



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Výživa dospělých a dětí

Bc. Romana Macinauerová

Nutriční specifika v hospicové péči

Nutritional Specifics in Hospice Care

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Starnovská

Praha, 2023

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, 19. 11. 2023

ROMANA MACINAUEROVÁ

.....

podpis

Identifikační záznam

MACINAUEROVÁ, Romana. *Nutriční specifika v hospicové péči. [Nutritional Specifics in Hospice Care]*. Praha, 2023. Počet stran 78, počet příloh 4. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí závěrečné práce Starnovská, Tamara

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Tamaře Starnovské za ochotu, trpělivost a cenné rady při vedení mé magisterské práce. Dále bych chtěla poděkovat personálu Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech za pomoc při realizaci výzkumu. Velké poděkování patří také všem pacientům, kteří se na výzkumu podíleli, bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování či udržování kvality života pacientů a jejich rodin, kteří trpí nevyléčitelným onemocněním v pokročilé fázi. S paliativní péčí jsou nejvíce spojovány hospice, kde jsou hospitalizováni pacienti, u nichž se předpokládá délka života kratší než šest měsíců. Cílem této práce je uvést do problematiky paliativní péče a přístupu ve výživě v hospici z pohledu nutričního terapeuta.

Teoretická část je zaměřena na všeobecnou problematiku paliativní péče a její rozdělení. Přibližuje potřeby a životní hodnoty pacientů a jejich rodin, seznamuje s problematikou výživy a hydratace v terminální fázi onemocnění, s možnými intervencemi a symptomy, které ovlivňují příjem stravy.

Hlavním cílem empirické části výzkumu, který probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru, je zjistit u pacientů v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech oblíbené potraviny a pokrmy. Dílčími cíli bylo zjištění preferované konzistence, množství a struktury pokrmů, identifikace situací a symptomů ovlivňujících příjem stravy pacientů hospice a dotazníkovým šetřením v lůžkových hospicích v ČR zjistit význam nutričního terapeuta. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že nejoblíbenějšími pokrmy jsou polévky a omáčky, z příloh největší počet pacientů preferuje bramborovou kaši. Výzkum ukazuje také na důležitost kuchyňské úpravy podávaných pokrmů. Výsledky výzkumu budou aplikovány ve stravovacím provozu hospice a zohledněny při sestavování jídelních lístků pro pacienty.

Z dotazníkového šetření v lůžkových hospicích ČR vyplývá, že polovina zařízení má vlastní stravovací provoz a ve dvou hospicích je zaměstnán nutriční terapeut na částečný úvazek, ale komunikace s pacienty se účastní jen v jednom zařízení. Výsledky z dotazníkového šetření v hospicích ČR ukazují na nedostatky v zajištění nutriční péče v hospicích a je potřeba se této problematice dále věnovat.

Klíčová slova: hospic, nutriční péče, nutriční terapeut, paliativní péče, stravování, výživa

ABSTRACT

Palliative care is an approach focused on improving or maintaining quality of life for patients and their families who suffer from terminal illness in an advanced stage. Hospices are most commonly associated with palliative care, where hospitalized patients are expected to live less than six months. The aim of this work is to introduce the issue of palliative care and the nutritional approach in hospices from a nutritional therapist's perspective.

The theoretical part is focused on the general issues of palliative care and its division. It presents the needs and life values of patients and their families, introduces the issue of nutrition and hydration in the terminal phase of the disease, possible interventions and symptoms that affect food intake.

The main objective of the empirical part of the research, which was conducted in the form of semi-structured interviews, is to find out among the patients at the Hospic u Dobrého Pastýře in Čerčany their favorite food and dishes. The sub-objectives were to find out the preferred consistency, quantity and texture of food, identification of situations and symptoms affecting patient's food intake in hospices and to find out through a questionnaire survey in inpatient hospices in the Czech Republic the importance of a nutritional therapist. Based on the research, it was found that the most popular dishes are soups and sauces, the largest number of patients preferred mashed potatoes as side dish. Research also points to the importance of how dishes were prepared. The results of the research will be applied in the catering service of the hospice and taken into account in the preparation of the menus for patients.

Following the questionnaire survey in inpatient hospices in the Czech Republic half of the facilities have its own catering and in only two hospices nutritional therapist is employed part-time, but communicates with patients in only one of them. Results from the questionnaire survey in hospices in the Czech Republic show deficiencies in the provision of nutritional care in hospices and this issue needs to be further addressed.

Keywords: catering, hospice, nutrition, nutritional care, nutritional therapist, palliative care

Obsah

| | | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | ÚVOD | 9 |
| 2 | PALIATIVNÍ PÉČE | 10 |
| 2.1 | Definice..... | 10 |
| 2.2 | Historie paliativní péče..... | 10 |
| 2.3 | Principy paliativní péče | 11 |
| 2.4 | Organizace paliativní péče v ČR..... | 11 |
| 2.4.1 | Obecná paliativní péče | 12 |
| 2.4.2 | Specializovaná paliativní péče | 13 |
| 2.5 | Indikace k paliativní péči, komunikace, struktura a průběh péče..... | 15 |
| 2.6 | Kvalita života, životní potřeby a hodnoty pacienta v paliativní péči..... | 17 |
| 3 | VÝŽIVA A HYDRATACE V PALIATIVNÍ PÉČI | 19 |
| 3.1 | Paliativní péče v onkologii | 19 |
| 3.2 | Nutriční terapeut v paliativní péči | 22 |
| 3.3 | Nutriční screening..... | 22 |
| 3.4 | Nutriční podpora v paliativní péči | 23 |
| 3.4.1 | Dietní opatření | 25 |
| 3.4.2 | Enterální výživa (EV) | 25 |
| 3.4.3 | Parenterální výživa (PV) | 28 |
| 3.4.4 | Kontraindikace a ukončení nutriční podpory..... | 28 |
| 3.4.5 | Hydratace | 29 |
| 3.5 | Vybrané symptomy ovlivňující příjem stravy | 29 |
| 3.5.1 | Bolest | 29 |
| 3.5.2 | Syndrom nádorové anorexie a kachexie | 31 |
| 3.5.3 | Problémy v dutině ústní | 33 |
| 3.5.4 | Problémy s polykáním (dysfagie)..... | 34 |
| 3.5.5 | Nevolnost a zvracení | 35 |
| 3.5.6 | Problémy s vyprazdňováním | 36 |
| 3.5.7 | Únava | 37 |
| 4 | PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |
| 4.1 | Cíl | 38 |
| 4.2 | Metodika práce..... | 38 |
| 4.3 | První část výzkumu - vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru..... | 39 |
| 4.3.1 | Vyhodnocení antropometrických údajů a údajů z dokumentace | 39 |
| 4.3.2 | Zhodnocení chuti k jídlu, konzistence pokrmů a velikostí porcí..... | 43 |
| 4.3.3 | Zhodnocení preference jednotlivých typů pokrmů a tekutin..... | 48 |
| 4.3.4 | Zhodnocení symptomů ovlivňujících příjem stravy | 60 |
| 4.3.5 | Zhodnocení obecného povědomí o důležitosti výživy při onemocnění | 64 |
| 4.4 | Druhá část výzkumu - vyhodnocení dotazníků rozeslaných lůžkovým hospicům..... | 66 |
| 4.5 | Diskuze..... | 70 |
| 5 | ZÁVĚR | 77 |

| | |
|---------------------------------|----|
| POUŽITÉ ZKRATKY..... | 78 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 80 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 84 |
| SEZNAM TABULEK | 85 |
| SEZNAM GRAFŮ..... | 86 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 87 |

1 ÚVOD

S prodlužující se délkou dožití se dostává do popředí význam paliativní péče. Paliativní péče není určena jen seniorům, ale právě těmto je nejčastěji poskytována. Synonymem pro paliativní péči jsou hospice, kde je poskytována péče pacientům v terminální fázi onemocnění. O pacienty zde pečují multidisciplinární tým, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, psycholog, fyzioterapeut, nutriční terapeut, duchovní a sociální pracovníci. Společným výsledkem práce celého týmu je spokojený pacient a jeho rodina.

Na pozici nutričního terapeuta v Hospici Dobrého Pastýře pracuji tři roky a za tuto dobu jsem získala mnoho osobních zkušeností a zjistila, jak je schopnost alespoň trochu se najíst pro pacienty důležitá. Jídlo již neslouží jako zdroj energie a života, ale má význam v udržování sociálních kontaktů, autonomie, kvality života a důstojnosti. S postupujícím onemocněním se mění jídelní preference pacienta, objevují se problémy s polykáním, nechutenství, nevolnost a na tyto situace je potřeba reagovat. Tyto skutečnosti jsou hlavním důvodem, proč jsem zvolila jako téma diplomové práce právě výživu v hospicové péči. Práce nutričního terapeuta v hospici má svá specifika. Cílem jeho práce není zajištění optimálního množství a složení stravy, ale především zohlednění chuťových preferencí, individualizace stravování a výběr vhodné konzistence pokrmů.

Hlavním cílem teoretické části práce je přiblížit komplexně problematiku paliativního přístupu k výživě z pohledu nutričního terapeuta. Jsou zde popsány cíle nutriční podpory v jednotlivých fázích onemocnění, dietní opatření a symptomy ovlivňující příjem stravy. V praktické části vyhodnocuji rozhovory s pacienty, antropometrické údaje a dotazníky z hospiců v ČR.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

2.1 Definice

Během vývoje paliativní péče došlo ke změnám ve vymezení tohoto pojmu. Ani v současné době neexistuje jednotný pohled odborníků na definici paliativní péče (Bužgová, 2015).

V roce 1990 vymezila Světová zdravotnická organizace (WHO) definici, která zdůrazňuje charakter onemocnění, které je pokročilé a současnou medicínou nevléčitelné, s trvalou progresí a omezuje životní prognózu nemocného (Topinková, 2004). V roce 2002 vznikla nová definice WHO, která klade větší důraz na předcházení utrpení a je chápána v širším pojetí a může být aplikována již v brzké fázi nemoci (Sepúlveda et al., 2002).

Definice WHO

Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy spojenými s život ohrožujícím onemocněním. Předchází a zmírňuje utrpení prostřednictvím včasné identifikace, správného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních (*World Health Organization: Palliative Care*, 2020)

Především v zahraničních člancích, se často zmiňuje pojem „péče o pacienta v závěru života“ (*end of life care*). Tento pojem se využívá jako synonymum paliativní péče, ale mnohdy je vymezen jako komplexní péče o pacienta v posledních několika hodinách či dnech či s prognózou úmrtí do šesti měsíců (Bužgová, 2015).

2.2 Historie paliativní péče

Paliativní péče je nejstarší formou medicíny. Mírnění utrpení a provázení ke smrti bylo po dlouhá staletí hlavním posláním lékařů a sester. Na paliativní péči, která probíhala v domácím prostředí, se podílela především rodina, přátelé a duchovní. V 19. století pod vlivem masivního stěhování lidí do měst začalo přibývat těch, kteří umírali bez zázemí vlastní rodiny. To vedlo k rozvoji chudobinců a později nemocnic (Haškovcová, 2007).

Během minulého století, s rozvojem medicíny, se umírání vyjmullo z rodinného života a stalo se lékařskou záležitostí, která se měla léčit. Ve společnosti tak vznikl dojem, že medicína opravdu může vše a musí bojovat s nemocí až do konce. V 60. letech minulého století se poprvé objevuje etický problém zvaný dystanzie – zadržaná smrt, což je situace, kdy přístroje a léky nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních podmínek v klidu odešel. Tento přístup k umírajícím měl za důsledek volání po eutanazii a současně se do této doby datuje celosvětový rozvoj hospicového hnutí (Marková, 2010).

V ČR se začala paliativní péče jako specifický model péče o nevléčitelně nemocné rozvíjet až po roce 1989. Specializovaná paliativní péče se v ČR rozvíjí především jako lůžková hospicová péče, zejména pro pacienty s onkologickým onemocněním. Na rozvoji hospicového hnutí se podílela lékařka Marie Svatošová, která založila občanské sdružení

pro podporu hospicového hnutí *Ecce homo*, které se zasloužilo v roce 1995 o vybudování prvního lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci. K rozvoji paliativní péče přispělo v roce 2005 založení Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, dále České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM) v roce 2009, která je členem Evropské asociace paliativní péče. V roce 2013 vydala ČSPM *Standardy paliativní péče*. V roce 2014 vzniklo Centrum paliativní péče v Praze, jehož cílem je rozvíjet výzkum, vzdělávání a osvětovou činnost v této oblasti (Bužgová, 2015).

2.3 Principy paliativní péče

Základní filozofie paliativní péče vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné bytosti, která v závěru života zasluhuje ohleduplné a citlivé jednání, jehož cílem je zachovat lidskou důstojnost a respektovat jeho hodnoty. Paliativní medicína podporuje život, ale neusiluje o oddalování nevyhnutelné smrti. Umírání a smrt jsou pokládány za neodmyslitelnou součást života. V zařízeních poskytujících paliativní péči směřuje veškerá snaha ke zmírnění tělesného, psychického, sociálního a spirituálního utrpení těžce nemocných a umírajících. Svojí podporou příbuzným a přátelům umírajících vytváří podmínky k udržování a rozvíjení jejich vzájemných vztahů a kontaktů. Pomáhá zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka (Kabelka & Sláma, 2009; Kala & Dorková, 2017).

Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci lékařů a ostatních zdravotníků, psychologů, sociálních pracovníků a duchovních, kteří vytvářejí interdisciplinární týmy. Nedílnou součástí této péče je aktivní zapojení rodinných příslušníků nemocného a také dobrovolníků. Míra zapojení rodinných příslušníků závisí zcela na jejich svobodném rozhodnutí, které je třeba respektovat. Zařízení paliativní péče usilují o vytváření kolegiálních vztahů se zařízeními poskytujícími akutní zdravotnickou péči a snaží se šířit myšlenky paliativní péče do řad nejen zdravotníků, ale i laiků, aby se stala dostupnou všem potřebným nemocným (Kala & Dorková, 2017).

2.4 Organizace paliativní péče v ČR

Legislativa

Zásadním předpisem českého zdravotního práva je zákon č. 372/2011 Sb. v platném znění, o zdravotních službách. Tento zákon vstoupil v účinnost 1. dubna 2012 a nahradil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Zákon vyjmenovává druhy zdravotní péče, jedním ze stanovených druhů je i péče paliativní. Paliativní péče je definována v § 5 jako péče za účelem zmírnění utrpení a uchování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí (Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

Dále je nutné zmínit novelu z 1. 1. 2018, která zavedla do znění zákona nově pojem hospic. Cílem této novely bylo definovat hospice, aby byly obsaženy v zákoně o zdravotních službách. § 44a definuje hospic jako poskytovatele zdravotních služeb nevléčitelně nemocným v terminálním zdravotním stavu, služba může být poskytována jak v domácím prostředí, tak i ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.

Zákonná definice umožňuje poskytování lůžkové i domácí hospicové péče. Dále je v zákoně uvedeno, že hospic zpravidla poskytuje i další navazující služby dle jiných právních předpisů, a to pacientům i jejich blízkým osobám (§ 44a zákona č. 372/2011 Sb. v platném znění).

Paliativní péče je součástí systému zdravotní péče a platí pro ni všechny obecně platné standardy a požadavky na poskytování zdravotní péče jako např. bezpečnost, minimalizace omylů a rizik, správné vedení zdravotní dokumentace a efektivní vedení (Sláma et al., 2013). Podle evropských norem by paliativní péče měla být poskytována na různých úrovních komplexnosti služeb. Měly by být poskytovány nejméně dvě úrovně paliativní péče: obecná a specializovaná (Tomeš et al., 2015).

Hospicovou péči tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských, rehabilitačně-ošetrovatelských a poradenských činností, poskytovaných nevyhlášeným nemocným pacientům s cílem zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného. Lůžkové hospice nejsou zřizovány státem a nejedná se ani o příspěvkové organizace územně samosprávných celků. Jejich činnost není kryta veřejným rozpočtem. Pro zajištění fungování je nutné vícezdrojové financování. Úhrady ze zdravotního pojištění pokryjí jen mezi 50-60 % nákladů na pacienta. Další finanční prostředky na uhrazení zbylých nákladů si hospic musí zajistit z jiných zdrojů. Nejčastěji se jedná o dotace ze státního rozpočtu, dotace od územně samosprávných celků, z darů a veřejných sbírek. Na financování se podílejí i pacienti a jejich rodiny, kteří hradí příspěvek úměrný jejich příjmům. Financování hospicové péče je nesystémové a řada finančních zdrojů je nenároková. Tato skutečnost významně omezuje ekonomické plánování hospice. V praxi se stává, že na konci roku není známo, jakým způsobem bude financován rok další. Z tohoto důvodu není možné plánovat investice nebo zajišťovat dlouhodobě stabilní prostředí pro zaměstnance a pacienty (Singer, 2019).

2.4.1 Obecná paliativní péče

Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou péči o pacienta v pokročilé a konečné fázi onemocnění, kterou poskytují zdravotníci v rámci svých jednotlivých odborností. Zahrnuje rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Patří sem základní léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii a efektivní komunikace (Sláma et al., 2011).

Obecná paliativní péče je poskytována v rámci standardní zdravotní péče, aniž by tato činnost musela nést označení „paliativní“. Velmi důležitým faktorem pro zajištění kvalitní péče v závěru života je také dostupnost sociální péče (např. pečovatelská služba, možnosti osobní asistence, možnost zvláštního pracovního volna s refundací mzdy při péči o blízkou umírající osobu atd.). Paliativní přístup by měl být součástí rutinní péče praktických lékařů, personálu nemocnic a zařízení domácí péče. Aby mohli tito poskytovatelé služeb využívat paliativní přístup, musí být paliativní péče zahrnuta do učebních osnov pregraduálního vzdělávání lékařů, sester a dalších odborníků. Rada Evropy doporučuje, aby byli všichni odborní pracovníci ve zdravotnictví obeznámeni se zásadami paliativní péče a aby byli schopni je v praxi využívat (Radbruch & Payne, 2009; Sláma, 2009).

2.4.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v této problematice zvláště vzděláni. Tato péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží převyšuje možnosti obecné paliativní péče. Nejčastějšími organizačními formami specializované paliativní péče jsou lůžkový hospic, domácí (mobilní) hospic, oddělení paliativní péče v rámci nemocnice, konziliární tým paliativní péče a ambulance paliativní medicíny v rámci nemocnice (Sláma et al., 2011).

Organizační formy specializované paliativní péče

Multidisciplinární paliativní tým

Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární a za jeho členy by měli být považováni také členové pacientovy rodiny a sám pacient, který by měl mít rozhodující slovo v otázkách další léčby a intervencích. Multidisciplinární tým se skládá z lékařů se specializací v paliativní medicíně, zdravotních sester a ošetřovatelů, sociálního pracovníka, psychologa, nutričního terapeuta, fyzioterapeuta a duchovního. Pouze tým složený z odborníků mnoha odvětví dokáže komplexně reagovat na potřeby umírajícího, a proto je tento tým důležitý nejen v lékařství, ale ve všech pomáhajících profesích (Adam, Vorlíček & Pospíšilová, 2004; Marková, 2010).

Lůžkový hospic

Hospicová paliativní péče je forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným, u nichž je předpokládána prognóza délky života kratší než šest měsíců. Tento omezený časový úsek zásadně odlišuje péči hospicovou od ostatních zdravotnických zařízení. Zásadní je zde léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocných a jejich rodin. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření optimálního prostředí.

K hospicové paliativní péči je indikován pacient, který trpí pokročilým nevléčitelným onemocněním působícím mu tělesné či psychické obtíže a kauzální léčba byla ukončena. Toto rozhodnutí je v kompetenci ošetřujících lékařů všech odborností. Ošetřující lékař by měl pacienta přiměřeným způsobem informovat o dalším předpokládaném průběhu onemocnění a společně s ním stanovit cíle další léčby a péče. Indikace formy hospicové paliativní péče závisí na místní dostupnosti a existenci daných forem, stejně jako na individuálních potřebách pacienta a jeho blízkých (*Standardy hospicové paliativní péče*, 2016).

V lůžkovém hospici převládají jednolůžkové pokoje, které mají často i další lůžko pro osobu blízkou pacienta. Ošetřování zajišťují odborníci, ale na péči se mohou podílet i blízcí, pokud mají zájem. Návštěvy jsou v rámci hospice neomezené a stávají se součástí léčebné péče (Kupka, 2014).

Režim péče je v rámci možností upravován dle přání pacienta. Důležitou součástí atmosféry hospice je jisté přiznání nevléčitelnosti daného onemocnění a tento fakt,

že času většinou moc nezbyvá, má obvykle paradoxní efekt, kdy pacient neupadá do deprese, ale naopak vítá příležitost sdílet své obavy a přání, která jsou pro něj v této chvíli důležité. Obecně vžitá představa o hospici jako místu smutku a bolesti je ve skutečnosti často výrazně odlišná než lidé čekají. Přes tyto výhody v lůžkových hospicích umírají ročně jen 2 % pacientů. Podle Grívy (2018) není tato situace způsobena nízkou kapacitou hospiců (průměrná „obložnost“ se pohybuje okolo 80 %), ale spíše neinformovaností pacientů a neochotou či neznalostí nemocničních lékařů, kteří se zdráhají hospic doporučit.

Domácí (mobilní) hospic

Domácí hospic je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevyčísitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně starají v domácím prostředí (Marková, 2021).

Většina z nás by ráda konec života strávila doma, tak jak jsme byli zvyklí, obklopeni známými věcmi, a hlavně měli nablízku své nejbližší. Doma ale umírá málo lidí. Má to mnoho příčin, jednou je i strach z toho, že to nejde. Pacient se bojí, že bude na obtíž, rodina má obavy, že péči nezvládne. Ve světě se již mnoho let snaží tuto situaci řešit mobilní hospice. Jsou to týmy odborníků (lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychoterapeuti, duchovní), kteří chodí za pacientem a jeho rodinou a jsou jí odborně k dispozici. Organizovány jsou rozličným způsobem, ale idea je stále tatáž – umožnit dobrý a důstojný konec života v domácím prostředí (*Umírání.cz: Hospic a mobilní hospic*, 2022).

Tuto péči lze realizovat pouze tehdy, pokud má pacient fungující rodinné zázemí. Je to ideální forma péče o umírající, pacient je ošetřován v prostředí, které zná a poskytovaná péče je maximálně individualizovaná. Garantuje trvalou dostupnost péče pacientovi a může se kombinovat s jinými službami. Podmínkou je dostupnost služby domácího hospice. Je nutné vědět a počítat s faktem, že tato péče může představovat pro rodinu velkou psychickou, fyzickou i ekonomickou zátěž (Kupka, 2014).

Oddělení paliativní péče v rámci nemocnice

Oddělení paliativní péče poskytuje v rámci zdravotnického zařízení komplexní paliativní péči o nemocné, kteří potřebují pro diagnostiku i léčbu zázemí nemocnice (Kupka, 2014). Toto oddělení by mělo vytvářet domácí atmosféru s maximálním soukromím pacientů a volným režimem pro návštěvy. Výhodou těchto oddělení je koncentrace speciálně vyškolených pracovníků pro poskytování paliativní péče, na druhou stranu může na pacienty negativně působit „přesunutí“ na oddělení, kde se umírá (Bužgová, 2015).

Konziliární tým paliativní péče

Konziliární tým paliativní péče je specifická forma poskytování specializované paliativní péče v rámci poskytovatelů zdravotních služeb akutní a následné lůžkové péče. Je tvořen multidisciplinárním týmem, který provádí intervence u pacientů v rámci

hospitalizace. Poskytovaná zdravotní a sociální péče podléhá standardním pravidlům pro provádění konziliárních intervencí platných v daném zdravotnickém zařízení.

Multidisciplinární tým tvoří lékař, sestra, zdravotně-sociální pracovník, psycholog nebo jiný zdravotnický pracovník s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem akreditovaným pro práci ve zdravotnictví. Vedoucí lékař týmu je držitelem zvláštní specializované způsobilosti v oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti ("Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Standardy poskytování specializované paliativní péče ve formě konziliárního týmu paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR", 2022).

Ambulance paliativní péče

Ambulance paliativní péče může být zřízena při nemocnici a poskytuje pacientům služby v domácím prostředí, v zařízeních sociálních služeb, při hospicích nebo jako součást domácích hospiců. Ambulanci navštěvují pacienti s fyzickými a psychosociálními symptomy, u kterých není nutná hospitalizace (Bužgová, 2015).

2.5 Indikace k paliativní péči, komunikace, struktura a průběh péče

Podle *Standardů paliativní péče 2013* by na paliativní péči měli mít nárok všichni pacienti, kteří žijí s onemocněním, jež ohrožuje jejich život, a to bez ohledu na základní diagnózu (Sláma, 2013).

V některých situacích je ale obtížné pacienty s potřebou paliativní péče identifikovat. V onkologické péči je tato identifikace jednodušší, protože existuje jasná hranice mezi kurativní a paliativní péčí (Cleassen et al., 2013). U chronických neonkologických onemocnění je tato identifikace ztížena vzhledem k jejich kolísavému průběhu, kdy dochází opakovaně k dekompenzacím. Pacient zpravidla umírá během jedné z těchto dekompenzací, které byly v minulosti léčitelné. Z tohoto důvodu lékaři a zdravotní sestry často nerozpoznají, že pacient potřebuje paliativní péči (Sláma et al., 2011). Nerozpoznání těchto pacientů může mít za následek poskytování zbytečných intervencí, nevhodných opakovaných hospitalizací a má negativní vliv na kvalitu života pacienta a jeho rodiny (Gardiner et al., 2012).

Potřebu paliativní péče je třeba předpokládat u pacientů s obtížně zvládnutelnými tělesnými symptomy, při přítomnosti závažného psychického dyskomfortu, při výrazné interní či psychiatrické komorbiditě, u pacientů, kteří odmítají léčbu a žádají výhradně symptomatickou paliativní péči, při opakovaných hospitalizacích pro komplikace pokročilého onemocnění a při předpokládané prognóze přežití ≤ 1 rok (Kiss et al., 2012).

O tom, že rozhodování o přechodu k paliativní léčbě je velmi náročné, pojednává i Marková (2010): „Možná nejtěžší na cestě k dobré paliativní péči je dospět k poznání, že stav nemocného je už natolik vážný, že žádné další sebelepší léčebné prostředky nepovedou k pacientovu uzdravení. Toto poznání je bolestné nejen pro nemocného, ale i pro celý pečující tým. Nezbytná je v tomto případě pravdivá komunikace s nemocným, zodpovězení všech jeho otázek a respektování jeho názoru na další pokračování či nepokračování intenzivní terapie.“

Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují specializovanou paliativní péči, jsou nádory, konečná stádia chronického srdečního selhání, chronická obstrukční plicní nemoc, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními typu demence, roztroušené sklerózy, polymorbidní „křehcí“ geriatričtí pacienti a pacienti ve vigilním kómatu (Skála, 2011).

Důležité je včasné rozpoznání pokročilého nevléčitelného onemocnění ošetřujícím lékařem, který by měl o této situaci informovat pacienta a jeho blízké a společně s nimi stanovit další cíle léčby a péče (Sláma et al., 2013). Zde pokládám za důležité se zmínit o komunikaci mezi lékaři a pacienty týkající se sdělování nepříznivých zpráv. Nikdo nemá rád špatné zprávy, v medicíně se jim ale nelze vyhnout. Lékaři většinou nemají žádný výcvik v komunikačních dovednostech a stává se, že závažné zprávy sdělují mechanicky, bez emocí a odtažitě, mohou vytvářet falešné naděje nebo některé informace zadržovat. Dobře zvládnutá komunikace podstatně zlepšuje porozumění nemoci i adherenci k léčbě a snižuje úzkost nemocných. Komunikace je součástí léčby a v paliativní medicíně musí být upřímná, respektující a empatická. Měla by ujasnit, jak pacient rozumí svému stavu, měla by dosáhnout řešení problému nemocného v souznění s hodnotami a preferencemi pacienta a měla by povzbudit pacienta ke spolupráci (Sochor, 2019).

Sochor (2019) shrnul největší omyly v komunikaci takto:

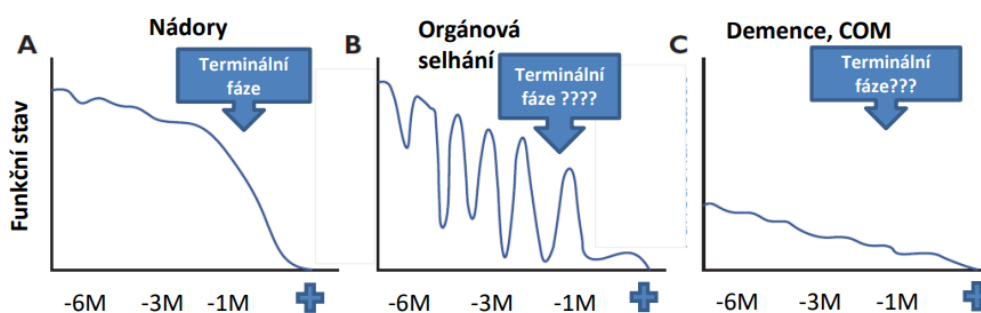
- 1) Pacient: „Kdyby to bylo něco vážného, lékař by mi to řekl.“
- 2) Lékař: „Kdyby pacient chtěl znát informace o svém zdravotním stavu, zeptal by se mě.“

George Bernard Shaw napsal: *„Největším problémem komunikace je iluze, že komunikace již proběhla.“*

Plán paliativní péče vychází z potřeb, přání a preferencí pacienta a jeho rodiny. Dále ošetřující lékař rozhodne, jaká péče je pro pacienta nejvhodnější, zda bude dostatečná obecná paliativní péče, konziliární vyšetření nebo specializovaná paliativní péče. Paliativní péče je poskytována v prostředí, které vyhovuje potřebám a přáním pacienta a jeho rodiny. Vhodnost tohoto prostředí je nutno pravidelně přehodnocovat. Součástí paliativní péče jsou všechny postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě. Pravidelně se hodnotí a léčí bolest a ostatní symptomy, psychický stav pacienta a jeho rodiny, sociální a spirituální potřeby. Po úmrtí pacienta je jeho rodině poskytnuta rada a pomoc (Sláma et al., 2013).

V indikaci typu a organizační formy paliativní péče je důležité brát v úvahu aktuální zdravotní stav nemocného i odlišný klinický průběh a dynamiku zhoršování zdravotního stavu u různých diagnostických skupin nevléčitelných onemocnění.

Obrázek 1: Porovnání průběhu závěru života u chronických onemocnění, onkologických onemocnění a cévních onemocnění mozku a demenci



Zdroj: Sláma, 2018

2.6 Kvalita života, životní potřeby a hodnoty pacienta v paliativní péči

Kvalita života

Kvalita života pacienta a jeho rodiny je základním mottem paliativní péče (Marková, 2010). Dle práce doc. Kuře (2022) je kvalita života subjektivním parametrem, který je sice z vnějšku měřitelný a statisticky kvantifikovatelný, ale ve výsledku je pouze pacient schopen stanovit kvalitu, kterou pro něho má jeho život. Haškovcová (2010) zdůrazňuje, že prožitek kvality života je věcí konkrétního jedince, ale z praktických důvodů je třeba stanovit kritéria i pro její vnější hodnocení. Z tohoto důvodu byly vytvořeny speciální dotazníky – *Index Quality of Life (IQL)*. Většinou detekují šest základních oblastí, které podmiňují kvalitu života. Patří sem sebezpříjetí, pozitivní vztahy s blízkými, autonomie, zvládání životního prostředí, smysl života a osobní rozvoj.

Prožívání kvalitního života se v nemoci mění a posouvá. To, co by zdravý člověk neoznačil za kvalitní, dostává v nemoci zcela jiný význam. Kvalita života souvisí s uspokojováním potřeb, a jelikož každý člověk a každá rodina má potřeby jiné, je kvalita života velice individuální (Marková, 2010).

Potřeby pacienta v paliativní péči

Kvalitní poskytování péče v závěru života by mělo být založeno na včasné a přesné identifikaci individuálních potřeb pacienta a jeho rodiny. Potřebou je obecně míněn stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, jenž odchyľuje jedince od jeho životního optima a zároveň ho nutí dosáhnout uspokojení a naplnění daného požadavku (Kuře, 2022). Hodnocení potřeb je důležité především z důvodu rozpoznání oblastí, které pacient a jeho rodina považují za důležité, a určení těch, ve kterých pacient potřebuje podporu (Waller et al., 2009).

Zalenski a Raspa (2006) upravili klasickou hierarchii potřeb [vytvořenou Maslowem (2021)] pro potřeby hospicové péče.

Potřeby 1. úrovně zahrnují péči o základní fyziologické potřeby.

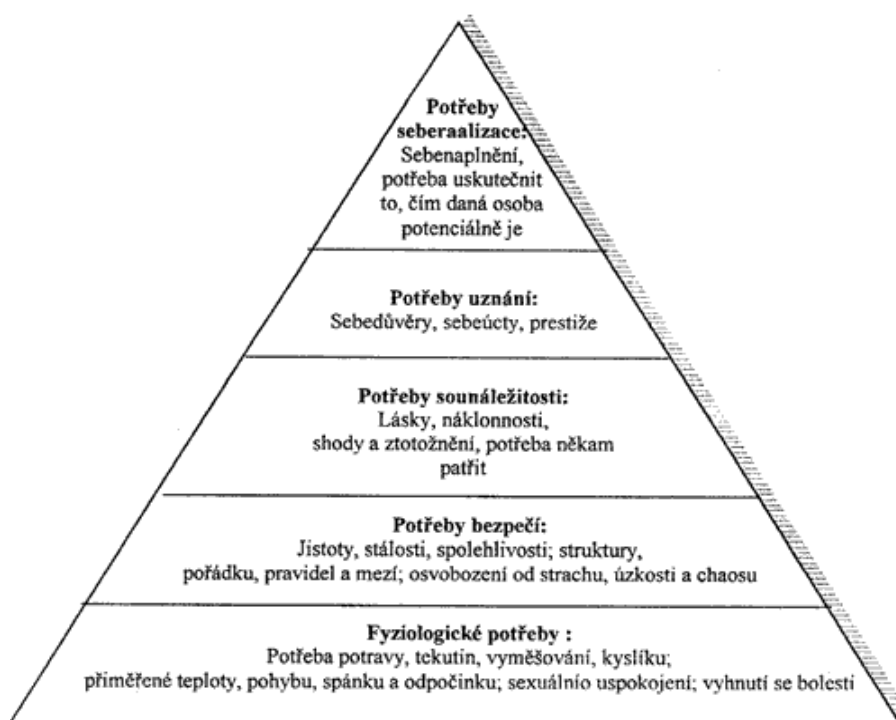
Potřeby 2. úrovně jsou pocity jistoty a bezpečí v sociální rovině. Neuspokojené potřeby v této úrovni mohou vést k rozvoji úzkostných poruch, nespavosti, k obavám z vývoje svého zdravotního stavu, včetně strachu ze smrti.

Potřeby 3. úrovně jsou potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti. Pacienti se závažným onemocněním mohou prožívat pocity nejistoty, zda budou okolím i nadále akceptováni jako doposud. S blížící se smrtí vystupuje potřeba sounáležitosti a kvalita mezilidských vztahů do popředí.

Mezi potřeby 4. úrovně patří potřeby uznání a sebeúcty.

Potřeby 5. úrovně se týkají seberealizace a dle Maslowa mohou být uskutečněny jen při naplnění potřeb prvních čtyř úrovní. S progresí nemoci mohou ale některé základní potřeby ustoupit do pozadí, takže i u pacienta, který již není schopen přijímat stravu, může být oblast jeho nemateriálních potřeb naplňována.

Obrázek 2: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Maslow, 2021

Životní hodnoty pacienta a jeho rodiny

Dle Markové (2010) vede cesta ke správnému cíli paliativní medicíny přes respektování hodnot jednotlivých pacientů a jejich rodin. Hodnotový systém každého z nás je jiný, a proto je důležité poznat a pochopit, co má pro nemocného a jeho blízké smysl.

Zohlednění potřeb pacienta v praxi vyžaduje znalost jeho životních hodnot. Hodnotou se obecně rozumí vše, co jedinec ve svém životě považuje za významné, co ovlivňuje jeho motivaci, chování a rozhodování. Mezi základní životní hodnoty patří hodnoty sociální a materiální, které souvisí s ekonomickou úrovní a finančním zázemím a duchovní hodnoty, které jsou spojené s náboženstvím, vírou a osobním přesvědčením (Kuře, 2022).

3 VÝŽIVA A HYDRATACE V PALIATIVNÍ PÉČI

3.1 Paliativní péče v onkologii

Ve své práci se zaměřuji na pacienty v hospicích, kde jsou hospitalizováni v naprosté většině (83 %) onkologičtí pacienti ve stadiu onemocnění B. a C. (viz Kategorizace pacientů v onkologické paliativní péči z hlediska délky přežití) a proto bude i tato práce cílena převážně na tyto pacienty.

Tabulka 1: Příčina úmrtí dle typu zdravotnického zařízení (2011-2017)

Příčina úmrtí dle typu zdravotnického zařízení

| Onemocnění | Nemocnice / Fakultní nemocnice | LDN | Hospic | Ostatní ZZ |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|--------|--------|------------|
| Zhoubné novotvary | 27,5 % | 21,5 % | 83,4 % | 27,1 % |
| Srdeční onemocnění, včetně cerebrovaskulárního on. | 37,6 % | 50,0 % | 8,6 % | 40,3 % |
| Onemocnění ledvin | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Onemocnění jater | 2,7 % | 1,5 % | 0,4 % | 1,5 % |
| Respirační onemocnění | 5,8 % | 3,4 % | 0,5 % | 6,4 % |
| Neurodegenerativní onemocnění | 0,5 % | 0,7 % | 0,8 % | 0,5 % |
| Alzheimerova nemoc, demence a senilita | 0,2 % | 0,4 % | 0,2 % | 0,2 % |
| HIV/AIDS | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Diabetes mellitus | 3,1 % | 4,1 % | 0,5 % | 2,9 % |
| Úrazy, otravy | 3,3 % | 3,3 % | 0,4 % | 3,9 % |
| Ostatní | 19,4 % | 15,0 % | 5,2 % | 17,1 % |

Zdroj: (Švancara et al., 2016)

Nádorová onemocnění představují v současné době druhou nejčastější příčinu úmrtí v dospělém věku. V posledních desetiletích došlo v onkologii k progresivnímu vývoji řady léčebných možností, ale i přes tyto pokroky zůstává většina pokročilých a metastazujících nádorů nevléčitelná. V onkologické paliativní péči a nejen v ní, vystupuje do popředí význam kvality života, která je hlavním záměrem paliativní péče. Začíná se objevovat koncept časně paliativní péče (early palliative care), který se snaží o dostupnost paliativní péče již od počátku nemoci souběžně s onkologickou léčbou (Sochor et al., 2019).

Kategorizace pacientů v onkologické paliativní péči z hlediska délky přežití

Skupina pacientů v onkologické paliativní péči je velmi různorodá jak z hlediska cílů léčby, tak celkové prognózy délky života. Obecně lze podle těchto kritérií vymezit tři kategorie pacientů:

A. Fáze kompenzovaného onemocnění - pacienti léčení paliativní protinádorovou léčbou s předpokládanou délkou přežití v řádu měsíců až několika let. U těchto pacientů je indikována standardní nutriční podpora a léčba jako u ostatních chronicky nemocných pacientů. Cílem je u těchto nemocných maximálně prodloužit délku života a udržet přijatelnou funkční zdatnost (Sochor et al., 2019).

B. Fáze zlomu - pacienti s ukončenou protinádorovou léčbou, v paliativní symptomatické péči v relativně stabilizovaném stavu s předpokládanou délkou přežití v řádu měsíců (Sochor et al., 2019). V této fázi přestává být maximální prodloužení života

primárním cílem. Nejsou indikovaná opatření, která bezprostředně nepřispívají k udržení nebo zlepšení kvality života. V případě akutních příhod (infarkt myokardu, tromboembolická nemoc, infekce) je třeba postupovat individuálně. V některých případech je indikována standardní intenzivní léčba. Resuscitační léčba obvykle indikovaná není (Skála, 2011).

C. Fáze terminální - pacienti s ukončenou protinádorovou léčbou, v paliativní symptomatické péči s progresivním zhoršováním celkového stavu (Šachlová et al., 2012).

Součástí terminální fáze je *terminální stav*, kdy dochází k nevratnému selhávání jednoho nebo více životně důležitých orgánů, které končí úmrtím pacienta během několika hodin či dnů. Smrt je u takového pacienta vzhledem k jeho stavu očekávána. Cílem péče je důstojné umírání s minimem dyskomfortu, s neprodlužováním umírání a maximální respekt k jedinečnosti konce každého pacienta. Součástí této péče obvykle není enterální ani parenterální výživa. V případě akutních příhod (infarkt myokardu, tromboembolická nemoc, infekce) obvykle není indikována intenzivní ani resuscitační léčba. Je indikována symptomatická léčba (účinné mírnění bolesti, dušnosti atd.). Rozhodování o podání ATB v případě známek infekce je vždy individuální (Hrnčiariková, 2021; Skála, 2011; Šachlová et al., 2012).

Kategorizace zdravotního stavu pacientů dle Paliativní škály funkční zdatnosti (Palliative Performance Scale)

Palliative Performance Scale – PPS je modifikací Karnofského škály, specificky upravenou pro využití v paliativní péči. Obsahuje kategorizaci zdravotního stavu dle klíčových parametrů (pohyblivost, aktivita a přítomnost nemoci, soběstačnost, příjem potravy, úroveň vědomí) a je vyjádřena v procentech, kdy 100 % znamená plné zdraví a 0 % smrt. Pacient s PPS větším než 50 % je stabilní a může být v péči praktického lékaře. PPS menší než 50 % identifikuje pacienta nestabilního se závažnými symptomy a tento pacient by měl být v péči lékaře paliativní medicíny.

Tabulka 2: Paliativní škála funkční zdatnosti

Paliativní škála funkční zdatnosti (Palliative Performance Scale- PPS)

| PPS | Pohyblivost | Aktivita | Symptomy nemoci | Soběstačnost | Příjem potravy | Stav vědomí |
|-----|-------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 100 | neomezená | normální | žádné | plná | normální | normální |
| 90 | neomezená | normální | mírné | plná | normální | normální |
| 80 | neomezená | normální, vyžaduje úsilí | mírné | plná | normální nebo snížená | normální |
| 70 | omezená | neschopen zaměstnání/práce | významné | plná | normální nebo snížená | normální |
| 60 | omezená | neschopen práce / činností doma | významné | příležitostná pomoc nutná | normální nebo snížená | normální nebo zmatenost |
| 50 | převážně leží nebo sedí | neschopen žádné práce | plně rozvinutá choroba | častá pomoc nutná | normální nebo snížená | normální nebo zmatenost |
| 40 | převážně na lůžku | neschopen většiny činností | plně rozvinutá choroba | nutná pomoc s většinou činností | normální nebo snížená | normální nebo spavost +/- zmatenost |
| 30 | trvale na lůžku | neschopen žádné činnosti | plně rozvinutá choroba | úplná nesoběstačnost | snížená | normální nebo spavost +/- zmatenost |
| 20 | trvale na lůžku | neschopen žádné činnosti | plně rozvinutá choroba | úplná nesoběstačnost | srkání tekutin | normální nebo spavost +/- zmatenost |
| 10 | trvale na lůžku | neschopen žádné činnosti | plně rozvinutá choroba | úplná nesoběstačnost | jen zvlhčování úst | spavost nebo bezvědomí +/- zmatenost |
| 0 | smrt | - | - | - | - | - |

Zdroj: Sláma & Vafková, 2020

Tabulka 3: Kritéria pro klasifikaci váhového úbytku v důsledku nádorového onemocnění

| GRADING ZTRÁTY HMOTNOSTI všechny nádory, n = 8160 | | | | | | |
|------------------------------------------------------|-----|--------------------------|----|----|----|---|
| Grade 1-4 postupně zhoršuje prognózu v onkologii | | | | | | |
| | | BMI (kg/m ²) | | | | |
| | | 28 | 25 | 22 | 20 | |
| Ztráta hmotnosti (%) | 2,5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| | 6 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| | 11 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| | 15 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| | 15 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 |

Systém třídění (stupně 0 až 4).
Medián doby přežití podle stupňů:
stupeň 0 - 20,9 měsíců
stupeň 1 - 14,6 měsíců
stupeň 2 - 10,8 měsíců
stupeň 3 - 7,6 měsíců
stupeň 4 - 4,3 měsíců

Zdroj: Martin et al., 2015

3.2 Nutriční terapeut v paliativní péči

Nutriční terapeut je v klinické péči odborník na výživu dle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který úzce spolupracuje se členy multidisciplinárního týmu nemocnice (popř. specifického oddělení). Nutriční terapeut sleduje a posuzuje parametry stavu výživy nutričně rizikových pacientů, které zahrnují hodnocení biochemických a antropometrických ukazatelů výživového stavu. Na základě monitoringu vyhodnocuje nutriční bilanci a navrhuje následné intervence, které schvaluje ošetřující lékař – způsob, množství, formu a typ výživy (včetně enterální a parenterální). Snaží se především o zajištění adekvátního příjmu makro a mikronutrientů a příjmu tekutin v adekvátním množství a vhodné konzistenci dle potřeb pacienta. Rovněž edukuje pacienta o navrhované výživě. V paliativní péči je nutriční terapeut důležitou součástí paliativního týmu (Vágnerová, 2020).

3.3 Nutriční screening

Nutriční screening by měl sloužit k rychlé orientaci o stavu výživy pacienta a měl by pomoci odhalit nutričně rizikové nemocné. Pro onkologické pacienty v ČR je doporučen *Dotazník nutričního rizika*. Dotazník je rozdělen na dvě části, jednu vyplní pacient a druhou lékař. V dotazníku jsou údaje o hmotnosti před šesti měsíci a současné, index tělesné hmotnosti (BMI), množství snědené stravy, věku, nutričně rizikové diagnóze nebo o rizikové onkologické intervenci. Součet bodů pak určuje riziko podvýživy (Sochor et al., 2019).

Pro nádorová onemocnění je malnutrice charakteristická. Nechtěná ztráta hmotnosti vyšší než 5 % původní hmotnosti je přítomna již v době diagnózy u přibližně 40 % pacientů. Při pokročilém onemocnění má malnutrici nejméně 80 % pacientů. Význam výživy je v onkologii zásadní, jelikož zmírnění rozvoje malnutrice nebo zabránění jejímu vzniku je jedním ze základních pilířů léčby. Účinná nutriční podpora snižuje riziko komplikací a nepříznivých následků protinádorové léčby, zlepšuje očekávané přežití nemocných a zlepšuje kvalitu života pacientů. Podvýživa je nezávislý negativní rizikový faktor prognózy, tolerance léčby a celkové kvality života a z toho důvodu je u onkologických pacientů pravidelný nutriční screening s případnou intervencí zásadní (Hrnčiariková, 2007; Kohout, 2020; Sochor, 2019).

Nutričně rizikové diagnózy

Některá nádorová onemocnění doprovází zvýšené riziko rozvoje podvýživy, tzv. nutričně riziková diagnóza. Jedná se o tumory hlavy a krku, horní části gastrointestinálního traktu (tumory jícnu, žaludku, žlučových cest, pankreatu), pokročilý nádor tlustého střeva nebo tumory mediastina a lymfomy, které utlačují zažívací trakt. Mezi nutričně rizikové diagnózy řadíme také generalizované nádorové onemocnění nebo onemocnění provázené systémovými příznaky – febrilní stav či hubnutí. Nutričně riziková je každá chemoterapie, která vyvolává mukositidu zažívacího traktu nebo vysoce emetogenní chemoterapie či radioterapie oblasti dutiny ústní, krku, jícnu nebo horní části břicha (Meisnerová, 2017).

3.4 Nutriční podpora v paliativní péči

Nutriční intervence musí být zahájena včas, má být prováděna individuálně, systematicky a za monitorování nutričního stavu. Nutriční podpora v onkologické paliativní léčbě využívá všech přístupů, které jsou používány i v jiných oborech medicíny. Mezi tyto nutriční intervence patří dietní opatření, sipping (popíjení nutričních přípravků), nazogastrická nebo nazojejunální sonda, perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG), operační gastrostomie, výživová jejunostomie, parenterální výživa periferní nebo centrální, kompletní nebo doplňková, farmakologická léčba (Kiss et al., 2012).

Nutriční potřeby onkologických pacientů v paliativní péči

Při zvažování nutriční intervence je důležité zhodnotit nutriční příjem a do jaké míry je malnutrice způsobena potenciálně ovlivnitelnými faktory (sekundární malnutrice). Kromě tohoto standardního nutričního hodnocení je v kontextu paliativní péče třeba zhodnotit důležitost a význam výživy s ohledem na předpokládanou prognózu délky života, vliv výživy a nutričních intervencí na aktuální kvalitu života a pacientovo přání a preference (Šachlová et al., 2012).

Cílem nutriční podpory u pacientů v paliativní péči je udržet či alespoň zpomalit zhoršování malnutrice a funkčního stavu, zlepšit nebo udržet kvalitu života a respektovat přání pacienta a jeho rodiny. Pro pacienta je důležité udržet perorální příjem výživy, umožnit pacientům jíst jídla, která mají v oblibě a které jim nečiní problémy. Během progresu onemocnění se postupně mění cíle nutriční podpory i její potřeba. Je nutné zvážit nežádoucí účinky nutričních intervencí, které mohou ve svém důsledku zhoršovat kvalitu života pacienta. Pro pacienty ve skupině A. by měla být nutriční podpora poskytována v plném rozsahu a pokrývat nutriční požadavky pacienta. Pro pacienty ve skupině B. je důležité udržet kvalitu života, množství energie a živin nemusí pacient přijímat v plném rozsahu. Pro pacienty v terminální fázi onemocnění je cílem snížit pocit hladu a žízně nejlépe stravou nebo sippingem. Důležitá je komunikace s pacientem a jeho rodinou o vhodnosti či nevhodnosti jednotlivých nutričních intervencí a jejich vliv na kvalitu života (Kohout, 2020; Šachlová et al., 2012; Tomáška, 2018).

Cílem nutriční podpory v terminální péči je přispět k emočnímu zklidnění pacienta a udržet co nejvyšší kvalitu jeho života. V terminální fázi je časté nechutenství a postupný pokles příjmu stravy. Tato situace je často negativně vnímána především pečujícími, kteří si dávají do souvislosti nedostatečný příjem stravy a stav pacienta a dožadují se parenterální výživy či infuzí tekutin. V této fázi je velice důležitá komunikace mezi zdravotníky, pečujícími a pacientem. Je nutné vysvětlit, že ztráta chuti k jídlu je důsledek onkologického onemocnění, že pacient není schopen přijatou energii využít a její příjem nevede ke zlepšení kvality života, naopak, může způsobit další komplikace zhoršující stav. Pacient většinou ani hlad či žízeň nepocítuje a opakované nabízení stravy vede k frustraci jak pacienta tak pečujících. Volba typu nutriční podpory je proto vysoce individuální a musí respektovat přání pacienta (Hrnčiariková, 2007; Pochop, 2020).

Energie

Klidová energetická potřeba pacientů v onkologické paliativní péči je zvýšená a pohybuje se mezi 25-35 kcal/kg tělesné hmotnosti /den, v případě aktivního pacienta může být i vyšší. S progredujícím stavem klesá na 20-25 kcal/kg tělesné hmotnosti /den, někdy i méně. Dle Sobotky (2019) není potřeba energie příliš zvýšená, protože mírný hypermetabolismus je vyvážen sníženou fyzickou aktivitou.

Bílkoviny

V nutriční podpoře onkologického pacienta jsou důležité bílkoviny, které by měly být podávány v množství 1,5 – 2 g/ kg tělesné hmotnosti /den. Dostatečné množství bílkovin v kombinaci s aerobním nebo odporovým cvičením dokáže udržet hmotnost a svalovou sílu a tím i lepší funkční a výkonnostní stav.

Tuky

Z důvodu inzulínové rezistence je vhodné jako zdroj energie využívat tuky, především MCT (mastné kyseliny se středním řetězcem), EPA (kyselina eikosapentaenová) a DHA (kyselina dokosaheptaenová), které by měly tvořit 50 i více % z celkové přijaté energie. Současně se doporučuje omezit příjem jednoduchých cukrů. (Kiss et al., 2023; Kohout, 2020). EPA a DHA mají vliv na anabolismus při nádorové kachexii, které spolu s ostatními intervencemi (dostatek bílkovin, aerobní cvičení) podporují prolomení anabolické rezistence a přispívají ke zmírnění systémového zánětu (Kohout, 2020; Sochor, 2019).

Sacharidy

Nádorové onemocnění často doprovází inzulínová rezistence, proto je doporučeno snížení příjmu sacharidů z doporučených 45 – 60 % u zdravých jedinců na 40 % z celkové energie. Jejich příjem by neměl klesnout pod 2 g /kg tělesné hmotnosti.

Vláknina

Vláknina obsažená ve stravě zvyšuje objem střevního obsahu, podporuje peristaltiku a zrychluje pasáž střechem a tím působí preventivně proti vzniku zácpy. Rozpustná vláknina je fermentována bakteriemi tlustého střeva za vzniku mastných kyselin s krátkým řetězcem, které jsou zdrojem energie nejen pro fyziologické střevní bakterie a kolonocyty, ale také zdrojem energie pro organismus (Tomáška, 2018).

Vitamíny

U onkologických pacientů, u kterých lze předpokládat deficit vitaminů (pacienti s malnutricí, s nedostatečným příjmem stravy, s dlouhotrvajícími průjmy) lze suplementovat vitaminové přípravky v dávkách odpovídajících denní potřebě (Tomáška, 2018).

Při nedostatku vitamínu D mají onkologičtí pacienti vyšší riziko smrti na progresi nádoru, je proto vhodná jeho suplementace (Sochor, 2019).

Tekutiny

Potřeba tekutin je závislá na klinickém stavu pacienta a stavu hydratace. Za dostačující množství tekutin se pokládá 30 ml/kg tělesné hmotnosti /den. V terminální fázi onemocnění se potřeba tekutin snižuje na 500 – 700 ml/den. Bozzetti (2019) doporučuje omezování příjmu tekutin a sodíku jako prevenci střevní obstrukce a ascitu (volná tekutina v dutině břišní) u pacientů s peritoneální karcinomatozou.

3.4.1 Dietní opatření

Hlavním cílem nutričního poradenství je zabránit ztrátě hmotnosti, upravit nedostatky v příjmu makro i mikroživin a zlepšit kvalitu života. Optimální nutriční podpora začíná co nejdříve, nejlépe již na počátku nádorového onemocnění, protože rozvinutá malnutrice se obtížně léčí. Příjem stravy by měl být z dlouhodobého hlediska dostatečný, nemělo by docházet k delšímu výpadku či omezení stravy (Tomáška, 2010). Ravasco (2019) vyzdvihuje důležitost individuální stravy na psychiku pacientů, kdy dieta dává pacientovi pocit, že se může aktivně zapojit do léčby onemocnění.

Dietní opatření mají za cíl zvýšení energetické hodnoty jídel a zvýšení příjmu bílkovin. Podmínkou je compliance pacienta, který musí pochopit, že udržení či zlepšení výživového stavu je důležité pro udržení fyzické aktivity a kvality života. Je nutné jíst pestrou stravu, žádný konkrétní pokrm ani skupina jídel nezajistí příjem všech potřebných látek v dostatečném množství. Jen konzumace všech skupin potravin (maso, drůbež, ryby, mléko a mléčné výrobky, obiloviny, vejce, luštěniny, ovoce, zelenina) je schopna optimální příjem zajistit.

Mezi obecná dietní opatření patří:

- Jíst pomalu, najít si na jídlo čas.
- Jíst menší porce ale častěji 6 – 8 x denně.
- Jíst kdykoliv, kdy je na jídlo chuť, mít vždy po ruce jídlo k okamžitému použití.
- Rozšířit jídelníček o nová a neznámá jídla.
- Jíst kaloricky bohatá jídla a omezit nízk energetické potraviny (light, odtučněné).
- Omezit pití během jídla.
- Důležitý je vzhled jídla, příjemné prostředí, milí lidé (Sláma et al., 2022; Tomáška, 2010).

Přehled konkrétních dietních opatření je popsán u symptomů, které jsou jimi ovlivnitelné.

3.4.2 Enterální výživa (EV)

Enterální výživou jsou všechny formy nutriční podpory pomocí potravin pro zvláštní lékařské účely. Je využívána tehdy, když má pacient funkční zažívací trakt a jsou vyčerpány možnosti dietní intervence. Enterální výživa se aplikuje buď formou perorálních nutričních doplňků (sipping, ONS), nebo jako sondová výživa cestou nazálních sond či stomií (Svačina, 2010).

Sipping

Sipping je nejjednodušší a nejpoužívanější formou enterální výživy. Sipping má výhodu oproti běžné stravě v tom, že je okamžitě připraven k použití. Na trhu je široká škála příchutí s jasně definovaným energetickým a proteinovým obsahem. Přípravky mají definovaný obsah vitaminů i stopových prvků, jsou snadno vstřebatelné a mají dobrou biologickou dostupnost. Většina neobsahuje laktózu ani lepek. Některé obsahují vlákninu, některé jsou bez tuku. U většiny přípravků je bílkovina mléčného původu a sacharidy jsou zastoupeny ve formě maltodextrinu. Většina přípravků má sladkou příchuť, mohou být ve formě džusu, pudinku nebo jogurtového nápoje, na trhu jsou i neutrální verze (Kohout, 2020; Šachlová et al., 2012).

Pro onkologické pacienty je vhodný sipping se zvýšeným obsahem bílkovin a s přísadkou n-3 polynenasycených mastných kyselin, argininu, nukleových kyselin, větvených aminokyselin nebo hydroxymethylbutyrátu, který může potlačit zánět, podpořit anabolismus a imunitní systém (Kohout, 2020). Sippingem je možné zvýšit příjem celkové energie a živin aniž by došlo ke snížení příjmu stravy. V paliativní péči jsou důležitější chuťové preference pacienta než typ sippingu (Sochor et al., 2019).

Důležitá je správná edukace pacienta ohledně použití sippingu. Zpočátku je důležité ho pít po malých porcích do 50 ml 4 x denně mezi hlavními jídly. Vychlazený je lépe tolerovaný. Sipping je vhodné nabízet všem pacientům v onkologické paliativní péči s nedostatečným perorálním příjmem přirozené stravy. Pacienti ho většinou tolerují i ve velmi pokročilých stadiích nemoci (kategorie pacientů B a C). Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří průjem, kdy můžeme zkusit zmenšit jednotlivé dávky nebo vyzkoušet jiné přípravky. Některí pacienti mají i po malé dávce sippingu nauzeu až zvracení, což užití sippingu znemožní, taktéž není vhodné podávat jej pokud způsobuje předčasnou sytost. Zamícháním sippingu do jogurtu můžeme zmírnit pacienty někdy netolerovanou sladkou chuť. U pacientů schopných perorálního příjmu lze využít modulární dietetika. Nejčastěji je využíván Protifar, který je neutrální chuti v práškové formě a přidává se do běžných jídel. 1 odměrka obsahuje 2,2 g bílkoviny (Kohout, 2020; Šachlová et al., 2012).

Přípravky ONS pro onkologické pacienty

Supportan Drink (200 ml) je hyperkalorická (1,5 kcal/ml) nutričně kompletní výživa obsahuje 40 % energie z tuků, 33 % ze sacharidů a 27 % bílkovin. Obsahuje MCT tuky, n-3 polynenasycené mastné kyseliny. Je bez laktózy a lepku

Forticare Advanced (125 ml) je hyperkalorická (2,45 kcal/ml) nutričně kompletní výživa, která obsahuje 35 % energie z tuků, 41 % ze sacharidů a 24 % z bílkovin. Obsahuje n-3 polynenasycené mastné kyseliny a vysoký obsah vitamínu D. Neobsahuje lepek.

Prosure (220 ml) je hyperkalorická (1,27 kcal/ml) nutričně kompletní výživa, která obsahuje 19 % energie z tuků, 59 % ze sacharidů a 22 % z bílkovin. Obsahuje n-3 polynenasycené mastné kyseliny, vyšší obsah vit. A, C, E. Je vhodný pro pacienty s časnou sytostí a pro fyzicky aktivní pacienty (Kohout, 2020).

Sondová enterální výživa (EV)

Enterální výživa umožňuje pacientům zůstat v domácím prostředí, lze ji podávat dlouhodobě, její aplikace je jednoduchá a ve srovnání s parenterální výživou má minimum komplikací. Cílem a zároveň předpokladem podávání EV je zlepšení či udržení kvality života a souhlas pacienta s jejím podáváním. Nazogastrická či nazojejunální sonda ale bývá pacienty často negativně vnímána a považována za agresivní nutriční intervenci, která ve svém důsledku vede ke snížení kvality života, omezení pohybu a sociálních kontaktů.

Indikací k zavedení sondové enterální výživy je nejčastěji nemožnost příjmu dostatečného množství živin perorální cestou. U onkologických pacientů jsou nejčastější indikací nádory ORL oblasti, nádory způsobující obstrukci horní části zažívacího traktu, poruchy polykání, nádorová kachexie a poruchy trávení a vstřebávání živin. Enterální výživu můžeme podávat cestou nazogastrické, nebo nazojejunální sondy, PEG, chirurgickou gastrostomií a jejunostomií (Kohout, 2020; Meisnerová & Novák, 2016; Sochor et al., 2019; Tomiška, 2018).

Enterální výživa může u pacientů v paliativní péči zlepšit nebo udržet stávající nutriční stav, zpomalit rychlé zhoršování nutričního stavu, zabránit dehydrataci a zlepšit kvalitu života. Při rozhodování o zavedení sondové enterální výživy jsou důležité preference nemocného, který musí být o tomto způsobu výživy adekvátně informován, dále je nutné zohlednit jeho zdravotní stav, předpokládanou prognózu a cíle léčby. Enterální sondová výživa je obvykle indikována u pacientů v paliativní péči v prognostické kategorii B. (prognóza délky přežití v řádu měsíců). U pacientů v kategorii C. (terminální fáze) obvykle indikovaná není, protože její podání nemá vliv na délku ani kvalitu života. Pokud je u pacientů v terminální fázi onemocnění již dříve zavedena gastrostomie nebo jejunostomie, je třeba o pokračování enterální výživy rozhodnout s ohledem na aktuální klinický stav a přání pacienta a pečujících. Gastrostomii lze v této situaci využít také k zajištění bazální hydratace (Šachlová et al., 2012).

Přípravky sondové enterální výživy

Přípravky sondové enterální výživy mají neutrální chuť, neobsahují laktózu, puriny a lepek, lze je tedy podávat i pacientům s laktózovou intolerancí, celiakií či dnou. Mohou být buď polymerní, ve kterých jsou obsaženy komplexní proteiny, sacharidy ve formě polysacharidů a tuky ve formě olejů. V oligomerní přípravcích jsou bílkoviny naštěpeny na oligopeptidy, sacharidy jsou ve formě maltodextrinů a disacharidů a tuky jsou ve formě MCT a LCT. Obě tyto skupiny mohou být ve formě standardní a speciální. Standardní mohou být vysokoenergetické, s vlákninou či bez. Speciální mohou být vysokoproteinové, diabetické, imunomodulační, pro pacienty s renální, jaterní nebo respirační insuficiencí a pro podporu gastrointestinálního traktu (GIT). Při podávání sondové EV je nutné dodávat i tekutiny v objemu 1000 - 1500 ml/den (Kohout et al, 2021; Szitányi et al., 2013).

Pro onkologické pacienty jsou vhodné přípravky s n-3 mastnými kyselinami ve farmakologicky účinném množství 3 – 4 g/den pro potlačení zánětu (Supportan, Oxepa, Peptamen), vysokoproteinové s vyšším zastoupením tuků (Fresubin 2 kcal HP Fibre, Novasource GI Advance) (Kohout et al, 2021).

3.4.3 Parenterální výživa (PV)

Cílem parenterální výživy v paliativní péči je udržení či zlepšení kvality života pacienta. Prospěch pacienta z PV je třeba přehodnocovat v pravidelných intervalech a také při vzniku komplikací (Šachlová et al., 2012).

Parenterální výživa je metodou umělé výživy v případě, kdy není trávicí trakt funkční. Indikací k totální parenterální výživě je právě dysfunkce GIT, postradiační enteritida, těžké průjmy a zvracení, těžká malabsorpce, poruchy střevní pasáže, v paliativní péči maligní střevní obstrukce. Parenterální výživu lze podávat jako komplexní nebo doplňkovou (Kohout et al, 2021; Sochor et al., 2019).

Podmínkou pro zahájení PV je předpokládané přežití více než 2 – 3 měsíce, absence metastáz do vzdálených a životně důležitých orgánů (mozek, plíce, játra), souhlas pacienta, zavedený cévní vstup, Karnofského skóre ≥ 50 % a, v neposlední řadě, možnost bezpečné aplikace doma (Meisnerová, 2017).

Obrázek 3: Karnofského performance status

| Karnofského performance status | |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 100 | Schopen normálních aktivit, není nutná zvláštní péče. Normální, bez obtíží, bez známek nemoci. |
| 90 | Schopen normálních aktivit, mírné známky nebo příznaky nemoci. |
| 80 | Normální aktivita za zvýšeného úsilí, známky nebo příznaky nemoci. |
| 70 | Neschopen práce, schopen normálního života doma a schopen postarat se o většinu osobních věcí, potřebná pomoc různého rozsahu. Pečuje o sebe, neschopen normálních aktivit ani práce. |
| 60 | Postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc. |
| 50 | Nutná významná pomoc, častá zdravotnická péče. |
| 40 | Neschopen péče o sebe nutná institucionální péče nebo hospitalizace, onemocnění se může rychle zhoršovat. Neschopný, nutná specializovaná péče a pomoc. |
| 30 | Těžce neschopný, je indikována hospitalizace, smrt bezprostředně nehrozí. |
| 20 | Velmi nemocný, hospitalizace nutná, nezbytná aktivní podpůrná léčba. |
| 10 | Umírající. |
| 0 | Mrtvý. |

Zdroj: Sláma & Vařková, 2020

3.4.4 Kontraindikace a ukončení nutriční podpory

V terminální péči je na prvním místě prioritou pacienta. Jasnou kontraindikací pro podávání nutriční podpory je její odmítnutí plně informovaným pacientem, které je nutné respektovat. Mezi další kontraindikace patří situace, kdy podávání nutriční podpory snižuje kvalitu života pacienta, zvyšuje zátěž organismu a prodlužuje umírání. V neposlední řadě mezi kontraindikace patří neschopnost návštěv nutriční ambulance. Při rozhodování, zda pokračovat v nutriční podpoře nebo ji ukončit je nutné vždy zohlednit, zda nutriční podpora zlepšit pacientovi kvalitu života, jeho fyzický stav nebo

ho emočně zklidní. Při ukončování již zavedené nutriční podpory je vhodné její postupné snižování, spotřebovat zásoby vaků s výživou, pak jen hydratace – *comfort feeding and hydration*. Velmi důležitá je zde komunikace s pečujícími a pacientem (Hrnčiariková et al., 2007; Kohout et al., 2021).

3.4.5 Hydratace

Ač pro pacienta v terminálním stavu není nutriční podpora přínosem, nabízení tekutin je velmi důležité. Tekutiny je nutné nabízet takovou formou, kterou je pacient schopen přijmout – slámkou, z kojenecké lahve, lžičkou nebo injekční stříkačkou. Pokud již není pacient schopen polykat, pocit žízně můžeme zmírnit zvlhčováním úst (Hrnčiariková et al., 2007).

Další možností jak pacientovi dodat tekutiny je hypodermoklýza. Je to subkutánní aplikace tekutin a léků, která je snadná, bezpečná a pro pacienta pohodlná.

Podávání parenterální hydratace u terminálně nemocných pacientů je třeba vždy individuálně zvážit. Zcela indikovaná je hydratace u těch pacientů, kteří trpí žízní nebo mají symptomy související s dehydradací, např. zmatenost. Subkutánně lze podat fyziologický roztok (NaCl 0,9 %), kombinované roztoky NaCl a glukózy a 5 % roztok glukózy. V případě potřeby lze podávat také KCl. Rychlost podávání infuzí je individuální a je závislá na celkovém objemu tekutiny, rychlosti vstřebávání z podkoží a pohyblivosti pacienta. Celkový objem podaných tekutin se obvykle pohybuje v rozmezí 500 - 2000 ml/den (Sláma, 2008).

Nebyl potvrzen přínos umělé hydratace u umírajících. Dehydratace, která umírání provází, naopak snižuje hromadění tekutin ve třetím prostoru, snižuje celkové prosáknutí, dušnost, chrčivé dýchání, nevolnost a zvracení. V této době je důležitá péče o dutinu ústní, její vytírání, zvlhčování a promazávání rtů. Obavy blízkých, že nemocný zemře, protože nepije, je nutné včas rozptýlit opakovaným vysvětlováním a vhodnou komunikací (Sochor, 2019)

3.5 Vybrané symptomy ovlivňující příjem stravy

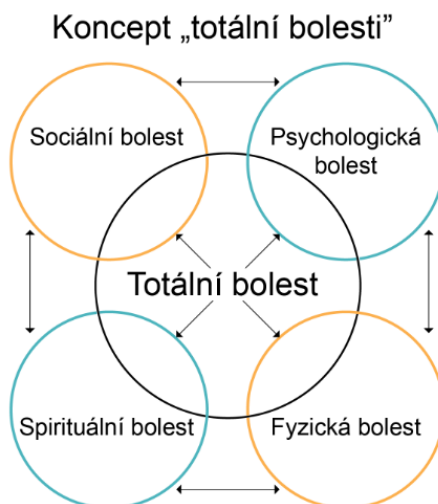
Příjem stravy může být limitován nejrůznějšími projevy, jako jsou nechutenství, nevolnost, zvracení, xerostomie, dysfagie, stomatitida, bolest, průjem nebo zácpa. Ovlivnění a identifikace těchto symptomů je prvním krokem ke zvýšení příjmu stravy (Sláma et al., 2022).

3.5.1 Bolest

Bolest je jedním z nejčastějších symptomů nádorového onemocnění, který má vliv na kvalitu života, motivaci, spolupráci, ale také na příjem stravy, proto je její zvládnutí důležité pro úspěšnou nutriční podporu. Neléčená bolest může vyústit v imobilitu, depresi, izolaci, v nechutenství a malnutrici. V paliativní medicíně se pracuje s konceptem „totální bolesti“, který zahrnuje bolest jak tělesnou, tak i psychickou, spirituální a sociální. Vnímání bolesti je vysoce individuální a je interindividuálně obtížně srovnatelné. Vnímání bolesti je ovlivněno produkcí endorfinů, geneticky, výchovou i situačně. Nejvýznamnějším

parametrem pro rozhodování o analgetické terapii je intenzita bolesti. Tuto informaci získáme od pacienta nejčastěji vyjádřenou číslem na stupnici od 0 do 10, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 bolest nesnesitelnou (Kalvach, 2010; Sláma, 2022; Sochor et al., 2019).

Obrázek 4: Koncept „totální“ bolesti



Zdroj: (Sláma & Vafková, 2020)

Léčba bolesti

U pacientů v pokročilých fázích onemocnění většinou nelze dosáhnout úplného odstranění bolesti, cílem léčby je proto snížit bolest na snesitelnou míru a najít rovnováhu mezi snížením bolesti a mírou nežádoucích účinků. Doporučení pro farmakoterapii bolesti sestavila WHO, ve kterých doporučuje jaké lékové skupiny a jaké kombinace je vhodné používat v závislosti na intenzitě bolesti.

Při mírné bolesti (I. stupeň) se nejčastěji používají neopioidní analgetika. Tato analgetika mají definovanou maximální denní dávku, při jejím překročení vzrůstá riziko nežádoucích vedlejších účinků, jako je hepatotoxicita (Paracetamol), agranulocytóza (Metamizol), nevolnost, pyróza, peptický vřed, krvácení z gastrointestinálního traktu či jeho perforace (Ibuprofen, Diclofenac).

Při střední bolesti (II. stupeň) se využívají slabé opioidy nebo v kombinaci s neopioidními analgetiky. Pro tyto analgetika je typické, že od určité dávky při dalším zvyšování dávek nedochází ke zvyšování analgetického účinku. Mezi nejčastější nežádoucí účinky těchto analgetik patří zácpa, sedace a nevolnost (Tramadol, Codein).

Při silné bolesti (III. stupeň) se používají silné opioidy. Nežádoucí účinky těchto léků závisí na mnoha faktorech, kterými je věk, pohlaví, užívané léky, renální funkce, funkčnost GIT. Mezi nejčastější patří zácpa, nevolnost, zvracení, svědění, sedace, retence moči a sucho v ústech (Morfin, Oxycodon, Fentanyl, Sufentanil).

V léčbě bolesti se používají i koanalgetika, která se používají současně s analgetiky v případech, kdy samotnými analgetiky nelze bolest zmírnit. Jako koanalgetika se podávají kortikosteroidy, antidepresiva, SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) a antiepileptika (Kalvach, 2010; Sláma, 2022; Sochor, 2019).

Další možností léčby bolesti jsou kanabinoidy. Kanabinoidy jsou bioaktivní molekuly, které reagují s kanabinoidními receptory našeho endokanabinoidního systému. Rozlišujeme tělu vlastní endokanabinoidy, dále fytoKANabinoidy, které se vyskytují v rostlině konopí. Extrahované směsi z této rostliny se standardizovaným množstvím THC (tetrahydrokanabinol) a CBD (kanabidiol) se nazývají nabiximoly. Další kategorií jsou syntetické kanabinoidy. V léčbě bolesti v paliativní péči se nejčastěji používají perorální přípravky s obsahem sušené konopné drogy ve formě tvrdých želatinových tobolek nebo konopný extrakt. Kanabinoidy lze využít také k léčbě nechutenství a k potlačení nauzey a zvracení u onkologicky nemocných (Kušnířová, 2020).

3.5.2 Syndrom nádorové anorexie a kachexie

Nádorová kachexie je častým příznakem u nádorového onemocnění, vyskytuje se u poloviny všech onkologických pacientů s různou četností u jednotlivých typů malignit a v terminální fázi se její výskyt zvyšuje až na 80 %. Významný nezamýšlený váhový úbytek či nechutenství může být prvním průvodním příznakem probíhajícího nádorového onemocnění a může se vyskytnout i u poměrně malých nádorů. Základním diagnostickým markerem je úbytek tělesné hmotnosti o více než 5 % za posledních 6 měsíců aniž by pacient o snížení váhy usiloval. Mezi projevy nádorové kachexie patří anorexie, pokles tělesné hmotnosti s úbytkem svalstva a podkožního tuku, anémie, stavy celkové slabosti a únavy či deprese (Hrnčiariková et al., 2007; Sochor, 2017; Šachlová et al., 2012).

Kachexii můžeme rozdělit na primární a sekundární. U primární kachexie převažují metabolické změny, kdy nemocný může jíst a zhoršení nutričního stavu není vysvětlitelné poklesem perorálního příjmu nebo snížením resorbce. Nutriční podpora bývá v tomto případě málo úspěšná. Sekundární kachexie je způsobená poškozením trávicího traktu buď vlastním nádorem, nebo protinádorovou terapií a pacient nemůže jíst nebo je perorální příjem nedostatečný. U tohoto typu má nutriční podpora větší efekt. V pokročilých stádiích nádorové nemoci se mohou oba výše popsané mechanismy vyskytovat současně (Hrnčiariková et al., 2007; Šachlová et al., 2012).

Patofyziologie nádorové anorexie a kachexie

Pro nádorovou kachexii a anorexii je typická systémová zánětlivá odpověď s hyperaktivovaným imunitním systémem a zvýšenou tvorbou prozánětlivých cytokinů (IL-1, IL-6 a TNF- α). Tyto cytokiny aktivují chronickou stresovou reakci, jejíž hlavní složkou je zvýšený tonus sympatiku a aktivace osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny, což má za následek zvýšené vylučování adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu, které navyšují energetický výdej. Cytokiny také udržují aktivní imunokompetentní buňky v aktivovaném stavu, kdy se zvyšují jejich energetické nároky. Soustavně zvýšené energetické nároky na obranné a regenerační procesy způsobují negativní energetickou bilanci, převahu katabolických dějů (glykogenolýza, lipolýza, proteolýza ve svalech a glukoneogeneze) a postupné vyčerpání organismu. Výrazně se odbourávají svalové proteiny a mobilizované aminokyseliny jsou použity ke glukoneogenezi, syntéze mastných kyselin (MK) a nevyužité aminokyseliny k syntéze proteinů akutní fáze a dalších plazmatických bílkovin. Nastává hyperglykemie, která stimuluje sekreci inzulínu,

ale vlivem inzulínové rezistence jsou jeho účinky oslabeny. Negativní energetickou bilanci navíc zhoršuje anorexie, kterou indukují prozánětlivé cytokiny (Rokyta, 2015).

Dietní a režimová doporučení při anorexii

Dle Tomíška (2010) patří mezi základní doporučení kromě obecných (viz. kapitola 3.4.1. Dietní opatření) také:

- Nevynechávat snídani a zařazovat k ní bílkovinnou potravinu;
- Při odporu k masu používat jiné zdroje bílkovin (vejce, tvaroh, tofu, sýry, ryby);
- Sklenička piva či aperitivu může zlepšit chuť k jídlu;
- Kousek ovoce k hlavnímu jídlu může zvýšit chuť na další jídlo;
- Jíst nejprve tuhou stravu a, pokud je to možné, během jídla nepít;
- Pít kalorické nápoje (slazené vody, šťávy, mléko, kakao);
- Ke zvýšení chuti k jídlu může vést pravidelná fyzická aktivita.

Chuť k jídlu může také povzbudit fyzická aktivita. Forma by měla odpovídat stavu a prognóze pacienta (lehké formy aerobního cvičení, procházky, aktivní nebo pasivní cvičení na lůžku). Ke zvýšení perorálního příjmu také podstatně přispívá zrušení některých restriktivních diet, např. omezování příjmu soli, nízkocholesterolová nebo přísná diabetická dieta, úprava medikace s vysazením všech postradatelných léků, aktivní léčba bolesti, zácpy, nevolnosti a eventuálně nasazení chuťových stimulantů (Hrnčiariková, 2007; Meisnerová & Novák, 2016, Sochor, 2019).

Není vhodné pacientům podávat jejich oblíbená jídla nebo sipping v době, kdy trpí nevolností či zvracením, mohlo by dojít k vypěstování averze vůči těmto potravinám (Sláma et al., 2022; Šachlová et al., 2012; Tomíška, 2010).

Někteří pacienti se domnívají, že při zhoršování zdravotního stavu je vhodné přejít na „zdravou výživu“. Přijímají zvýšené množství ovoce a zeleniny na úkor bílkovin, sacharidů a tuků, někteří se pokoušejí o tzv. „vyhladovění nádoru“, tzv. Breussovou dietu (Pochop, 2020). I když mohou být některé exogenní živiny nádorovou tkání využívány, nádor roste autonomně a získává energii a živiny mnoha různými cestami z okolních tkání i vnitřního prostředí. Naopak lepší nutriční stav se promítá spíše do pomalejšího růstu nádoru. Je důležité pacientům zdůraznit, že tento postup je značně kontraproduktivní (Kohout et al., 2021; Pochop, 2020).

Farmakoterapie

Aby mohla být anorexie a kachexie úspěšně léčena, je nutné s její léčbou začít včas, protože pozdě léčená je odolná k léčebným intervencím. Nádorová anorexie a kachexie je multifaktoriální onemocnění, proto i ovlivnění jejích symptomů musí být komplexní s použitím farmakologických i nefarmakologických postupů. Z farmakoterapie se nejčastěji používají léky na zlepšení chuti k jídlu, protizánětlivé léky, inzulin a hormony (Sochor, 2017).

Mezi nejčastěji podávaná chuťová stimulantia patří progestageny (megestrol acetát), které zlepšují chuť k jídlu, zvyšují tělesnou hmotnost a zmírňují únavu a nevolnost. Indikují se u pacientů, kteří mají prognózu přežití alespoň 3 měsíce (Hrnčiariková et al., 2007; Sochor et al., 2019). Megestrol acetát je jediným standardním lékem nádorové

anorexie a kachexie. Zvýšení chuti k jídlu se projeví po 7 – 14 dnech užívání, vliv na hmotnost má po 2 měsících. Nemá vliv na nárůst svalové hmoty, dochází ke zvýšení množství tuků a retenci tekutin (Sláma et al., 2022).

Další skupinou léků, které mohou stimulovat chuť k jídlu, jsou kortikoidy, které zároveň mírní nevolnost a únavu. Vzhledem k přechodnému efektu a nežádoucím účinkům jako je hypertenze, hyperglykemie, myopatie, imunosuprese a retence tekutin, by jejich podávání v paliativní péči mělo být omezeno na pacienty s délkou přežití 6 – 8 týdnů. Lze využít také anamorelin, který má podobné účinky jako ghrelin, zvyšuje chuť k jídlu, zvyšuje tělesnou hmotnost a svalovou hmotu. Chuť k jídlu stimuluje i některá antidepresiva, např. mirtazapin nebo olanzapin, která mají zároveň i antiemetické účinky. Jinou možností, jak lze částečně ovlivnit nádorovou anorexii a kachexii, jsou nesteroidní protizánětlivé léky (ibuprofen, indometacin), které snižují koncentraci cytokinů a v kombinaci s léky stimujícími chuť k jídlu jsou v současné době nejpoužívanější terapií nádorové anorexie a kachexie (Hrnčiariková et al., 2007; Sochor et al., 2019).

3.5.3 Problémy v dutině ústní

Problémy v dutině ústní se mohou vyskytnout až u 90 % pacientů v terminální fázi onemocnění. Nejčastěji je dutina ústní postižena infekcemi, které mohou být mykotické, bakteriální nebo herpetické, dále xerostomií a stomatitidou. Všechny tyto stavy vedou k velkému dyskomfortu a vedou ke sníženému příjmu stravy. Důležitá je proto péče o dutinu ústní, která zahrnuje zvlhčování sliznice úst, čištění zubů, promazávání rtů a pravidelné čištění zubní protézy (Marková, 2010; Sláma et al., 2022).

Xerostomie

Xerostomie se projevuje pocitu sucha v ústech, problémy s mluvením, žvýkáním, polykáním, žízní a ztrátou vnímání chuti. Příčinou mohou být některé léky, mykotická infekce, dehydratace, úzkost, předchozí radioterapie, při které došlo ke zničení slinných žláz, nedostatečné zvlhčování kyslíku při oxygenoterapii. Léčba xerostomie spočívá v odstranění příčiny (pokud toto lze učinit), další možností je popíjení chladných nápojů, cucání kostek ledu, bonbónů, žvýkání žvýkaček. Z farmakologických postupů se používá ke stimulaci tvorby slin pilokarpin oční kapky nebo náhrada slin lubrikanty, umělými slinami, ochrannými roztoky či gely (Sláma et al., 2022; Sochor et al., 2019).

Stomatitida

Stomatitida je zánětlivé, ulcerující a bolestivé postižení sliznice dutiny ústní a je jeden z faktorů zhoršujících kvalitu života. Pro svou bolestivost snižuje příjem tekutin a stravy. Příčinou stomatitidy u onkologických pacientů je nejčastěji chemoterapie a radioterapie. Častá je při radioterapii nádorů hlavy a krku, může trvat i několik týdnů až měsíců. Dalšími příčinami mohou být infekce a deficit vit. A a železa. Léčba spočívá v potlačení infekce, podávání analgetik, v dodržování ústní hygieny, podpoře salivace, prevenci poranění, v podávání měkké kašovitě stravy, vyvarovat se dráždivých pokrmů a nápojů (slané, kyselé, kořeněné). Důležitá je dostatečná hydratace a výživná dieta (Sláma et al., 2022; Sochor et al., 2019).

V neposlední řadě jsou příčinou sníženého perorálního příjmu stomatologické problémy, jako jsou bolavé zuby či nevyhovující protéza. Tyto problémy lze snadno odstranit (Marková, 2010).

Dysgeuzie

Dysgeuzie je kvalitativní porucha vnímání chuti, často spojená s poruchou čichu. Nejčastěji pacienti pociťují kovové pachutě, hořkost, žluklou chuť či slanost. Nejčastější příčinou tohoto symptomu jsou infekce v ušní, nosní a krční (ORL) oblasti, alergie, nedostatečná ústní hygiena, problémy se zuby, nádory centrální nervové soustavy (CNS), diabetická polyneuropatie, neurodegenerativní onemocnění, operace a chemoradioterapie v oblasti hlavy a krku, hypofunkce štítné žlázy. Její incidence je vyšší u seniorů, kde bývá často indukovaná léky. Dysgeuzii je věnováno málo pozornosti, přestože může mít vážné důsledky, mezi které patří nižší požitek z jídla, nechutenství s následným nižším příjmem stravy a tekutin. Je vhodné zrevidovat farmakoterapii, pomoci může suplementace zinkem (Rychlíčková & Suchánková, 2020; Suchánková et al., 2020; Vágnerová, 2020). U onkologických pacientů se může objevit odpor k masu, jehož chuť popisují jako hořkou a jeho vyrazení z jídelníčku má za následek nedostatečný příjem bílkovin. Je proto vhodné maso nahradit jinými bílkovinnými potravinami jako je vejce, tvaroh, sýry, ryby, tofu, luštěniny. Je vhodné zvýraznit chuť jídel kořením (oregano, tymián, majoránka, bazalka), jídlo konzumovat spíše chladnější a před jídlem si vyčistit zuby (Šachlová et al., 2012).

3.5.4 Problémy s polykáním (dysfagie)

Dysfagie je obtížná pasáž potravy mezi ústy, hltanem, jícnem a gastroezofageální juncí a její výskyt negativně ovlivňuje prognózu pacienta. Dysfagie je přítomna ve všech věkových kategoriích, nejčastěji u seniorů, u neurologických onemocnění (cévní mozkové příhody), u neurodegenerativních onemocnění např. u demence, Parkinsonovy choroby či amyotrofické laterální sklerózy. Dále u pacientů s nádory hlavy, krku, jícnu, při zevním útlaku jícnu nebo faryngu, při těžkých stupních dušnosti, u pacientů s tracheostomií nebo při chemoradioterapii v oblasti hlavy, krku a jícnu. Obtíže s polykáním se mohou projevit kašlem, změnou hlasu při jídle či pití, recidivující aspirační pneumonií, vytékáním potravy nebo slin u úst, únikem potravy nosem, pocitem váznutí, lepivosti nebo plnosti v krku, bolestmi při polykání, ztrátou hmotnosti, vyhýbání se určitým jídlům nebo konzumaci jídel ve společnosti. Poruchy polykání s sebou přinášejí i komplikace, mezi které patří malnutrice, aspirace, aspirační pneumonie či tichá aspirace. Snižuje se také kvalita života, může se objevit deprese či úzkost.

Léčba dysfagie je závislá na její etiologii, jejím hlavním cílem je zajistit bezpečný příjem stravy, zabránit malnutrici, plicním komplikacím a dosáhnout co nejlepší kvality života. Mezi léčebné modalitty řadíme logopedickou péči, farmakologickou léčbu především při dysfagie způsobené gastroezofageálním refluxem (inhibitory protonové pumpy, H₂ blokátory), při ezofageálních spasmech lze využít účinku botulotoxinu či blokátorů kalciových kanálů, při droolingu (vytékání stravy a slin z úst) se používají skopolaminové náplasti nebo anticholinergika, při léčbě mykotických infekcí antimykotika. Lze využít endoskopické nebo chirurgické intervence. Mezi léčebné postupy

řadíme i režimová opatření, mezi která patří hygiena ústní dutiny a správná péče o chrup a dietní postupy.

Nejdůležitější nutriční intervencí při dysfagii je úprava konzistence stravy. Strava se upravuje zahušťováním nebo naopak mletím a mixováním a v této fázi je důležitá spolupráce logopeda s nutričním terapeutem aby výsledná dieta byla pro pacienta bezpečná a plnohodnotná z hlediska příjmu živin. Pokud nelze úpravou stravy dosáhnout dostatečného příjmu energie a živin, je nutné využít sipping v různých konzistencích. Při nedostatečném perorálním příjmu (<60 % po dobu 1 – 2 týdnů) je indikována sondová enterální výživa. Preventivní zavedení PEG nebo PEJ je indikováno u pacientů před zahájením onkologické léčby s vysokým rizikem rozvoje mukozitidy. Kromě zajištění dostatečného příjmu energie a živin je důležité i zajištění dostatečné hydratace a využívání optimálního zahuštění tekutin, které pacient bezpečně spolkne. Lze využít potraviny s vysokým obsahem tekutin (ovocné či zeleninové pyré, pudinky, kaše), při zavedené nutritivní stomii lze podávat bolusy tekutin (Mandysová & Škvrňáková, 2016; Kohout et al., 2021; Socho et al., 2019).

Mezi obecná nutriční doporučení patří konzumace vařených měkkých jídel, kaší, namáčení chleba v polévce, omáčky, pudinky, želé a pyré. Je vhodné krájet jídlo na malé kousky, popřípadě použít mixér, jíst chladné pokrmy. K zahušťování tekutin použít přípravek Nutillis nebo Resource Thicken up (Šachlová et al., 2012).

3.5.5 Nevolnost a zvracení

Nevolnost a zvracení jsou pro pacienta a jeho rodinu jedny z nejvíce obtěžujících a stresujících symptomů, které snižují kvalitu života, vyskytují se u 40 – 60 % pacientů v paliativní péči (Symptom Management Guidelines, 2019)

Příčiny nevolnosti a zvracení jsou většinou kombinované, nejčastěji jsou způsobeny léky (opioidy, cytostatika, antibiotika, digoxin, nesteroidní protizánětlivé léky), metabolickými poruchami (hyperkalcémie, hyponatrémie, urémie, orgánová selhání), problémy s GIT (gastroparéza, poruchy střevní pasáže, obstipace, onemocnění jater, žlučových cest a pankreatu), srdeční selhání a onemocnění CNS. Vzhledem k multifaktoriální etiologii je nutný komplexní přístup k léčbě, kdy kombinujeme farmakologické a nefarmakologické postupy. Je nutné vyloučit střevní obstrukci, zjistit případnou odstranitelnou příčinu (hyperkalcémie), upravit medikaci a využít antiemetickou medikaci. Mezi nejčastěji používané léky patří Torecan, setrony, k podpoře peristaltiky Degan, domperidon, ke zklidnění žaludeční sliznice omeprazol nebo pantoprazol. Využívají se také některá antipsychotika, např. Tisercin nebo haloperidol, u kterých je ale nutno počítat s možností sedace (Kalvach, 2010; Sláma et al., 2022; Sochor et al., 2019).

Mezi dietní doporučení patří obecné postupy při nechutenství, navíc pacient může zkusit cucat ledové kostky ze svého oblíbeného nápoje (osvědčila se Coca-cola) nebo zmražené kousky ovoce (meloun, jahody), v době nevolnosti se nenutit do konzumace oblíbených jídel nebo sippingu. Při ranní nevolnosti se doporučuje ještě před vstáváním sníst suchar nebo suchý toust. Po zvracení začít konzumovat po lžičkách tekutiny a postupně přejít na měkkou stravu, obvykle jsou dobře snášeny zakysané mléčné výrobky. Při jídle je lepší sedět a po jídle chvíli odpočívat (Šachlová et al., 2012).

3.5.6 Problémy s vyprazdňováním

Zácpa

Zácpa je v paliativní péči jeden z nejčastějších symptomů, ale nebývá jí věnována taková pozornost jako průjmu (Marková, 2010). Je definována jako obtížné a méně časté (<3 x za týden) vyprazdňování menšího množství tuhého střevního obsahu provázené zvýšeným úsilím, často s pocitem plnosti a napětí v břiše. Zácpou v paliativní péči trpí 50 - 70 % pacientů a způsobuje zhoršení kvality života, příjmu potravy, nevolnost, zvracení, bolesti, dušnost, může vyvolávat retenci moče a delirium a může vést až ke střevní obstrukci. Příčina zácpy je multifaktoriální, mezi nejčastější příčiny patří omezená mobilita, nízký příjem stravy a tekutin s nedostatkem vlákniny, hyperkalcémie, hypokalémie, psychické příčiny (neznámé prostředí, strach z použití podložní mísy, nedostatek soukromí, zmatenost), neurologické příčiny jako je mozkový nádor, poruchy míšních kořenů, nežádoucí účinky léků, zejména opioidů, anticholinergik, psychofarmak a diuretik (Sláma et al., 2022; Sochor, 2017).

V rámci paliativní péče je nejdůležitější prevence zácpy. Pacientům léčených opioidy by měla být standardně podávána laxativa. Mezi preventivní opatření patří zvýšení příjmu tekutin, pokud je to možné, tak zvýšit příjem vlákniny, zařadit do jídelníčku 2 - 3 mléčné výrobky denně, pravidelná pohybová aktivita, zajištění soukromí a vhodné polohy při defekaci (Sláma et al., 2022; Sochor, 2017).

Průjem

Průjem je v paliativní péči méně častý než zácpa. Průjem je vyprazdňování řídké neformované stolice s urgencí více než 3 x za 24 hodin. Pacienti často označují za průjem jednu řídkou stolicí nebo častější odchod tuhé stolice za den, což vede k mnoha nedorozuměním. Mezi nejčastější příčiny průjmu v paliativní péči patří nádory tračnicku či kolitida, resekční výkony na gastrointestinálním traktu, dysmikrobiální průjmy po léčbě antibiotiky, nerovnováha v užívání laxativ, nežádoucí účinky léků, protinádorová léčba, střevní infekce s následnou intolerancí laktózy, intolerance enterální výživy. Průjem může u pacientů v symptomatické paliativní péči zhoršit celkový stav ve smyslu dehydratace, hyponatrémie, hypokalémie nebo hypotenze, dietní omezení při jeho léčbě může způsobit či prohloubit malnutrici, může dojít ke vzniku dekubitů nebo kožních infekcí. Dochází k výraznému zhoršení kvality života. Základním opatřením při průjmech všech etiologií je zajištění dostatečné hydratace v perorální formě (rehydratační roztok Kulíšek, Enterol) nebo intravenózně, z farmak lze použít obstipancia (Imodium, Codein), střevní antiflogistika (sulfasalazin), spasmolytika (butylscopolamin), u bakteriálních infekcí antibiotika, k úpravě střevní mikroflory se podávají probiotika (Hylak, laktobacily). U vodnatých neinfekčních průjmů je možná léčba octreotidem.

Z dietních opatření se u akutních průjmů doporučuje první den přijímat pouze dostatek tekutin (i ve formě slaných polévek), druhý den zařazujeme sacharidová a bílkovinná jídla (rýžový nebo mrkvový odvar, banány, brambory, vařené kuřecí maso), strava by neměla obsahovat mléko, vlákninu a tuk. Postupně se pacient vrací ke svému běžnému stravování. Může přetrvávat intolerance laktózy, proto jsou vhodnější zakysané mléčné výrobky. Po dietě a po zmírnění průjmů je nutné co nejdříve do stravy zavádět

bílkoviny a tuk jako prevenci malnutrice (Kalvach, 2010; Sláma et al., 2022; Šachlová et al., 2012).

3.5.7 Únava

Únava je jedním z nejčastějších symptomů u pacientů v paliativní péči, který snižuje kvalitu života. Zavadová (2019) definuje nádorovou únavu jako pocit fyzické, emoční a kognitivní únavy či vyčerpání, který není úměrný vykonávané činnosti a ovlivňuje normální fungování. Na její příčině se podílí mnoho faktorů, jako jsou cytokiny, kachexie, onkologická léčba, polypragmatie, a u onkologických pacientů častá anémie. Projevuje se snadnou a brzkou unavitelností i při mírné zátěži a celkovou slabostí až vyčerpáním, které zabraňuje v započítí jakékoliv činnosti, včetně konzumace jídla a tekutin.

Léčbu lze rozdělit na obecné postupy, které zahrnují nefarmakologické postupy, jako je fyzická aktivita, psychoterapie a plánování denních aktivit a farmakologické postupy, kdy se využívá účinku kortikoidů, megestrolacetátu a psychostimulancií. Specifické postupy zahrnují léčbu infekcí, anémie, deprese či metabolických poruch jako je dehydratace, hyperkalcémie, hypokalémie a hypomagnezémie, hypotyreóza. Důležité je pravidelné přehodnocování léčby opioidy a sedativy.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Cíl

Praktická část je rozdělena na dvě části. Primárním cílem první části výzkumu je přinést přehled potravin a pokrmů, které jsou pacienty Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech nejvíce oblíbené, identifikovat situace a stavy, které ovlivňují příjem stravy a tato zjištění prakticky uplatnit ve stravovacím provozu hospice. Sekundárním cílem této první části šetření je zhodnotit nutriční stav pacientů.

Záměrem druhé části šetření je okrajově zjistit význam nutričního terapeuta v zařízeních hospicové péče v České republice.

4.2 Metodika práce

Sběr dat pro první část výzkumu probíhal od ledna do června 2023. Byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, data byla získána ze zdravotnické dokumentace a antropometrického měření. Pro zjištění významu nutričního terapeuta v lůžkových zařízeních hospicové péče byl použit internetový dotazník (prostřednictvím Google Forms) rozeslaný do těchto zařízení. Získané údaje byly zpracovány pomocí standardních statistických metod.

Do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti lůžkového Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech, u kterých byl předpoklad, že polostrukturovaný rozhovor pro ně nebude po psychické ani fyzické stránce zatěžující a zvládnou ho dokončit. Tyto informace byly získány od zdravotnického personálu a lékařů. Vybraní pacienti byli osloveni s žádostí o rozhovor, byl jim vysvětlen důvod rozhovoru a jeho anonymita a následně jim byly poskytnuty dva dny na rozmyšlení, zda se šetření zúčastní. Po jejich souhlasu byli požádáni o podepsání informovaného souhlasu s nahlížením do zdravotnické dokumentace a získáním antropometrických údajů (Příloha č. 1). Poté následovalo vážení na osobní váze, v případě, kdy se pacienti nemohli nebo nechtěli zvážit, byl změřen obvod nedominantní paže k následnému určení BMI a tělesné hmotnosti. Rozhovory probíhaly na pokojích pacientů, ve většině případů byly pacienti schopni rozhovor dokončit, ve dvou případech byl rozhovor přerušen a pokračoval následující den.

Polostrukturovaný rozhovor má několik částí (Příloha č. 2). První část je věnována údajům ze zdravotnické dokumentace a antropometrickým údajům jako je tělesná hmotnost, výška, BMI, případně obvod nedominantní paže. Další část se zabývá chutí pacientů k jídlu, její změnou a případným nechutenstvím. Dále dotazník zjišťuje, jakou konzistenci stravy pacient preferuje, velikost porce, kterou obvykle sní, oblíbenost jednotlivých pokrmů, druh a množství tekutin. Poslední část rozhovoru zjišťuje přítomnost symptomů, které ovlivňují příjem stravy a zkušenosti se sippingem. Zjištěné údaje byly následně ověřovány u zdravotnického personálu.

Sběr údajů pro druhou část výzkumu probíhal formou internetového dotazníku určeného pro lůžkové hospice v České republice. Byla vytvořena interní databáze hospiců (Příloha č. 3), dotazníky (Zedníková, 2020) (Příloha 4) byly rozeslány elektronickou cestou

na vedení jednotlivých zařízení. Žádost o vyplnění dotazníku byla zaslána respondentům zároveň s průvodním dopisem a přímým odkazem na dotazník Google Forms.

Charakteristika výzkumného vzorku

Pacienti

Výzkum byl prováděn v lůžkovém Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech.

- soubor byl tvořen 18 pacienty (50 % mužů a 50 % žen);
- průměrný věk: 74 let (věkový rozptyl 44 – 100 let);
- průměrná hmotnost: 61,4 kg (rozptyl 24 kg – 96 kg);
- průměrný BMI: 20,8 kg/m² (s rozptylem 9,3 – 30,3 kg/m²);
- 16 pacientů (88,9 %) s onkologickou diagnózou; 2 pacienti (11,1 %) s neonkologickou diagnózou;
- 94,4 % pacientů má perorální příjem; 5,6 % pacientů je vyživováno prostřednictvím PEG.

Lůžkové hospice

- soubor byl tvořen 10 lůžkovými hospici ČR.

4.3 První část výzkumu - vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru

4.3.1 Vyhodnocení antropometrických údajů a údajů z dokumentace

Diagnózy výzkumného souboru

Ve výzkumném souboru byli zastoupeni jak pacienti onkologickými, tak i s neonkologickými diagnózami. Pacientů s onkologickou diagnózou je 16 (88,9 %), s neonkologickou diagnózou 2 (11,1 %). Toto rozložení odpovídá průměrnému zastoupení onkologických pacientů v hospicích (Tabulka č. 1).

Tabulka 4: Diagnózy výzkumného souboru

| Pacient | Diagnóza |
|---------|---------------------------------------------------------|
| M1 | Cévní mozková příhoda |
| M2 | Dorzalgie, paraplegie, dekubity |
| M3 | Zhoubný nádor ledvin, karcinom prostaty |
| M4 | Glioblastom temporálního laloku |
| M5 | Spinocelulární melanom |
| M6 | Karcinom ledviny, nadledviny, plic, jater, kostí |
| M7 | Karcinom močového měchýře, prostaty, dekubit sakra, pat |
| M8 | Karcinom močového měchýře |
| M9 | Karcinom žaludku |
| Z1 | Kolorektální karcinom |
| Z2 | Karcinom pankreatu |
| Z3 | Karcinom plic, prsu, kolorekta |
| Z4 | Karcinom plic s generalizací do CNS |
| Z5 | Karcinom plic s generalizací do CNS |
| Z6 | Karcinom ovaria, generalizace do rektosigmoidea |
| Z7 | Zhoubný nádor mozkového kmene |
| Z8 | Karcinom kolorekta, tenkého střeva, peritonea |
| Z9 | Karcinom pankreatu |

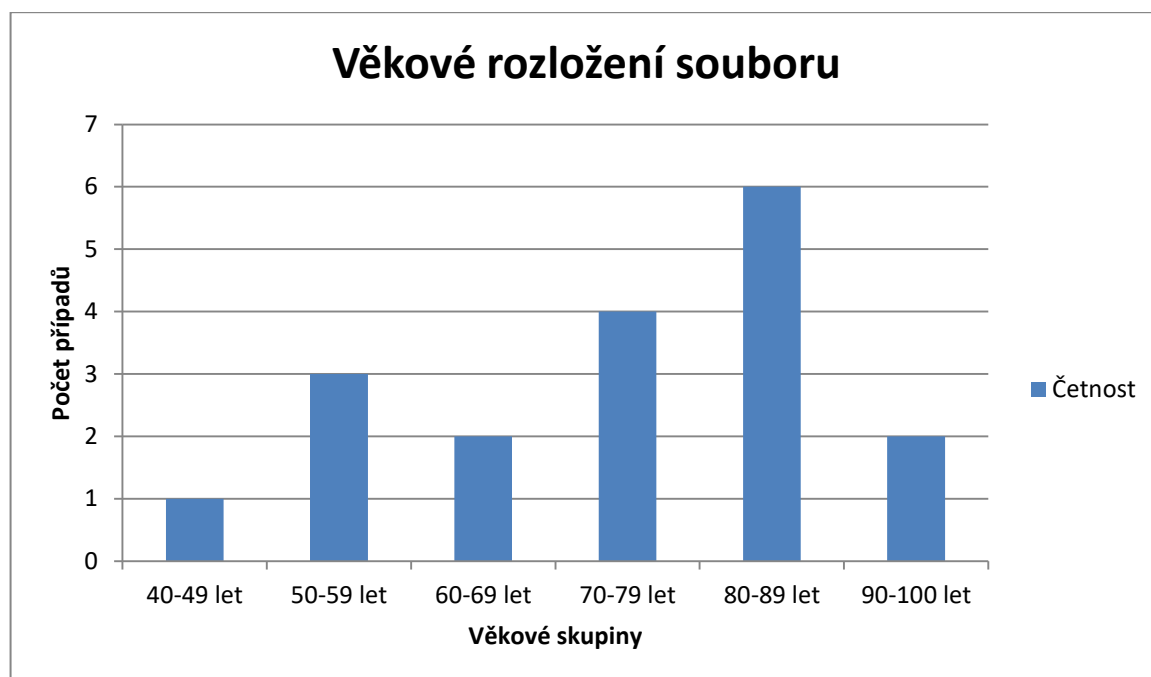
Zdroj: Autor

Věkové rozložení souboru

V Hospici Dobrého Pastýře jsou hospitalizovaní pacienti v širokém věkovém rozmezí. Nejmladšímu pacientovi bylo 44 let, nejstaršímu 100 let. Průměrný věk pacientů byl 74,3 roky. Průměrný věk mužů činil 77,6 roků, žen 74,3 roky.

Ve věkové kategorii 40-49 let byl 1 pacient (5,6 %), v kategorii 50-59 let byli 3 pacienti (16,7 %), kategorie 60 – 69 let byla zastoupena 2 pacienty (11,1 %), v kategorii 70 – 79 let byli 4 pacienti (22,2 %), v kategorii pacientů mezi 80 – 89 lety bylo 6 pacientů (33,3 %) a v kategorii 90 – 100 let byli 2 pacienti (11,1 %).

Graf 1: Věkové rozložení výzkumného souboru



Zdroj: Autor

Tělesná hmotnost výzkumného souboru

Údaje o hmotnosti byly získávány vážením na osobní váze Tanita, v případech, kdy byl pacient imobilní a nemohl se zvážit či se zvážit nechtěl, bylo použito změření obvodu nedominantní paže krejčovským metrem s přesností na milimetry. Z výsledné hodnoty byl dle vzorce (Vágnerová, 2020) vypočítán BMI a následně i tělesná hmotnost. Obvod paže byl měřen na nedominantní paži v polovině vzdálenosti mezi akromionem a olekranonem.

Vzorec pro výpočet BMI dle obvodu paže:

Muži: $BMI = 1,01 \times \text{obvod paže (cm)} - 4,7$

Ženy: $BMI = 1,1 \times \text{obvod paže (cm)} - 6,7$

Vzorec pro výpočet BMI a tělesné hmotnosti:

$BMI = \text{tělesná hmotnost} / \text{výška v m}^2$

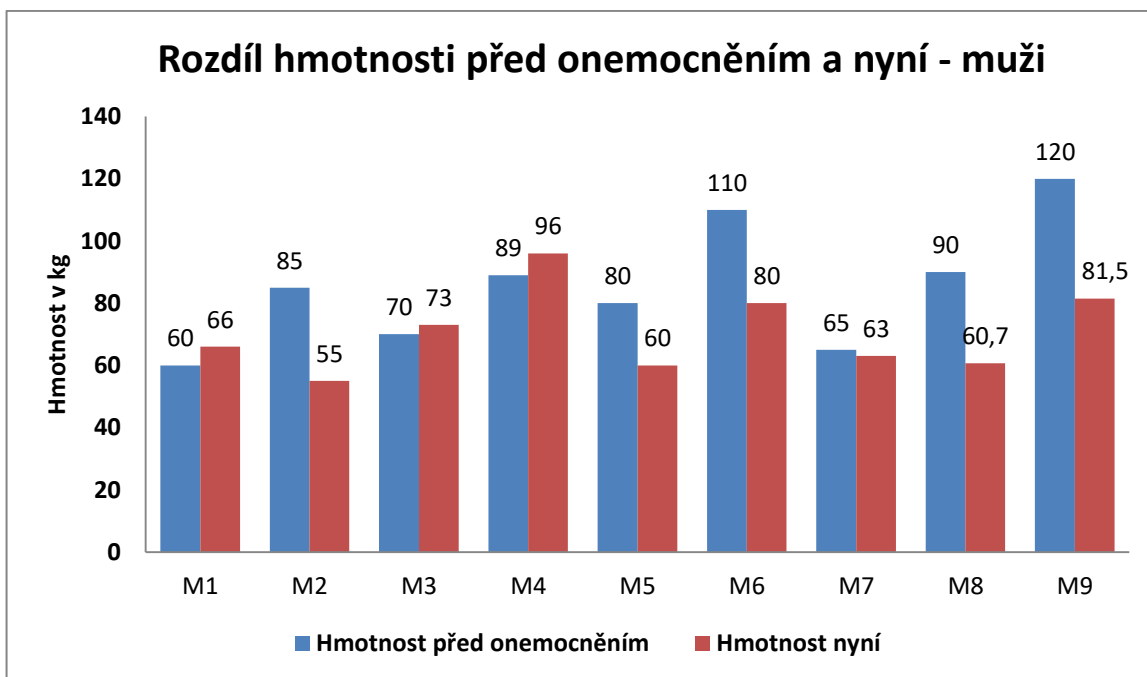
$\text{Tělesná hmotnost} = \text{hodnota BMI} \times \text{výška v m}^2$

Průměrná tělesná hmotnost sledovaných pacientů činila 61,4 kg - muži vážili v průměru 70,6 kg, ženy 52,2 kg.

Průměrná hmotnost před diagnostikou základního onemocnění činila 78,4 kg - muži vážili v průměru 85,4 kg, ženy 71,4 kg.

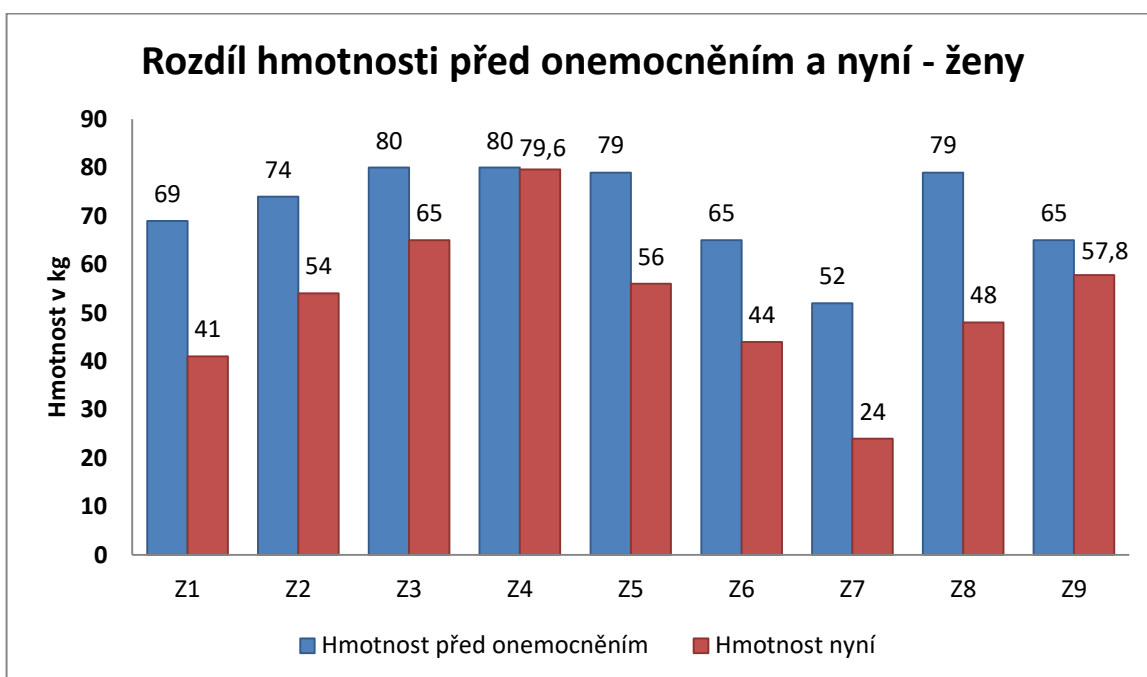
Průměrná ztráta tělesné hmotnosti souboru byla 21,6 kg (27,1 %), muži ztratili v průměru 14,8 kg (17,3 %) tělesné hmotnosti, ženy v průměru 19,2 kg (27 %) tělesné hmotnosti.

Graf 2: Rozdíl hmotnosti před onemocněním a nyní u mužů



Zdroj: Autor

Graf 3: Rozdíl hmotnosti před onemocněním a nyní u žen



Zdroj: Autor

Index tělesné hmotnosti (BMI) výzkumného souboru

BMI vyjadřuje vztah mezi tělesnou výškou a hmotností. Za normální hodnoty se podle WHO u dospělé populace považuje BMI v rozmezí 18,5 - 24,9 kg/m², pro podváhu svědčí BMI <18,5 kg/m², nadváha je rozmezí hodnot 25 – 29,9 kg/m², BMI vyšší než 30 kg/m² ukazuje na obezitu. Podle Tomíška (2018) se v posledních letech za hranice malnutrice považují hodnoty nižší než 20 kg/m² pro osoby ve středním věku a hodnoty pod 22 kg/m² u seniorů.

Sledovaní pacienti měli v průměru BMI 20,8 kg/m². Průměrné BMI mužů bylo 22,6 kg/m², průměrné BMI žen bylo 18,9 kg/m². Ve věkové kategorii do 70 let bylo 7 pacientů s průměrným BMI 22,4 kg/m², pacientů starších 70 let bylo 11 a jejich BMI v průměru 19,8 kg/m² bez ohledu na pohlaví.

Tabulka 5: Průměrné BMI výzkumného souboru

| Pacienti | BMI v kg/m ² |
|------------|-------------------------|
| Muži | 22,6 |
| Ženy | 18,9 |
| Do 70 let | 22,4 |
| Nad 70 let | 19,8 |

Zdroj: Autor

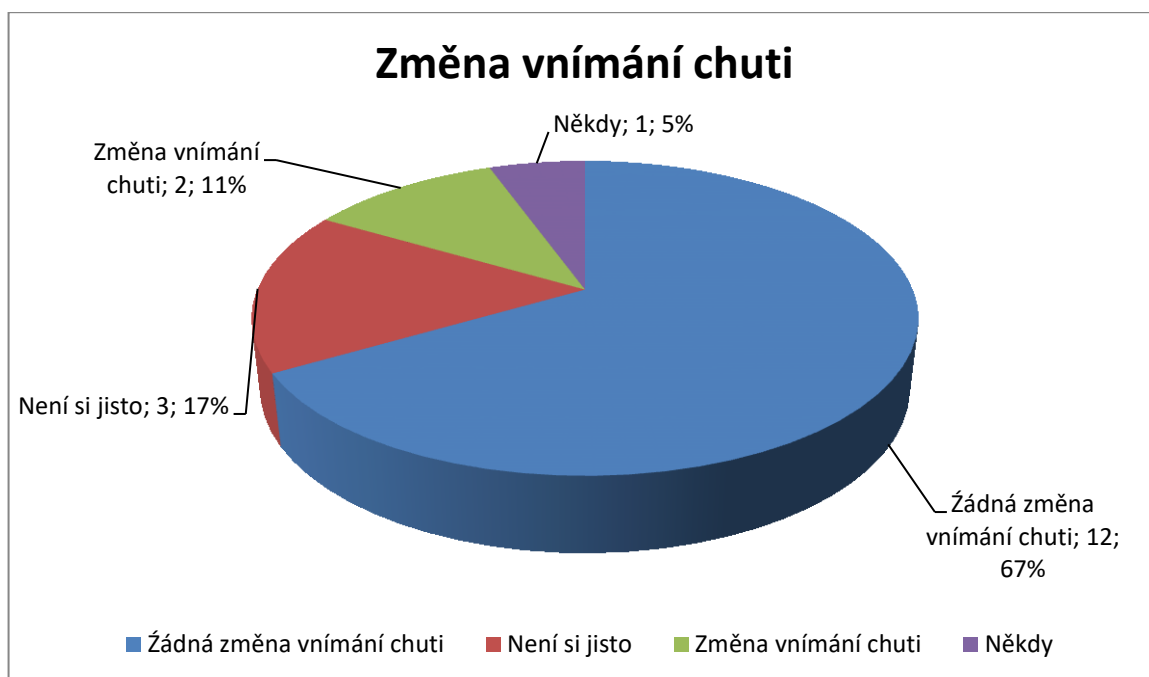
Příjem stravy u výzkumného souboru

U sledovaných pacientů byl také zjišťován způsob příjmu stravy. 17 pacientů přijímalo potravu ústy (94,4 %), 1 pacient (5,6 %) cestou PEG. Tento pacient měl dysfagii způsobenou nádorem mozkového kmenu.

4.3.2 Zhodnocení chuti k jídlu, konzistence pokrmů a velikostí porcí

V rozhovoru byla hodnocena změna vnímání chuti od počátku onemocnění. U 12 pacientů (66,7 %) nedošlo ke změně vnímání chuti, 3 pacienti (16,7 %) si nebyli jisti, zda ke změně došlo, 2 pacienti (11,1 %) uvedli změnu vnímání chuti a 1 pacient (5,6 %) odpověděl, že tuto změnu pozoruje jen někdy. Mezi nejčastější změny vnímání chuti patří pocit, že jídlo je málo slané (5,6 %), odpor k masu (5,6 %), nechut' na sladké pokrmy či naopak větší chuť na sladká jídla (5,6 %).

Graf 4: Změna vnímání chuti

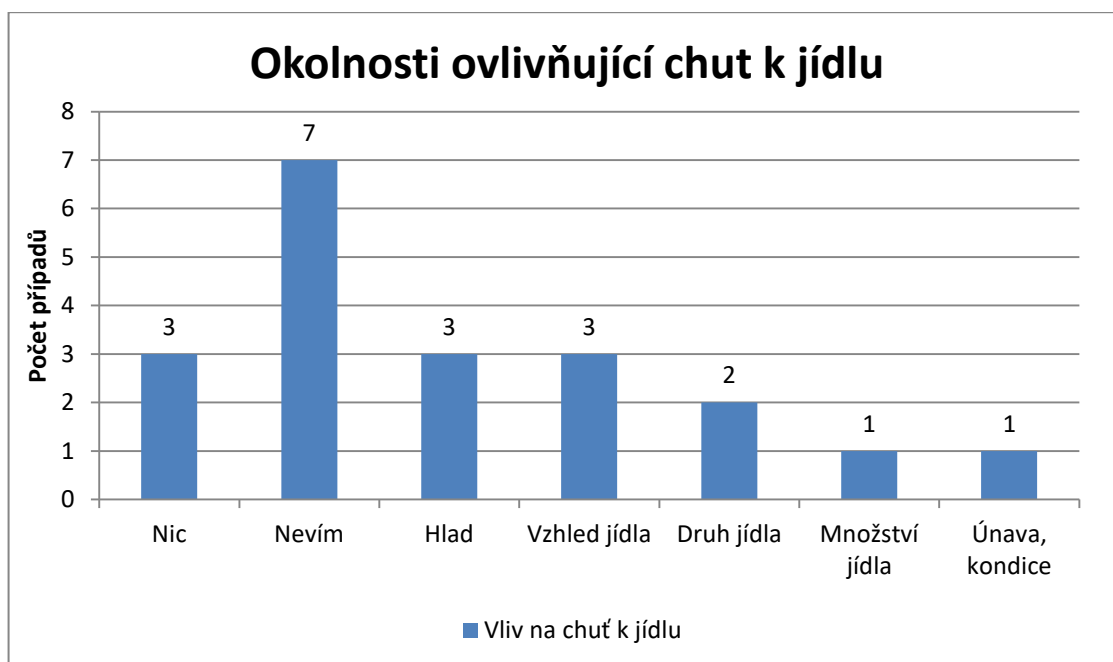


Zdroj: Autor

Dalším tématem v polostrukturovaném rozhovoru byla otázka chuti k jídlu. 12 pacientů (66,7 %) mělo stále chuť k jídlu, 1 pacient (5,6 %) chuť k jídlu neměl vůbec, 5 pacientů (27,8 %) uvedlo, že chuť k jídlu mají jen někdy. Mezi nejčastější okolnosti, které ovlivňují chuť k jídlu, uváděli 3 pacienti (16,7 %) hlad, 3 pacienti (16,7 %) vzhled jídla, 2 pacienti (11,1 %) v chuti k jídlu ovlivňuje druh jídla, 1 pacienta (5,6 %) od jídla odrazuje velké množství jídla a 1 pacient (5,6 %) označil jako okolnost ovlivňující chuť k jídlu únavu.

Rozhovor také zjišťoval, jaké okolnosti ovlivňují u pacientů chuť k jídlu. 3 pacienti (16,7 %) odpověděli, že u nich chuť k jídlu neovlivňuje nic, 7 pacientů (38,9 %) si nebylo vědomo, nevědělo, co by chuť k jídlu u nich mohlo ovlivňovat, 3 pacienti (16,7 %) uvedli, že chuť k jídlu u nich ovlivňuje hlad a u stejného počtu pacientů má vliv na chuť k jídlu jeho vzhled. U 2 pacientů (11,1 %) je chuť ovlivněna druhem jídla, u 1 (5,6 %) pacienta chuť k jídlu ovlivňuje jeho množství a 1 pacient uvedl, že jeho chuť k jídlu je závislá na únavě a celkové kondici.

Graf 5: Okolnosti ovlivňující chuť k jídlu



Zdroj: Autor

Polostrukturovaný rozhovor zjišťoval, jaká konzistence stravy pacientům nejvíce vyhovuje. 9 pacientům (50 %) vyhovuje běžná strava bez mechanické úpravy, 3 pacienti (16,7 %) upřednostňují mleté či nasekané maso s mechanicky neupravenou přílohou, 3 pacienti (16,7 %) uvedli, že jim vyhovuje mleté maso a kašovitá příloha a rovněž 3 pacienti (16,7 %) potřebují stravu mixovanou. Z grafu č. 6 je patrné, že 9 pacientů (50 %) potřebuje mít stravu nějakým způsobem mechanicky upravenou. Z těchto 9 pacientů 8 uvedlo (88,8 %) uvedlo, že má problémy buď s dutinou ústní ve smyslu xerostomie, nebo problémy s chrupem či zubní náhradou, u 2 pacientů se vyskytovala jak xerostomie, tak problémy s chybějícím chrupem. 1 pacient, který preferoval mixovanou stravu, problémy s dutinou ústní neměl, ale byl v terminálním stavu onemocnění.

Tabulka 6: Důvody pro mechanickou úpravu stravy

| | Xerostomie | Nevhodná zubní náhrada | Chybějící chrup | Terminální stav |
|-----------------------------------|------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| Mleté maso + běžná příloha | 2 | 2 | | |
| Mleté maso + kaš. příloha | | 2 | 1 | |
| Mixovaná strava | 2 | | 1 | 1 |

Zdroj: Autor

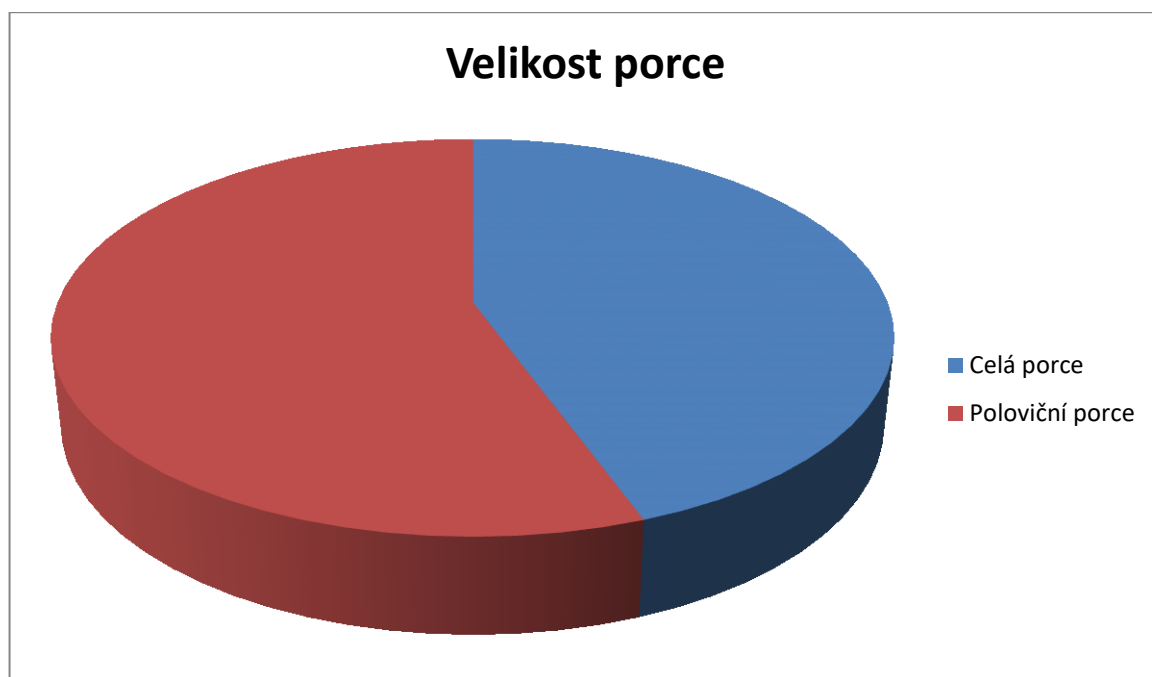
Graf 6: Preferované konzistence stravy



Zdroj: Autor

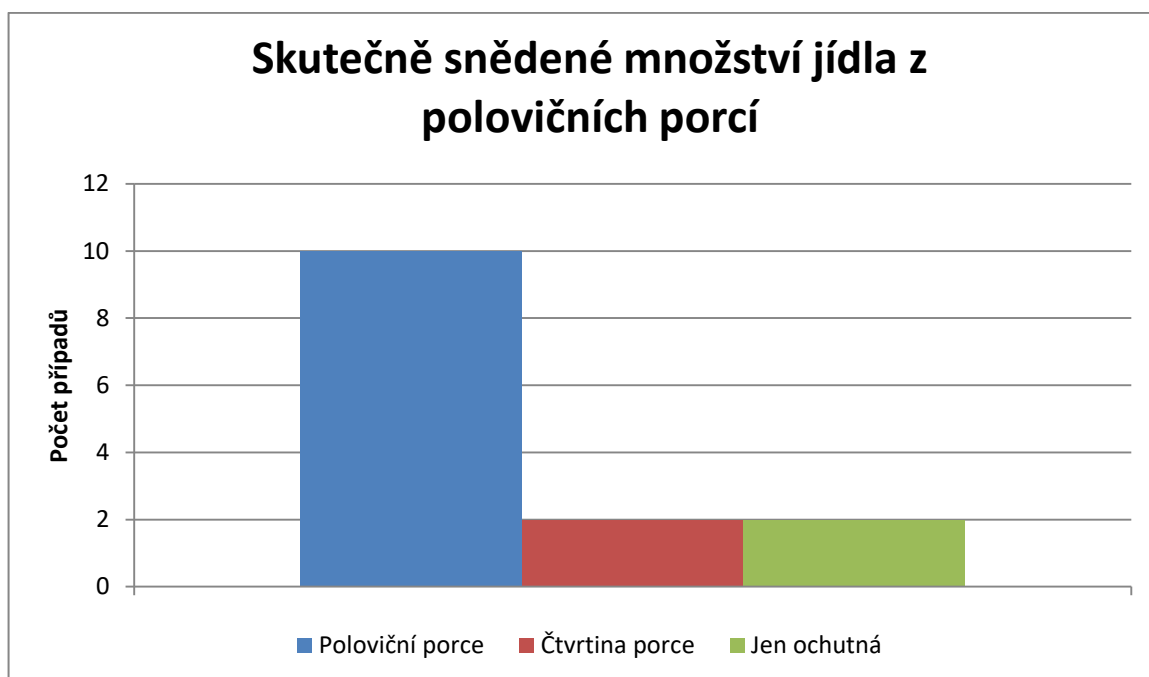
K objektivizaci a orientačnímu zhodnocení chuti k jídlu bylo použito procentuální množství snědené porce jídla, které bylo součástí zdravotnické dokumentace. V šetření byla zjišťována velikost porce, kterou pacienti zkonsumují. 8 pacientů (44,4 %) uvedlo, že sní celou porci, 10 pacientů (55,6 %) zkonsumuje polovinu porce. Tyto údaje byly získány ze zdravotní dokumentace a od ošetřujícího personálu. Z rozhovoru s pacienty bylo dále zjištěno, že 2 pacienti, kteří mají v dokumentaci údaj o poloviční porci snědí jen polovinu, což ve skutečnosti znamená čtvrtinu porce a 2 pacienti jídlo jen ochutnají.

Graf 7: Velikost porce



Zdroj: Autor

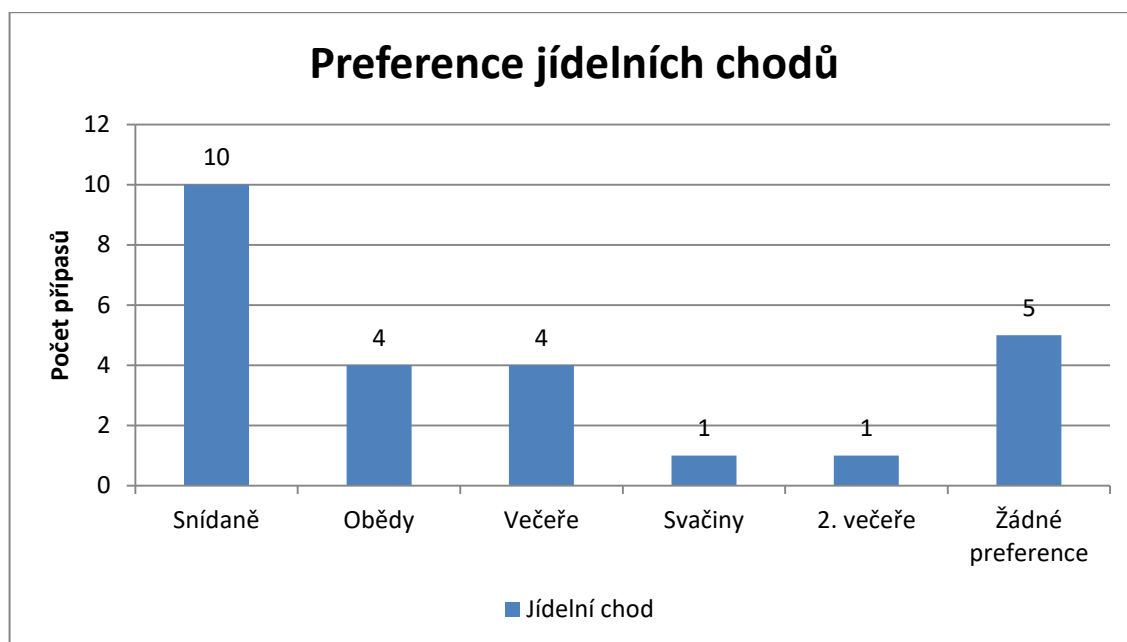
Graf 8: Skutečně snědené množství jídla u pacientů, kteří dostávají poloviční porci jídla



Zdroj: Autor

Pacienti byli také dotazováni ohledně preference jednotlivých jídelních chodů. 10 pacientů (55,6 %) preferuje snídaně, 4 pacienti (22,2 %) obědy a stejný počet pacientů (4) má v největší oblibě večeře. 1 dotazovaný pacient (5,6 %) má rád svačiny a taktéž 1 pacient (5,6 %) preferuje 2. večeře. 5 pacientů (27,8 %) nemá žádné preference ohledně jídelních chodů.

Graf 9: Preference jídelních chodů



Zdroj: Autor

4.3.3 Zhodnocení preference jednotlivých typů pokrmů a tekutin

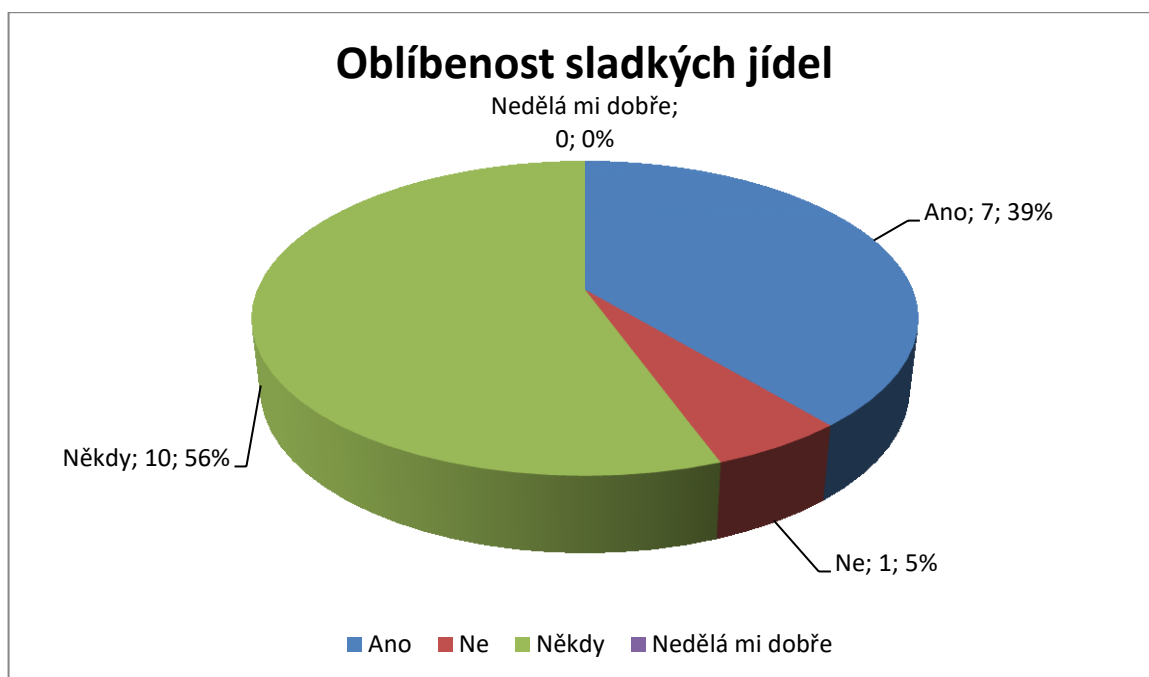
V rozhovoru byly zjišťovány preference jednotlivých druhů potravin. Potravin byly rozděleny do několika skupin a podskupin. Pacienti byli dotázáni, zda uvedený druh potravin konzumují, pokud odpověděli kladně, následovalo zjišťování, jakému konkrétnímu typu potravin dávají pacienti přednost. Potravin byly rozděleny do skupin: sladká jídla, polévky, maso, přílohy, zelenina, ovoce, luštěniny, omáčky a tekutiny.

Sladká jídla

Při dotazování na oblíbenost sladkých jídel je jako oblíbená označilo 7 pacientů (38,9 %), za neoblíbená 1 pacient (5,6 %) a 10 pacientů (55,6 %) si na sladkých jídlech pochutná pouze někdy. Žádný pacient nevedl, že by mu sladká jídla nedělala dobře.

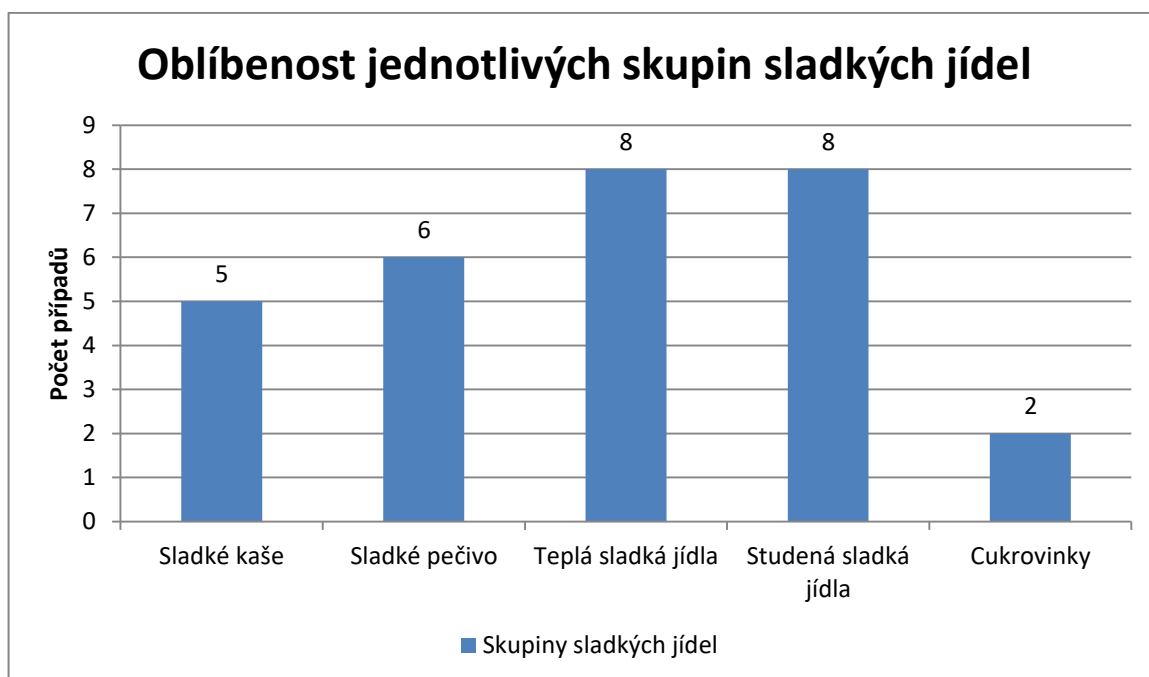
Sladké pokrmy byly rozděleny do následujících skupin: sladké kaše, sladké pečivo, teplá sladká jídla typu ovocných knedlíků, žemlovky, nákypů, studená sladká jídla typu jogurty, kefíry, pudinky, sladké tvarohové dezerty. Další skupinu tvořily cukrovinky typu čokolády, bonbonů a sušenek. Jako nejoblíbenější druh sladkého jídla pacienti označili teplá sladká jídla a studená sladká jídla. Tato jídla jsou oblíbená shodně mezi 8 pacienty (44,4 %), sladké pečivo má rádo 6 pacientů (33,3 %), sladké kaše má v oblibě 5 pacientů (27,8 %) a cukrovinky mají v oblibě 2 pacienti (11,1 %). Jak vyplývá z grafu č. 11 mezi nejoblíbenější sladká jídla patří teplá sladká jídla, jako jsou palačinky, ovocné knedlíky či buchtičky s vanilkovým krémem, a studená sladká jídla jako jogurty, pudinky, přesnídávky, tvarohy.

Graf 10: Oblíbenost sladkých jídel



Zdroj: Autor

Graf 11: Oblíbenost jednotlivých skupin sladkých jídel



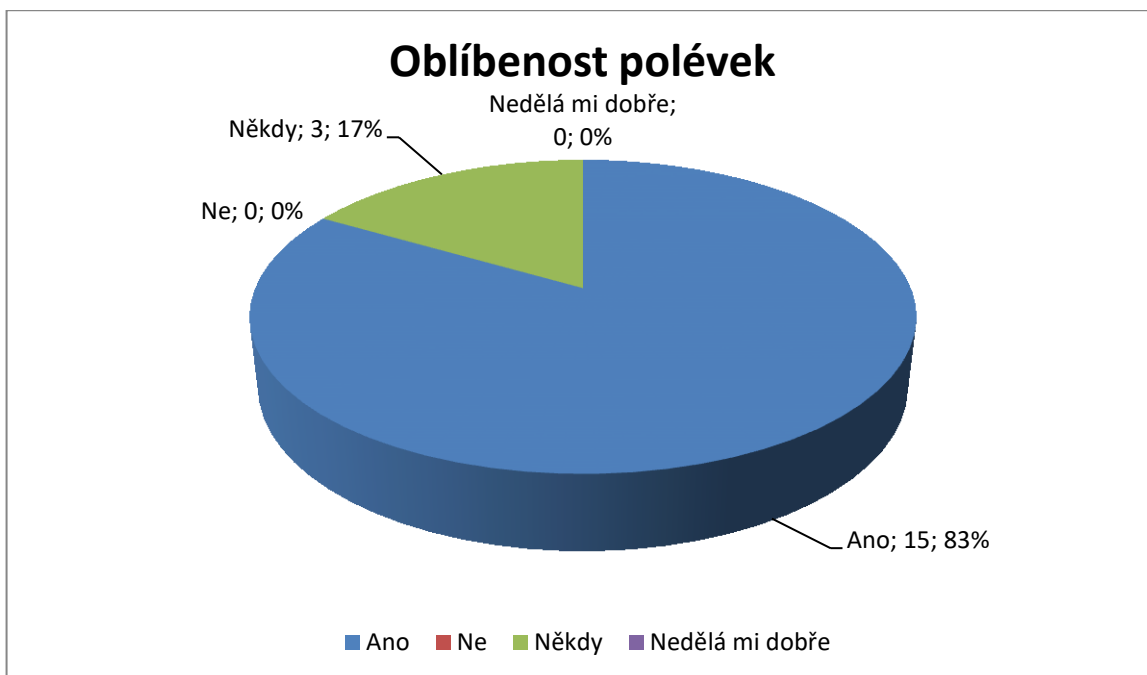
Zdroj: Autor

Polévky

Další skupinou pokrmů, které byly v rozhovoru dotazovány, byly polévky. V rozhovoru byla zjišťována oblíbenost polévek obecně a preference vývarů nebo zahuštěných polévek. 15 pacientů (83,3 %) uvedlo, že má polévky v oblibě, 3 pacienti

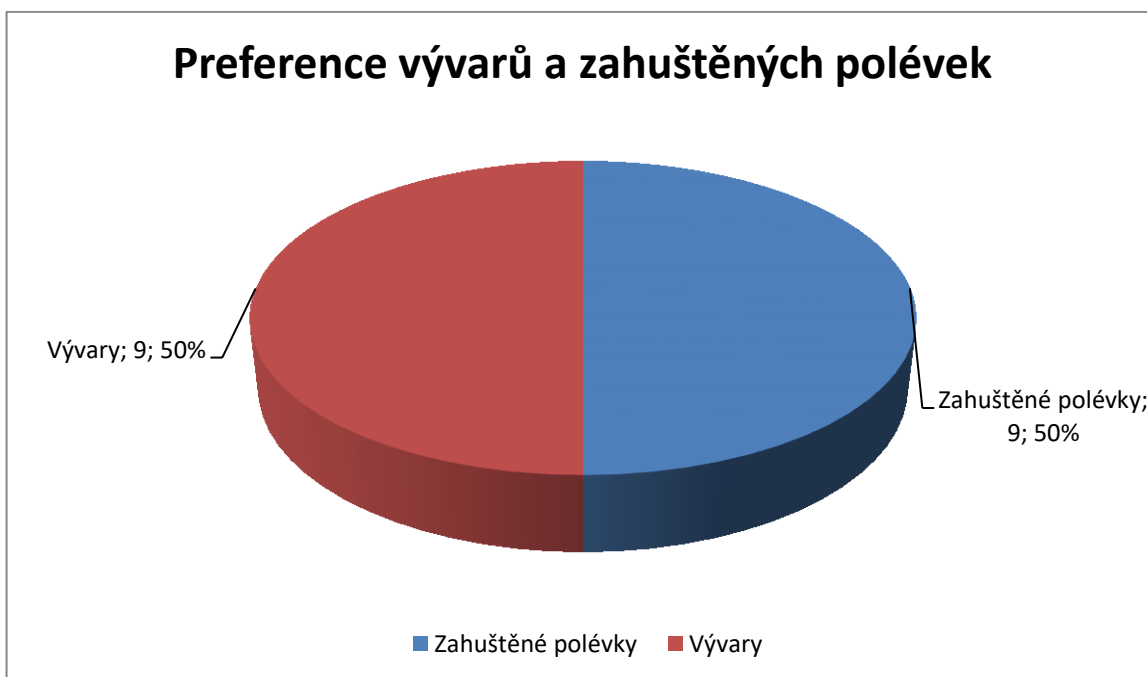
(16,7 %) mají polévky rádi jen někdy, žádný z pacientů nevedl, že nemá rád polévky nebo že mu nedělají dobře. 9 pacientů (50 %) preferuje zahuštěné polévky a stejně tak 9 pacientů (50 %) dává přednost vývarům.

Graf 12: Oblíbenost polévek



Zdroj: Autor

Graf 13: Preference vývarů a zahuštěných polévek



Zdroj: Autor

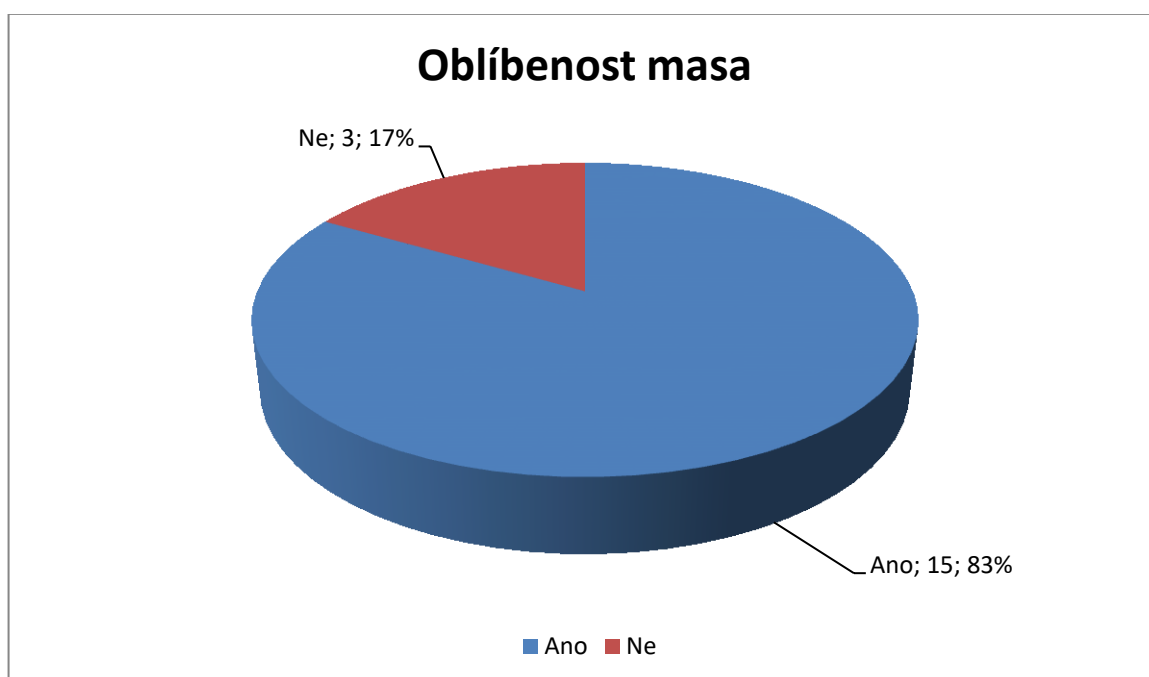
Maso

15 pacientů (83,3 %) uvedlo, že mají maso rádi, 3 pacienti (16,7 %) maso nejí. Žádný pacient neuvedl, že by mu maso nedělalo dobře nebo mu chutnalo jen někdy.

12 pacientů (66,7 %) preferuje drůbeží a hovězí maso, 11 pacientů (61,1 %) má v největší oblibě maso vepřové, 10 pacientů (55,6 %) preferuje ryby a 7 pacientů (38,9 %) vnitřnosti.

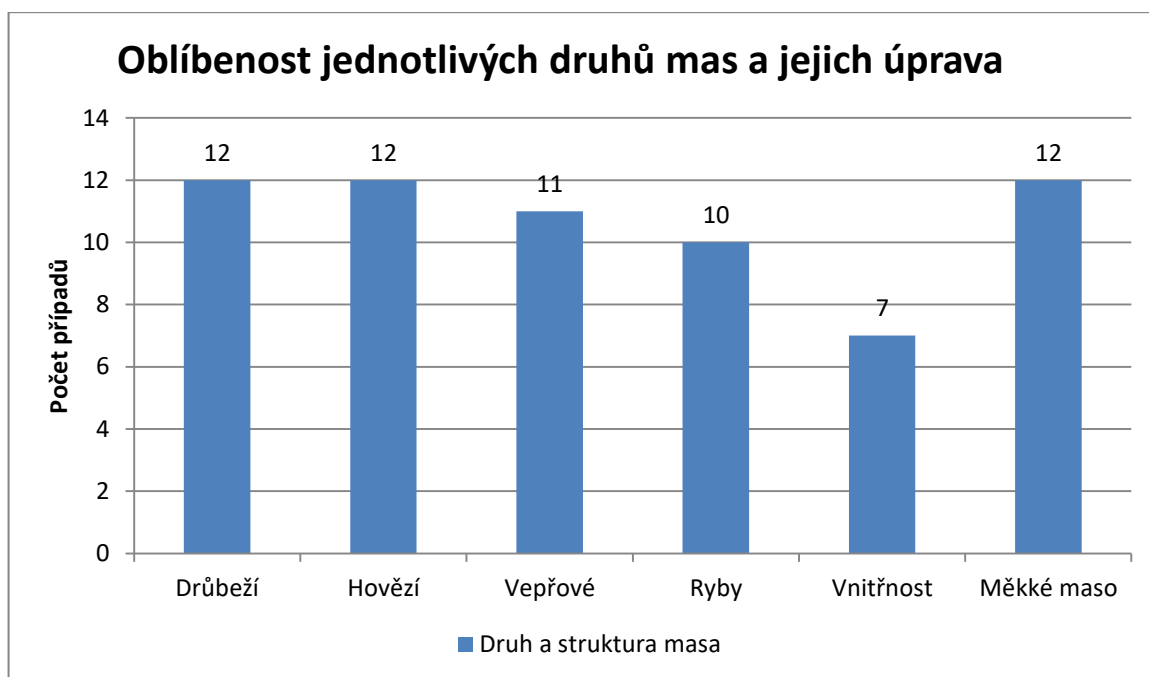
Z rozhovorů s pacienty navíc vyplynulo, že důležitější než druh masa je pro ně skutečnost, aby maso bylo dostatečně měkké, libové a nečinilo problémy při kousání.

Graf 14: Oblíbenost masa



Zdroj: Autor

Graf 15: Oblíbenost jednotlivých druhů mas jejich úprava

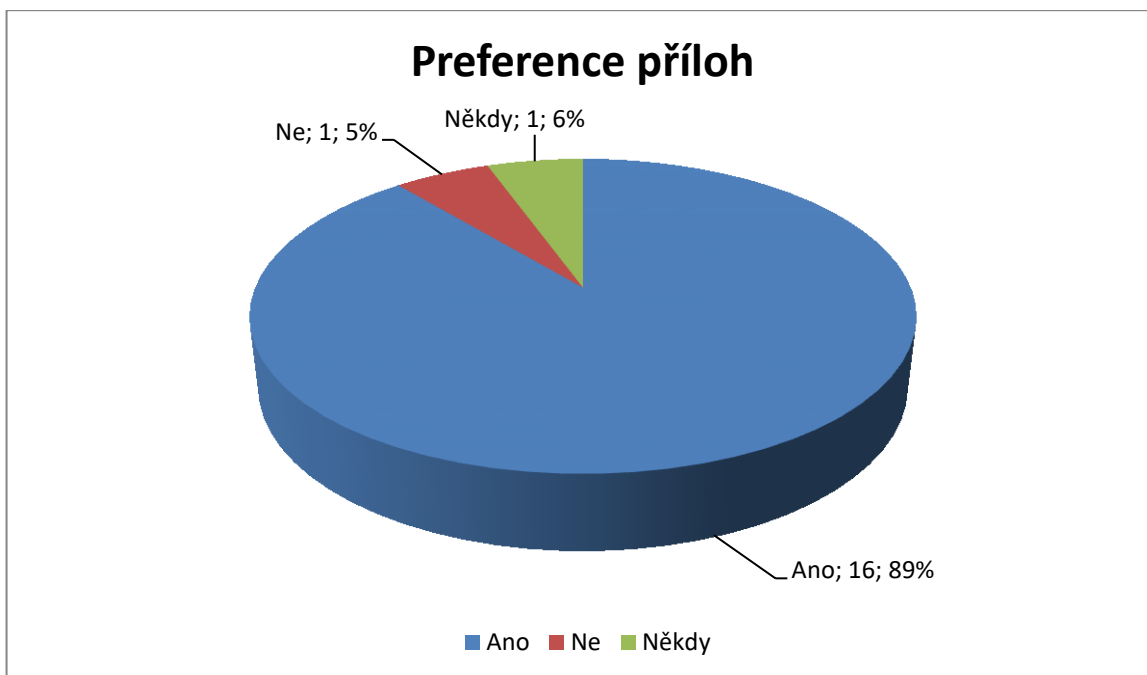


Zdroj: Autor

Přílohy

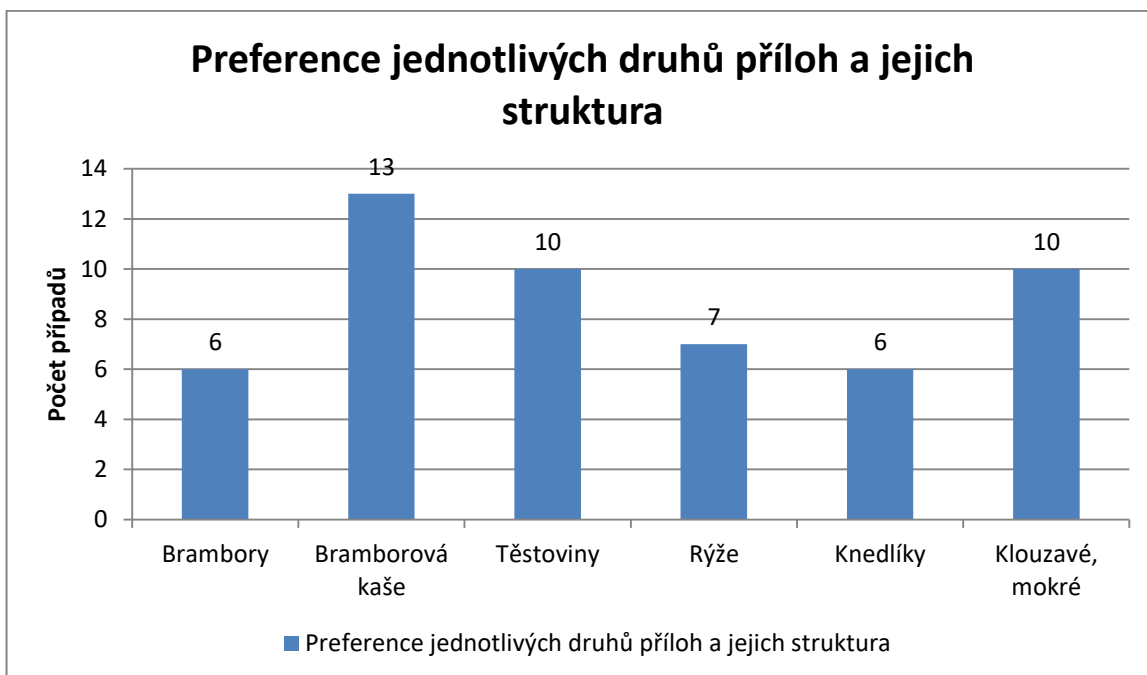
Příloha je druh pokrmu, který se podává k hlavnímu jídlu, nejčastěji k masu. Je hlavním zdrojem polysacharidů a v některých případech i důležitým zdrojem vlákniny. V rozhovoru byli pacienti dotazováni, zda přílohy konzumují a pokud ano, tak jaké druhy preferují. 16 pacientů (88,9 %) uvedlo, že přílohy má rádo, 1 pacient (5,6 %) přílohy nekonzumuje vůbec a 1 pacient (5,6 %) je má v oblibě pouze někdy. Mezi pacienty nejpreferovanější přílohou je bramborová kaše, kterou má nejraději 13 pacientů (72,2 %), druhou nejoblíbenější přílohou jsou těstoviny, které uvedlo 10 pacientů (55,6 %). Rýži preferuje 7 pacientů (38,9 %), brambory, knedlíky a noky má v oblibě 6 pacientů (33,3 %). Pro dotazované pacienty nebyl často důležitý druh přílohy, ale její konzistence, která by měla být mokrá a klouzavá. Tuto specifikaci uvedlo 10 pacientů (55,6 %).

Graf 16: Preference příloh



Zdroj: Autor

Graf 17: Preference jednotlivých druhů příloh a jejich struktura



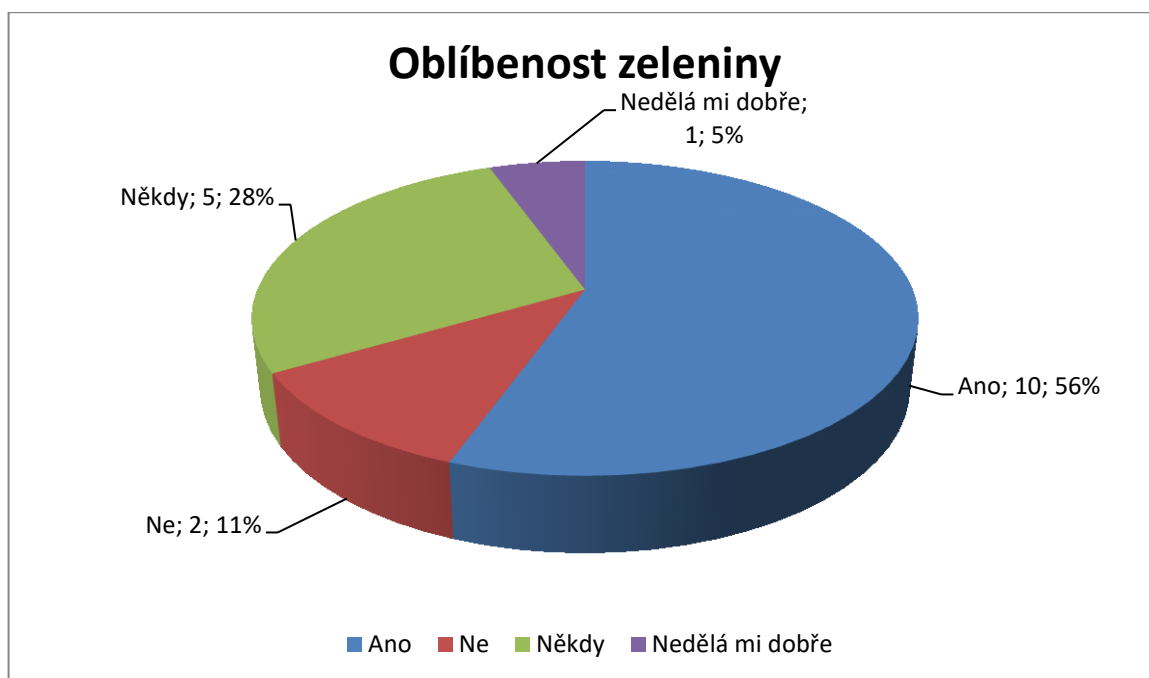
Zdroj: Autor

Zelenina

Účastníci studie byli dotazováni na oblíbenost zeleniny, preferenci jednotlivých druhů zeleniny a její kuchyňské úpravy. 10 dotázaných (55,6 %) má zeleninu rádo, 2 dotázaní (11,1 %) zeleninu nejí, 5 pacientů (27,8 %) jí rádo konzumuje jen někdy

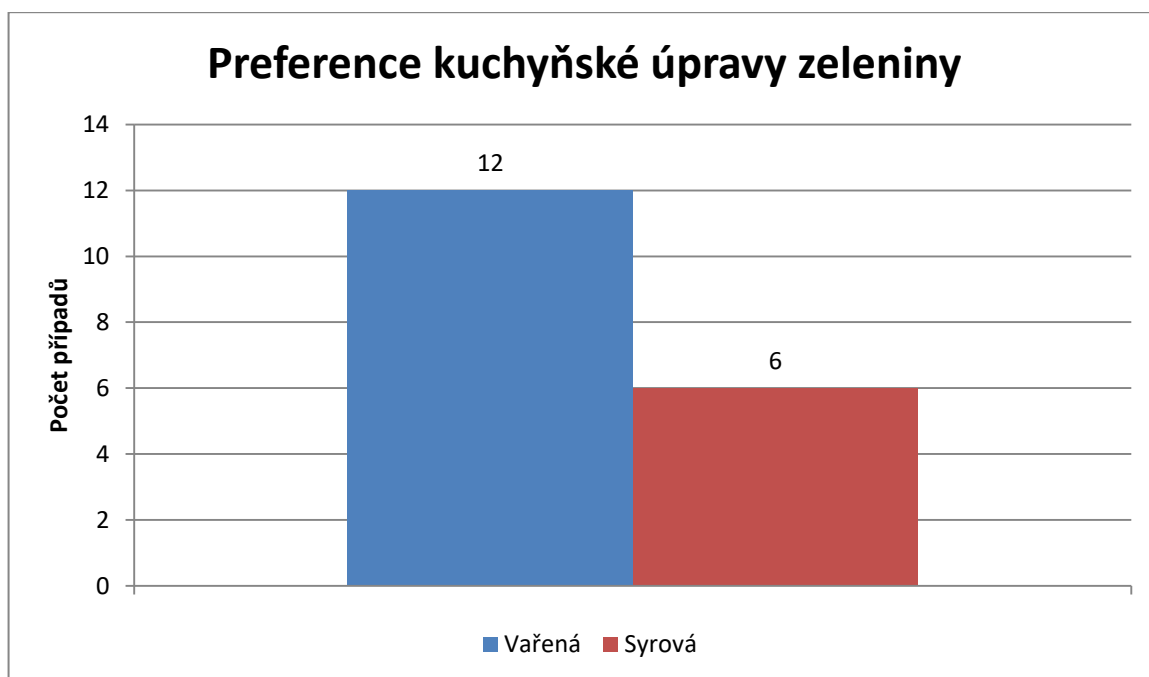
a 1 pacientovi (5,6 %) nedělá dobře. Pacienty je ve 12 případech (66,7 %) preferována zelenina vařená a 6 pacientů (33,3 %) upřednostňuje zeleninu syrovou. V rozhovoru bylo také zjišťováno, jaké konkrétní druhy zeleniny pacienti preferují a které jim naopak nechutnají. 12 pacientů (66,7 %) nemá vyhraněné oblíbené a neoblíbené druhy zeleniny. Mezi nejčastěji uváděnými druhy zeleniny, které pacienti upřednostňují, byla kedlubna, kterou mají v oblibě 2 pacienti a dále květák, okurka, špenát a rajčata, které upřednostňuje po 1 pacientovi (5,6 %). Naopak mezi nejméně preferované druhy zeleniny patří brokolice, kterou uvedli 2 pacienti (11,1 %), dále po 1 pacientovi (5,6 %) nejlí květák, houby, mrkev, špenát a rajčata.

Graf 18: Oblíbenost zeleniny



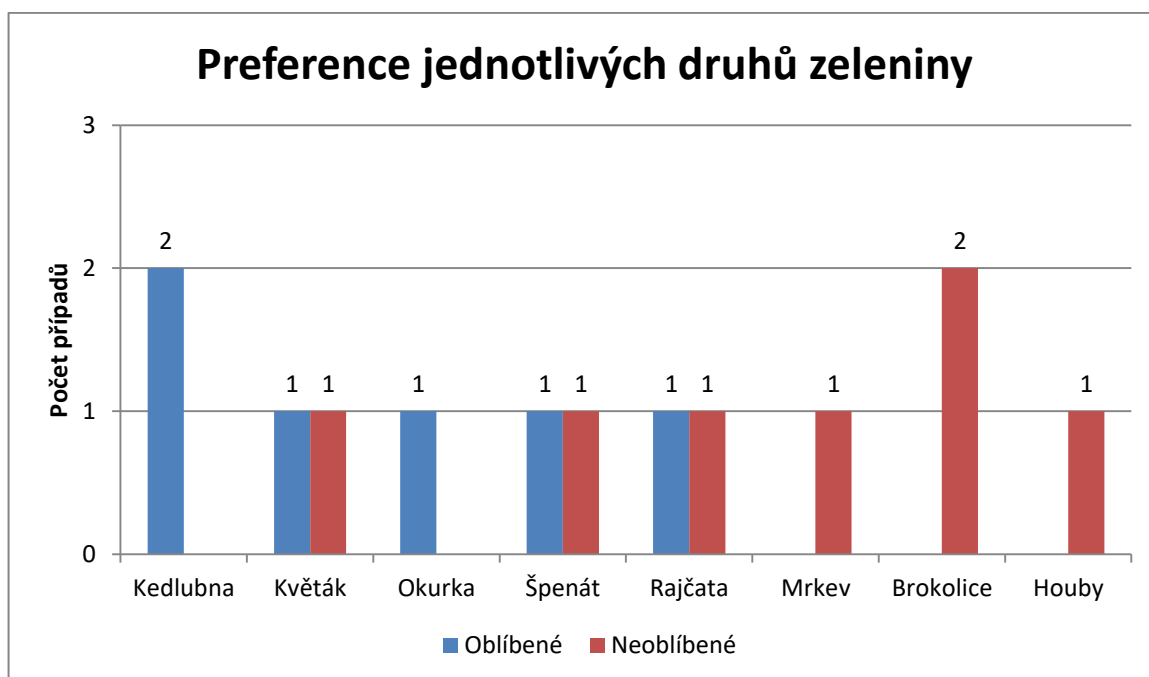
Zdroj: Autor

Graf 19: Preference kuchyňské úpravy zeleniny



Zdroj: Autor

Graf 20: Preference jednotlivých druhů zeleniny



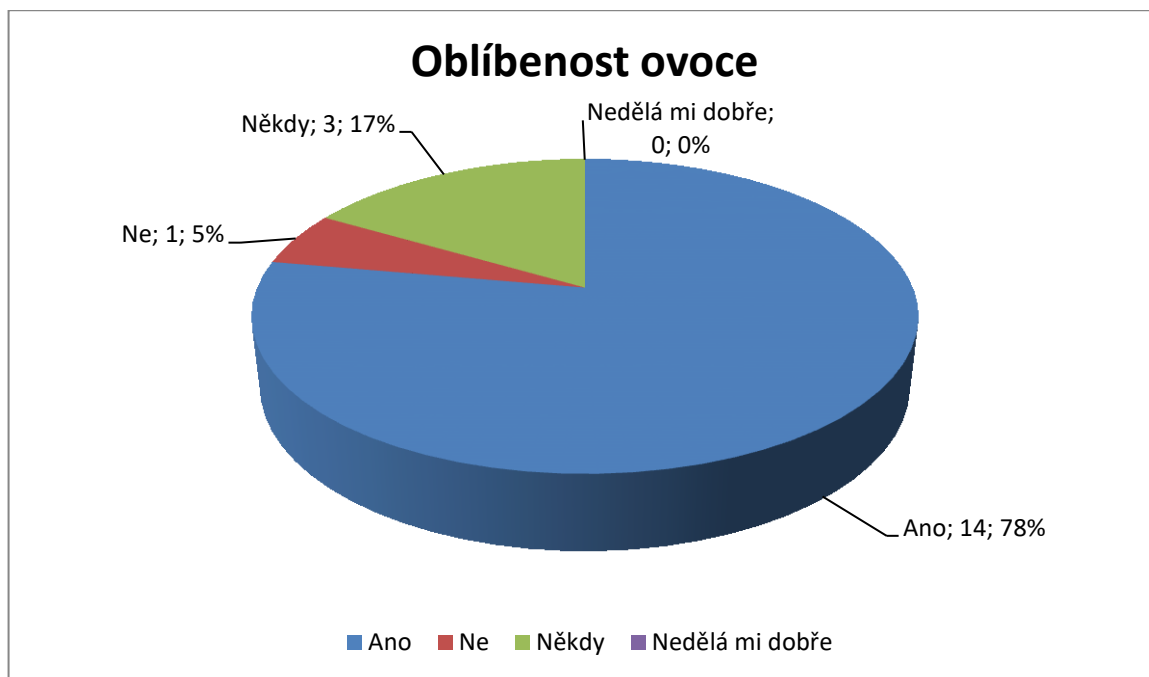
Zdroj: Autor

Ovoce

V rozhovoru byli pacienti dotazováni, zda konzumují ovoce či nikoliv. 14 pacientů (77,8 %) ovoce konzumuje, 3 pacienti (16,7 %) konzumují ovoce jen někdy, 1 pacient (5,6 %) ovoce nejí a žádný pacient nevedl, že by mu ovoce nedělalo dobře. Jak je patrné

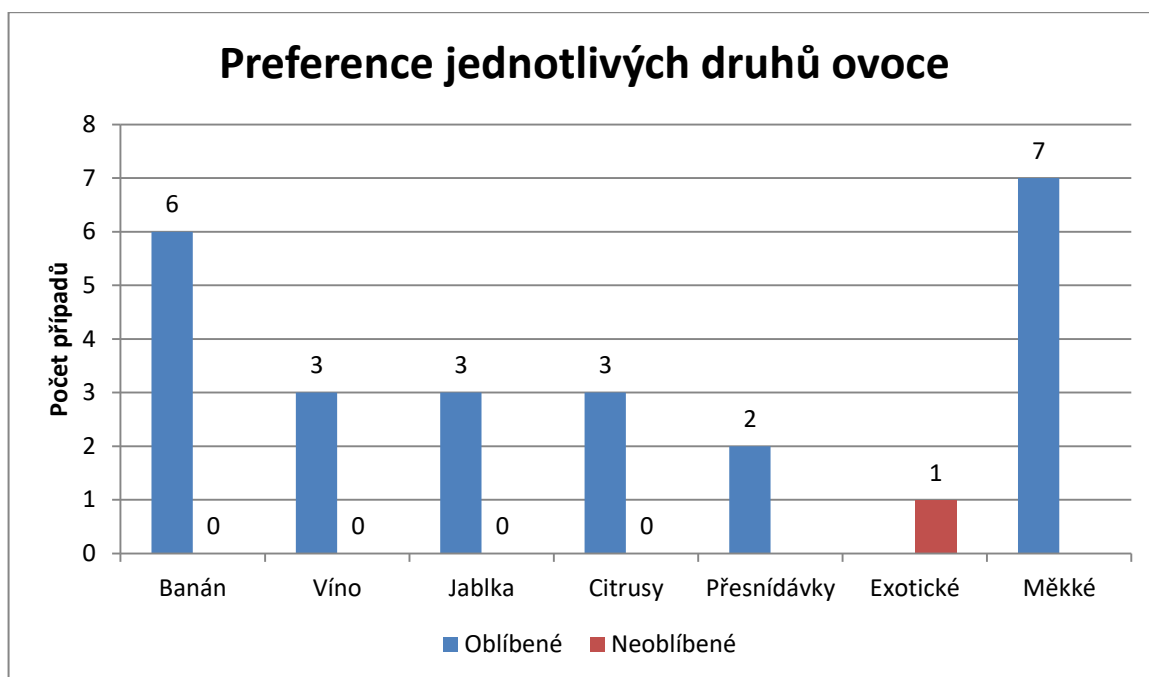
z grafu č. 22, nejvíce oblíbeným ovocem je u 6 pacientů (33,3 %) banán, 3 pacienti (16,7 %) mají v oblíbě hroznové víno, jablka a citrusové plody, 2 pacienti (11,1 %) preferují přesnídávky. 4 pacienti (22,2 %) nemají žádné preference v konzumaci ovoce. 1 pacient (5,6 %) nekonzumuje exotické ovoce. U pacientů bylo v rozhovoru zjištěno, že je pro ně důležitým faktorem měkkost ovoce. Tuto skutečnost upřednostňuje 7 pacientů (38,9 %).

Graf 21: Oblíbenost ovoce



Zdroj: Autor

Graf 22: Preference jednotlivých druhů ovoce

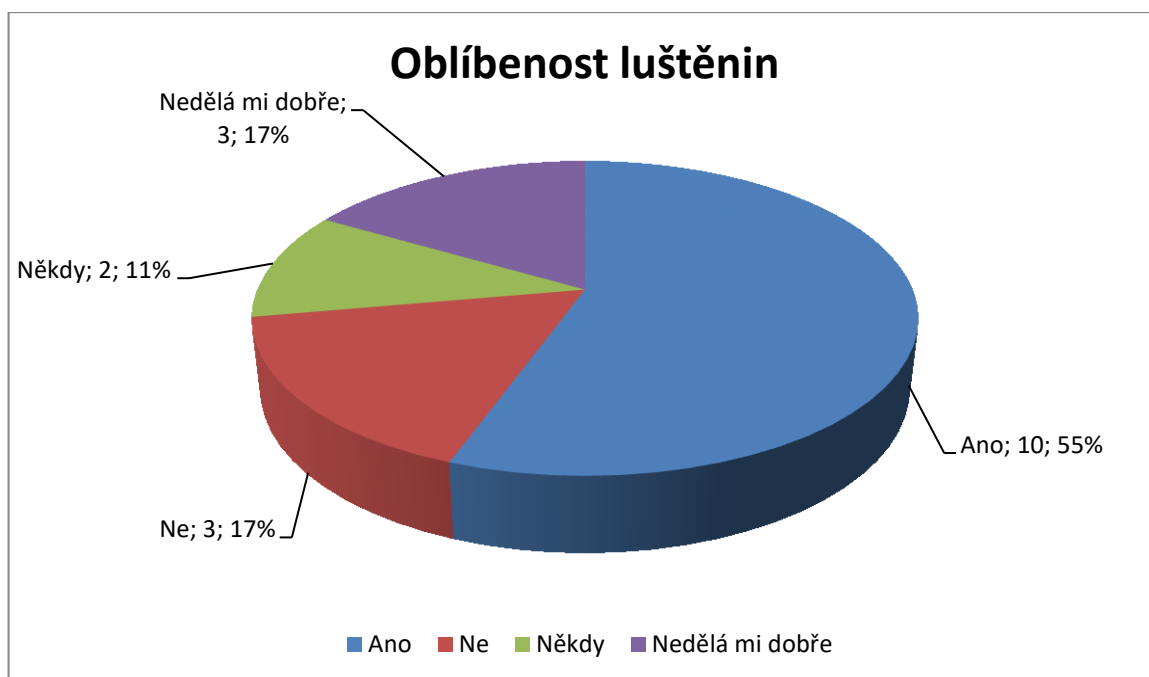


Zdroj: Autor

Luštěniny

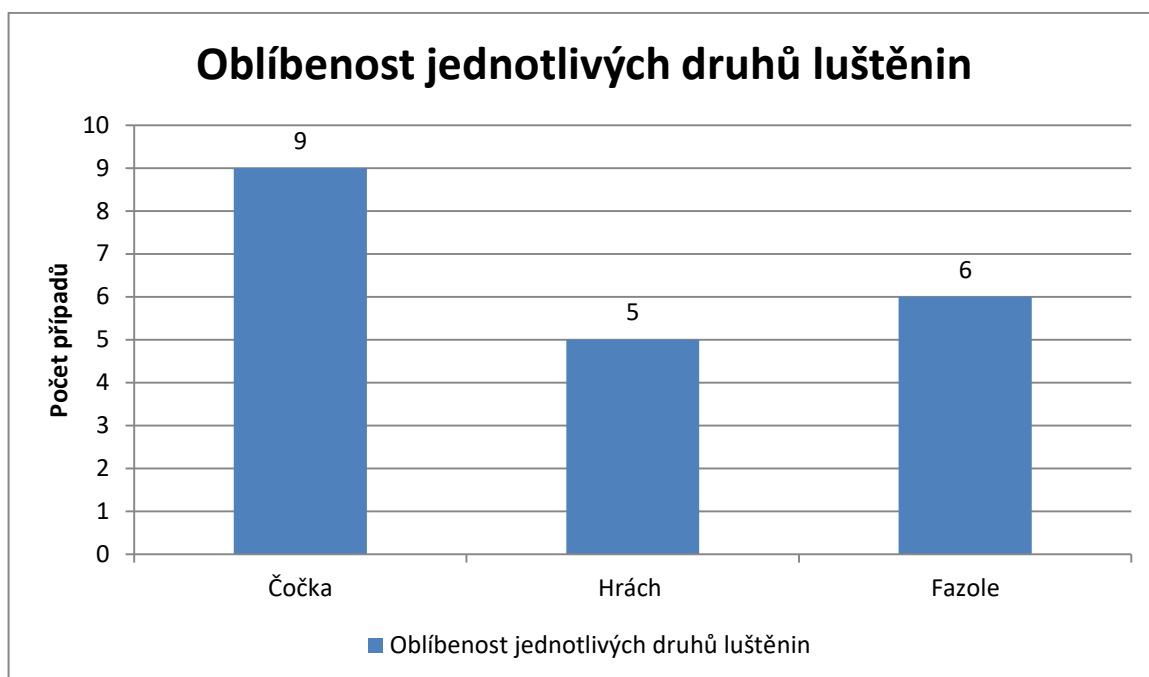
V rámci výzkumu byla zjišťována obliba luštěnin mezi pacienty. 10 pacientů (55,6 %) uvedlo, že luštěniny mají rádi, 3 pacienti (16,7 %) je v oblibě nemají, 3 pacientům (16,7 %) nedělají dobře a 2 pacienti (11,1 %) je jedí jen někdy. Během rozhovoru byla zjišťována také obliba jednotlivých druhů luštěnin. Nejvíce oblíbenou luštěninou je čočka, kterou uvedlo 9 pacientů (50 %), fazole preferuje 6 pacientů (33,3 %) a hrách preferuje 5 pacientů (27,8 %).

Graf 23: Oblíbenost luštěnin



Zdroj: Autor

Graf 24: Oblíbenost jednotlivých druhů luštěnin



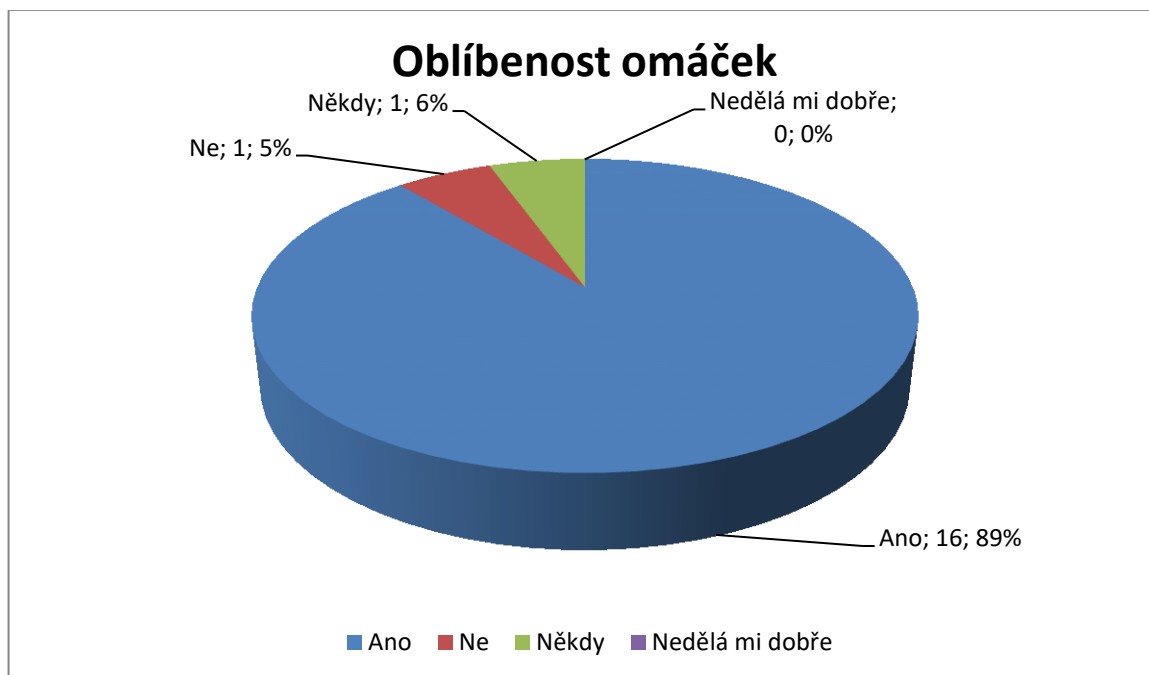
Zdroj: Autor

Omáčky

Omáček existuje mnoho druhů, v rozhovoru s pacienty byly dotazovány omáčky k hlavnímu jídlu, které doplňují knedlíky, těstoviny, rýže či jiná příloha, například guláš, koprová omáčka, rajská omáčka nebo znojemská omáčka. 16 pacientů (88,9 %)

má omáčky v oblibě, 1 pacient (5,6 %) omáčky nerad a 1 pacient (5,6 %) je má rád jen někdy. Žádný z dotazovaných nevedl, že by mu omáčky nedělaly dobře.

Graf 25: Oblíbenost omáček

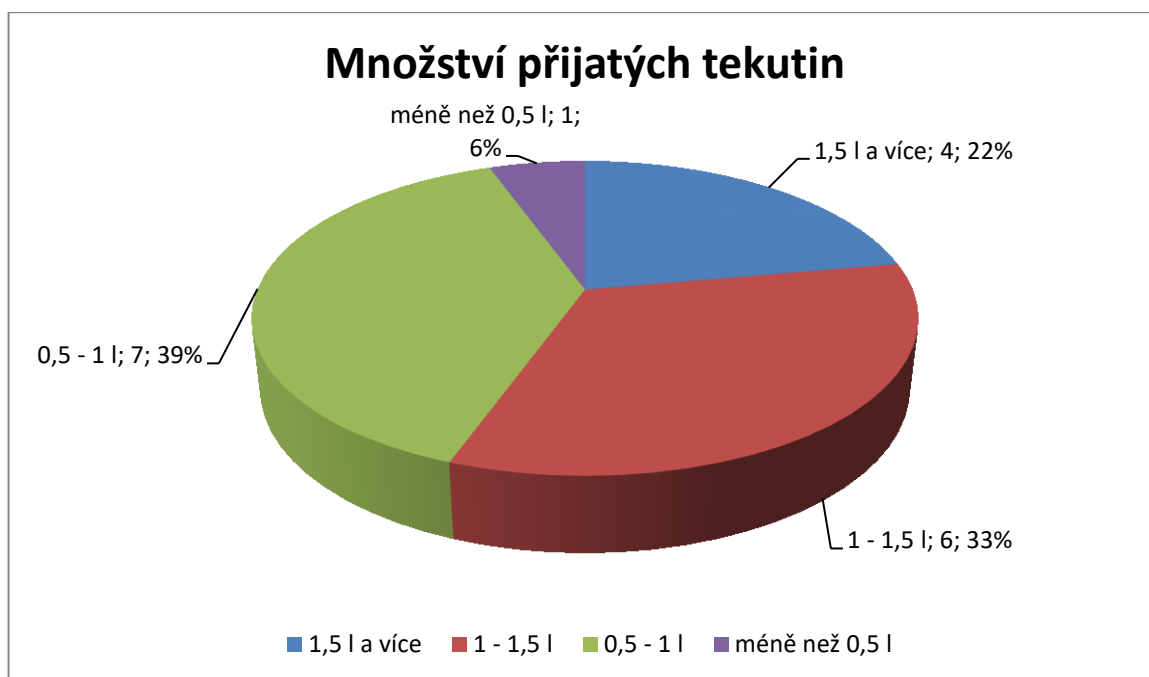


Zdroj: Autor

Tekutiny

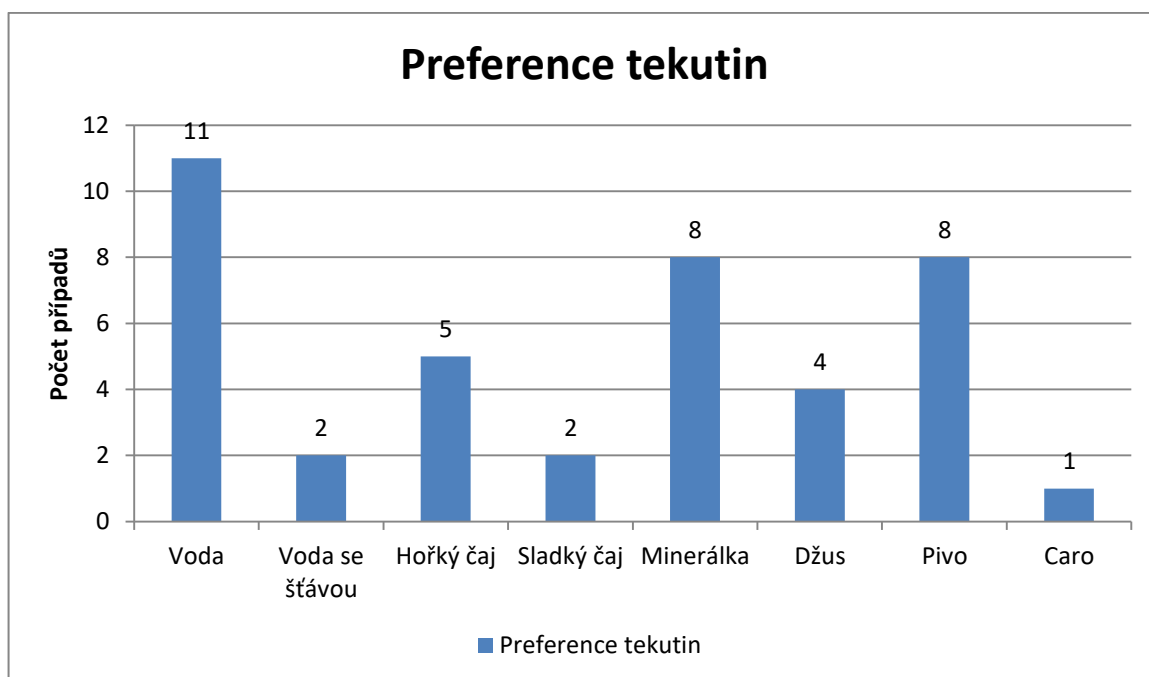
Pacienti byli v rámci rozhovoru dotazováni, jaké preferují tekutiny a kolik jich během dne vypijí. 11 pacientů (61,1 %) pije nejraději čistou vodu, po 8 pacientech (44,4 %) upřednostňuje pivo a ochucenou minerálku, 5 pacientů (27,8 %) rádo pije hořký čaj, 4 pacienti (22,2 %) uvedli jako oblíbenou tekutinu džus a po 2 pacientech (11,1 %) má nejraději vodu se šťávou a sladký čaj. 1 dotazovaný (5,6 %) pije nejraději obilninový nápoj zn. Caro. Od pacientů bylo také zjišťováno množství vypitých tekutin. Množství tekutin bylo rozděleno do skupin. 1,5 a více litrů tekutin vypijí 4 pacienti (22,2 %), 1 - 1,5 litru tekutin vypije 6 pacientů (33,3 %), 0,5 – 1 litr tekutin vypije 7 pacientů (38,9 %) a méně než 0,5 litru tekutin vypije 1 pacient (5,6 %).

Graf 26: Množství přijatých tekutin



Zdroj: Autor

Graf 27: Preference tekutin



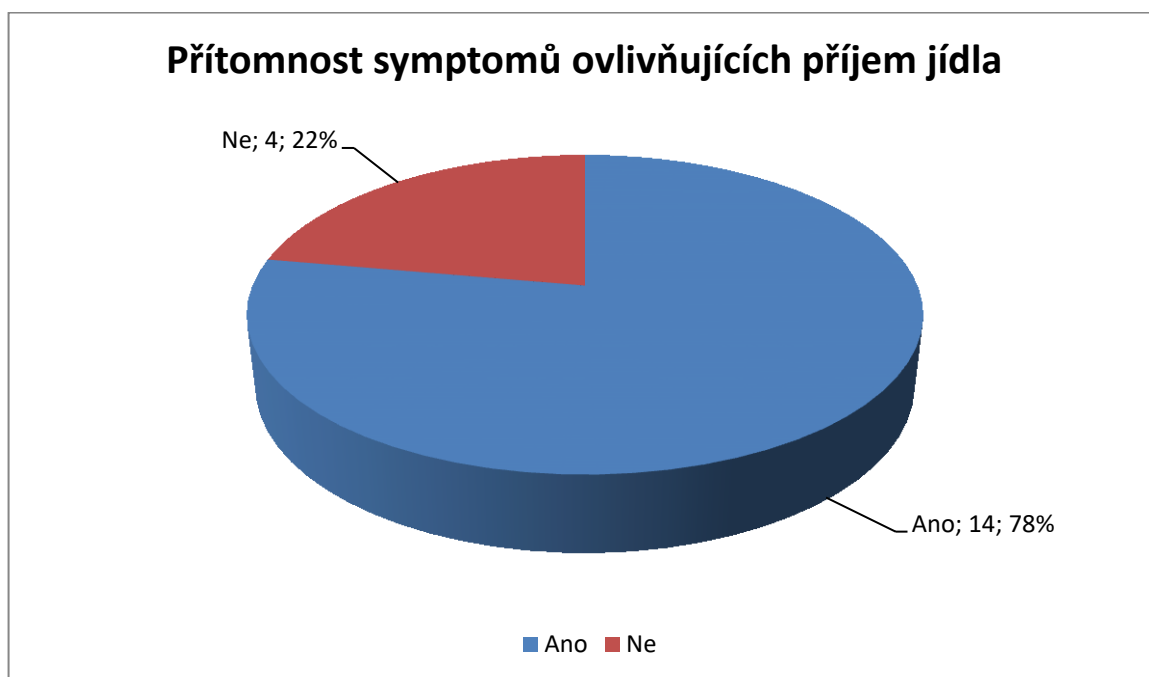
Zdroj: Autor

4.3.4 Zhodnocení symptomů ovlivňujících příjem stravy

Pacienti byli dotazováni na symptomy, které je mohou omezovat v příjmu jídla jako bolest, nevolnost, průjem, zácpa, dušnost a kašel, únava, pocit plnosti a špatná nálada. V průběhu rozhovorů byl navíc doplněn hlad jako taktéž nežádoucí symptom, který

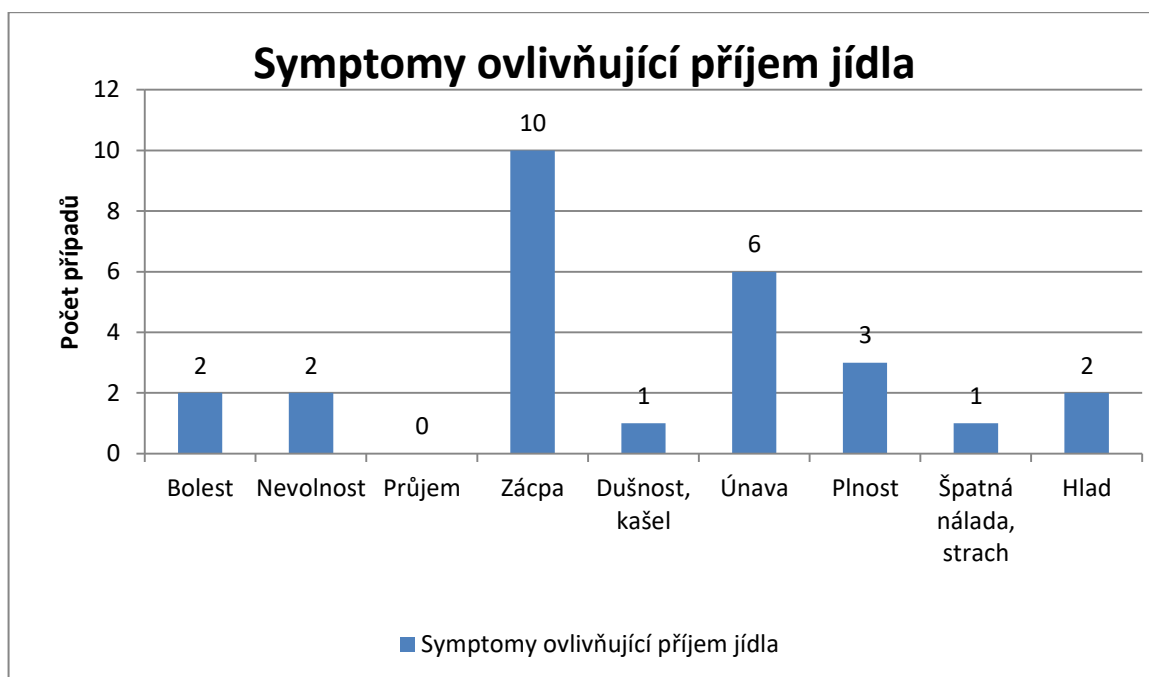
je pacienty velmi negativně vnímán. Některý z těchto symptomů je přítomen u 14 pacientů (77,8 %), 4 pacienti (22,2 %) žádný z výše uvedených symptomů neudávali. Nejvíce pacienty zatěžovala zácpa, která sužuje 10 pacientů (55,6%) a byla i důvodem, proč pacienti omezovali příjem stravy. Dalším častým symptomem byla únava, kterou uvedlo 6 pacientů (33,3 %), neustálou plnost uvedli 3 pacienti (16,7 %), po 2 pacientech (11,1 %) si stěžovalo na bolest, nevolnost a hlad a po 1 pacientovi (5,6 %) si stěžovalo na dušnost a špatnou náladu.

Graf 28: Přítomnost symptomů ovlivňujících příjem jídla



Zdroj: Autor

Graf 29: Přítomnost symptomů ovlivňující příjem jídla

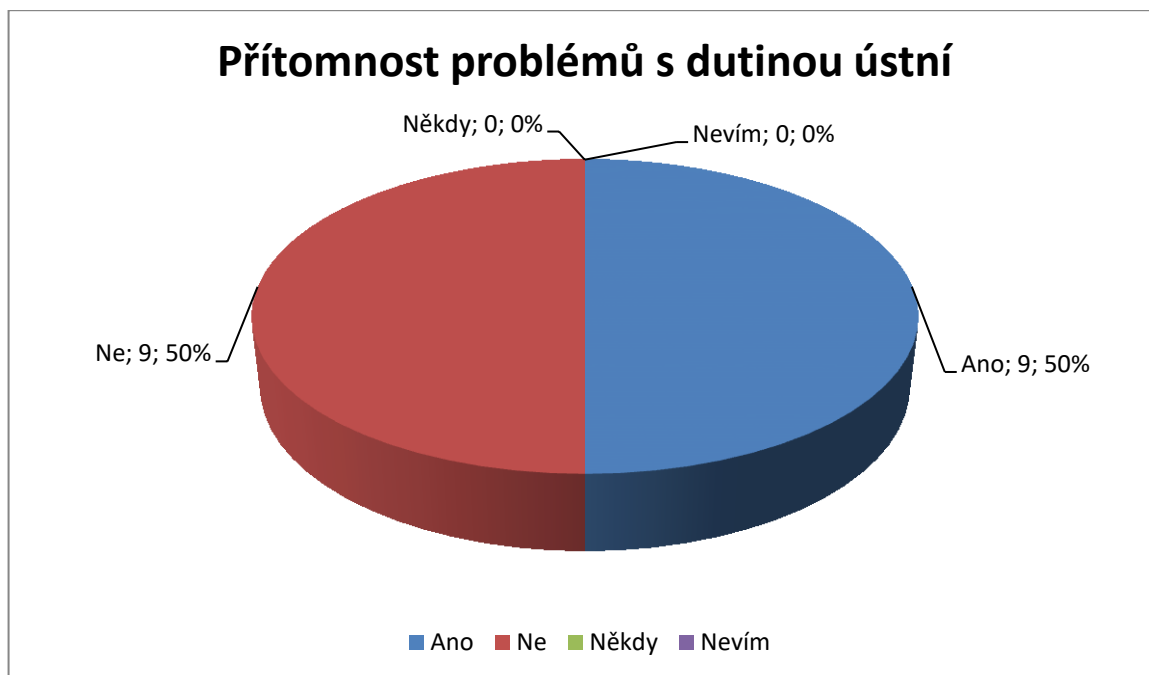


Zdroj: Autor

Mezi další symptomy ovlivňující příjem jídla patří potíže s ústní dutinou a dysfagie. Mezi problémy s ústní dutinou byla zahrnuta xerostomie, záněty v dutině ústní, potíže s chrupem ve smyslu defektního, chybějícího či nevhodné zubní náhrady. Mezi problémy při polykání pacienti uváděli vážnutí sousta, odynofagii a kašel při polykání.

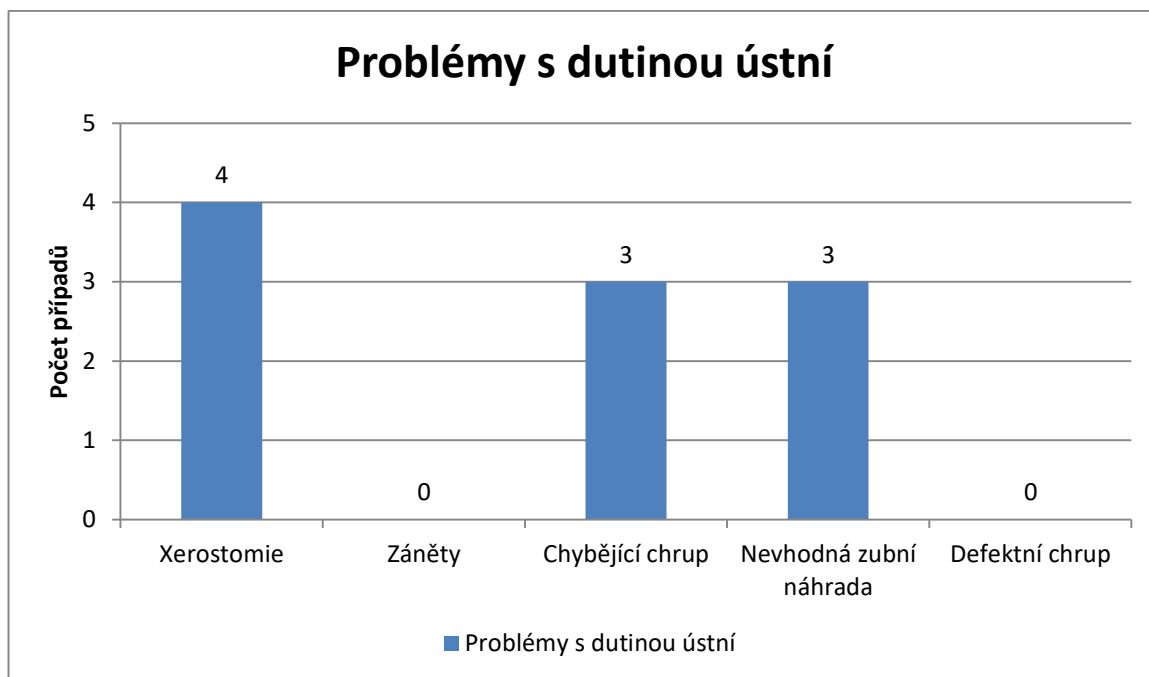
Obtíže s dutinou ústní uvádělo 9 pacientů (50 %), 9 pacientů obtíže nemělo. Xerostomie obtěžovala 4 pacienty (22,2 %), na záněty v ústní dutině si nestěžoval žádný pacient. Mezi nejčastější problémy s chrupem patřila chybějící dentice a nevhodná zubní náhrada, které uvedlo po 3 dotazovaných (16,7 %). Na defektní chrup si nestěžoval žádný z pacientů. Na vážnutí sousta při polykání si stěžovali 2 pacienti (11,1 %), rovněž 2 pacienti (11,2 %) uváděli kašel a časté zaskočení sousta, 1 pacient (5,6 %) měl dysfagii způsobenou nádorovým onemocněním CNS.

Graf 30: Přítomnost problémů s dutinou ústní



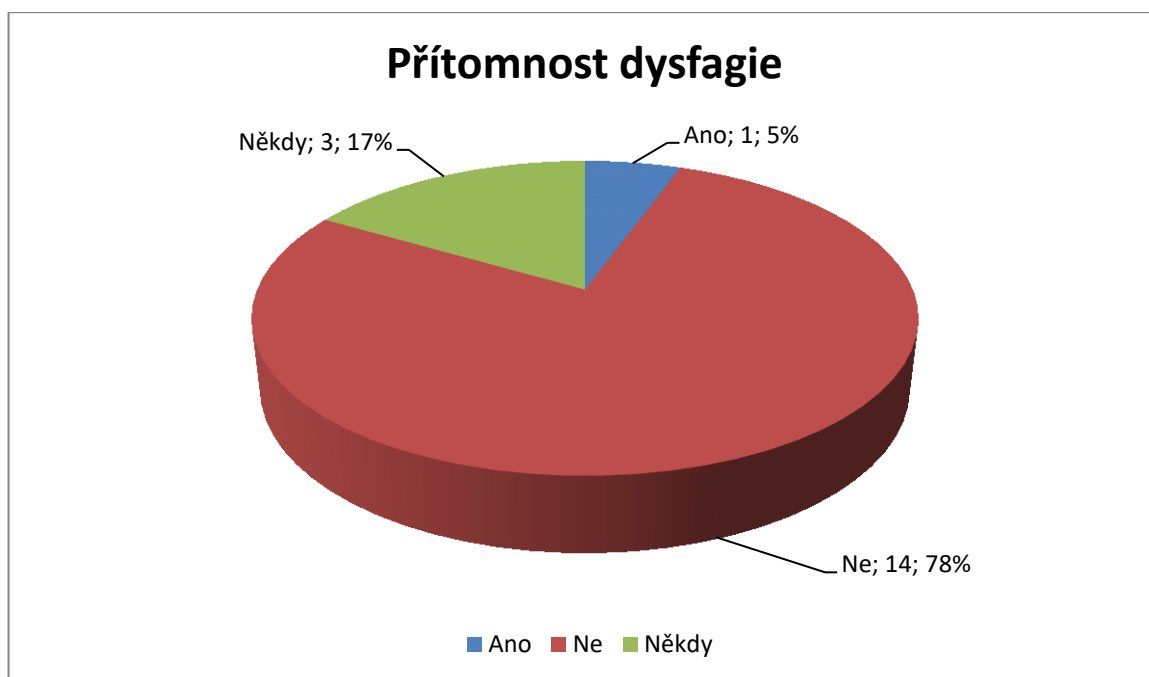
Zdroj: Autor

Graf 31: Problémy s dutinou ústní



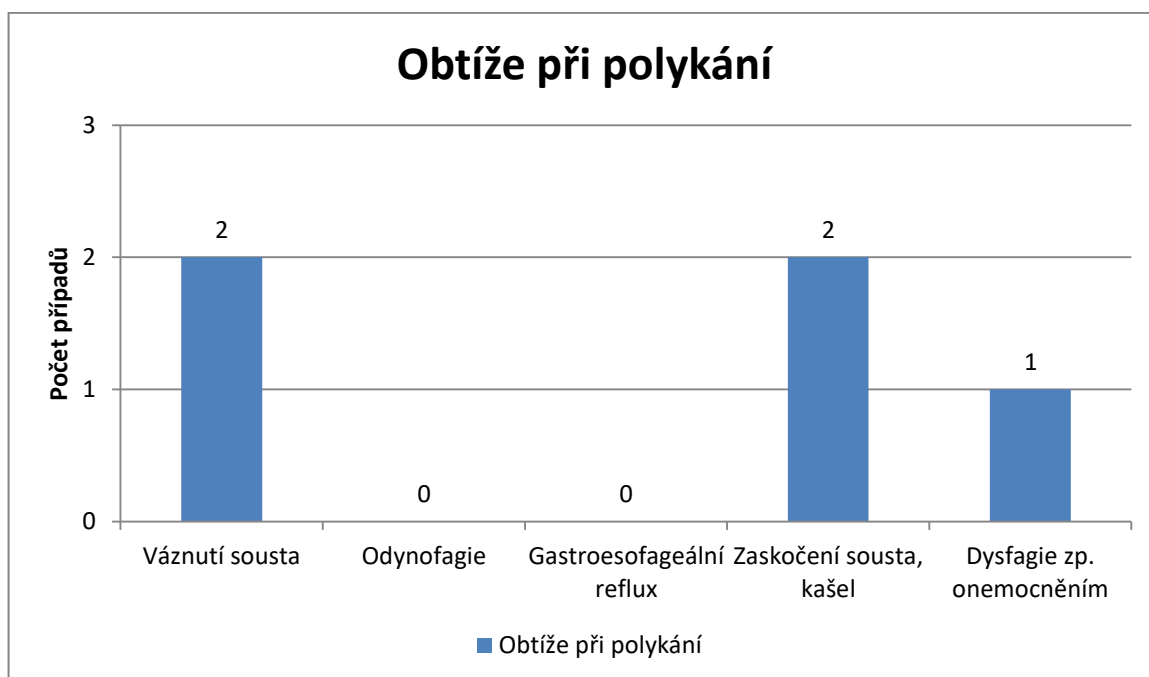
Zdroj: Autor

Graf 32: Přítomnost dysfagie



Zdroj: Autor

Graf 33: Obtíže při polykání



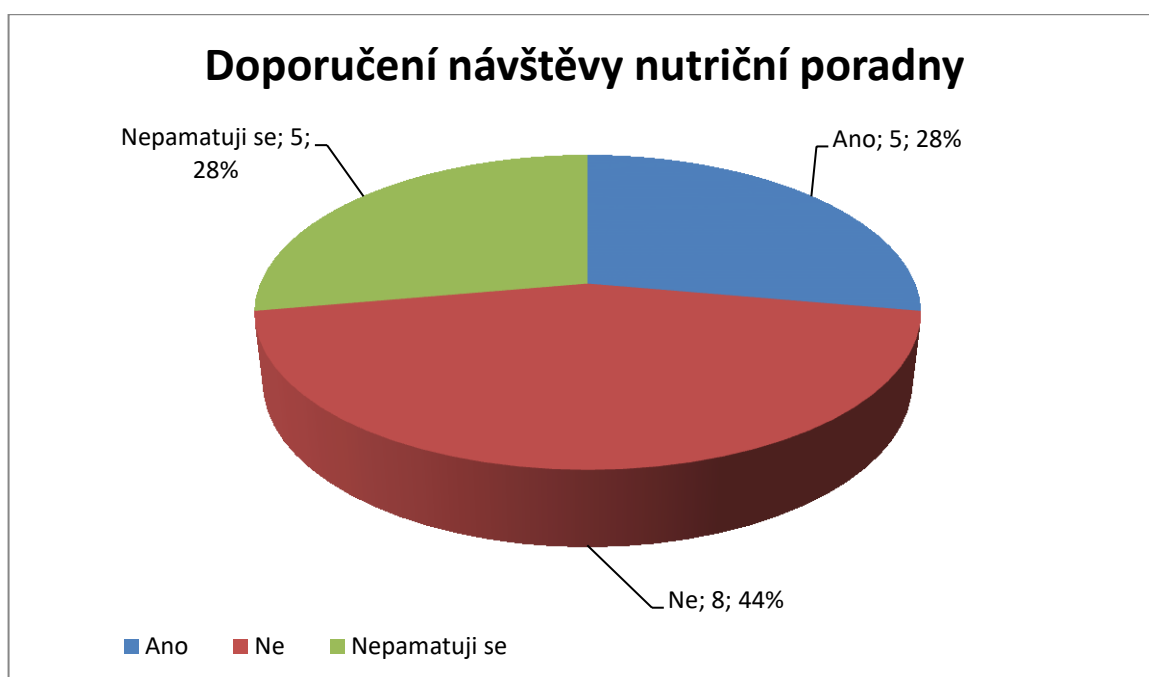
Zdroj: Autor

4.3.5 Zhodnocení obecného povědomí o důležitosti výživy při onemocnění

V rozhovoru byli pacienti dotazováni, zda jim byla v průběhu léčby onemocnění doporučena návštěva v nutriční ambulanci a jestli znají nebo přímo užívají sipping.

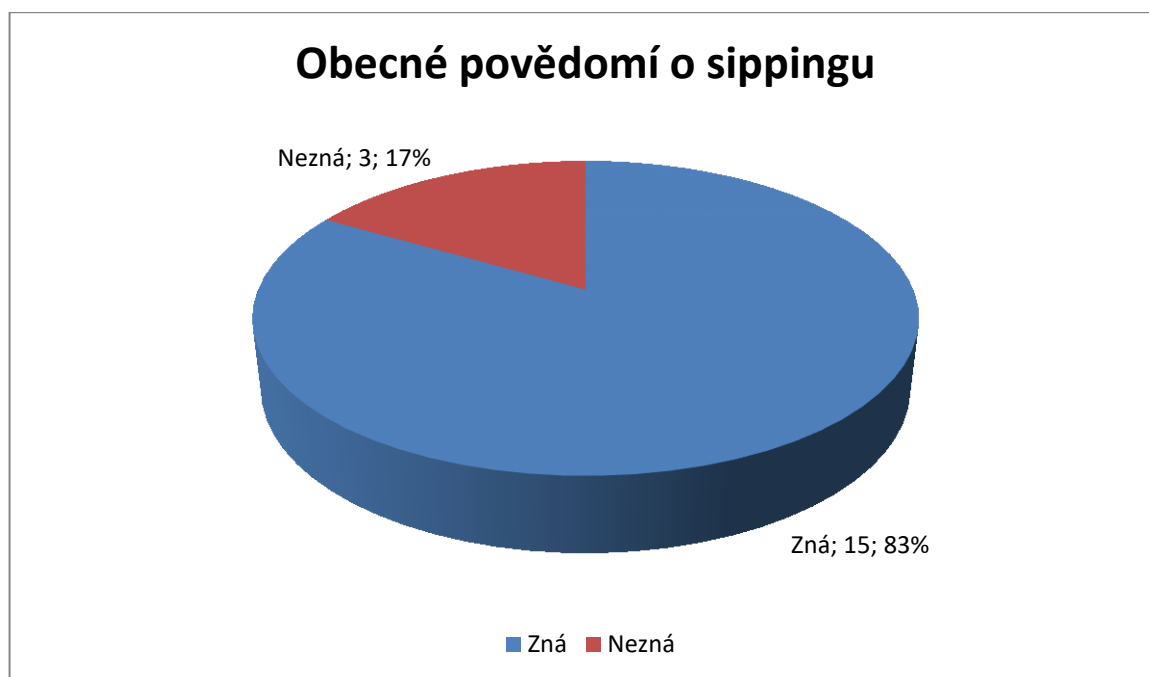
5 pacientů (27,8 %) uvedlo, že navštívili nutriční poradnu, 8 pacientům (44,4 %) návštěva nutriční poradny doporučena nebyla a 5 pacientů (27,8 %) si nepamatuje. Sipping, mezi pacienty spíše známý jako Nutridrink či „pitíčko“, zná 15 pacientů (83,3 %), 3 pacienti (16,7 %) sipping neznají. 2 pacienti (11,1 %) pravidelně sipping užívají, 1 pacient (5,6 %) začal sipping dostávat až v hospici, další pacient se zajímal o sipping sám a dalšího pacienta o sippingu informovala rodina, která mu jej i zajišťuje. Při rozhovoru byly pacientům názorně ukázány různé druhy sippingů, aby si je mohli lépe vybavit. Téměř polovině pacientů nebyla návštěva v nutriční poradně po diagnostice onemocnění doporučena.

Graf 34: Doporučení návštěvy nutriční poradny v době diagnózy onemocnění



Zdroj: Autor

Graf 35: Obecné povědomí o sippingu



Zdroj: Autor

4.4 Druhá část výzkumu - vyhodnocení dotazníků rozeslaných lůžkovým hospicům

Otázky v dotazníku v druhé části výzkumu byly rozděleny do několika skupin. Jedna skupina otázek se týkala přítomnosti nutričního terapeuta v hospici a komunikace s pacienty ohledně stravy. Další skupina otázek se zabývala řešením konkrétních problémových situací s příjmem stravy a tekutin a poslední skupina otázek se týkala názorů na význam výživy pacientů v hospicové péči, postupu při zajišťování nutriční péče a v poslední otázce se mohli respondenti vyjádřit, co by z jejich pohledu uvítali při zajišťování nutričních požadavků pacientů.

Dotazníky byly zaslány do 16 lůžkových hospiců v České republice (příloha č. 3), z tohoto počtu se vrátilo 13 odpovědí (81,3 %), 3 vrácené dotazníky byly vyřazeny pro duplicitu, vyhodnocováno tedy bylo 10 dotazníků.

V otázce na zajišťování stravování má vlastní stravovací provoz 5 zařízení (50 %) a 5 zařízení vlastní stravovací provoz nemá. V těchto zařízeních bez vlastního stravovacího provozu ve 4 případech dovážejí stravu z jiného stravovacího provozu a v 1 případě zajišťují stravu prostřednictvím externí firmy.

S nutričním terapeutem spolupracuje 6 zařízení (60 %) a nutriční terapeut je v těchto zařízeních ve 2 případech zaměstnán na částečný úvazek a ve 4 případech pracuje na dohodu dle potřeby.

Z hodnocení odpovědí vyplývá, že s pacientem nejčastěji, a to v 10 případech, ohledně stravování komunikuje zdravotní sestra, v 7 případech lékař, v 6 případech ošetřovatelé, ve 3 zařízeních s pacienty hovoří kuchař a po 1 zařízení s pacienty komunikuje nutriční terapeut a sociální pracovník.

Tabulka 7: Komunikace s pacienty ohledně nutričních potřeb

| | |
|--------------------|----|
| Nutriční terapeut | 1 |
| Zdravotní sestra | 10 |
| Lékař | 7 |
| Ošetřovatelé | 6 |
| Sociální pracovník | 1 |
| Kuchař | 3 |

Zdroj: Autor

Zjištěné nutriční potřeby a požadavky je nutné řešit. Nejčastějším způsobem řešení těchto potřeb, které nabízí 9 zařízení (90 %), je individuální výběr stravy a podávání perorálních nutričních doplňků. 8 zařízení (80 %) je schopných poskytnout přídavky jídla a podávání bílkovinných přídavků ve formě modulárních dietetik (Protifar). 4 zařízení (40 %) mají možnost nabídnout pacientům diety dle jejich potřeb a 1 zařízení (10 %) nutriční požadavky pacientů neřeší či není schopno řešit. Přehled možných řešení nutričních potřeb ukazuje tabulka č. 8.

Tabulka 8: Řešení nutričních požadavků pacientů

| | |
|-----------------------------------------------------------|---|
| Individuální výběr stravy | 9 |
| Podání přídavků (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka...) | 8 |
| Podání sippingu (Nutridrink, Fresubin...) | 9 |
| Podání bílkovinných přídavků (Protifar) | 8 |
| Máme možnost vařit diety | 4 |
| Nutriční požadavky pacientů neřešíme/nejsme schopni řešit | 1 |

Zdroj: Autor

Problémy s dutinou ústní a dysfagií v dotazovaných zařízeních v 9 případech (90 %) řeší vhodnou stravou či úpravou její konzistence, infuzemi, pokud má pacient zavedený PEG podáváním výživy do ní a otíráním a svlažováním úst. 3 zařízení (30 %) tyto problémy řeší zavedením nazogastrické sondy a podáváním výživy do ní, 1 zařízení (10 %) je schopno tyto problémy řešit podáváním parenterální výživy. Přehled řešení problémů s dutinou ústní a dysfagií poskytuje tabulka č. 9.

Tabulka 9: Možnosti řešení problémů s dutinou ústní a dysfagií

| | |
|------------------------------------------------------|---|
| Volba vhodné stravy či úprava konzistence stravy | 9 |
| infuze (fyziologický roztok, glukóza) | 9 |
| Zavedení nazogastrické sondy a podávání výživy do ní | 3 |
| Pokud má pacient zaveden PEG podávání výživy do PEGu | 9 |
| Parenterální výživa | 1 |
| Otírání a svlažování úst | 9 |
| Pacienty s těmito problémy nemáme | 0 |
| Tyto problémy neřešíme | 0 |

Zdroj: Autor

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že všechna zařízení (100 %) pravidelně pacientům tekutiny nabízejí a nabízejí úpravu podmínek pro snazší příjem

tekutin, jako je lahvička s pítkem nebo slámka. V 9 zařízeních (90 %) má pacient pít vždy v dosahu, 7 zařízení (70 %) využívá při nedostatečné hydrataci pacientů intravenózní podání tekutin či hypodermoklýzu a 7 zařízení (70 %) eviduje příjem tekutin u pacientů.

Tabulka 10: Možnosti řešení hydratace v hospicích

| | |
|-------------------------------------------------|----|
| Pacient má tekutiny vždy v dosahu | 9 |
| Pravidelné nabízení tekutin | 10 |
| Úprava podmínek (slámka, pítka, lahvička...) | 10 |
| Evidence množství přijatých tekutin | 7 |
| Využívání infuzí (intravenózní, hypodermoklýza) | 7 |
| Příliš hydrataci neřešíme | 0 |

Zdroj: Autor

Dotazník zjišťoval, jaké nutriční intervence jsou hospice schopné zajistit. Všechny hospice (100 %) jsou schopné zajistit pro své pacienty sipping a sondovou enterální výživu, 7 zařízení (70 %) výživu parenterální. Ve všech sledovaných zařízeních používají k sondové výživě enterální výživu, ve 3 případech (30 %) kombinují s mixovanou stravou a v 1 zařízení (10 %) se sippingem.

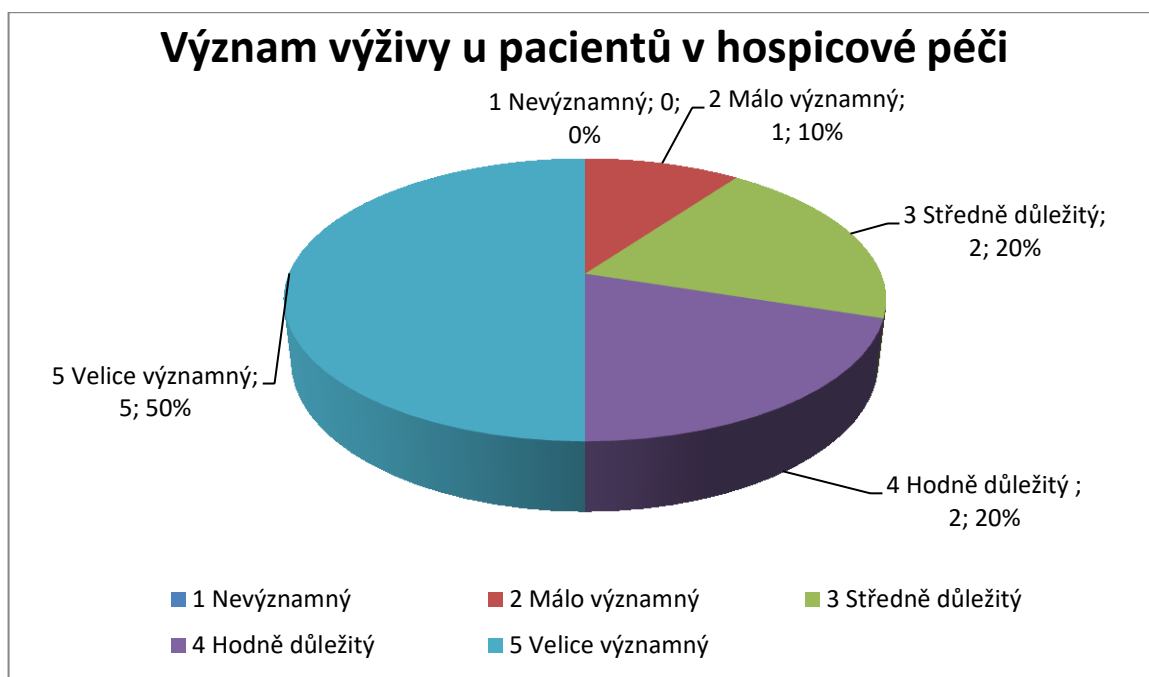
Tabulka 11: Realizovatelné nutriční intervence v hospicích

| | |
|--------------------------|----|
| Sipping | 10 |
| Sondová enterální výživa | 10 |
| Parenterální výživa | 7 |

Zdroj: Autor

Na otázku významu výživy v hospici měli respondenti na výběr ze škály od 1 do 5, kdy 1 znamená nevýznamný a 5 velmi významný. 1 zařízení (10 %) uvedlo na škále hodnotu 2, po dvou zařízeních uvedlo hodnotu 3 a 4 a 5 zařízeních (50 %) uvedlo na škále hodnotu 5.

Graf 36: Význam výživy v hospicové péči



Zdroj: Autor

Dotazník dále zjišťoval, zda mají jednotlivá zařízení zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče ve formě standardu, manuálu či postupů. 2 zařízení (20 %) uvedla, že mají metodiku, která určuje kompetence jednotlivých odborností, 2 zařízení (20 %) uvedla, že mají metodiku zpracovanou, ale bez určujících kompetencí, 5 zařízení (50 %) odpovědělo, že vycházejí jen ze zvyklostí a obecné legislativy a v 1 zařízení (10 %) neví.

Tabulka 12: Existence metodiky zajištění výživy a nutriční péče

| | |
|---------------------------------------------------------------------|---|
| Ano, máme metodiku, která určuje kompetence jednotlivých odborností | 2 |
| Ano, v obecné rovině bez jasně určujících kompetencí | 2 |
| Ne, vycházíme ze zvyklostí a obecné legislativy | 5 |
| Nevím | 1 |

Zdroj: Autor

Na závěr dotazníku dostali respondenti prostor k vyjádření toho, co by přivítali ve svém zařízení ke zlepšení nutriční péče o pacienty. Nejvíce respondentů, 4 zařízení (40 %) by uvítalo více finančních prostředků na krytí nutriční péče, 3 zařízení (30 %) by uvítala vlastní stravovací provoz a nastavení nutriční péče o pacienty nutričním terapeutem, 2 zařízení (20 %) by byla ráda za lepší personální zabezpečení nutriční péče o pacienty a po 1 zařízení by měla ráda možnost individuálního výběru stravy a větší flexibilitu nutričního terapeuta.

Tabulka 13: Přání hospiců pro lepší zabezpečení nutriční péče o pacienty

| | |
|------------------------------------------------------------------|---|
| Individuální výběr stravy | 1 |
| Vlastní stravovací provoz | 3 |
| Více finančních prostředků na pokrytí nutričních potřeb pacientů | 4 |
| Lepší personální zabezpečení | 2 |
| Nastavení nutriční péče o pacienty nutričním terapeutem | 3 |
| Větší flexibilitu nutričního terapeuta | 1 |

Zdroj: Autor

4.5 Diskuze

Nejen v naší republice, ale celosvětově, se s prodlužující se délkou dožití zvyšuje i podíl seniorů v populaci, v současné době je to přibližně pětina obyvatel. S prodlužující se délkou života narůstá pravděpodobnost výskytu onkologického onemocnění. Právě věk je hlavním rizikovým faktorem vzniku zhoubných nádorů, ale i závažných nenádorových onemocnění. Chronické onemocnění má více než 80 % seniorů, tedy lidí starších 65 let. Se zvyšující se pravděpodobností onemocnění nabývá na důležitosti potřeba paliativní péče, na kterou mají právo všichni lidé, kteří očekávaně a neodvratně umírají. Typickou skupinou jsou onkologičtí pacienti a lidé v konečných fázích chronických nemocí.

V paliativní péči je kladen důraz na individualitu člověka, na jeho preference a potřeby. Cílem paliativní péče není uzdravení, ale zachování kvality života pacienta s nevyléčitelnou nemocí, s čímž souvisí zmírňování bolesti fyzické, psychické, emocionální i duchovní, snaha o udržování dobrých vztahů v rámci rodiny a přátel a respektování potřeb pacienta i jeho nejbližších. Typ a cíle paliativní péče se liší dle stadia onemocnění. V hospici jsou hospitalizováni pacienti s progresí onemocnění, kde již není cílem paliativní péče snaha o co nejděší život, ale zachování jeho kvality. Cílem péče o pacienty v terminální fázi onemocnění, kteří mají prognózu přežití v rámci týdnů, dnů a hodin, je důstojné umírání s minimalizací dyskomfortu.

Cílem této práce je uvést do problematiky paliativní péče a paliativního přístupu ve výživě z pohledu nutričního terapeuta a identifikovat oblíbená jídla pacientů v hospicové péči. Dalšími cíli bylo zhodnotit nutriční stav pacientů v Hospici Dobrého Pastýře, identifikovat jejich potřeby, problémy a přání ve vztahu k výživě. Vedlejším cílem práce bylo zjistit orientační význam nutričního terapeuta v lůžkových hospicích a způsoby zajišťování nutriční péče o pacienty.

Hlavní úlohou nutričního terapeuta v hospicové péči již není zajištění plného příjmu energie a živin, ale snaha o co nejděší zachování perorálního příjmu stravy a individualizace stravování se zohledněním stravovacích návyků pacienta. Do popředí se dostává úprava konzistence stravy od běžné až po mixovanou stravu, v rámci individualizace stravování pacient dostává svá oblíbená jídla a naopak, neoblíbená se do jeho jídelníčku nezařazují. Stravovací provoz je schopen zajistit většinové spektrum standartních diet, včetně diety veganské, vegetariánské, bezlepkové, bezlaktózové či diety s omezením draslíku.

V původním záměru této práce bylo během 6 měsíců oslovení alespoň 50 pacientů pobývajících v Hospici Dobrého Pastýře, aby byl vytvořen co možná nejširší výzkumný

soubor. Tento záměr nebyl naplněn nejčastěji z důvodu odmítnutí účasti na výzkumném šetření ze strany pacienta a dalším důvodem bylo zhoršení zdravotního stavu. Medián délky hospitalizace v hospici je 12,5 dne, z čehož vyplývá, že pacienti jsou často hospitalizováni již v terminální fázi onemocnění a jejich schopnost komunikace je omezená či eticky nevhodná.

Věkový průměr výzkumného souboru činil 74,3 roky s širokým věkovým rozpětím od 44 do 100 let a ve věkové kategorii do 65 let bylo 5 pacientů. Toto věkové rozložení vyvrací zažitý mýtus, že hospicová péče je jen pro seniory.

Z antropometrických údajů pacientů vyplývá, že průměrná hmotnost mužů byla 70,6 kg a žen 52,2 kg. Údaje byly získány vážením na osobní váze a výpočtem z měření obvodu nedominantní paže. Výsledky získané měřením obvodu paže jsou zatíženy nepřesností, protože jsou pouze orientační. Při výpočtu BMI a zjišťování hmotnosti před onemocněním se vycházelo z údajů, které byly získány od pacientů retrospektivně, nikoliv jejich skutečným měřením nebo ze záznamů ve zdravotní dokumentaci. I v tomto případě mohly vzniknout nepřesnosti. Vysoké procento ztráty hmotnosti ukazuje na pokročilé onemocnění spojené s nádorovou kachexií. Téměř 10% rozdíl ve ztrátě hmotnosti mezi muži a ženami byl dán tím, že ve skupině mužů byli 3 pacienti, kteří tělesnou hmotnost zvýšili v průměru o 5,3 kg (7,2 %). Domnívám se, že důvodem zvýšení hmotnosti bylo neonkologické onemocnění u jednoho pacienta, kdy se jeho stav během pobytu v hospici výrazně zlepšil natolik, že mohl být předán do domácího ošetřování, druhý pacient, který svou tělesnou hmotnost zvýšil, užíval z důvodu prevence edému mozku dexamethazon, po kterém měl zvýšenou chuť k jídlu. Poslední pacient, který svou hmotnost zvýšil, neměl nutričně rizikovou diagnózu. Z výpočtů je patrné, že se průměrné BMI pacientů ve středním věku pohybuje na spodní hranici normy a průměrné BMI u seniorů v pásmu malnutrice. Tyto výsledky jsou očekávané vzhledem k fázi onemocnění výzkumného souboru.

Ve studii byla hodnocena chuť k jídlu, respektive přítomnost anorexie, kvalitativní změny chuti k jídlu, velikost porce jídla a jeho konzistence. Z výsledků rozhovoru vyplynulo, že 66,7 % pacientů netrpí anorexií a mají vždy chuť k jídlu, respektive 33,3 % pacientů trpí anorexií stále nebo někdy. Vzhledem k průměrným hodnotám BMI, váhovému úbytku a fázi onemocnění by se dalo očekávat, že procento pacientů, kteří budou trpět anorexií, bude vyšší. Je možné, že pacienti nechutenství často bagatelizují z důvodu určitého popření zhoršujícího se zdravotního stavu. Anorexie úzce souvisí s poruchou metabolismu a nádorovou kachexií a její ovlivnění je obtížné. Je vhodné omezit přísné diety, například dietu s omezením tuků nebo přísnou diabetickou dietu a pacientům nabízet individuální stravu. Částečným řešením by mohlo být podávání dexamethazonu u pacientů, kteří anorexií psychicky špatně snášejí. Ze zkušenosti z hospice, kdy pacienti užívající dexamethason z důvodu zpravidla antiedematozního, měli zvýšenou chuť k jídlu. Bylo by samozřejmě nutné pečlivě zvážit přínosy a negativa pro konkrétního pacienta.

Hodnocení chuti k jídlu je subjektivní pocit a jeho interpretace je zatížena řadou nepřesností a nedorozumění. Mezi pacienty udávané změny chuti patří pocit, že je jídlo málo slané. Tento pocit může být dán zvykem pacienta jídla více solit než je zvykem v hospicové kuchyni. Další změnou chuti byl jedním pacientem udávaný odpor k masu. Eliminací masa z jídelníčku dochází ke sníženému příjmu bílkovin a k poklesu množství přijaté stravy a její pestrosti a tento stav zvyšuje riziko malnutrice. V takových situacích

je vhodné maso nahradit vejci, mléčnými výrobky, luštěninami či výrobky ze sóji. Kromě samotného druhu jídla byly identifikovány i situace, které chuť k jídlu ovlivňují. Nejčastěji pacienty stimuloval k jídlu hlad, větší chuť k jídlu měli, pokud bylo jídlo lákavě a líbivě naservírované. Naopak, chuť k jídlu ztráceli, pokud dostali příliš velkou porci jídla, kterou, vzhledem k anorexii, nemohli sníst a negativně se na chuti k jídlu promítala také únava. Zjištění ohledně líbivého vzhledu servírovaného jídla je velkou výzvou pro zaměstnance hospicové kuchyně. Velikost porcí je dle požadavků z oddělení v kuchyni upravována a poloviční porce jsou zcela běžné a dostává je více než polovina pacientů.

Konzistence stravy je z mého pohledu považována za jeden z důležitých aspektů perorálního příjmu. V terminální fázi onemocnění je časté nechutenství a neschopnost perorálního příjmu. Pro pacienty v této fázi onemocnění je jídlo důležité již ne z pohledu dodání energie a potřebných nutrientů, ale především z pohledu psychologického jak pacienta tak pečujících. Pacient v této fázi onemocnění již většinou není schopen přijímat pevnou stravu, je vhodné ji mechanicky upravit do konzistence, která pacientovi vyhovuje. Z výzkumného souboru má polovina pacientů stravu v různém stupni mechanicky upravenou. V hospici je základem racionální dieta č. 3, pokud je pacient diabetik dieta č. 9. Označení č. 3 nebo 9 značí standardní dietu bez mechanické úpravy.

Stupně mechanické úpravy stravy:

a = mleté maso + standardní příloha

b = mleté maso + drobná/kašovitá příloha

c = mixovaná strava

½ = poloviční porce

Příklad: Pacient diabetik s nefunkční zubní náhradou a anorexií bude mít v dokumentaci zapsanou dietu č. 9 b ½ (diabetická dieta, kašovitá, poloviční porce).

Rozhodnutí, jakou konzistenci stravy pacient bude dostávat, vychází z informací od pacienta nebo jeho příbuzných, zdravotní sestry, která pacienta přijímá nebo od nutričního terapeuta, který s pacientem hovoří a zjišťuje jeho stravovací zvyklosti, schopnost kousat a polykat, ze zdravotnické dokumentace zjišťuje případná onemocnění, která mohou ovlivňovat příjem stravy. Konzistence stravy pacienta se mění s progresí onemocnění a její vhodnost je nutné pravidelně přehodnocovat a následně upravovat i stravu. Stravovací provoz hospice je schopen na tyto změny reagovat téměř okamžitě. Je velkou výhodou, pokud má hospic vlastní stravovací provoz, protože jen tak je schopen flexibilně reagovat na měnící se nutriční požadavky pacientů. Nejčastějším důvodem, proč mají pacienti upravenou konzistenci stravy, jsou problémy s dutinou ústní ve smyslu xerostomie, chybějící dentice nebo nevhodné zubní náhrady a terminální stav onemocnění. Problémy s denticí a zubní náhradou u seniorů mohou vyústit až v omezování některých potravin a jednostrannou výživu s možným rozvojem malnutrice. Zde by stála za úvahu větší podpora seniorů v péči o chrup, osvěta a vhodná motivace ze stran zdravotních pojišťoven.

S progresí onemocnění se také snižuje množství přijaté stravy. Více než polovina pacientů dostává poloviční porce a někteří pacienti nemohou sníst ani toto malé množství jídla. Minimální perorální příjem je známkou terminálního stavu, v tomto období není vhodné pacienta nutit do jídla, postačí jídlo nabídnout a respektovat jeho přání. Osvědčilo

se nabízení zmražených kostiček Coca-Coly, džusu, zmrzliny a chladných tekutých potravin. Důležitá je v tomto období také komunikace s příbuznými, kterým je nutné vysvětlit, že nechutenství je důsledkem nemoci a pacient již není schopen přijatou energii a živiny z jídla využít, naopak, mohou mu způsobit nepříjemné komplikace.

Mezi jídelní chody, které pacienti nejvíce preferují, patří snídaně, které upřednostňuje více než polovina dotazovaných, což je možné vysvětlit nočním lačněním. Menší oblibu odpoledních svačin může způsobovat jejich podávání již za 2 hodiny po obědě a také přítomností návštěv u pacientů, které pacientům přinášejí jejich oblíbené potraviny. Tyto skutečnosti by bylo vhodné zohlednit při přípravě snídaní jejich větší pestrostí a individualizací. Také by bylo vhodné posunout čas svačiny a tudíž i večere alespoň o jednu hodinu, aby měli pacienti dostatek času na vytrávení.

Sladká jídla celkově nelze jednoznačně označit za oblíbená či neoblíbená. Opravdu si na nich pochutná necelá polovina pacientů, většina je má v oblibě pouze někdy.

Menší obliba sladkých jídel mohla být způsobena tím, že mezi dotazovanými byli i pacienti s diabetem, kteří sladké pokrmy nekonzumují. Tato skutečnost nebyla ve výzkumu zohledněna. Při zjišťování preferencí konkrétních sladkých jídel byla pacienty nejoblíbenější teplá sladká jídla a studená sladká jídla, která shodně označilo 44,4 % pacientů. Oblíbenost teplých sladkých jídel lze vysvětlit tím, že v rámci stravování v hospici jsou na jídelním lístku maximálně jednou za týden a pacienti jich nejsou „přežedení“. Naopak studená sladká jídla jsou na jídelním lístku téměř každý den, zejména pro pacienty s upravenou konzistencí stravy. Jejich oblíbenost je dána jejich snadným polykáním, strukturou a teplotou. Podávají se chlazená, struktura vyhovuje i pacientům s dysfagií nebo v terminální fázi onemocnění. Také polévky patří mezi oblíbená jídla pacientů, ve výzkumném vzorku nebyl žádný pacient, který by polévky nejedl a také nebyla zjištěna preference vývarů nebo zahuštěných polévek. Oblíbenost polévek je dána jejich snadnou stravitelností, obsahem měkké vařené zeleniny, masa a obilovin, které vyhovují i pacientům s xerostomií, chybějícím chrupem, nevhodnou zubní náhradou nebo pacientům v terminální fázi onemocnění. Navíc obsahují minerální látky, vlákninu a zajišťují i přívod tekutin. Toto zjištění by bylo vhodné vzít v úvahu při tvorbě jídelního lístku a polévky nabízet pacientům i k večeři.

Při zjišťování obliby masa byl předpoklad, že v důsledku dysgeuzie a anorexie, bude mít většina pacientů k masu odpor. Tento předpoklad se nepotvrdil, maso nejí 16,7 % pacientů. Toto zjištění je však nutné zohlednit a stravu pro tuto skupinu pacientů více individualizovat a nabízet alternativní zdroje bílkovin. Také při zjišťování obliby konkrétních druhů mas nebyly zjištěny výrazné preference, nejméně oblíbené jsou vnitřnosti. Objevil se požadavek, který byl pacienty zdůrazňován, aby maso bylo libové a dobře uvařené, měkké, pak nezáleží na jeho druhu. Těmto nárokům nejlépe vyhovuje drůbeží maso a dobře uvařené maso hovězí. I zde by bylo vhodné seznámit zaměstnance stravovacího provozu s výsledky šetření a tyto poznatky uvést do praxe.

Při zjišťování preferencí jednotlivých druhů příloh pacienti, dle předpokladu, nejvíce upřednostňovali bramborovou kaši spolu s těstovinami. I u příloh byl zaznamenán požadavek na jejich strukturu – mokré a klouzavé. Bramborová kaše je ve stravovacím provozu připravována tradičním způsobem z brambor, mléka, másla a soli, nepoužívají se instantní polotovary a pacienti ji přijímají s oblibou. Těstoviny se nejčastěji podávají s omáčkou, a tím splní atributy klouzavé a mokré přílohy. Konzistence a struktura

bramborové kaše i těstovin klade minimální nároky na kousání, snadno se polykají, a proto jsou vhodné i pro pacienty, kteří potřebují mít stravu mechanicky upravenou a je těmto skupinám pacientů nabízena. Přílohy, zejména těstoviny, rýže a knedlíky se podávají s omáčkami, jejichž obliba byla v šetření také zjišťována. Velkou oblíbenost omáček lze vysvětlit právě tím, že doplňují výše zmíněné přílohy a jejich kombinací vznikne mokřý pokrm, který se snadno žvýká a polyká. Omáčky jsou také tradičním českým pokrmem a pacienti jsou zvyklí je konzumovat.

Více než polovina výzkumného souboru trpí zácpou a zelenina je spolu s ovocem zdrojem vlákniny, jejichž konzumace má na zácpu příznivý vliv. Zároveň je ale syrová zelenina hůře stravitelná a některé druhy mají nadýmavé účinky a mohou způsobit střevní obtíže. Výzkumem nebyla zjištěna výrazná preference konkrétního druhu zeleniny, pacienti více než v polovině případů upřednostňovali zeleninu vařenou před syrovou z důvodu snadného kousání a polykání a lepší stravitelnosti. Taktéž rozmixovaná vařená zelenina je chutná a s oblibou ji přijímají i pacienti s mechanicky upravenou stravou. U oblíbenosti ovoce je situace podobná, v oblibě ho má většina pacientů. Nejvíce jsou z důvodu jejich měkké konzistence a šťavnatosti oblíbené banány, hroznové víno, jablka, citrusy a přesnídávky. Zvláště banány mají vhodnou strukturu, která usnadňuje žvýkání, jejich chuť není příliš výrazná či štiplavá, nejsou příliš aromatické, což onkologickým pacientům vyhovuje. Snadno se loupou, nemusí se omývat a jsou proto připraveny k okamžité konzumaci. Tyto druhy ovoce jsou pravidelnou součástí hospicového jídelníčku.

Konzumace luštěnin může způsobovat nepříjemné nadýmání, které je způsobeno vysokým obsahem oligosacharidů. Luštěniny jsou vhodnou alternativou v případě, kdy pacient odmítá maso, kdy v kombinaci s obilovinami zajistí příjem všech esenciálních aminokyselin. Nejvíce preferovanou luštěninou ve výzkumném souboru je čočka. V jídelníčku pacientů v hospici se luštěniny jako hlavní jídlo nezařazuje právě pro jejich obtížnou stravitelnost a časté střevní problémy pacientů. Jsou nabízeny pacientům, kteří nekonzumují maso, pokud je tolerují. Luštěniny jsou součástí polévek a pomazánek, ve kterých tyto problémy nezpůsobují.

U výzkumného souboru se kromě preferencí jednotlivých druhů jídel hodnotily i preference tekutin a jejich množství. Kromě čisté vody, kterou popíjí nejvíce pacientů, je mezi pacienty oblíbené pivo (alkoholické i nealkoholické) a ochucená minerálka. Oba tyto nápoje obsahují minerální látky a sacharidy, které přispívají ke zvýšení energetického příjmu pacienta. Pivo navíc obsahuje vitamíny skupiny B, pomáhá při nechutenství a povzbuzuje trávení. S věkem potřeba tekutin klesá a snižuje se i pocit žízně. Zároveň potřeba tekutin klesá s progresí onemocnění a pacienti v terminální fázi onemocnění již nemusejí žízeň pociťovat vůbec.

Příjem stravy může být omezován nejrůznějšími projevy nemoci. Včasná identifikace a následné ovlivnění těchto symptomů může pomoci ke zvýšení příjmu stravy. Kombinací užívání opioidů, snížené aktivity, nedostatku vlákniny, tekutin a vlivem onemocnění se objevuje zácpa jako velice častý symptom, který ovlivňuje perorální příjem. Zácpa snižuje kvalitu života, může způsobit nevolnost, zvracení, dušnost a v některých případech i střevní obstrukci. Pacienti z obavy z obtížného a bolestivého vyprazdňování často omezují příjem stravy. Jako prevence zácpy z pohledu nutričního

terapeuta přichází do úvahy dodržování pitného režimu, chutná strava s dostatkem vlákniny, kterou pacient s ochotou přijímá a denní zařazování mléčných výrobků.

Během rozhovoru s pacienty se objevil navíc jako velmi negativně vnímaný symptom hlad. Tento symptom sice pacienty neomezuje v příjmu jídla, ale se stravováním úzce souvisí. Pocit hladu pociťovali 2 pacienti, kteří měli diagnózu nádorového onemocnění mozku a byli léčeni dexamthasonem k prevenci edému mozku. Tito pacienti měli zároveň nejvyšší BMI ze sledovaného souboru v pásmu nadváhy a obezity. Hlad byl u nich vnímán velmi intenzivně a nepříjemně a musel být řešen většími porcemi jídla a přídavky.

Dalším často se objevujícím symptomem, který ovlivňuje perorální příjem, jsou problémy s ústní dutinou, které uvedla polovina dotázaných. Tyto problémy byly u dotazovaných pacientů hlavním důvodem k úpravě konzistence stravy. Problémy s chrupem, ať ve smyslu chybějícího nebo nevhodné zubní náhrady, byly u pacientů přítomny již při přijetí do hospice. Sami pacienti je považují v porovnání se současným onemocněním za málo významné. Tyto problémy ale vedou k dietním omezením, kdy se pacienti vyhýbají potravinám, které jim způsobují potíže při žvýkání. Následně dochází ke změně složení stravy a tyto změny mohou vyústit až v malnutrici.

Výživa je u onkologických pacientů zásadní, protože dobrý nutriční stav snižuje riziko komplikací a následků onkologické léčby, zlepšuje délku přežití a kvalitu života. Tento výzkum pouze okrajově zjišťoval, zda byla pacientům v době diagnostiky onemocnění doporučena návštěva nutriční poradny a jestli znají či užívají sipping. Toto téma rozhovoru bylo založeno na retrospektivním zjišťování informací a je zatíženo rizikem zkreslení informací. Pacienti si zjišťované informace již nemusejí pamatovat nebo si je neuvědomují. Přesto, že návštěvu nutriční poradny potvrdilo jen 5 pacientů, tak obecné povědomí o sippingu má téměř 90 %.

Druhou částí výzkumu bylo pomocí dotazníkového šetření v lůžkových hospicích České republiky zjistit jak je zajišťována strava pro pacienty, význam a úlohu nutričního terapeuta a přehled možných nutričních intervencí, která jsou hospice schopna zajistit. Výzkum zjistil, že 50 % zařízení má vlastní stravovací provoz, což považují za nedostačující, vzhledem k často a rychle se měnícím požadavkům na stravu ze strany pacienta. Změnu stravy, individuální diety a dietní opatření je potřeba řešit flexibilně s co nejmenší časovou prodlevou, což při dovážení stravy z jiného stravovacího provozu nelze. Také fyzickou přítomnost nutričního terapeuta v hospicích považují za zásadní z hlediska komunikace s pacienty, s personálem, se stravovacím provozem a z pohledu bezpečnosti stravy HACCP (Systém kritických bodů při výrobě pokrmů) ve stravovacím zařízení. S nutričním terapeutem spolupracuje 60 % zařízení a pouze ve 2 (20 %) zařízeních je nutriční terapeut zaměstnán na částečný úvazek a lze předpokládat, že bude fyzicky přítomný alespoň některé dny v týdnu.

Za podstatnou považují komunikaci nutričního terapeuta s pacientem za účelem zjištění jeho nutričních potřeb, individuálních požadavků, jeho schopnosti se najíst, identifikace problémů a jejich následné řešení. U pacientů v hospicové péči se tyto potřeby velmi často mění, mnohdy z hodiny na hodinu, jindy v rámci dnů, proto je tato komunikace a sledování pacientů důležité. Nutriční terapeut komunikuje s pacienty pouze v 1 zařízení (10 %), v ostatních komunikuje nejčastěji zdravotní sestra, lékař a ošetřovatelé, ve 3 zařízeních kuchař. Domnívám se, že lékaři (pokud nemají platnou licenci

F016 v oboru Umělá výživa a metabolická péče), zdravotní sestry, ošetrovatelé a kuchaři mají odlišné náplně práce a nutriční péče o pacienty nepatří do jejich kompetence.

Nutriční požadavky, až na jedno zařízení, je schopné v různé míře řešit většina dotazovaných hospiců, je ovšem otázkou, kdo sestavuje a zpracovává diety, individuální jídelníčky a jejich nutriční hodnoty. Stejně tak v případě nutričních intervencí ve formě sondové výživy, sippingu nebo parenterální výživy, kdo hodnotí potřebu energie, živin, typ výživy pro konkrétního pacienta? Možnou odpovědí může být rozdíl ve vnímání významu výživy v jednotlivých zařízeních, kdy za velice důležitou ji považuje jen polovina hospiců a také stesk na nedostatek finančních prostředků na pokrytí nutričních potřeb pacientů. V tomto kontextu se poněkud vytrácí zásadní principy paliativní péče jako je respekt, individualita a přání nemocného. Tento výzkum se dotýkal všeobecně stravování v hospicích od přítomnosti nutričního terapeuta přes stravovací provoz, možné nutriční intervence, komunikaci až po zhodnocení významu výživy v hospicích. Byl proveden velmi okrajově a bylo by vhodné tuto problematiku řešit podrobněji a komplexněji.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na výživu v hospicové péči. Je zde shrnuta problematika a principy paliativní péče, jejímž základem je interdisciplinární přístup lékařů, zdravotníků, sociálních pracovníků, duchovních i rodinných příslušníků. Práce se zabývá aplikací paliativního přístupu v nutriční péči o nevyлéčitelně nemocné pacienty. Cílem nutriční péče u pacientů v hospicové péči je především udržení či zpomalení zhoršování nutričního stavu, funkčního stavu a kvality života a individualizace stravování.

Cílovou skupinu první části výzkumu tvořili pacienti Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech, u kterých byly formou polostrukturovaného rozhovoru zjišťovány oblíbené pokrmy a nápoje, jejich konzistence, kuchyňská úprava a okolnosti, které ovlivňují u pacientů příjem stravy. Sekundárními cíli bylo zhodnocení množství přijaté stravy, pomocí antropometrických měření zjistit nutriční stav pacientů hospice. Druhá část výzkumu zjišťovala dotazníkovým šetřením význam nutričního terapeuta v lůžkových hospicích v ČR.

Výzkumem bylo zjištěno, že neexistuje potravina či pokrm, který by byl oblíbený u všech pacientů, ale zjištěné výsledky podávají přehled preferovaných skupin potravin a pokrmů, preferované kuchyňské úpravy a konzistence pokrmů. Většina pacientů vlivem anorexie přijímá jen polovinu obvyklé porce jídla, což souvisí s výsledky antropometrického měření, které ukazují, že většina pacientů v seniorském věku je malnutriční. Dotazníkovým šetřením v hospicích ČR bylo zjištěno, že většina hospiců s nutričním terapeutem spolupracuje, ale ten jen minimálně komunikuje s pacienty. Výzkum ukazuje na důležitost individuálního přístupu ve stravování a tím navazuje na základní principy paliativní péče.

Primární i sekundární cíle práce byly naplněny. Výzkum byl veden snahou o co nejlepší zajištění nutriční péče v Hospici Dobrého Pastýře s následnou implementací výsledků do praxe. Údaje získané v tomto výzkumném šetření mohou pomoci k pochopení principu paliativní péče z pohledu nutričního terapeuta a také zlepšit nutriční péči nejen v hospicích.

Byla bych ráda, kdyby výsledky této práce pomohly ke zkvalitnění nutriční péče nejen v hospicích, ale i v ostatních zařízeních zdravotních a sociálních služeb.

POUŽITÉ ZKRATKY

| | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BMI | Body Mass Index, Index tělesné hmotnosti |
| CBD | kanabidiol |
| CNS | centrální nervový systém |
| ČLS JEP | Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně |
| ČSPM | Česká společnost paliativní medicíny |
| DHA | kyselina dokosahexaenová |
| EPA | kyselina eikosapentaenová |
| EV | enterální výživa |
| GIT | gastrointestinální trakt |
| HACCP | Hazard Analysis and Critical Control Points, Analýza nebezpečí a kritické kontrolní body |
| IL | interleukin |
| IQL | Index Quality of Life, Index kvality života |
| kcal | kilokalorie |
| KCl | chlorid draselný |
| LCT | long chain triglycerides, mastné kyseliny s dlouhým řetězcem |
| MCT | medium chain triglycerides, mastné kyseliny se středním řetězcem |
| NaCl | chlorid sodný |
| ONS | perorální nutriční doplňky |
| ORL | otorhinolaryngologie |
| PEG | perkutánní endoskopická gastrostomie |
| PEJ | perkutánní endoskopická jejunostomie |
| PPS | Paliativní škála funkční zdatnosti |
| PV | parenterální výživa |
| SNRI | serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu |

| | |
|-----|------------------------------------------------------------|
| THC | tetrahydrokanabinol |
| TNF | tumor necrosis factor ,tumor nekrotizující faktor |
| WHO | World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Adam, Z., Vorlíček, J., & Pospíšilová, Y. (Eds.). (2004). *Paliativní medicína* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.

Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada.

Claessen, S., Francke, A., Echteld, M., Schweitzer, B., & Donker, G. (2013). GPs' recognition of death in the foreseeable future and diagnosis of a fatal condition: a national survey. *BMC Fam Pract*, 14(104). [https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-104](https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-104)

Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., & Seymour, J. (2012). Extent of palliative care need in the acute hospital setting: A survey of two acute hospitals in the UK. *Palliative Medicine*, 27(1), 76-83. <https://doi.org/10.1177/0269216312447592>

Gřiva, M. (2018). *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Stanislav Juhaňák - Triton.

Haškovcová, H. (c2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti* (2., přeprac. vyd). Galén.

Hrnčiariková, D. (2021). Výživa a hydratace u geriatrických pacientů v paliativní péči. *Geriatric a gerontologie*, 10(3), 149-155.

Hrnčiariková, D., Hrnčiarik, M., Jurašková, B., & Zadák, Z. (2007). Nutriční podpora v terminální péči. *Klinická farmakologie a farmacie*, 21(2), 62-66. <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2007/02/04.pdf>

Kabelka, L., & Sláma, O. (2009). Paliativní medicína pro lékárníky. *Praktické lékárenství*, 5(6), 270-273. <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/06/04.pdf>

Kala, M., & Dorková, Z. (2017). *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. <http://hdl.handle.net/10563/41526>

Kiss, I. (2023). *Modrá kniha České onkologické společnosti: Indikace nutriční podpory onkologicky nemocných (aktualizace: 29.)*. Masarykův onkologický ústav. <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/personalizovana-onkologie/modra-kniha-cos/aktualni-vydani-modre-knihy/29-31-indikace-nutricni-podpory-onkologicky-nemocnych/>

Kiss, I. & kolektiv (2012). *Modrá kniha České onkologické společnosti* (2022nd ed.). Masarykův onkologický ústav. <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/personalizovana-onkologie/modra-kniha-cos/aktualni-vydani-modre-knihy/>

Kohout, P., Havel, E., Matějovič, M., & Šenkyřík, M. (Eds.). ([2021]). *Klinická výživa*. Galén.

- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Grada.
- Kuře, J. (Ed.). (2022). *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Academia.
- Kušnírová, J. (2020). Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči. *Medicinapopraxi.cz*, 17(2), 88-92.
<https://www.medicinapopraxi.cz/pdfs/med/2020/02/02.pdf>
- Mach, J. (2018). *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Wolters Kluwer.
- Marková, A. (2021). *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy* (3. aktualizované vydání). Cesta domů.
- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Grada.
- Martin, L., Senesse, P., Gioulbasanis, I., Antoun, S., Bozzetti, F., & Deans, C. (2015). Diagnostic Criteria for the Classification of Cancer-Associated Weight Loss. *Journal of Clinical Oncology*, 33(1), 90-99. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.1894>
- Maslow, A. H. (2021). *Motivace a osobnost* (přeložil Pavla LE ROCH). Portál.
- Meisnerová, E. (2017). Výživa a nádorové onemocnění. *Onkologie*, 11(1), 24-28. <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/01/06.pdf>
- Meisnerová, E., & Novák, F. (2016). Výživa onkologického pacienta v paliativní péči. *Prague ONCO journal*, 2016(1), 51-52.
- Pochop, L. (2020). Jak přistupovat k nechutenství a výživě u paliativních pacientů. *Onkologie*, 14(Suppl.C), 35-38.
- Preedy, V. (2011). *Diet and nutrition in palliative care*. CRC Press. Taylor & Francis Group
- Ravasco, P. (2019). Nutrition in Cancer Patients. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1211). <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/8/1211>
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. *European Journal of Palliative Care*, 16(9), 278–289.
- Rokyta, R. (2015). *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Grada Publishing.
- Šachlová, M., Tomiška, M., & Sláma, O. (2012). *Doporučené postupy: nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči: stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. Ambit Media.

- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The world Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2(24), 91-96.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0885392402004402?token=5ADDE90140C860C40B631432D295E1E82A5358B20D2D4890ED8F67D5646E63EF74C8413DFC71B941B1FA1B8D6375BA90&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221102162555>
- Singer, T. (2019). *Právní úprava paliativní péče v České republice* [Diplomová práce]. Právnická fakulta Masarykovy univerzity obor Veřejná správa Katedra právní teorie, 66 - 69
- Skála, B. (2011). *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
- Sláma, O. (2008). Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně. *Onkologie*, 2(4), 246-248. <https://solen.cz/pdfs/xon/2008/04/09.pdf>
- Sláma, O. (2009). Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009(4), 183-185. <https://www.prolekare.cz/casopisy/klinicka-onkologie/2009-4-1/paliativni-a-hospicova-pece-v-ceske-republice-a-v-evrope-32883>
- Sláma, O. (2014). Paliativní medicína a dobrá smrt. *Vnitřní lékařství*, 60(10), 575-579. <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/89/12.pdf>
- Sláma, O. (2018). *Paliativní péče v ČR (možnosti, limity, výzvy)*. Paliativní péče v Brně a Jihomoravském kraji. Retrieved March 14, 2023, from https://paliativnipece.info/wp-content/uploads/2018/10/Paliativn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De-v-%C4%8CR_Brno_10_2018.pdf
- Sláma, O., & Vafková, T. (2020). *Paliativní péče: Multimediální elektronický výukový materiál*. Elportál.
https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/index.html
- Sláma, O., Kabelka, L., & Vorlíček, J. (2011). *Paliativní medicína pro praxi* (2., nezměn. vyd). Galén.
- Sláma, O., Špínková, M., & Kabelka, L. (2013). *Standardy paliativní péče 2013*. www.paliativnimedicina.cz. Retrieved November 18, 2022, from https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
- Sobotka, L., & Allison, S. P. (Eds.). (c2011). *Basics in clinical nutrition* (4th ed.). Galén.
- Sobotka, L., Allison, S. P., Forbes, A., Meier, R., & Schneider, S. M. (2019). *Basics in clinical nutrition* (5.), Bozzetti, F.; von Meyenfeldt Nutritional support in cancer patients. Galén.

Sochor, M., Zavadová, I., & Sláma, O. (Eds.). (2019). *Paliativní péče v onkologii*. Mladá fronta.

Standardy hospicové paliativní péče. (2016). Retrieved November 1, 2022, from https://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece/?post_id=342

Svačina, Š. (c2010). *Poruchy metabolismu a výživy* (2010 ed.). Galén.

Symptom Management Guidelines. (2019). BC center for palliative care. Retrieved November 25, 2022, from <https://www.bc-cpc.ca/publications/symptom-management-guidelines/symptom-management-guidelines-printable/>

Švancara, J., Sláma, O., Kabelka, L., Jarkovský, J., Klika, P., Loučka, M., Komenda, M., & Dušek, L. (2016). *Příčina úmrtí dle typu zdravotnického zařízení*. Národní datová základna paliativní péče. Retrieved March 14, 2023, from <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/pricina-umrti-dle-typu-zz/>

Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlářová, K., & Vodáčková, D. (2015). *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Tomáška, M. (2018). *Výživa onkologických pacientů*. Mladá fronta.

Topinková, E. (2004). Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Geriatrická revue*, 1(2), 14-21. <https://adoc.pub/queue/geriatricka-paliativni-peee-a-peee-o-umirajici.html>

Vágnerová, T. (2020). *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Karolinum.

Waller, A., Lecathelinais, C., Girgis, A., & Scott, W. (2009). Validity, reliability and clinical feasibility of a Needs Assessment Tool for people with progressive cancer. *Psycho-Oncology*, 19(7), 726-733. https://www.researchgate.net/publication/26834573_VValidity_reliability_and_clinical_feasibility_of_a_Needs_Assessment_Tool_for_people_with_progressive_cancer

Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). (2011). *Zákony pro lidi*. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zalenski, R., & Raspa, R. (2006). Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1120-1127. https://www.researchgate.net/publication/6755709_Maslow's_Hierarchy_of_Needs_A_Framework_for_Achieving_Human_Potential_in_Hospice

Zedníková, D. (2020). *Výživa v paliativní péči* [Diplomová práce, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta]. 110-112. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/12642>

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Obrázek 1: Porovnání průběhu závěru života u chronických onemocnění, onkologických onemocnění a cévních onemocnění mozku a demencí</i> | 17 |
| <i>Obrázek 2: Maslowova pyramida potřeb</i> | 18 |
| <i>Obrázek 3: Karnofského performance status</i> | 28 |
| <i>Obrázek 4: Koncept „totální“ bolesti</i> | 30 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Tabulka 1: Příčina úmrtí dle typu zdravotnického zařízení (2011-2017)</i> | 19 |
| <i>Tabulka 2: Paliativní škála funkční zdatnosti</i> | 21 |
| <i>Tabulka 3: Kritéria pro klasifikaci váhového úbytku v důsledku nádorového onemocnění</i> | 21 |
| <i>Tabulka 4: Diagnózy výzkumného souboru</i> | 40 |
| <i>Tabulka 5: Průměrné BMI výzkumného souboru</i> | 43 |
| <i>Tabulka 6: Důvody pro mechanickou úpravu stravy</i> | 45 |
| <i>Tabulka 7: Komunikace s pacienty ohledně nutričních potřeb</i> | 67 |
| <i>Tabulka 8: Řešení nutričních požadavků pacientů</i> | 67 |
| <i>Tabulka 9: Možnosti řešení problémů s dutinou ústní a dysfagií</i> | 67 |
| <i>Tabulka 10: Možnosti řešení hydratace v hospicích</i> | 68 |
| <i>Tabulka 11: Realizovatelné nutriční intervence v hospicích</i> | 68 |
| <i>Tabulka 12: Existence metodiky zajištění výživy a nutriční péče</i> | 69 |
| <i>Tabulka 13: Přání hospiců pro lepší zabezpečení nutriční péče o pacienty</i> | 70 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Graf 1: Věkové rozložení výzkumného souboru</i> | 41 |
| <i>Graf 2: Rozdíl hmotnosti před onemocněním a nyní u mužů</i> | 42 |
| <i>Graf 3: Rozdíl hmotnosti před onemocněním a nyní u žen</i> | 42 |
| <i>Graf 4: Změna vnímání chuti</i> | 44 |
| <i>Graf 5: Okolnosti ovlivňující chuť k jídlu</i> | 45 |
| <i>Graf 6: Preferované konzistence stravy</i> | 46 |
| <i>Graf 7: Velikost porce</i> | 47 |
| <i>Graf 8: Skutečně snědené množství jídla u pacientů, kteří dostávají poloviční porci jídla</i> | 47 |
| <i>Graf 9: Preference jídelních chodů</i> | 48 |
| <i>Graf 10: Oblíbenost sladkých jídel</i> | 49 |
| <i>Graf 11: Oblíbenost jednotlivých skupin sladkých jídel</i> | 49 |
| <i>Graf 12: Oblíbenost polévek</i> | 50 |
| <i>Graf 13: Preference vývarů a zahuštěných polévek</i> | 50 |
| <i>Graf 14: Oblíbenost masa</i> | 51 |
| <i>Graf 15: Oblíbenost jednotlivých druhů mas jejich úprava</i> | 52 |
| <i>Graf 16: Preference příloh</i> | 53 |
| <i>Graf 17: Preference jednotlivých druhů příloh a jejich struktura</i> | 53 |
| <i>Graf 18: Oblíbenost zeleniny</i> | 54 |
| <i>Graf 19: Preference kuchyňské úpravy zeleniny</i> | 55 |
| <i>Graf 20: Preference jednotlivých druhů zeleniny</i> | 55 |
| <i>Graf 21: Oblíbenost ovoce</i> | 56 |
| <i>Graf 22: Preference jednotlivých druhů ovoce</i> | 57 |
| <i>Graf 23: Oblíbenost luštěnin</i> | 58 |
| <i>Graf 24: Oblíbenost jednotlivých druhů luštěnin</i> | 58 |
| <i>Graf 25: Oblíbenost omáček</i> | 59 |
| <i>Graf 26: Množství přijatých tekutin</i> | 60 |
| <i>Graf 27: Preference tekutin</i> | 60 |
| <i>Graf 28: Přítomnost symptomů ovlivňujících příjem jídla</i> | 61 |
| <i>Graf 29: Přítomnost symptomů ovlivňující příjem jídla</i> | 62 |
| <i>Graf 30: Přítomnost problémů s dutinou ústní</i> | 63 |
| <i>Graf 31: Problémy s dutinou ústní</i> | 63 |
| <i>Graf 32: Přítomnost dysfagie</i> | 64 |
| <i>Graf 33: Obtíže při polykání</i> | 64 |
| <i>Graf 34: Doporučení návštěvy nutriční poradny v době diagnózy onemocnění</i> | 65 |
| <i>Graf 35: Obecné povědomí o sippingu</i> | 66 |
| <i>Graf 36: Význam výživy v hospicové péči</i> | 69 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Příloha 1: Informovaný souhlas.....</i> | <i>88</i> |
| <i>Příloha 2: Polostrukturovaný rozhovor s pacienty</i> | <i>89</i> |
| <i>Příloha 3: Seznam lůžkových hospiců.....</i> | <i>94</i> |
| <i>Příloha 4: Dotazník pro lůžkové hospice</i> | <i>97</i> |

Příloha 1: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás, v rámci vypracování magisterské práce na téma: “ Nutriční specifika v hospicové péči“, požádat o souhlas s nahlédnutím do Vaší zdravotnické dokumentace, poskytnutí rozhovoru týkajícího se vašich stravovacích zvyklostí a získáním antropometrických údajů (hmotnost, výška a obvod paže).

Takto získané informace budou sloužit pouze pro účely diplomové práce.

Vaše účast na výzkumu bude sloužit ke zkvalitnění stravování v zařízeních poskytujících hospicovou péči.

Účast v projektu je dobrovolná a můžete ji kdykoliv odmítnout.

Děkuji

S poděkováním Bc. Romana Macinauerová

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném šetření. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely diplomové práce a že výsledky šetření mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

JMÉNO A PŘIJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

DNEŠNÍ DATUM:

PODPIS:

Příloha 2: Polostrukturovaný rozhovor s pacienty

Pacient č.

Údaje z dokumentace:

Pohlaví:

Věk:

Výška:

Dg. onkologická /neonkologická

Příjem potravy p.o, PEG+p.o, jen PEG, PV

BMI:

BMR:

1. Vaše běžná hmotnost:

-hmotnost nyní:

- Pokud nelze zvážit: obvod nedominantní paže

2. Změnilo se za poslední 3 měsíce Vaše vnímání chuti?

ano ne někdy nevím

- jak se změnilo?

3. Máte chuť k jídlu?

ano ne někdy nevím

4. Co ovlivňuje Vaši chuť k jídlu?

5. Musíte se do jídla nutit?

ano ne někdy nevím

6. Jaká konzistence stravy Vám vyhovuje?

běžná strava mleté maso + běžná příloha mleté maso + kašovitá příloha
mixovaná strava

Jiná?

7. Jak velkou porci jídla sníte?

celou polovinu jen přílohu jen maso čtvrtinu

jen ochutnám nic

8. Jaké jídelní chody preferujete?

snídaně dopolední svačiny obědy odpolední svačiny večeře

2. večeře

9. Jaké druhy jídel máte nyní v největší oblibě:

Sladká jídla: ano ne nedělá mi dobře někdy

kaše

sladké pečivo

teplá sladká jídla typu (žemlovka, nákyp, palačinky)

studená sladká jídla (jogurt, pudink, kompot, přesnídávka)

cukrovinky (bonbony, čokoláda, sušenky)

jiná...

Polévky: ano ne nedělá mi dobře někdy

- vývary

- zahuštěné

Maso: ano ne nedělá mi dobře někdy
drůbeží
hovězí
vepřové
ryby
vnitřnosti

Přílohy: ano ne nedělá mi dobře někdy
brambory
bramborová kaše
těstoviny
rýže
knedlíky, noky
jiné

Zelenina: ano ne nedělá mi dobře někdy
vařená
syrová
Jaké druhy zeleniny nejíte
Jaké druhy preferujete

Ovoce: ano ne nedělá mi dobře někdy
Jaké druhy ovoce nejíte?
Jaké druhy ovoce preferujete?

Luštěniny: ano ne nedělá mi dobře někdy

Jaké luštěniny Vám chutnají?

Omáčky: ano ne nedělá mi dobře někdy

10. Co nejraději pijete?

voda

voda se šťávou

hořký čaj

sladký čaj

minerálka

džus

pivo

jiné

11. Kolik tekutin za den vypijete?

1,5 l a více

1 – 1,5 l

0,5 – 1 l

méně než 0,5 l

12. Míváte někdy hlad? ano ne někdy nevím

13. Máte z jídla potěšení? ano ne někdy nevím

14. Máte potíže s dutinou ústní? ano ne někdy nevím

sucho v ústech

problémy s chrupem: defektní

chybějící

nevhodná zubní náhrada

záněty

15. Trápí Vás některý z následujících symptomů, který Vás omezuje v příjmu jídla?

bolest (škála 0-10, 0 = žádná bolest; 10 = nesnesitelná bolest)

nevolnost (škála 0 – 10)

průjem ano ne někdy

zácpa ano ne někdy

dušnost, kašel ano ne někdy

únava (škála 0 – 10)

obtíže při polykání ano ne někdy

Pokud ano, jaké (sucho v ústech, vážnutí sousta, bolest při polykání, návrat jídla)

špatná nálada, strach, smutek ano ne někdy

Pokud ano, co Vás trápí?

16. Doporučil Vám někdo ze zdravotníků / lékařů v době, kdy Vám diagnostikovali onemocnění, návštěvu v nutriční poradně?

Ano / ne nepamatuji se

17. Znáte Nutridrink či jinou podobnou výživu?

Příloha 3: Seznam lůžkových hospiců

1. Hospic sv.Štěpána v Litoměřicích

Rybářské náměstí 662/4

412 01 Litoměřice

2. Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech

Sokolská 584

257 22 Čerčany

3. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

5.května 1170

549 41 Červený Kostelec

4. Hospic sv.Lazara v Plzni

Sladkovského 66

326 00 Plzeň

5. Hospic v Mostě

Svážná 1528

434 00 Most

6. Dům léčby bolesti s hospicem sv.Josefa

Rajhrad u Brna

Jiráskova 47

664 61 Rajhrad u Brna

7. Hospic Citadela Valašské Meziříčí

Žerotínova 1421

757 01 Valšské Meziříčí

8. Hospic sv. Alžběty v Brně

Kamenná 36

639 00 Brno

9. Hospic sv. Jana N. Neumanna

Neumannova 144

Prachatice

10. Hospic sv. Lukáše - Ostrava – Výškovice

Charvátská 8,

Ostrava – Výškovice

11. Hospic Malovická

Kontakt: Malovická 3304/2,

140 00 Praha 4 Tel.: 725 424 753

12. Hospic Štrasburk, o.p.s.

Kontakt: Bohnická 12,

180 00 Praha 8 – Bohnice Tel.: 283 853 256

13. Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.

Pod Perštýnem 321/1,

460 01 Liberec IV – Perštýn

14. Hospic na Svatém Kopečku

Sadové náměstí 4/24,

779 00 Olomouc

15. REHOS, p.o. - Nejdek

Perninská 975,

Nejdek

16. Hospic Frýdek-Místek

I. J. Pešiny 3640

738 01 Frýdek-Místek

Příloha 4: Dotazník pro lůžkové hospice

Nutriční specifika v hospicové péči

Dotazníkový výzkum k diplomové práci Nutriční specifika v hospicové péči.

Dobrý den,

jmenuji se Romana Macinauerová a studuji poslední ročník magisterského studia - Výživa dětí a dospělých na 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a zároveň pracuji jako nutriční terapeut v Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, které Vám zabere jen pár minut. Vaše spolupráce velmi pomůže získat potřebné údaje pro to, aby se mohla zkvalitnit nutriční péče o pacienty v hospicích.

Na všechny otázky odpovídejte prosím pravdivě, neboť jenom takové údaje mají význam pro mé šetření.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Dotazník je anonymní. Jeho vyplněním dáváte souhlas s jeho zpracováním. Předem děkuji za Váš čas.

Dotazník prosím vyplňte do 10.4. 2023

1. Ve kterém kraji provozujete lůžkový hospic? *

Jihočeský

Jihomoravský

Karlovarský

Liberecký

Moravskoslezský

Olomoucký

Pardubický

Plzeňský

Praha

Středočeský

Ústecký

Vysočina

Zlínský

Jiné: _____

2. Jak zajišťujete stravování pacientů? *

Máme vlastní stravovací provoz

Stravu zajišťujeme prostřednictvím externí firmy

Stravu dovážíme z jiného stravovacího provozu

Jiné: _____

3. Spolupracujete ve Vašem zařízení s nutričním terapeutem? *

Ano

Ne

4. Pokud s nutričním terapeutem spolupracujete *

Pracuje u nás na plný úvazek

Pracuje u nás na částečný úvazek

Pracuje u nás na dohodu, dle potřeby

Jiné: _____

5. Kdo komunikuje s pacienty ohledně jejich nutričních potřeb? Možno více odpovědí. *

Nutriční terapeut

Zdravotní sestra

Lékař

Ošetřovatelé

Sociální pracovník

Kuchař

6. Kdo předává požadavky ohledně nutričních potřeb do stravovacího provozu? *

Možno více odpovědí.

Nutriční terapeut

Zdravotní sestra

Lékař

Ošetřovatel

Sociální pracovník

Jiné: _____

7. Jak řešíte nutriční požadavky pacientů? Možno více odpovědí. *

- Individuální výběr stravy
- Podáním přísadků (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka...)
- Podáním sippingu (Nutridrink, Fresubin...)
- Podáním bílkovinných přísadků (Protifar)
- Máme možnost vařit diety
- Nutriční požadavky pacientů neřešíme/nejsme schopni řešit
- Jiné: _____

8. Jak řešíte případné problémy s polykáním, chybějícím chrupem či nefunkční zubní náhradou? Možno více odpovědí. *

- Volbou vhodné stravy či úpravou konzistence stravy
- infuzemi (fyziologický roztok, glukóza)
- Zavedením nazogastriční sondy a podáváním výživy do ní
- Pokud má pacient zaveden PEG podávání výživy do PEGu
- Parenterální výživou
- Otírání a svlažování úst
- Pacienty s těmito problémy nemáme
- Tyto problémy neřešíme
- Jiné: _____

9. Jak řešíte hydrataci pacienta? Možno více odpovědí. *

- Pacient má tekutiny vždy v dosahu
- Pravidelným nabízením tekutin
- Úpravou podmínek (slámka, pítka, lahvička...)
- Evidujeme množství přijatých tekutin
- Využíváme infuze (intravenozní, hypodermoklýza)
- Příliš hydrataci neřešíme
- Jiné: _____

10. Jakou nutriční intervenci jste schopni zajistit? Možno více odpovědí. *

- Strava dle potřeb a přání pacienta
- Sipping (Nutridrinky...)
- Sondovou výživu (nazogastrická sonda - NGS, PEG, popř. PEJ)
- Parenterální výživa
- Nic z výše uvedeného
- Jiné: _____

11. Pokud ve Vašem zařízení používáte výživu do NGS, jakou výživu podáváte? *
Možno více odpovědí.

- Mixovaná strava
- Sipping
- Enterální výživu do sond (Nutrison, Fresubin...)
- Možnost 4
- Jiné: _____

12. Jaký je podle Vás význam výživy u pacientů v hospicové péči na škále od 1 do 5? *

1 = bezvýznamný až 5 = důležitý

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

13. Máte ve Vašem zařízení zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty ve formě manuálu, standartu, postupu? *

- Ano, máme metodiku, která určuje kompetence jednotlivých odborností
- Ano, v obecné rovině bez jasně učujících kompetencí
- Ne, vycházíme ze zvyklostí a obecné legislativy
- Nevím
- Jiné: _____

14. Co by jste rádi přivítali v nutriční péči o pacienty? Možno více odpovědí. *

- Individuální výběr stravy
- Vlastní stravovací provoz
- Více finančních prostředků na pokrytí nutričních potřeb pacientů
- Lepší personální zabezpečení
- Nastavení nutriční péče o pacienty nutričním terapeutem
- Jiné: _____

**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 |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |