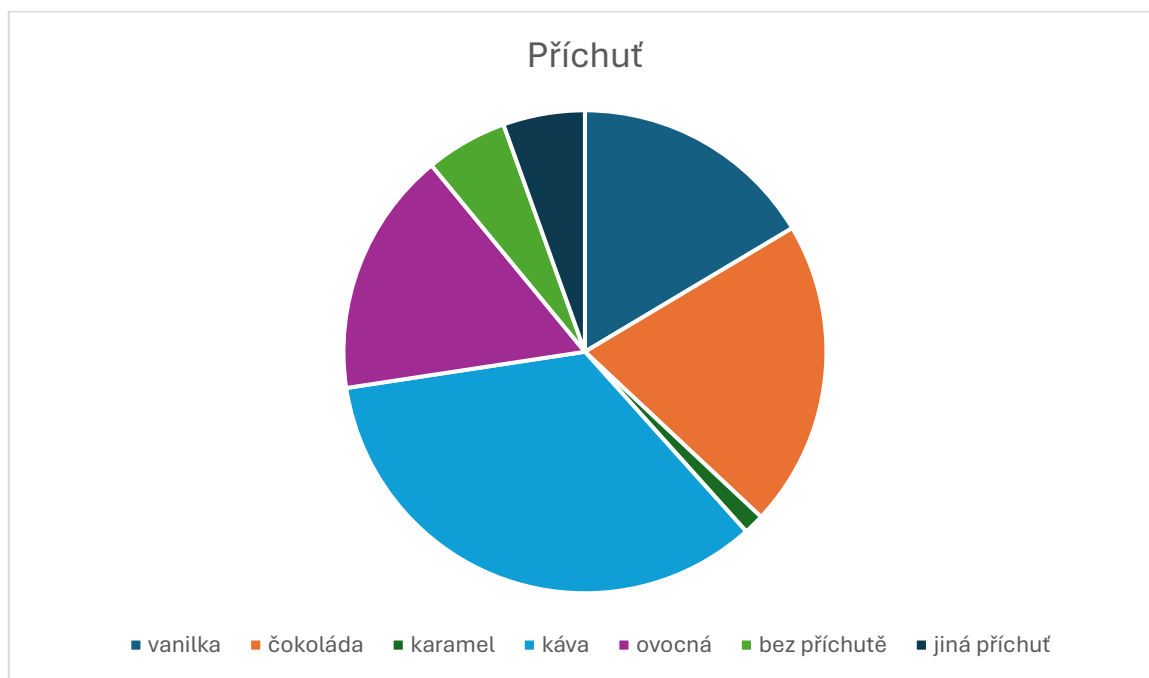
Jaká příchut' Vám nejvíce chutná?

Na výběr měli pacienti ze sedmi možností. Vanilku označilo 12 pacientů, čokoládu 15 pacientů, karamel označil pouze 1 pacient. Nejčastěji pacienti uváděli, že jim chutná kávová příchut', tuto možnost vybralo 25 pacientů. Ovocnou příchut' označilo 12 pacientů, bez příchutě má raději 4 pacienti, a také 4 pacienti si vybrali možnost jiné příchutě.

Tabulka č.11

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vanilka	12	16,4 %
Čokoláda	15	20,6 %
Karamel	1	1,4 %
Káva	25	34,2 %
Ovocná	12	16,4 %
Bez příchuti	4	5,5 %
Jiné příchutě	4	5,5 %

Graf č.11



Otázka č.12

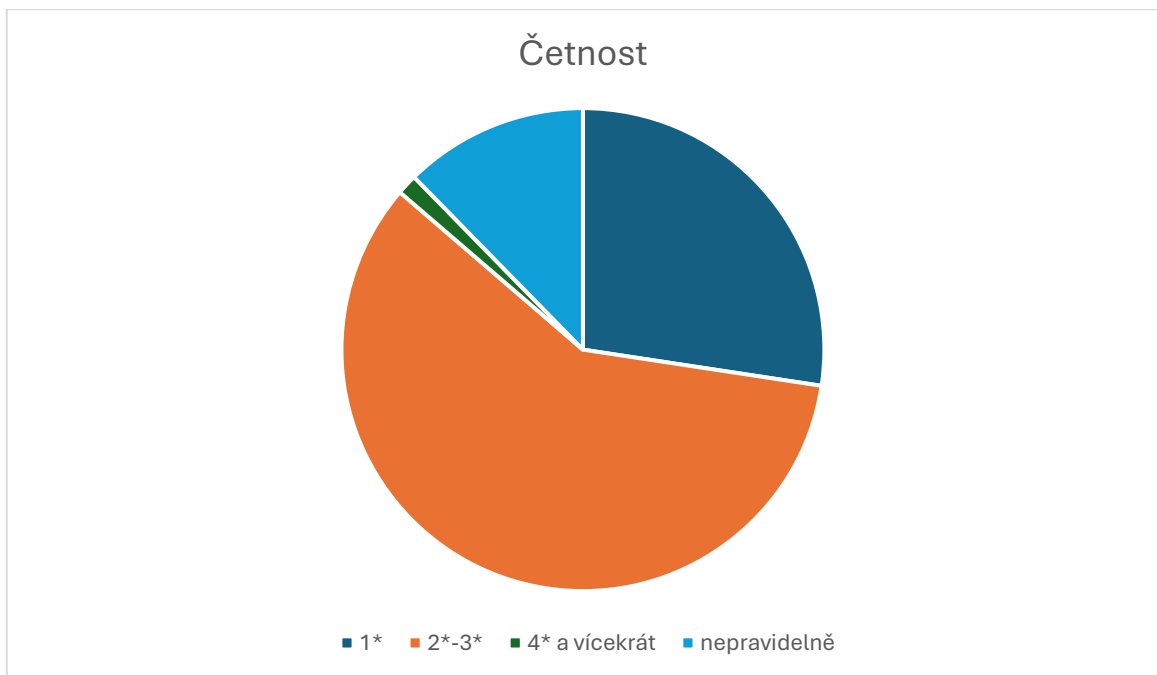
Jak často Vám podávají sipping?

Jednou denně dostává sipping 20 pacientů, 43 pacientům je podáván 2krát až 3krát denně. Jeden pacient dostává ke konzumaci sipping 4 a vícekrát denně, zbylým 9 pacientům je podáván v nepravidelných intervalech.

Tabulka č.12

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1*	20	27,4 %
2*-3*	43	58,9 %
4* a více	1	1,4 %
Nepravidelně	9	12,3 %

Graf č.12



Otázka č.13

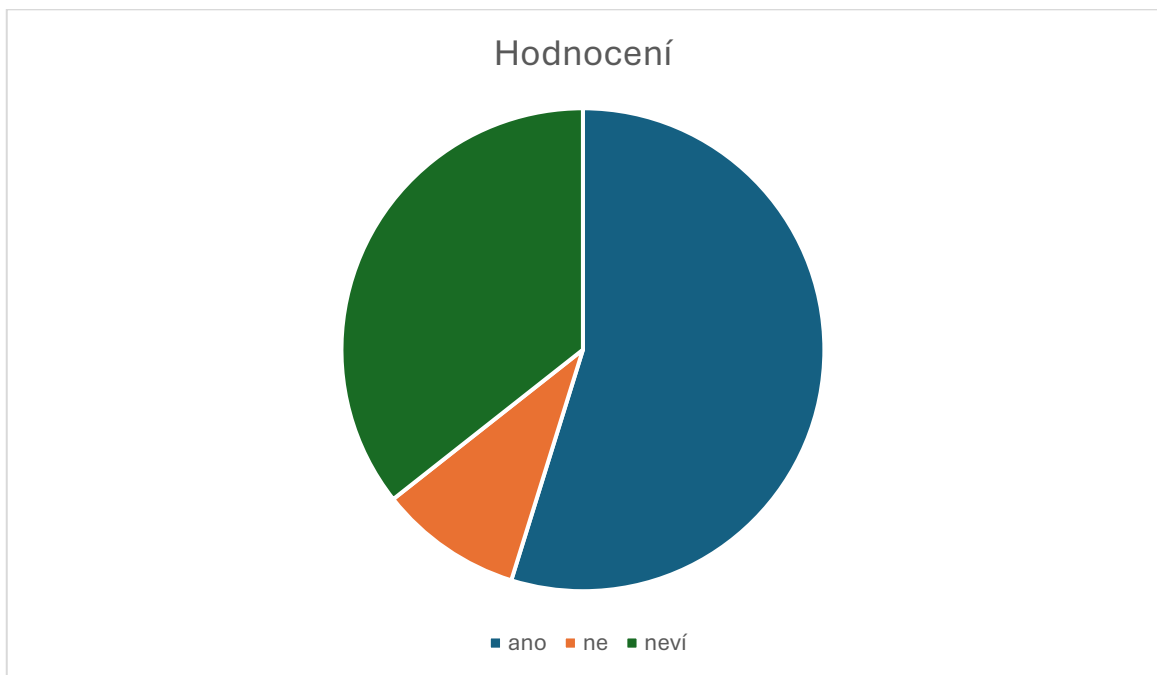
Hodnotíte užívání sippingu kladně?

Kladně hodnotí užívání sippingu 40 pacientů, záporně pouze 7 pacientů a nerozhodných je 26 pacientů.

Tabulka č.13

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	54,8 %
Ne	7	9,6 %
Nevím	26	35,6 %

Graf č.13



Otázka č.14

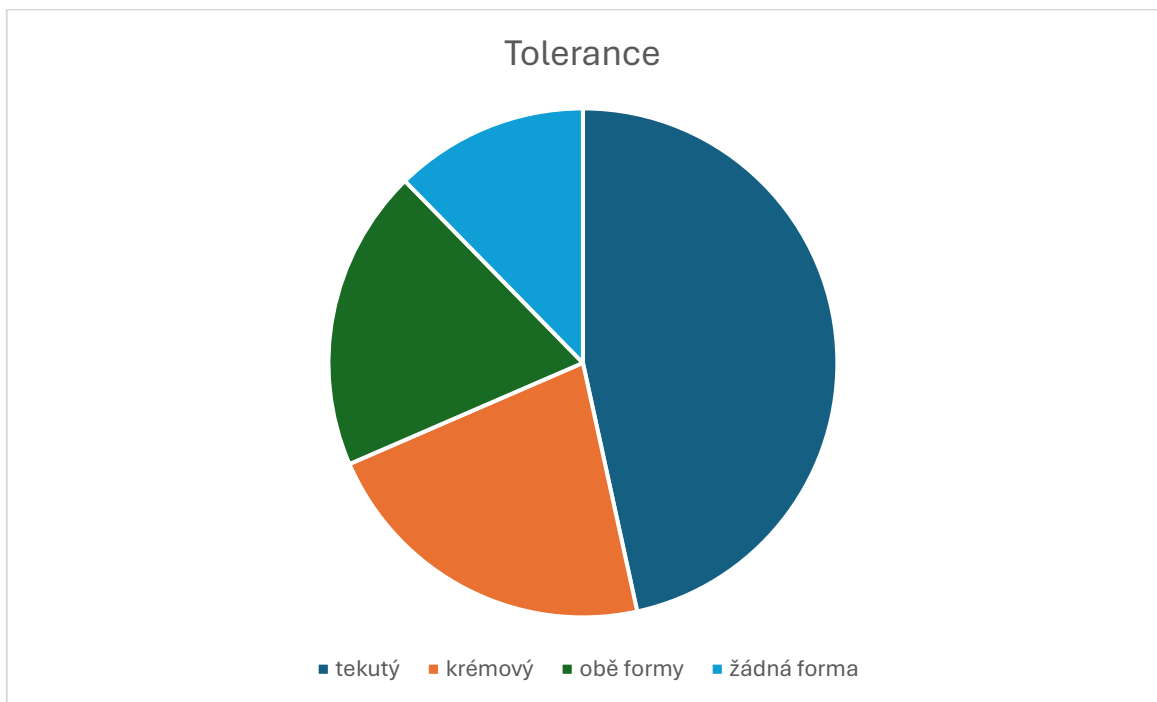
Tolerujete lépe tekutý sipping nebo krém?

Tekutý sipping má raději 34 pacientů, krémovou formu upřednostňuje 16 pacientů, 14 pacientů toleruje obě formy konzistence a 9 pacientům nevyhovuje ani jedna z forem.

Tabulka č.14

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tekutý sipping	34	46,6 %
Krémová forma	16	21,9 %
Obě varianty	14	19,2 %
Žádná varianta	9	12,3 %

Graf č.14



Otázka č.15

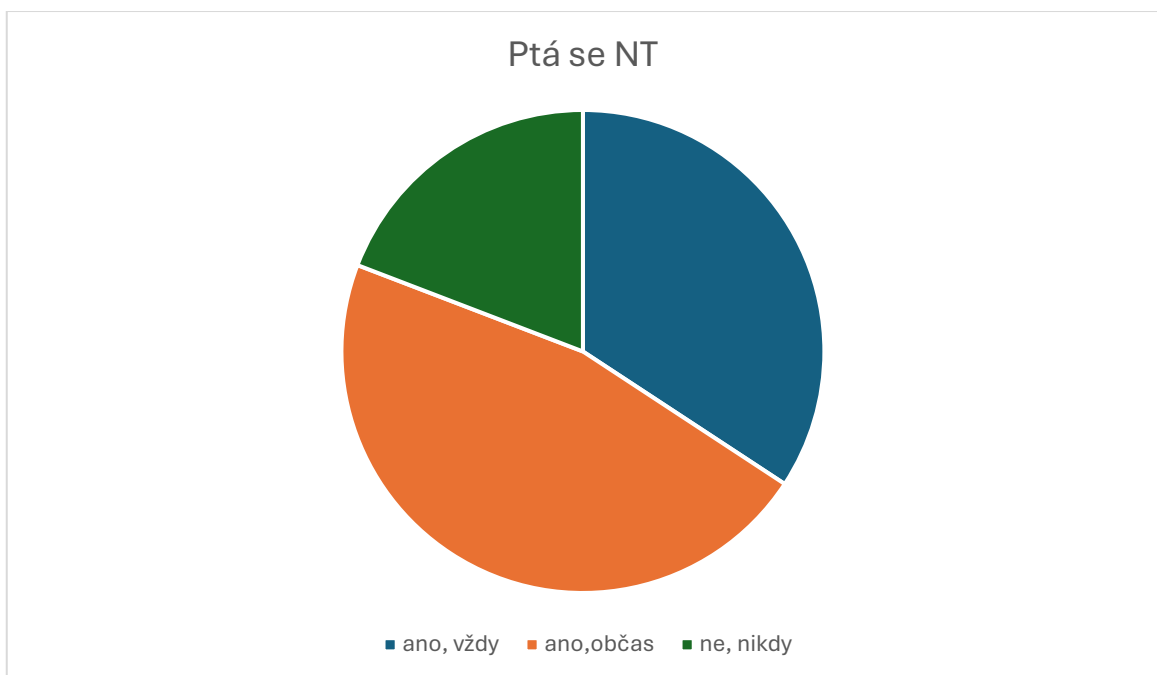
Ptala nebo ptá se Vás nutriční terapeutka nebo sestřička, jak se po konzumaci cítíte?

Na tento dotaz odpověděla většina pacientů kladně, konkrétně 25 pacientů se ptá pokaždé a 34 pacientů se ptá občas. Pouze 14 pacientů z celkového počtu 73 udává, že se jich nikdy nezeptali.

Tabulka č.15

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	25	34,2 %
Ano, občas	34	46,6 %
Ne, nikdy	14	19,2 %

Graf č.15



Otázka č.16

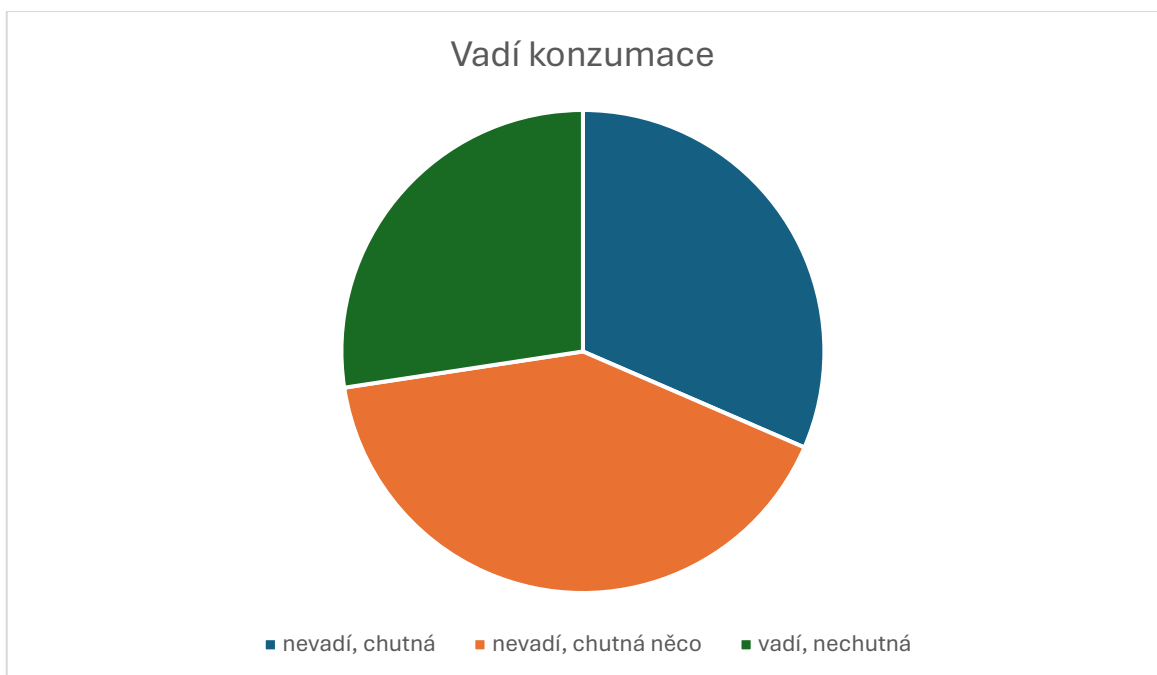
Vadí Vám osobně konzumace sippingu?

K odpovědi nevadí, chutnají mi skoro všechny příchutě, se hlásilo 23 pacientů. 30 pacientů udávalo, že jim to nevadí, ale chutnají jim jen určité příchutě, a zbylým 20 pacientům konzumace vadí, nechutná jim, ale ví, že je pro jejich výživu důležitá.

Tabulka č.16

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevadí, chutná vše	23	31,5 %
Nevadí, některé nechutná	30	41,1 %
Vadí, nechutná	20	27,4 %

Graf č.16



Otázka č.17

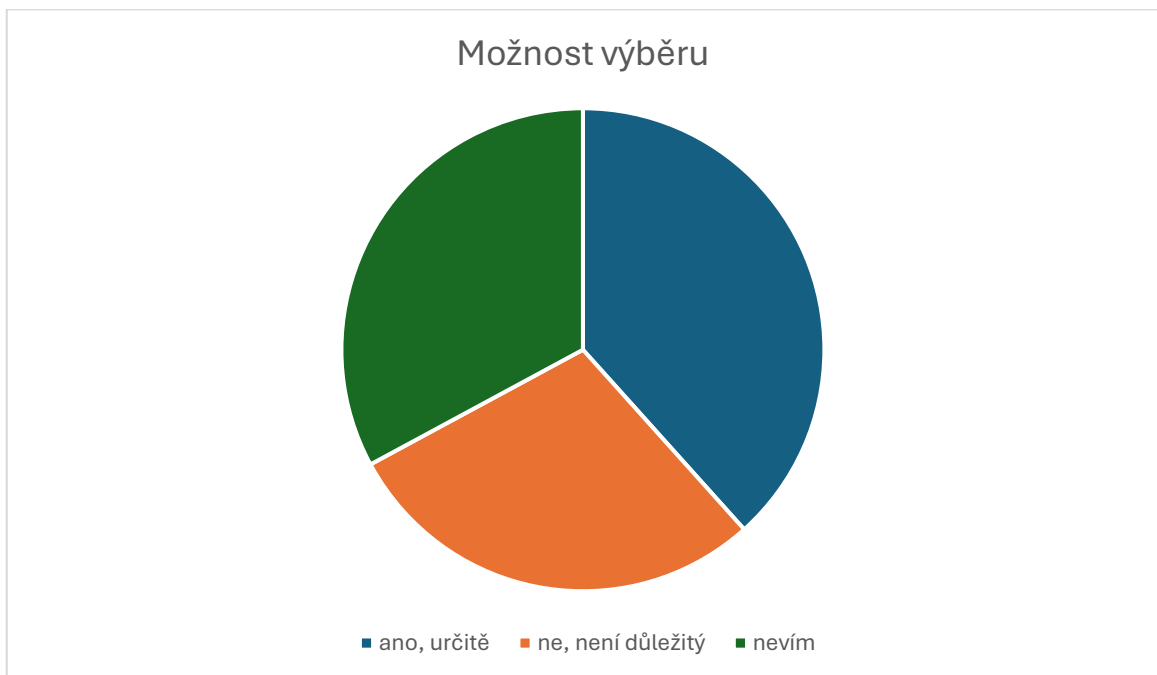
Konzumoval/a byste sipping raději, kdybyste měl/a možnost výběru?

28 pacientů by uvítalo možnost výběru, 21 pacientů by možnost výběru neovlivnila, výběr není pro ně důležitý, a 24 pacientů neví.

Tabulka č.17

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, určitě	28	38,3 %
Ne, není důležitý	21	28,8 %
Nevím	24	32,9 %

Graf č.17



Otázka č.18

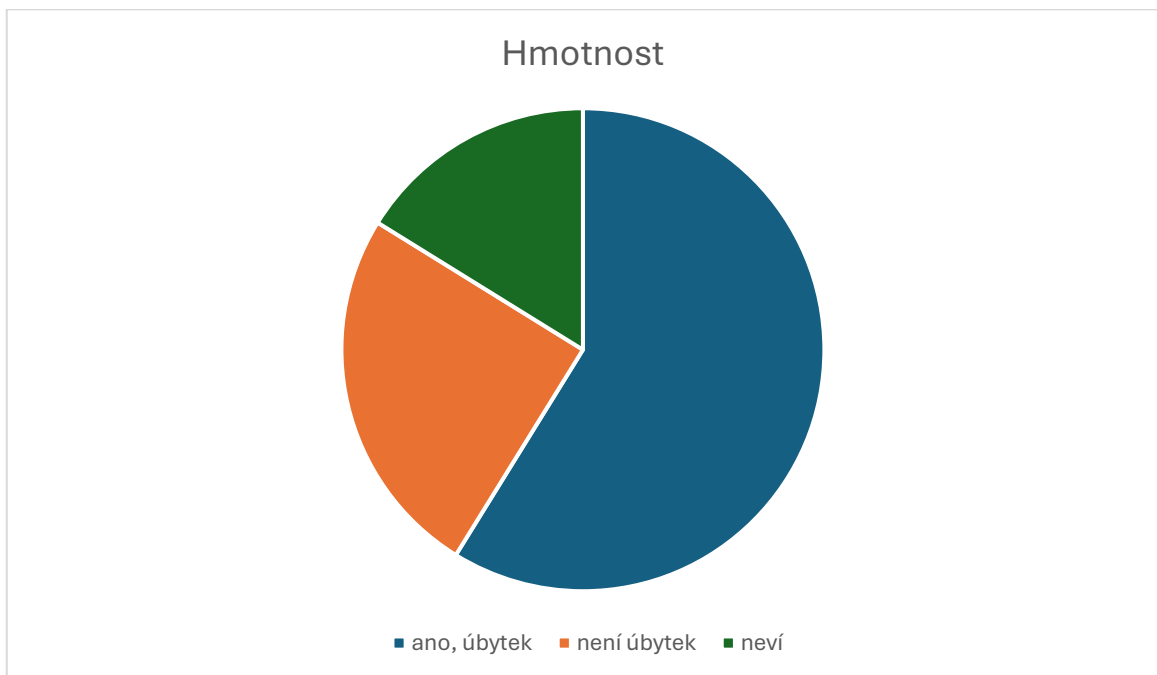
Měl/a jste za poslední 3 měsíce nechtěný úbytek hmotnosti o 3 a více kilo?

Nechtěný úbytek hmotnosti potvrdila většina pacientů, tedy 43. Svou váhu si udrželo 17 pacientů a 11 pacientů o své váze nemá přehled.

Tabulka č.18

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	61,6 %
Ne	17	23,3 %
Nevím	11	15,1 %

Graf č.18



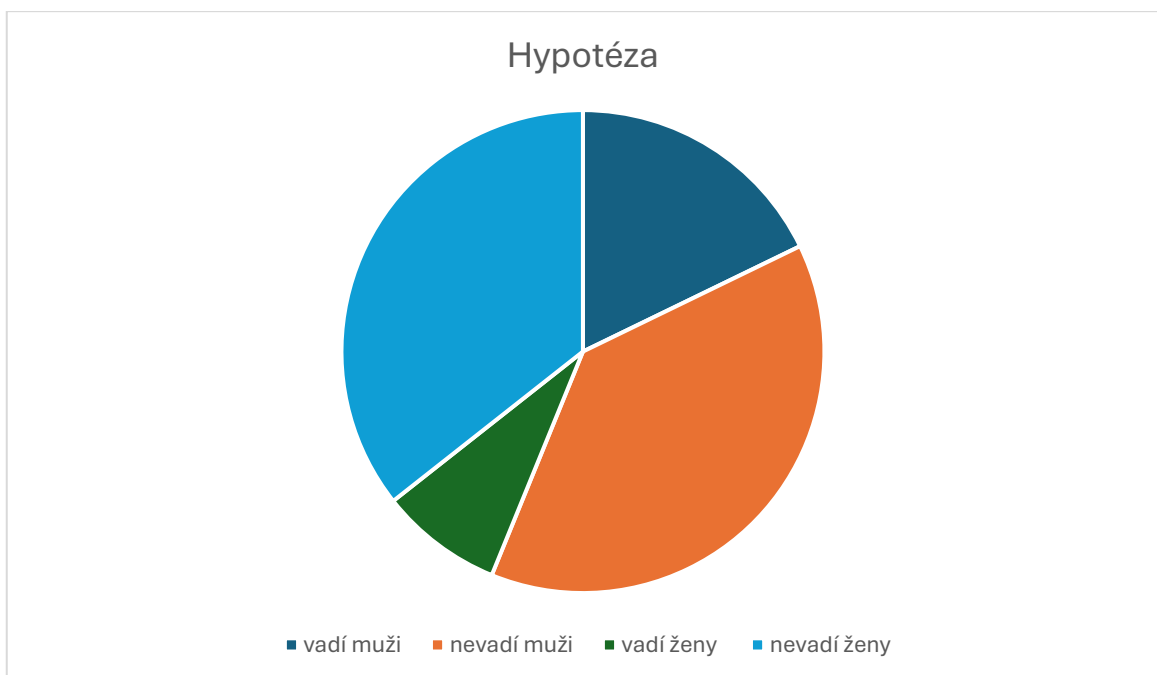
Hypotéza: muži odmítají konzumaci sippingu častěji než ženy. Mužům sladká chuť sippingu nevyhovuje, mají raději příchutě slané, zatímco ženy preferují příchutě sladké.

Dle odpovědi na otázku č. 1 se šetření zúčastnilo 32 žen a 41 mužů. Z odpovědi na tuto hypotézu vyplývá, že 13 mužům vadí konzumace sippingu, 28 mužům konzumace nevadí a chutnají jim všechny příchutě nebo jen některé. Ženám konzumace vadí pouze u 6 žen z 32, ostatním 26 ženám konzumace nevadí vůbec nebo s výhradou k určité příchuti.

Tabulka č.19

	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Vadí	13	31,7 %	6	18,75 %
Nevadí	28	68,3 %	26	81,25 %

Graf č.19



12. Diskuse

Tato práce byla zaměřena na šetření, zda mají pacienti před první konzumací patřičnou edukaci, jak sipping správně konzumovat, aby nedocházelo k odmítání jeho konzumace vlivem nesprávné konzumace a následných zažívacích obtíží. Proto bylo stanoveno několik cílů a hypotéz. Primárním cílem bylo zjistit, jestli jsou pacienti vhodně edukováni před tím, než začnou s konzumací sippingu. Dalšími cíli bylo zjistit, jaké jsou oblíbené příchutě, a zda se zvýší ochota konzumace sippingu, kdyby měli pacienti možnost výběru. Na tyto cíle navazují hypotézy, na které je tímto šetřením snaha najít potvrzující nebo vyvracející odpovědi. Hypotézou je, že chybně edukovaní pacienti odmítají sipping z důvodu předchozí nepříjemné zkušenosti s jeho konzumací. Dalšími hypotézami jsou, že odmítání sippingu může být způsobeno tím, že pacienti nemají možnost si vybrat svou oblíbenou značku a příchut'. Hypotézou je, že neoblíbenější příchutí je vanilka a káva. A poslední hypotéza pojednává o tom, že pravděpodobněji se vyhýbají konzumaci sippingu muži, a to proto, že nemají rádi sladké chutě, na rozdíl od žen, které naopak sladké chutě mají rády.

Šetření probíhalo na pěti různých odděleních nemocnice VFN, kde vybraní pacienti dostali k vyplnění tištěný dotazník, který se skládal z 18 uzavřených otázek. První 4 otázky se týkaly přímo osoby pacienta, dotaz byl na věkovou kategorii, pohlaví, kuřáctví a vzdělání. Zbýlých 14 otázek se týkalo již samotného šetření. Někteří pacienti dotazník vyplňovali sami, jiným pomohl personál nemocnice nebo sama studentka. Pacienti byli vybráni podle určitých kritérií, mezi něž patřila podmínka rizikového pacienta s malnutricí nebo již malnutričního pacienta. Dalšími kritérii pro výběr pacientů byli pacienti slabí, staří nebo odmítající stravu.

Nejmladším pacientům bylo do 30 let, těchto pacientů bylo nejméně. Nad 90 let pacientů také nebylo mnoho, nejstarší pacientce bylo 103 let. Nejvíce pacientů se šetření zúčastnilo ve středním a starším věku. Z toho vyplývá, že s přibývajícím věkem rostou komorbidity a tím i riziko hospitalizace v nemocnici.

Při analýze dotazníků bylo dále zjištěno, že pravděpodobnost kuřáctví je u pacientů s nižším vzděláním. Kdežto u pacientů, kteří mají vyšší nebo vysokoškolské vzdělání, bylo kuřáků minimálně.

Další analýza prozradila, že doba hospitalizace na oddělení bývá nejdelší na geriatrické klinice, kde jsou pacienti nejčastěji hospitalizováni 4 a více týdnů.

Většina pacientů sipping konzumovala v době šetření, případně ho konzumovali v nedávné době, ale v době šetření již ne. Pouze dva pacienti ho nekonzumovali vůbec. Sipping jim byl indikován, ale u jednoho pacienta docházelo i přes vhodnou edukaci k průjmům, proto ho již nechtěl konzumovat, přestože mu chutnal. Druhý pacient sipping ochutnal jak v tekuté, tak i v krémové formě, ale ani jedno mu nevyhovovalo, nechutnalo mu, proto již konzumaci odmítá.

Pouze malá část pacientů v době šetření udávala, že nebyli vůbec edukováni, jak správně sipping konzumovat, ale tito pacienti, kteří tuto edukaci neměli, zároveň udávali, že jsou na

oddělení teprve pár dní. Ostatní pacienti, kteří byli na oddělení od čtvrtého dne a déle, již udávali, že jim alespoň některé informace byly poskytnuty. Rozdíly v zaškrtnuté edukaci, kdy někdo udává pouze pít po malých doušcích, někdo chlazené a někdo ví o obou možnostech, se dají vysvětlit tím, že ne každý pacient si pamatuje veškeré předané informace. Někteří pacienti si pamatují méně, někteří více, a pamatují si i jiná doporučení, například, že po konzumaci sippingu je vhodné si vypláchnout ústa hořkým čajem. Z toho vyplývá, že základní edukaci pacienti měli, ale je vhodná opakovaná edukace po určité době.

Dalším dotazem se zjišťovalo, zda dostávají sipping chlazený. Z výsledků vyplývá, že pouze třetina ho dostává chlazený, zbylé dvě třetiny mají nechlazený. Všichni pacienti z geriatrického oddělení shodně potvrzují, že ho dostávají nechlazený, ale také většina těchto pacientů tuto nechlazenou variantu vítá. To je možné proto, že geriatrickému pacientovi bývá častěji zima než mladším pacientům, a proto vše, co je chlazené, v nich vyvolává pocit, že jim bude více zima. U pacientů na ostatních odděleních byly udávány možnosti, zda dostávají sipping chlazený nebo ne, rovnoměrně. Kritériem, jestli dostane pacient sipping chlazený, je roční období. V letním horkém období se podává pacientům sipping chlazený častěji než v zimním období. Dále část pacientů má chladničku na pokoji a mohou si sami rozhodnout, zda si ho vychladí.

Ohledně dotazu, zda si mohou pacienti vybrat příchut' a značku, téměř polovina má názor, že si vybrat nemohou. Zbytek pacientů uvádí, že si může vybrat hlavně příchut', ale pouze desetina i značku.

Zajímavé výsledky šetření byly ohledně preferovaných příchutí. Nejméně oblíbenou příchutí je karamel, který chutná pouze jednomu pacientovi. Nejvíce oblíbenou příchutí je káva, kterou zaškrtnulo 25 pacientů, tedy třetina z celkového počtu. To může být dáno tím, že mnoho osob má kávu rádo, pije ji pravidelně, a proto si ji alespoň takto nahrazují. Vanilku, čokoládu a ovoce, které jsou standardními chutěmi, má v oblíbě přibližně shodný počet pacientů. To může být proto, že dle některých pacientů jim tyto příchutě připomínají chuť zmrzliny a s tím spojené hezké chvíle. Bez příchutě preferují pouze 4 pacienti, a to z důvodu, že jim sipping nechutná, a tak je pro ně nevýrazná chuť přijatelnější. Pacienti, kteří konzumují sipping nejčastěji zaškrtnuli variantu 2-3 kusy denně, tedy větší polovina, téměř třetina ho konzumuje alespoň jednou denně.

Polovina pacientů toleruje tekutý sipping, ovšem nejmenší část pacientů, kteří tento tekutý sipping tolerují, pochází z geriatrické kliniky. Tito pacienti nejlépe tolerují krémovou konzistenci z důvodu dysfagických obtíží. Tím se může potvrdit tvrzení: "Seniory jsou nejlépe tolerovány vychlazené PND v krémovité podobě." (Vágnerová et al. 2020, str. 123). Zároveň je však diskutabilní, že vychlazený sipping, který dle výsledků tohoto šetření naopak nepreferuje větší část pacientů z geriatrického oddělení. Kontrolu, jak se cítí pacienti po konzumaci sippingu, potvrdila značná část pacientů, nejvíce z oddělení geriatrické kliniky. Zároveň nejvíce pacientů označilo možnost nechtěného úbytku hmotnosti, opět nejvíce z oddělení geriatry. Na ostatních odděleních jsou úbytky hmotnosti přibližně

podobné. Toto je dáno tím, že na oddělení geriatrické kliniky pacienti pobývají nejdéle, a je tu tedy největší pravděpodobnost malnutrice a s tím spojeného úbytku hmotnosti.

Ochota konzumace sippingu by se zvýšila při možnosti vlastního výběru značky a příchutě, což potvrdila téměř polovina pacientů. Třetinu pacientů by možnost vlastního výběru neovlivnila, pro tyto pacienty není výběr důležitý, a téměř třetina pacientů v této otázce není rozhodnutá a neví, zda by je možnost vlastního výběru ovlivnila k ochotnější konzumaci.

Ohledně hodnocení konzumace sippingu a zda pacientům tato konzumace vadí, nebo ne se z výsledků šetření dalo vyčíst, že polovina konzumaci hodnotí kladně, a po třetinách nevadí, chutnají jim všechny druhy, případně jen některé. Třetině konzumace vadí, nechutná jim. A desetina pacientů ani nehodnotí konzumaci kladně. Třetina neví, jak tuto konzumaci ohodnotit.

13. Závěr

V závěru se zhodnocuje potvrzení nebo vyvrácení cílů a hypotéz. Dotazníkovým šetřením se zjistilo, že většina pacientů je vhodně edukována před první konzumací. Pacienti mají alespoň základní informace. Hypotéza, že chybně nebo vůbec edukovaní pacienti se užívání sippingu vyhýbají a odmítají ho z důvodu předchozí špatné zkušenosti s jeho konzumací a následnými zažívacími obtížemi, se potvrdila jen zčásti. Většina pacientů má vhodnou edukaci, čímž nedochází ke špatným zkušenostem a zažívacím obtížím při konzumaci.

Dalším cílem bylo zjistit, zda se zvýší ochota konzumace při možnosti vlastního výběru. Dotazníkovým šetřením se zjistilo, že tato ochota konzumace by se zvýšila při možnosti vlastního výběru. Hypotéza dalšího důvodu pro odmítání konzumace sippingu je ta, že pacienti nemají možnost výběru značky a příchutě. Tato hypotéza se potvrdila.

Posledním cílem bylo zjistit jaké příchutě pacienti mají nejraději. Dle dotazníkového šetření je nejoblíbenější příchutí káva a čokoláda. Tímto se pouze z části potvrdila hypotéza o oblíbenosti příchutí, kde na prvním místě byla káva a na druhém vanilka. Je potvrzeno, že káva je nejoblíbenější, u vanilky k tomuto potvrzení nedošlo, vanilka je v oblíbenosti až za čokoládovou příchutí.

Na tyto cíle a hypotézy jsou odpovědi v tabulkách a grafech číslo 1–18. Tabulka a graf číslo 19 odpovídají na poslední hypotézu o mužích, kteří odmítají konzumaci sippingu častěji než ženy, protože mužům sladká chuť nevyhovuje tolik jako ženám. Tato hypotéza se potvrdila částečně. Pouze třetině mužů vadí konzumace, zbylým dvěma třetinám nevadí, buď jim chutnají všechny příchutě, nebo jen některé. U žen vadí konzumace jen pětině. V přepočtu na procenta vadí konzumace téměř 32 % mužů a u žen necelým 19 %.

Výsledky této bakalářské práce mohou být ovlivněny určitými limity. Limitující jsou odpovědi na tyto dotazy, kdy pacienti mohou odpovědět neupřímně, protože mají pocit, že musí odpovědět nějakým způsobem, který chce dotazující slyšet. Dále pacienti mohou mít zhoršenou náladu z důvodu nemoci, a tak pouze něco odškrtnou. Limitem může být špatně pochopená otázka, zvláště u starších pacientů, a tím i odpověď může být zkreslená.

Závěrem lze říci, že edukace je velmi důležitá, a je vhodné pravidelně pacienty opakovaně edukovat. Je dobré si dát s edukací na čas, na pacienta nespěchat, dát mu dostatečný prostor pro dotazy a nabídnout možnost pozdějších dotazů, až si pacient v klidu promyslí, jak dobře rozumí důležitosti konzumace sippingu. Nejlépe pacientovi předat edukační letáček, kde jsou základní informace o konzumaci sippingu popsány. Edukační letáček má být jednoduchý a přehledný (viz příloha).

14. Seznam použité literatury

KOHOUT, Pavel; HAVEL, Eduard; MATĚJOVIČ, Martin a ŠENKYŘÍK, Michal (ed.). *Klinická výživa*. Praha: Galén, [2021]. ISBN 978-80-7492-555-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

WILLIAMS, Sue Rodwell. *Essentials of nutrition and diet therapy*. 12th ed. St. Louis [etc.]: Mosby, 2019. ISBN 978-0-323-52971-6.

ELIA, Marinos; LJUNGQVIST, Olle; STRATTON, Rebecca J. a LANHAM-NEW, S. (ed.). *Clinical nutrition*. Second edition. The Nutrition Society textbook series. Chichester: Wiley-Blackwell, 2013. ISBN 978-1-4051-6810-6.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš. *Klinická dietologie a výživa*. Druhé rozšířené vydání. Medicus. Praha: Current media, [2019]. ISBN 978-80-88129-44-8.

KOHOUT, Pavel. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Informační servis pro lékaře. Praha: Forsapi, 2011. ISBN 978-80-87250-12-9.

TOMÍŠKA, Miroslav. *Výživa onkologických pacientů*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4064-8.

KOHOUT, Pavel a KOTRLÍKOVÁ, Eva. *Základy klinické výživy*. Informační servis pro lékaře. Praha: Forsapi, 2009. ISBN 978-80-87250-05-1.

SZITÁNYI, Peter a TĚŠÍNSKÝ, Pavel. *Současné trendy v klinické výživě a intenzivní metabolické péči*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, [2013]. ISBN 978-80-87023-22-8.

VÁGNEROVÁ, Tereza. *Výživa v geriatrici a gerontologii*. Učební texty Univerzity Karlovy. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4620-6.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila. *Enterální a parenterální výživa*. 4., přepracované a doplněné vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022]. ISBN 978-80-7345-733-4.

BIESALSKI, Hans-Konrad a GRIMM, Peter. *Pocket atlas of nutrition*. Rev. translation of 3rd German ed. New York: Thieme, c2005. ISBN 3-13-135481-X.

MEISNEROVÁ, Eva. *Nutriční podpora u střevních zánětů*. Dostupné také z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2011/01/09.pdf>.

SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada Publishing, c2007. ISBN 978-80-247-1079-2.

WILHELM, Zdeněk, et al. *Výživa v onkologii*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-326-0.

HAVEL, Eduard. *Nutriční příprava k operaci*. Dostupné také z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/09/11.pdf>.

KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika: Překlad 11. vydání*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.

SVACHINA, Štěpán; MÜLLEROVÁ, Dana a BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2., upr. vyd. Lékařské repetitorium. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-699-9.

CHARVÁT, Jiří a KVAPIL, Milan. *Praktikum umělé výživy: učební texty k praktickým cvičením z umělé výživy*. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1303-4.

KOHOUT, Pavel, KOHOUT, Pavel (ed.). *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. II. Informační servis pro lékaře. Praha: Forsapi, 2016. ISBN 978-80-87250-32-7.

KÁŇOVÁ, Marcela a BEZDĚK, Kamil. *Klinická výživa*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2021. ISBN 978-80-7599-227-7.

KOHOUT, Pavel; RUŠAVÝ, Zdeněk a ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Informační servis pro lékaře. Praha: Forsapi, 2010-2016. ISBN 978-80-87250-08-2.

WIERDSMA, Nicolette; KRUIZENGA, Hinke a STRATTON, Rebecca J. *Dietetic pocket guide: adults*. Amsterdam: VU University Press, [2017]. ISBN 978-90-8659-754-3.

POCHOP, Lukáš. *Jak přistupovat k nechutenství a výživě u paliativních pacientů?* Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/xon.2020.054>.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Sestra. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

SVACHINA, Štěpán a BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Dietologický slovník*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-062-1.

PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava. *Postupy v ošetrovatelské péči*. 3, Enterální výživa. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3033-7.

TOMÍŠKA, Miroslav. *Nutriční podpora formou sippingu*. Dostupné také z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2008/06/06.pdf>.

URBANÍKOVÁ, Jaroslava, et al. Enterální výživa. *Praktické lékařství*, 2014, 10.2: 79-82.

SOBOTKA, Luboš; ALLISON, S. P.; FORBES, Alastair; MEIER, Rémy; SCHNEIDER, Stéphane M. et al. (ed.). *Basics in clinical nutrition*. Fifth edition. Prague: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-427-9.

SVACHINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.

Avkv.cz (Členské společnosti – O nás – Asociace výrobců klinické výživy).

Abbott.cz (Společnost Abbott v České republice).

Nestle.cz (Historie Nestlé | O Nestlé | Nestlé Česko).

Nutricia.cz (O nás – Nutricia).

Fresenius-kabi.com (Společnost Fresenius Kabi a její podoby).

Nutrego.cz (O nás | Nutrego).

Bbraun.cz (<https://www.bbraun.cz/cs/spolecnost/historie.html>).

DASTYCH, Milan. Enterální výživa v klinické praxi. *Interní medicína pro praxi*, 2012, 14.4: 152-156.

DOSTÁLOVÁ, Jana a KADLEC, Pavel. *Potravinářské zbožíznalství: technologie potravin*. Monografie. Ostrava: Key Publishing, 2014. ISBN 978-80-7418-208-2.

BAŠANDA, Petr. *Přehled přípravků enterální výživy*. Dostupné také z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2007/01/07.pdf>.

SAIBERTO VÁ, Simona, et al. SIPPING–Inovativní využití v prevenci a léčbě malnutrice. 2019.

Pavličková, *Kniha receptů: Vaříme s Nutridrinkem* /. Nutricia: Praha.

Růžičková, 2023, Receptář Nestlé Health Science.

15. Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č.1 Pohlaví

Tabulka č.2 Věk

Tabulka č.3 Jste kuřák?

Tabulka č.4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č.5 Na jakém oddělení v současné chvíli pobýváte?

Tabulka č.6 Jak dlouho na tomto oddělení pobýváte?

Tabulka č.7 Konzumovala jste nebo konzumujete nyní sipping?

Tabulka č.8 Bylo Vám při první konzumaci sděleno, jak sipping správně konzumovat?

Tabulka č.9 Nosí Vám sipping vychlazený?

Tabulka č.10 Máte možnost výběru příchutě a značky?

Tabulka č.11 Jaká příchut' Vám nejvíce chutná?

Tabulka č.12 Jak často Vám podávají sipping?

Tabulka č.13 Hodnotíte užívání sippingu kladně?

Tabulka č.14 Tolerujete lépe tekutý sipping nebo krém?

Tabulka č.15 Ptala nebo ptá se Vás nutriční terapeutka nebo sestřička,
jak se po konzumaci cítíte?

Tabulka č.16 Vadí Vám osobně konzumace sippingu?

Tabulka č.17 Konzumoval/a byste sipping raději,
kdybyste měl/a možnost výběru?

Tabulka č.18 Měl/a jste za poslední 3 měsíce
nechtěný úbytek hmotnosti o 3 a více kilo?

Tabulka č.19 Hypotéza

Seznam grafů

Graf č.1 Pohlaví

Graf č.2 Věk

Graf č.3 Kuřáctví

Graf č.4 Vzdělání

Graf č.5 Oddělení

Graf č.6 Doba na oddělení

Graf č.7 Konzumace

Graf č.8 Edukace

Graf č.9 Vychlazený sipping

Graf č.10 Možnost výběru

Graf č.11 Příchut'

Graf č.12 Četnost

Graf č.13 Hodnocení

Graf č.14 Tolerance

Graf č.15 Ptá se NT

Graf č.16 Vadí konzumace

Graf č.17 Možnost výběru

Graf č.18 Hmotnost

Graf č.19 Hypotéza

16. Seznam příloh

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Felixová a jsem studentkou 1. lékařské fakulty Karlovy Univerzity, 3. ročníku oboru Nutriční terapeut. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku k praktické části mé bakalářské práce na téma Sipping a jeho využití v praxi.

Náplní této práce je zjistit, jestli jsou pacienti před první konzumací sippingu správně edukováni, jaká je nejoblíbenější příchuť a jestli se zvýší ochota konzumace s možností výběru oblíbené příchutě a značky.

Vaše účast na dotazníkovém šetření je dobrovolná, veškeré informace, které od Vás získám budou zcela anonymní a nebudou publikovány jinde než ve jmenované bakalářské práci.

Děkuji Vám za spolupráci.

- 1) Pohlaví
 - a) Žena
 - b) Muž

- 2) Věk
 - a) Do 30 let
 - b) 31-49 let
 - c) 50-69 let
 - d) 70-79 let
 - e) 80-89 let
 - f) Nad 90 let

- 3) Jste kuřák?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Bývalý kuřák

- 4) Nejvyšší dosažené vzdělání
 - a) Základní škola
 - b) Střední škola s výučním listem
 - c) Střední škola s maturitou
 - d) Vysoká škola s Bc. Nebo vyšší škola s Dis.
 - e) Vysoká škola s Mgr./Ing. anebo Ph.D.

- 5) Na jakém oddělení v současné chvíli pobýváte?
 - a) 1. chirurgická klinika
 - b) 2. chirurgická klinika
 - c) 4. interní klinika
 - d) Geriatrie
 - e) Urologie

- 6) Jak dlouho na tomto oddělení ležíte?
- a) 1-4 dny
 - b) 4-7 dnů
 - c) 1-2 týdny
 - d) 3-4 týdny
 - e) Déle než 4 týdny
- 7) Konzumoval/a jste nebo konzumujete nyní zde sipping?
- a) Ano, konzumuji nyní
 - b) Ano, konzumoval/a jsem, nyní již ne
 - c) Ne, nekonzumuji
- 8) Bylo Vám při první konzumaci sděleno, jak sipping správně konzumovat?
- a) Ne a nevím to doposud
 - b) Ano, mám ho pít pomalu po doušcích
 - c) Ano, má se pít chlazený
 - d) Ano, byli mě vysvětleny obě předešlé odpovědi (b +c)
- 9) Nosí Vám sipping vychlazený?
- a) Ano
 - b) Ne
- 10) Máte možnost výběru příchutě a značky?
- a) Ano, můžu si vybrat příchut' i značku
 - b) Ano, můžu si vybrat pouze příchut'
 - c) Ne, nemohu si vybrat
- 11) Jaká příchut' Vám nejvíce chutná?
- a) Vanilka
 - b) Čokoláda
 - c) Karamel
 - d) Kávová
 - e) Ovocná
 - f) Bez příchutě
 - g) Jiná
- 12) Jak často Vám podávají sipping?
- a) 1* denně
 - b) 2* - 3* denně
 - c) 4* a vícekrát denně
 - d) Nepravidelně
- 13) Hodnotíte užívání sippingu kladně?
- a) Ane
 - b) Ne
 - c) Nevím

- 14) Tolerujete lépe tekutý sipping nebo krém?
- a) Mám raději tekutý sipping
 - b) Mám raději krémovou konzistenci
 - c) Toleruji obě varianty stejně dobře
 - d) Nevyhovuje mi ani jedna forma
- 15) Ptala nebo ptá se Vás nutriční terapeutka nebo sestřička, jak se po konzumaci cítíte?
- a) Ano, pokaždé
 - b) Ano, občas
 - c) Ne, nikdy
- 16) Vadí Vám osobně konzumace sippingu?
- a) Nevadí, chutnají mi skoro všechny příchutě
 - b) Nevadí, nechutnají mi jen určité příchutě
 - c) Vadí, nechutná mi, ale vím, že je pro mou výživu důležitý
- 17) Konzumoval/a byste sipping raději, kdybyste měl/a možnost výběru?
- a) Ano, určitě
 - b) Ne, výběr není důležitý
 - c) Nevím, možná
- 18) Měl/a jste za poslední 3 měsíce nechtěný úbytek hmotnosti o 3 a více kilo?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Schválení etické komise



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní
Michaela Felixová
Hrusice 116
251 66 Senohraby

17.10.2024
č.j.: 164/24 S-IV

Vážená paní Felixová,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 17.10.2024 Vámi předložený individuální výzkumný projekt č.j. 164/24 S-IV- bakalářská práce.

Název studie/Title of CT: Sipping a jeho využití v praxi

Žadatel/Applicant: Michaela Felixová, Hrusice 116, 251 66 Senohraby, e-mail: mihala.hnatkova@seznam.cz

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska / *Reimbursement of costs related to assessment of the EC:*
 Ano/Yes Ne, důvod/No, reason: neprovozovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 4.10.2024

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 17.10.2024 (15:30 –18:40 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / <i>Address of investigator</i> <i>Trial Site / Name of Investigator</i>	Místní EK <i>Local EC</i>	Adresa místní EK <i>Address</i>
Michaela Felixová, 1. lékařská fakulta UK v Praze	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnotěných dokumentů / *List of all submitted documents:*

Název dokumentu, verze, datum <i>Document title, version, date</i>	Schváleno/ <i>Approved</i>		Na vědomí / <i>Taken into account</i>	
	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>
Průvodní dopis, bez data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 2.10.2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protokol projektu, 22.9.2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienty, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN, 30.9.2024, vč. Souhlasu náměstkyňe pro nelékařská zdravotnická povolání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkušební: Michaela Felixová, bez data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / *EC issues*

- Souhlasné stanovisko/*Favourable opinion*
 Nesouhlasné stanovisko/*Unfavourable opinion*

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na 1. lékařské fakultě UK v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.
Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Digitálně podepsal
PharmDr. Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2024.10.21
15:16:19 +02'00'

1/2



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | etickakomise@vfn.cz | tel. 224964131

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	Pharmacist Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šibková, CSc.	Ž/F	Hematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Přemysl Hájek	M/M	Cardiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Hayrová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Humhal	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Koráček, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Bc. Inka Dvořáková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Raytová, Mgr. ThLic. of Theology	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. PharmDr. Martin Šima, Ph.D.	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Speciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Private Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Valenta	M/M	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Pediatrician - AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)*

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. / The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No Komentář/Comments:

Datum/Date: 17.10.2024

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

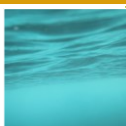
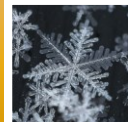
Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.

Edukační leták



Sipping popíjejte pomalu po doušcích, můžete si ho rozdělit na dvě porce

Popíjejte ho nejlépe vychlazený



Pokud je pro Vás sipping příliš hustý, můžete si ho naředit vodou

Sipping konzumujte mezi jídly jako svačinu, raději po hlavních jídlech než před nimi



V horkých dnech můžete přelít sipping do tvořítka a dát do mrazničky, poté konzumujte jako nanuk

Sipping můžete přidávat do nápojů a pokrmů, čímž zvýšíte energetickou hodnotu a budete mít obměnu různých pokrmů



Je vhodné sipping zajíst kouskem pečiva pro lepší toleranci

Po konzumaci můžete zapít hořkým čajem



Nebojte se říct personálu, když Vám určitá příchutě nechutná, nebo Vám po ní není nejlépe

Zkoušejte různé příchutě a střídejte tekuté a krémové formy



Dbejte na ústní hygienu po konzumaci

Máte-li dotazy a chcete vědět více informací kontaktujte svého ošetřujícího lékaře nebo nutriční terapeutku



Univerzita Karlova v Praze,
1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis