

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Specializace ve zdravotnictví

Nutriční terapeut



Šárka Andrysíková

Využití sippingu u onkologicky nemocných

Sipping in the nutrition of oncologic patients

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

as. MUDr. Alexandra Aschermannová

Konzultant:

Prim.MUDr.Petra Garnolová

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a 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 30. 4. 2015

PODĚKOVÁNÍ

Velmi děkuji vedoucí práce as. MUDr. Alexandře Aschermannové, za aktivní vedení a konzultantce prim. MUDr. Petře Garnolové, za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Speciální poděkování rovněž patří Vendule Strejčkové, Dis., a také v neposlední řadě děkuji zdravotnickému zařízení Nemocnice Na Pleši s.r.o., které mi umožnilo provést mé výzkumné šetření formou dotazníkové akce, protože bez jejich spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

V Praze 30. dubna 2015

Identifikační záznam:

ANDRYSÍKOVÁ, Šárka. *Využití sippingu u onkologicky nemocných. [Sipping in the nutrition of oncologic patients]*. Praha, 2015. Počet stran 60, počet příloh 7. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika - klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF a VFN v Praze 2015. Vedoucí závěrečné práce as. MUDr. Alexandra Aschermannová

Podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno autora: Andrysíková Šárka

Instituce: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Název práce: Využití sippingu u onkologicky nemocných

Vedoucí práce: as. MUDr. Alexandra Aschermannová

Počet stran: 60

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2015

Klíčová slova:

Nádorové onemocnění, malnutrice, prevence, screening, nutriční podpora, parenterální výživa, enterální výživa, sipping

Tato práce pojednává o praktickém využití nejjednodušší formy enterální výživy - sippingu z pohledu pacientů s onkologickým onemocněním. Cílem práce je zjistit, zda nutriční intervence využívání sippingu je dostatečně motivační pro nemocné nebo zda využití záleží na subjektivním pohledu onkologicky nemocného – cena, dostupnost či příchut'

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část popisuje pojmy - vznik nádorových buněk, statistiky nádorových onemocnění v ČR, základní modality onkologické léčby. Diagnóza malnutrice a zhodnocení nutričního stavu, druhy farmaceutické enterální výživy – sondová výživa a sipping, parenterální výživa.

Ve výzkumné části je zkoumána realita praktického využití sippingu z pohledu pacientů s onkologickým onemocněním.

ABSTRACT

Author: Andrysíková Šárka

Institution: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Title: Sipping in the nutrition of oncologic patients

Tutor: as. MUDr. Alexandra Aschermannová

Number of pages: 60

Number of supplements: 7

Year: 2015

Key words:

Cancer, malnutrition, prevention, screening, nutritional support, parenteral nutrition, enteral nutrition, sipping

This paper is focused on practical use of the simplest form of enteral nutrition – sipping - from the point of view of cancer patients. The aim of the paper is to find out whether nutritional intervention, namely recommendation of sipping is motivating enough for the patient or whether there is another factor that is important, i.e. a subjective attitude of the cancer patient - price, availability or flavor.

The paper is divided into two parts – a theoretical part and a research one.

The theoretical part describes terms – origin of cancer cells, statistics of cancer occurrence in the Czech Republic, the main ways of treating cancer. Diagnosis of malnutrition and evaluation of nutritional status, types of pharmaceutical enteral nutrition – tube feeding and sipping, parenteral nutrition.

In the research part, there is discussed the reality of everyday use of sipping from the point of view of cancer patients.

OBSAH:

ÚVOD	8
 TEORETICKÁ ČÁST	
1. ONKOLOGIE – NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	9
1.1. PŘEHLED	9
1.2. STATISTIKA	9
2. ONKOLOGIE – SPECIFIKA ONKOLOGICKÉ LÉČBY	10
2.1. PREVENCE	10
2.2. CHIRURGICKÁ LÉČBA	11
2.3. RADIOTERAPIE	11
2.4. CHEMOTERAPIE	12
3. MALNUTRICE	12
3.1. CHARAKTERISTIKA MALNUTRICE	12
3.2. VÝSKYT MALNUTRICE	13
3.3. PŘÍČINY MALNUTRICE	14
3.4. DIAGNOSTIKA MALNUTRICE	15
3.4.1. <i>VYŠETŘENÍ NUTRIČNÍHO STAVU</i>	15
3.4.2. <i>NUTRIČNÍ SCREENING</i>	17
4. NUTRIČNÍ PODPORA	18
4.1. FORMY PODPORY	18
4.2. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	20
5. SIPPING	21
5.1. ROZDĚLENÍ PŘÍPRAVKŮ PRO SIPPING	23
5.2. ZÁSADY A TYPY POUŽITÍ PŘÍPRAVKŮ	26

PRAKTICKÁ ČÁST

1. CÍL PRÁCE	27
2. HYPOTÉZY	27
3. POPIS SOUBORU A METODIKA	28
3.1. VZOREK RESPONDENTŮ	28
3.2. METODY VÝZKUMU	28
4. VÝSLEDKY	30
5. ANALÝZA HYPOTÉZ	50
6. DISKUZE	52
7. ZÁVĚRY	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	58
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Výživa a složení stravy je neoddělitelnou součástí zdraví člověka.

Při onkologickém onemocnění toto pravidlo platí dvojnásob. V průběhu onkologického onemocnění, ale i při jeho léčbě – chirurgická léčba, chemoterapie, radioterapie, biologická léčba, se nároky na výživu nemocného zvyšují. Vhodná strava, s dostatečným množstvím energie a vyváženosti biologické hodnoty, je nezbytnou podmínkou pro optimální průběh léčby a má pozitivní vliv na celkový zdravotní stav pacienta s onkologickým onemocněním. Příjem stravy je ovlivněn nejen typem a prognózou nádorového onemocnění, ale i řadou druhotných projevů spojených s léčbou. Jedná se o nevolnost, nechutenství, průjem, zácpa, snížení imunity a podobně. Nemocní, u kterých se nedaří dodržet dostatečný příjem a udržení tělesné hmotnosti, mohou zlepšit svůj celkový stav využitím doplňků stravy, např. farmaceutickou výživou. Tato je určena k popíjení po malých dávkách – sipping.

Správně nastavená nutriční podpora snižuje i výskyt komplikací a prodlužuje přežití a může zvýšit kvalitu života onkologicky nemocných.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Onkologie – nádorová onemocnění

1.1 Přehled

Základem růstu i rozmnožování organismu je dělení buněk. Jedna z nejdůležitějších etap každého dělení je přepis a rozdělení dědičné informace. Podstatou nádorového onemocnění je nekontrolovatelný růst a dělení buněk.

Nádorové buňky se vymknou kontrole, za normálních okolností mají buňky schopnost svoji mutaci (spontánní změna genetické informace) rozpoznat a následně opravit, případně využít sebedestrukci - apoptózu (programovanou buněčnou smrt, je to mechanismus sloužící k eliminaci nepotřebných či poškozených buněk). U nádorových buněk dochází k samovolnému růstu, které se vymknou kontrole, dochází k prorůstání do okolních tkání, infiltraci zdravých tkání.

A odkud lidový název rakovina? Podle řeckého karkínos a římského cancer byla rakovina nevléčitelná a držela se člověka jako „rak svými klepety“. (1,12)

1.2 Statistika prevalence nemoci

V Národním onkologickém registru se shromažďují statistické údaje o novotvarech v České republice. Ze statistik Úřadu zdravotnických informací a statistik ČR - ÚZIS a Systému pro vizualizaci onkologických dat - SVOD, bohužel vyplývá, že v České republice onkologickým onemocněním onemocní každý třetí obyvatel a každý čtvrtý na něj zemře.

V České republice za rok 2010 onemocnělo nově nádorovým onemocněním 77 000 lidí.

Většina populace se ve svém okolí již s nádorovým onemocněním setkala.

Kolik onkologicky nemocných žije mezi námi? Pro lepší představu, pokud vezmeme v úvahu počet obyvatel města Brna, tj. 420 000, tak přibližně stejné množství lidí žije mezi námi s diagnostikovaným onkologickým onemocněním.

V počtu onkologicky nemocných zaujímáme přední místa v Evropě. Smutné prvenství nám patří například v četnosti výskytu rakoviny tlustého střeva a konečníku. (24,26)

Nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů je karcinom plic a karcinom prostaty. U žen je na prvním místě výskytu rakovina prsu, gynekologických orgánů, u obou pohlaví je nejčetnější rakovina tlustého střeva a konečníku. Stoupá výskyt nádorů plic u žen,

nádorů ledvin, melanoblastom u obou pohlaví. Nemocných postupně přibývá. Ze statistik ÚZIS a SVOD nejsou čísla a fakta vůbec pozitivní. Každých 8 minut je diagnostikován nový pacient s nádorovým onemocněním.(2,26)

2 Onkologie – specifika onkologické léčby

Samotná léčba onkologického pacienta musí být komplexní, je složena z řady postupů, na nichž se týmově podílí mnoho lékařů a specialistů různých odborností, psycholog, nutriční specialista.

Péče o správnou výživu a psychický stav pacienta je v průběhu nemoci i samotné léčby nedílnou součástí zachování kvality života.(1,2,6)

2.1 Prevence nádorového onemocnění

Prevence předcházení či bránění vzniku nemoci, pomáhá oddálit klinické projevy s cílem snížení mortality. Prevenci nádorového onemocnění rozdělujeme na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence se zaměřuje na celkové snížení výskytu nádorových onemocnění. Především se jedná o zevní vlivy ovlivnitelných rizikových faktorů.(tab. 1) Nekouřit, zdravý životní styl, snížení hmotnosti mohou lidé sami ovlivnit.(1,2,3)

Ne všem rizikovým faktorům se dá zcela vyhnout. K ovlivnění výskytu nádoru děložního čípku, je zavedené očkování proti HPV u dívek.

Snížení úmrtí díky včasnému zachytu nádorů s možností vyléčení je hlavním cílem sekundární prevence. Zde má nezastupitelnou roli screeningové vyšetření. Jedná se o organizované plošné vyšetření zdravé populace v ČR:

- **screening nádorů prsu** prostřednictvím mamografie (ženy od 45 let 1x za dva roky)
- **screening nádorů tlustého střeva a konečníku** prostřednictvím TOKS - testu na okultní krvácení do stolice (od 50 do 55 let 1x ročně a od 55 let 1x za dva roky) nebo screeningové kolonoskopie (od 55 let 1x za deset let)
- **screening nádorů děložního hrdla** prostřednictvím cytologického vyšetření stěru z děložního hrdla (ženy od 15 let 1x ročně).(24)

Tabulka č. 1 - Základní ovlivnitelné faktory maligních nádorů (1)

Rizikový faktor	Nádory, jejichž riziko je zvýšeno
Kouření	30% všech úmrtí na nádory, 85% všech případů nádorů plic, ↑riziko nádorů močového měchýře, ledviny, pankreatu, čípku, žaludku, m. leukemie
Strava s vysokým obsahem tuků	Kolorektální karcinom, karcinom dělohy, karcinom prostaty
Obezita a tělesná inaktivita	Karcinomy prostaty, tlustého střeva, prsu, endometria, jícnu, ledviny
Alkohol	Karcinomy dutiny ústní, hltanu, jícnu, jater a prsu
Ionizující záření (preventabilní je expozice radonu či nadměrné vyšetřování RTG či CT)	Karcinom prsu, lymfomy, chronické leukemie, karcinomy plic a štítné žlázy
Solária a nadměrná expozice slunečnímu záření	Karcinomy kůže, melanom
Expozice chemikálií (např. azbest, benzen, benzidin, kadmium, nikl, vinylchlorid)	Zejména karcinomy plic, kůže a močového systému
Nechráněný pohlavní styk (infekce papinomaviry, viry hepatitidy B a C, HIV)	HPV – karcinom děložního krčku, řiti, vulvy, pochvy a sliznic hlavy a krku; HBV, HCV – hepatocelulární karcinom; HIV – zejména lymfomy, karcinom děložního čípku
Hormonální terapie	Postmenopauzální hormonální substituční terapie – karcinomy prsu, vaječníku a endometria

Terciální prevencí rozumíme opatření s cílem snížit mortalitu u onkologických pacientů, kteří již mají za sebou základní léčbu. Do terciální prevence patří systém pravidelných kontrol po ukončené onkologické léčbě cílených na včasný záchyt recidiv, kdy je možné dalším léčebným zásahem zlepšit prognózu nemocného.(3)

2.2 Chirurgická léčba

Chirurgická, tedy operační léčba přichází v úvahu u lokalizovaných forem nádorů. Úplné odstranění může být dobrým základem pro vyléčení nádorového onemocnění. I u paliativních chirurgických zákroků, se sníží množství nádorových buněk za účelem zlepšení kvality života u onkologicky nemocných.(1,2)

2.3 Radioterapie

Radioterapie je účinnou metodou léčby nádorových onemocnění s využitím zejména elektromagnetického a elektronového záření. Radioterapii lze využít až 2/3

onkologických pacientů. Rozlišujeme zevní – externí radioterapii a vnitřní – brachyradioterapii, kde zdroj záření je zaveden velice blízko nebo přímo do dutin či tkání. Radioterapie může být využita samostatně, ale většinou se využívá v kombinaci s ostatními léčebnými metodami.(1,2)

2.4 Chemoterapie

Při chemoterapii se do organismu cíleně vpravují chemické látky s cytotoxickým účinkem, s cílem poškodit DNA nádorové buňky.(1,2,3,6) Nejčastějšími nežádoucími účinky chemoterapie jsou poškození sliznice zažívacího traktu, orgánové poškození se všemi důsledky poruchy výživy.

3 Malnutrice

3.1 Charakteristika malnutrice

Malnutricí rozumíme stav nedostačující výživy - podvýživa.

Příjem stravy závisí na mnoha faktorech, od nedostatečného příjmu až po nevyvážený poměr jednotlivých složek stravy. Deficit může postihovat všechny důležité složky potravy. (9) Podvýživa způsobena nedostatečným přívodem energie a bílkovin při hladovění zpomaluje metabolismus a využívá podkožní tukovou zásobu.

Deficit a karence proteinů vzniklé při stresovém hladovění s výrazným katabolismem nebo nedostatečným přívodem hodnotných bílkovin. Příčina je v neschopnosti využít sacharidy a lipidy jako zdroje energie. Následně dochází k využívání energie z proteinových zásob nemocného, z proteinů plazmatických, viscerálních a svalových.(9,21,22)

Je vhodné, aby nedocházelo k větším dlouhodobým výpadkům stravy. Včasnou úpravou výživy, lze malnutrici u většiny nemocných zabránit nebo alespoň zmírnit.(15,16,22)

Příznaky malnutrice rozpoznáváme téměř u poloviny pacientů s nádorovým onemocněním.

Výskyt malnutrice závisí na typu a lokalizaci nádoru nemoci.(tab. 2)

Tabulka č. 2 - Výskyt malnutrice (23)

Typ a lokalizace tumoru	% malnutrice
Žaludek, pankreas	83 %
Plíce (malobuněčný karcinom)	60 %
Plíce (bronchogenní karcinom)	66 %
Prs	36 %
Tlusté střevo	54 %
Rektum	40 %
Jícen	79 %
Sarkom	39-66 %
Ostatní solidní karcinomy	63 %

Plně rozvinutá malnutrice onkologicky nemocných se označuje termínem nádorová kachexie. Významná ztráta hmotnosti je zjištěna při prvním zjištění nemoci u 80 % pacientů s nádorem v horní části trávicího ústrojí, u nádorů prsu nebo maligních lymfomů u 30 % případů, u pokročilé metastazující nemoci je nádorová kachexie přítomna až u 80 % nemocných.

Ve 20 % úmrtí pacientů s onkologickým onemocněním, byla při pitvě zjištěna kachexie, jako hlavní příčinou smrti.(1,2,19)

Syndrom nádorové kachexie je charakterizován několika typickými příznaky zahrnující pokles hmotnosti, nechutenství, celkovou fyzickou slabost, progresivní zhoršení vitálních funkcí, zejména poruchou imunity.(23)

Poruchy výživy u nádorového onemocnění celkově negativně ovlivňují samotnou léčbu i prognózu choroby.

3.2 Výskyt malnutrice

Vliv a účinky onkologické léčby s možným dopadem na stav výživy a nutriční intervenci.

Chirurgické výkony, které mohou negativně ovlivnit výživu onkologicky nemocných:

- hltan a jícen (ztráta schopnosti polykat),
- žaludek (↓ resorpce vit.B12 a železa),
- tenké střevo (malabsorpce dle rozsahu resekce),
- tlusté střevo (ztráta vody a elektrolytů),
- pankreas (endokrinní nebo exokrinní insuficience).

Nežádoucí účinky radioterapie:

- dutina ústní a hltan (stomatitida, změna chutí, snížená tvorba slin),

- jícen (dysfagie),
- žaludek (pocit plnosti, nevolnost, zvracení),
- tenké střevo (nechutenství, nevolnost, zvracení, obstrukce, průjem, křeče v oblasti břicha, vznik píštělí),
- tlusté střevo (křeče, průjmy),
- anální oblast (poškození sliznice).

Při chemoterapii prakticky všechna cytostatika způsobují ztrátu chuti nebo odpor k jídlu, dále nauzeu, zvracení, průjmy, častý výskyt mukozitidy, plísňového onemocnění a hepatotoxicity.(16,17)

3.3 Příčiny malnutrice

Příčina malnutrice není přesně objasněna. Hmotnostní úbytek se objevuje poměrně časně, nezávisle na velikosti nádoru. I když snížený příjem stravy způsobený anorexií se podílí významnou měrou na ztrátě hmotnosti, lze pozorovat hmotnostní úbytek i u nemocných se zachovaným příjmem stravy. Nádorová kachexie je způsobena různými činiteli, astenií, anorexií, poklesem hmotnosti, zhoršením vitálních funkcí, zejména poruchou imunity.(7,10)

Malnutrice onkologicky nemocných, kde dominantním faktorem hmotnostního úbytku jsou metabolické změny, označujeme jako primární malnutrici.

Metabolické změny způsobené nádorovým onemocněním

Metabolismus sacharidů

↑ anaerobní metabolismus glukózy za vzniku laktátu

↑ glukoneogeneze v játrech a ↑ aktivity Coriho cyklu

↓ tvorba glykogenu

porušená glukózová tolerance a inzulínová rezistence

Metabolismus proteinů

↓ syntéza bílkovin kosterního svalu

↑ katabolismus a syntéza bílkovin

Metabolismus lipidů

↑ lipolýza v tukové tkáni a ↑ hladina lipidů v plazmě

↓ aktivita lipoproteinové lipázy

Sekundární malnutrice má příčiny v postižení trávicího ústrojí nebo je spojená s léčbou. Hlavním faktorem sekundární malnutrice je nízký příjem živin způsobený ztíženou dostupností či využitelností živin, která však lze celkem dobře zvládnout terapeuticky. (např. nádory horní části zažívacího traktu, mukozitida).(1,6,7,9)

Ovlivnění metabolismu a tím i výživy onkologicky nemocného závisí na souvislostech v léčebných postupech.(7)

3.4 Diagnostika malnutrice

U pacientů s malnutricí je zvýšené riziko komplikací v průběhu léčení. Základem posouzení stavu výživy je využívána řada různých klinických a laboratorních ukazatelů.(7,9,13)

3.4.1 Vyšetření nutričního stavu

Z údajů (tab. 3), získaných z anamnézy je nejdůležitější zjištění nechtěného váhového úbytku hmotnosti za určitý časový úsek, pro objektivní posouzení malnutrice je nutné vyjádření v procentech (úbytek hmotnosti > 5 % za 1 měsíc). Dále sledujeme stravovací zvyklosti a dietní omezení, bolení břicha a pocit plnosti, nevolnost a zvracení, počet a charakter stolice, množství přijaté stravy atd.(8)

Tabulka č. 3 - Sledování nutričních parametrů (13)

Způsob sledování	Sledované parametry
Anamnéza	Hmotnost v mládí, hmotnost v předchorobí, Nutriční zvyklosti (např. vegetarián), složení Potraviny (karence). Základní onemocnění. Zvracení, průjmy, příjem per os.
Fyzikální vyšetření	Dehydratace, otoky, febrilie, soor v dutině ústní, kvalita chrupu.
Antropometrie	BMI, složení těla (kaliper, bioimpedance).
Biochemie	Cholinesteráza, albumin, prealbumin, transferin, INR, mineralogram, KO + lymfocyty.
Svalová síla	Stisk ruky, dynamometr.
Vyhodnocení jídelníčku za 3 dny	Energie, biologické složení stravy.
Energetický výdej	Výpočet podle Harrise a Benedikta, lépe Pomocí nepřímé kalorimetrie.
Rozhovor s rodinou nebo ošetřujícím lékařem	Psychický stav pacienta.

Při vyhodnocení poměru výšky a váhy (tab. 4) bereme v úvahu stav hydratace. Přítomnost otoků zvyšuje hmotnost a dehydratace organismu naopak hmotnost snižuje. K objektivnímu posouzení hmotnosti u pacientů s otoky nebo u pacientů upoutaných na lůžko, které nelze zvážit, slouží měření kožní řasy nad tricepsem nebo měření obvodu paže.(8,9,13)

Referenční hodnoty obvodu střední části paže u mužů: 31 cm > 27 – 25 cm < 25 cm (podvýživa), u žen: 30 cm > 25 – 23 cm < 23 cm (podvýživa).

Tabulka č. 4 - Indexy k měření hmotnosti (9)

Body mass index (Quetelet) BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m ²)
pod 18,5 kachexie 20 – 25 normální hodnota 25 – 30 nadváha nad 30 obezita nad 40 morbidní obezita
Ideální hmotnost
Muži: Ideální hmotnost (kg) = (0,655*výška) – 44,1 Ženy: Ideální hmotnost (kg) = (0,593*výška) – 38,6
Váhový index (Rohrer)
RI = hmotnost (g) * 100 / výška ³ (cm ³) Norma: muži 1,2 – 1,4 ženy 1,25 – 1,5
Váhový index (Brocal)
Hmotnost (kg) = výška (cm) – 100

Laboratorní vyšetření je součástí diagnostiky malnutrice.

Hodnocení malnutrice dle Lochse:

hladina albuminu < 30 g/l, prealbuminu < 0,2 g/l, transferinu < 2,0 g/l, absolutní počet lymfocytů < 1500, dále hmotnostní úbytek > 5 kg za měsíc a hodnoty BMI < 18.

Referenční interval albuminu v séru 35 – 45 g/l, poločas 20 dní, podléhá vlivu hydratace a C-reaktivního proteinu v akutní fázi.

Transferin je vazebný protein železa, v séru 1,69 – 3,09 g/l, poločas 5 dní.

Prealbumin je nejvhodnější pro posouzení nutričního stavu, referenční meze 0,2 – 0,4 g/l, poločas 1½ dne.(9,14,19,25)

K dalším sledovaným faktorů patří kreatinin (odraz množství svalové hmoty), urea (stav hydratace), N – bilance (negativní u pacientů v katabolismu), bilirubin a transaminázy – ALT - Alaninaminotransferáza, AST - Aspartátaminotransferáza, GMT - Gama-glutamyltransferáza, ALP - Alkalická fosfatáza, CHE - Cholinesteráza (výrazně snížené hladiny u pacientů v malnutrici). Sledování hladiny vitamínů a stopových prvků se doporučuje při

dlouhodobé nutriční intervenci, kde jsou závažné změny v iontové a acidobazické rovnováze.

Pokles svalové síly lze změřit pomocí stisku dynamometrem, stimulačními testy nebo funkčním vyšetření plic. Změna svalové funkce je patrná již v době, kdy ostatní parametry vyšetření malnutrice jsou v povoleném rozmezí.(9,14,19,25)

3.4.2 Nutriční screening

Použití screeningového testu je rychlý způsob včasného odhalení malnutričních pacientů.(8)

ESPEN (Evropská společnost parenterální a enterální výživy) vypracovala screeningový dotazník (Nutritionál Risk Screening, NRS 2002) a doporučila jeho využívání.

Je přizpůsoben pro onkologické pacienty v různém stádiu léčby. (tab. 5)

Tabulka č. 5 - Modifikace NRS 2002 pro onkologické pacienty (6)

Body	Nutriční stav	Body	Rizika vyplývající z nádorového onemocnění a jeho léčby
0		0	nádor v remisi
1	zhubnutí o 5-10 % za 1-3 měsíce, BMI nemusí být snížené, příjem stravy < 75 %	1	aktivní nádorové onemocnění, léčba bez většího rizika komplikací
2	zhubnutí o 10-15 % za 1-3 měsíce, BMI 20,5-18,5 kg/m ² nad 65 roků 22-20 kg/m ² , příjem stravy kolem 50 %	2	náročná onkologická léčba, velký operační výkon, závažné komplikace (pneumonie), akutní leukémie, autologní transplantace
3	zhubnutí o >15 % za 3 měsíce, BMI < 18,5 kg/m ² nad 65 roků < 20 kg/m ² příjem stravy 25 % nebo méně	3	komplikace s nutností intenzivní péče, alogenní transplantace krvetvorných buněk

Vyhodnocení nutričního screeningu pro onkologické pacienty:

- < 3 bez nutriční intervence, vhodné NRS opakovat
- > 3 stanovení individuálního nutričního režimu

Čím vyšší hodnota NRS, tím vyšší možnost ovlivnění rizika malnutrice celkovou léčbu nádorového onemocnění. (6)

Včasná nutriční intervence a diagnostika malnutrice může zabránit vzniku komplikací a zlepšit prognózu nemocných.(6,22)

4 Nutriční podpora

„Nutriční péči je nutné věnovat všem pacientům, kteří jsou k této péči indikováni, ať už z důvodu malnutrice, v její prevenci či z důvodů odlišných dietních zvyklostí.“

(Kohout, 2005, s. 25)

V jakém rozsahu a jakým způsobem doporučit léčebnou výživu onkologickým pacientům není snadné. Nutriční intervence se zásadně liší podle typu onkologické léčby. Přírozený způsob nutriční podpory je perorální výživa, pokud nelze využijeme enterální či parenterální výživu.

Při určení strategie nutriční podpory je nutné stanovení celkové potřeby energie a optimální složení stravy. Potřeba energie se stanovuje dvěma způsoby:

- nepřímá kalorimetrie (stanovení potřeby kyslíku a výdej oxidu uhličitého v daném časovém úseku)
- výpočet Harris-Benediktovy rovnice (bazální metabolismus výdeje - BMR z anglického basal metabolic rate).(7,21)

$$\text{ženy} = 655 + (9,5 \times \text{váha/kg}) + (1,8 \times \text{výška/cm}) - (4,7 \times \text{věk}) = \text{kcal/den}$$

$$\text{muži} = 66 + (13,8 \times \text{váha/kg}) + (5,0 \times \text{výška/cm}) - (6,8 \times \text{věk}) = \text{kcal/den}$$

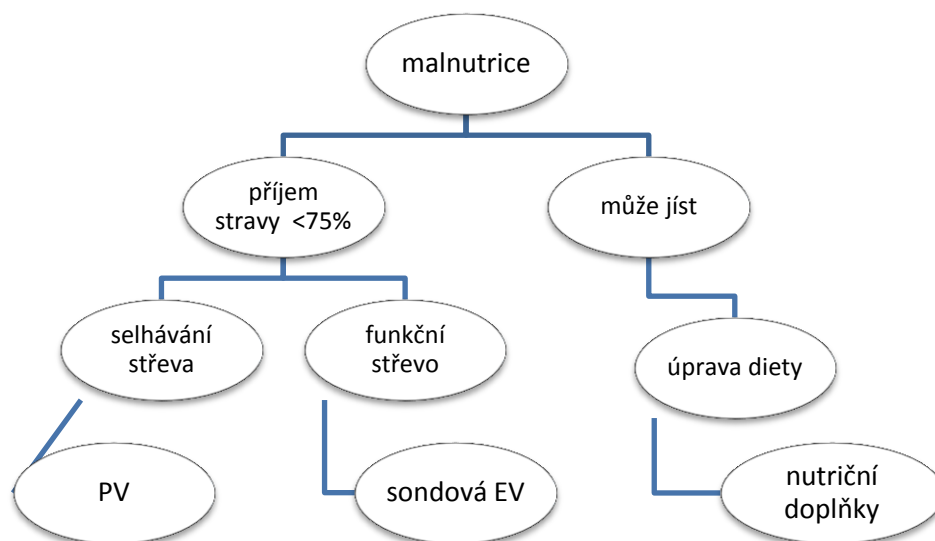
Je nutné určit výživové dávky a stanovit výživovou potřebu onkologicky nemocných.

Výsledkem by mělo být rychlejší uzdravení pacientů, méně komplikací v průběhu jejich onemocnění, zkrácení doby hospitalizace nemocných.(8,13,18)

4.1 Formy podpory

Nutriční podpora se stala v poledních letech nedílnou součástí komplexní zdravotní péče, kterou věnujeme všem indikovaným pacientům nejen hospitalizovaným, ale i v ambulantní sféře.(6)

Tabulka č. 6 - Algoritmus nutriční podpory u pacientů v malnutrici (Tomáška, 2002)



Výběr způsobu nutriční podpory, záleží na nutričním stavu nemocného, diagnostice a možnostech jejího poskytování.

Malnutrici léčíme:

- dietní úpravou
- nutričními přídatky a doplňky
- EV = enterální výživou (sondou)
- PV = parenterální výživou
- kombinací výše uvedených.(7,11)

Parenterální (umělá, náhradní) výživa, je výživa podávaná přímo do krevního řečiště, mimo zažívací trakt. Ke krátkodobé nutriční podpoře se využívá periferní přístup na horních nebo dolních končetinách, nejčastěji žílou na předloktí.

Parenterální výživa aplikována centrální žílou, slouží k dlouhodobé komplexní výživě, do centrálního žilního katetru nebo lze implantovat venózní port, který snižuje riziko kanylových sepsí.(7)

Typy parenterální výživy:

- multi bottle systém – podání z několika lahví najednou
- all in one – všechny složky výživy v jednom vaku (jedno nebo vícekomorové vaky)

Sondová enterální výživa je farmaceuticky připravený výživný roztok určený k podávání do trávicího ústrojí. Podmínkou je zachování funkce trávení a resorpce

trávicího traktu. Výživa sondou je vhodná při krátké době podávání (do 6 týdnů), NGS – nazogastrická sonda do žaludku nebo NJS – nazojejunální sonda až do proximálního jejunu, kdy snižuje riziko aspirace. Výživa PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie, sonda přes břišní stěnu do žaludku se zavádí při předpokladu dlouhodobé enterální výživy.(16,17)

Typy sondové výživy:

- polymerní - obsahuje nenaštěpené živiny, vstřebávání se podobá přirozené stravě.
- definovaná - elementální obsahuje aminokyseliny
 - oligomerní s nízkomolekulárními maltodextriny.

Oligomerní a elementální výživa se využívá u stavů s těžkou nedostatečností trávicího traktu ve smyslu poruchy trávení nebo vstřebávání.(7,11)

Imunomodulační výživa vede ke snaze obohatit přípravky o speciální nutrienty:

- Glutamin – aminokyselina, nejednoznačné výsledky, podpora imunity a střevní slizniční bariéry.
- Arginin – podmíněčně esenciální aminokyselina, která stimuluje imunitní funkce, aktivuje T- lymfocyty, důležitá role při hojení ran a obnově tkáně.
- Omega – 3 mastné kyseliny - snižují zánětlivou odpověď, vykazují antitrombotický účinek, redukuje buněčnou proliferaci.(19,23)

4.2 Farmakologická léčba

Kvalitu života v léčbě onkologicky nemocných s anorexií mohou pomoci léky na ovlivnění apetitu:

- Kortikosteroidy – prednison, dexametazon zlepšují chuť k jídlu, neovlivňují ztrátu hmotnosti, mají krátkodobý účinek a mnoho nežádoucích účinků.
- Gestagenní hormony – megestrol acetát (Megace) zvyšuje chuť k jídlu s nárůstem hmotnosti, pozitivní účinek po celou dobu léčby.
- Kanabinoidy – látky z marihuany, studie III. fáze u nemocných s pokročilým nádorem nepotvrdila významný účinek na zvýšení apetitu.

U každého onkologického pacienta s malnutricí je nutný individuální přístup a stanovení reálného cíle spojením nutriční intervence a účinné protinádorové terapie.(16,17,19,20)

5 Sipping

Sippingem jsou označovány tekuté přípravky enterální výživy určené k popíjení.

Překlad z anglického jazyka: sip – doušek, sipping – srkat, usrkávat.

Jedná se o nápoj, kde jednotlivé živiny – bílkoviny, tuky, sacharidy, minerály, vitamíny i stopové prvky jsou přesně definovány a obsaženy ve vyváženém optimálním poměru. (4,5,15)

Tyto potraviny, (zde nápoje), které se odlišují od běžných potravin svým zvláštním složením, nazýváme potravinami pro zvláštní lékařské účely - PZLÚ.

Potraviny určené pro zvláštní výživu jsou definovány ve vyhlášce č. 54/2004 Sb., o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití, ve znění pozdějších předpisů, dostupné on-line na www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-54:

„Definice potravin pro zvláštní lékařské účely podle § 13

(1) Tato část specifikuje požadavky na složení a označování dietních potravin pro zvláštní lékařské účely. Pro účely této vyhlášky se rozumějí dietními potravinami pro zvláštní lékařské účely potraviny zvláště vyrobené nebo složené, které jsou určeny pro dietní stravu pacientů a mají být podávány pod lékařským dohledem nebo na základě doporučení osoby kvalifikované v oblasti výživy lidí, farmacie nebo péče o matku a dítě. Jsou určeny k úplné nebo částečné výživě pacientů s omezenou, poškozenou nebo narušenou schopností požívat, trávit, absorbovat, metabolizovat nebo vylučovat běžné potraviny, určité výživné látky obsažené v těchto potravinách nebo jejich metabolity, nebo pro výživu osob s požadavky na výživu změněnými do té míry, že jejich řízené výživy nelze dosáhnout úpravou běžné stravy, využitím jiných druhů potravin pro zvláštní výživu ani jejich kombinací.

(2) Dietními potravinami pro zvláštní lékařské účely jsou

a) nutričně kompletní potraviny se standardním složením živin, které mohou být jediným zdrojem výživy, ⁶⁾ pokud jsou používány podle návodu výrobce,

b) nutričně kompletní potraviny se složením živin specificky adaptovaným pro dané onemocnění, poruchu nebo zdravotní situaci, které mohou být jediným zdrojem výživy⁶⁾ za předpokladu, že budou používány podle návodu výrobce,

c) nutričně nekompletní potraviny s definovaným složením živin nebo složením adaptovaným specificky pro onemocnění, poruchu nebo zdravotní situaci, které nejsou vhodné jako jediný zdroj výživy. ⁶⁾

(3) Potraviny uvedené v odstavci 2 písm. b) a c) mohou být použity také k náhradě části stravy nebo jako doplněk k obohacení stravy osob, pro které jsou určeny. “

Pacienti, u nichž se nedaří udržet dostatečný příjem živin běžnou stravou a stabilizovat tělesnou hmotnost pomocí dietní rady, je žádoucí využití nutričních doplňků - sipping.

Nutriční doplňky, při splnění identifikačních kritérií může předepsat lékař s nutriční licenci F016. Pacienti, kteří tato kritéria nesplňují, ale jsou vhodnými adepty, si je mohou koupit v lékárnách za plnou cenu, která se pohybuje dle aktuální nabídky v cenové relaci od 35,- Kč až po 70,- Kč. Cena doplňku se odvíjí od typu a druhu výrobku. (3,4)

Podmínky úhrady PZLÚ od 1. 7. 2013 podle rozhodnutí SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv), dostupné na www.sukl.cz:

„Přípravky pro enterální výživu předepisuje lékař - nositel funkční licence ČLK (České lékařské komory) F016 pro umělou výživu a metabolickou péči

Částečná enterální výživa, sipping (úměrně k příjmu běžné stravy, max. do limitu 600 kcal),

- *doplněk stravy u anatomické či funkční poruchy vedoucí k nedostatečnému příjmu potravy, pokud trvá déle než 10 dní či neumožňuje příjem větší než je 75 % potřeb nemocného. Současně musí jít o nemocného s jasným rizikem rozvoje komplikací souvisejících s nedostatečnou výživou.*
- *u nemocných, kteří mají již rozvinutou podvýživu, kdy BMI je menší než 18,8 nebo nechtěný váhový úbytek představuje víc jak 5 % za poslední měsíc či více jak 10 % za poslední 3 měsíce.*
- *Podmínka použití je schopnost gastrointestinálního traktu strávit a vstřebat nutriční přípravek.*
- *Podávání přípravku musí být součástí pravidelných kontrol u předepisujícího lékaře a současně zaznamenaná v dokumentaci.*

Úplná enterální výživa (v limitu 2250kcal/den):

- *pokrývá 100 % denních potřeb makronutrientů i mikronutrientů nemocným, kteří nemohou přijímat potřebné množství výživy perorální cestou a k podávání výživy se zpravidla zavádí sonda (naso-gastrická nebo naso-jejunální) nebo perkutánní gastrostomie nebo jejunostomie.*

- u některých nemocných, zejména s těžkými poruchami polykání běžné stravy, může být úplná enterální výživa popijena (stavy po ozáření dutiny ústní a jícnu apod.)
- Podmínka použití je schopnost gastrointestinálního traktu strávit a vstřebat nutriční přípravek.
- Podávání přípravku musí být součástí pravidelných kontrol u předepisujícího lékaře a současně zaznamenaná v dokumentaci.“

5.1 Rozdělení přípravků pro sipping

Farmaceutický průmysl vyrábí a nabízí velmi široké spektrum přípravků, pro potřeby pacientů s různými typy onemocnění.

Zastoupení firem na našem trhu: (27)

(K informacím o složení jednotlivých výrobků bylo použito těchto internetových zdrojů).

Nutricia (www.nutriciamedical.cz)






Fresenius-Kabi (www.fresenius-kabi.cz)

Nestlé Nutrition (www.nestlehealthscience.cz)

Abbott (www.abott.cz)

Bohušovická mlékárna (www.nutrilac.cz)

Tabulka č. 7 - Zastoupení firem (27)

Firma	Nutricia	Fresenius-Kabi	Nestlé	Abbott	Bohušovická mlékárna
Přípravek	1. Nutridrink 2. Nutridrink Kompakt 3. FortiCare 4. Diasip	1. Fresubin 2. Suportan 3. Diben	1. Resource 2. Renutril	1. Ensure 2. Prosure	1. NutrilaC
					
Balení	125 ml (1,3) 200 ml -	- 200 ml -	- 200 ml (1) 300 ml (2)	- 220 ml -	- 200 ml 500 ml

Přípravky k popíjení jsou většinou distribuovány v plastových nebo papírových obalech s brčkem. Vyrábí se ochucené, většinou sladké chuti, ve více než 20 různých příchutí, ale i neochucené bez příchuti.

Perorální nutriční doplňky se liší podle obsahu energie, bílkovin a dalších složek.

Tabulka č. 8 - Optimální poměr živin

bílkoviny	tuky	Sacharidy
15 – 20 %	25 – 30 %	50 – 55 %

Přípravky jsou určeny k popíjení po douškách cca 50 ml (nikdy ne k vypití celého balení najednou), je vhodné popíjet je po jídle nebo v noční době.

Množství a typ sippingu se řídí energetickými a nutričními nároky pacienta a daným onemocněním a podle složení přípravku můžeme zvolit pro nemocné ten nejvhodnější.(4,5,15,19)

Rozdělení podle složení přípravku:

- příklady přípravků (27)

Tabulka č. 9 - Standardní polymerní výživa – jde o přípravky enterální výživy izokalorické (100 ml = 100 kcal), hyperkalorické (100 ml = 150 – 200 kcal), vhodné pro pacienty trpící nedostatečným příjmem energie a živin.

Pouze pro doplnění běžné stravy.

Firma	Nutricia	Fresenius – Kabi	Bohuš.mlékárna
<i>Přípravek</i>	<i>Nutridrink (i ve formě kompakt)</i>	<i>Fresubin drink</i>	<i>NutrilaC/plus</i>
Kcal/100 ml	150	100	100/150
Bílkoviny/100 ml	6 g	3,8 g	4 g
Vláknina/100 ml	0,3 g	-	-
Příchutě	Čokoláda Tropické ovoce Karamel Vanilka Neutrál	Čokoláda Cappuccino Oříšek Vanilka Neutrál	Káva Banán Vanilka Neutrál

Tabulka č. 10 - Polymerní výživa se zvýšeným obsahem vlákniny – přípravek vhodný pro pacienty s onemocněním trávicího traktu, při zažívacích potížích, průjmech či zácpě.

Firma	Nutricia	Nestlé	Abbott
<i>Přípravek</i>	<i>Nutridrink Multi Fibre</i>	<i>Resource Fiber</i>	<i>Ensure plus Fiber</i>
Kcal/100 ml	154	200	152
Bílkoviny/100 ml	6 g	9 g	6 g
Vláknina/100 ml	2,3 g	2,5 g	2,5 g
Příchutě	Jahoda Pomeranč Banán Vanilka	Čokoláda Káva Meruňka Vanilka	Čokoláda Malina Vanilka

Tabulka č. 11- Polymerní výživa s vysokým obsahem bílkovin – využití při kompenzaci a pro zotavení po operaci, úrazech, nádorovém onemocnění. Vhodný pro seniory.

Firma	Nutricia	Fresenius – Kabi	Nestlé
<i>Přípravek</i>	<i>Nutridrink Protein (i ve formě kompakt)</i>	<i>Fresubin drink Protein energy</i>	<i>Resource Protein energy</i>
Kcal/100 ml	150	150	125
Bílkoviny/100 ml	10 g	10 g	9,4 g
Vláknina/100 ml	0,3 g	0,5 g	-
Příchutě	Čokoláda Tropické ovoce Karamel Vanilka Neutrál	Čokoláda Cappuccino Oříšek Vanilka Neutrál	Čokoláda Káva Lesní plody Jahoda

Tabulka č. 12 - Polymerní výživa speciální – diabetická, určena pro pacienty s diabetem 1. a 2. typu a pro pacienty s porušenou glukózovou tolerancí. Obsahuje vlákninu.

Firma	Nutricia	Fresenius – Kabi	Nestlé
<i>Přípravek</i>	<i>Diasip</i>	<i>Diben drink</i>	<i>Resource Diabet</i>
Kcal/100 ml	100	150	100
Bílkoviny/100 ml	4,9 g	7,5 g	7 g
Sachaidy/100 ml	11,7 g	13 g	11,7
Vláknina/100 ml	2 g	2,4 g	2 g
Příchutě	Jahoda Vanilka	Cappuccino Karamel	Káva Vanilka

Tabulka č. 13 - Polymerní výživa speciální – pro onkologického pacienta, plně pokryje specifické nároky pacientů v průběhu onkologické léčby.

Firma	Nutricia	Fresenius - Kabi	Abbott
<i>Přípravek</i>	<i>FortiCare 125 ml</i>	<i>Supportan 200 ml</i>	<i>ProSure 240 ml</i>
Kcal/100 ml	164	150	123
Bílkoviny/100 ml	8,8 g	10 g	6,7 g
Vláknina/100 ml	2 g	1,5 g	1 g
Poznámka	Vysoký obsah EPA	GĐ-3 MK	EPA
Příchutě	Broskev a zázvor Pomeranč a citron Cappuccino	Cappuccino	Káva Vanilka Banán

5.2 Zásady a typy k použití přípravků

S doplňkovou výživou je potřeba začít pomalu a opatrně, vždy je nutné si uvědomit, že se jedná o energii a živiny k doplnění stávajícímu nedostatečnému příjmu živin.

Velmi rozsáhlá nabídka příchutí umožňuje vybrat pacientům tu, která jim chutná. Pokud je doplňková výživa dobře snášena v prvním týdnu užívání, je nemocný schopen ji tolerovat a užívat i několik měsíců. Přípravky neobsahují lepek.

Jedná se již o hotové nápoje, připravené k okamžitému použití:

- popíjet po douškách během dne i v noci
- vhodné podávat vychlazený
- forma teplých nápojů z příchutí káva, cappuccino, čokoláda, vanilka
- zmrazený ve tvořítkách na led
- jednotlivé druhy lze využít při přípravě teplých i studených pokrmů a nápojů

Doporučení k využití v kuchyni při přípravě pokrmů:

Koktejly – ovocné příchutě rozmixované s jogurtem, tvarohem nebo s ovocem

Pudinky – využití přípravků (místo mléka) při přípravě pudinků a kaší

Neutrální příchuť – přidat na zjemnění do již hotových omáček, polévek i kaší

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se snažím zjistit realitu praktického využití sippingu – tzv. pitíčka z pohledu pacientů s onkologickým onemocněním.

Dostupné studie ukazují pozitivní vliv doplňkové podpůrné enterální výživy ve formě sippingu na nutriční stav pacientů s onkologickým onemocněním.

V rámci Nemocnice Na Pleši se snažíme pacienty s onkologickým onemocněním edukovat v oblasti využití sippingu a v případě potřeby motivovat k jeho užití. Reálnou mírou využití sippingu našimi pacienty si nejsem jistá, proto jsem se rozhodla, jejich pohled na tuto problematiku ověřit v této práci. Zajímá mě především, jak velké povědomí o sippingu mají a zda jej opravdu využívají, případné důvody k nevyužívání sippingu.

Výsledky plynoucí z této práce by mohli být přínosem pro mou práci nutričního terapeuta v případě, že výsledkem šetření by bylo zjištění, že důvodem k nevyužívání sippingu je nedostatečná edukace pacientů v této oblasti.

1 Cíle práce

Zjistit, zda pacienti s onkologickým onemocněním mají povědomí o sippingu.

Zjistit, zda pacienti s onkologickým onemocněním využívají sipping.

Zjistit, zda hospitalizovaní pacienti s onkologickým onemocněním využívají sipping více než pacienti s onkologickým onemocněním v ambulantním ošetření.

Zjistit, zda případný důvod nevyužívání sippingu je vysoká cena či nedostupnost produktu.

2 Hypotézy

Hypotéza 1 - Předpokládám, že více než 90 % pacientů s onkologickým onemocněním ví co je sipping.

Hypotéza 2 - Předpokládám, že hospitalizovaní pacienti s onkologickým onemocněním využívají sipping ve vyšší míře než pacienti s onkologickým onemocněním v ambulantním ošetření.

Hypotéza 3 - Předpokládám, že více než 60 % pacientů s onkologickým onemocněním využívá sipping alespoň nepravidelně.

Hypotéza 4 - Předpokládám, že cena ovlivňuje využívání sippingu u méně než 30 % pacientů s onkologickým onemocněním.

Hypotéza 5 - Předpokládám, že dostupnost ovlivňuje využívání sippingu u méně než 30 % pacientů s onkologickým onemocněním.

3 Popis souboru a metodika

3.1 Vzorek respondentů

Sběr dat byl proveden dotazníkovým šetřením, u onkologických pacientů v paliativní péči, kteří byli v období 1. 11. 2014 – 31. 1. 2015 v Nemocnici na Pleši s.r.o. hospitalizováni nebo přišli k ambulantnímu vyšetření, u kterých v době výzkumu probíhala onkologická léčba.

3.2 Metody výzkumu

Pro získání potřebných dat byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření kvantitativního typu.

Výzkum probíhal v měsících listopad 2014 – leden 2015 v Nemocnici Na Pleši na onkologickém oddělení a v onkologické ambulanci. Výhodou dotazníkového šetření je rychlé získání dat a informací v poměrně krátkém časovém období od většího počtu respondentů. Nevýhodou této metody je neochota respondentů při vyplňování dotazníku a návratnost. Dále nepochopení otázky nebo možnost zkreslení skutečností, kdy respondenti

odpovídají tak, jak vidí sami sebe, či jak chtějí být viděni. Vzhledem ke stavu některých pacientů, z pochopitelných důvodů, bylo velmi často obtížné tyto údaje získat.

Před začátkem dotazníkového šetření byla podána žádost etické komisi a hlavní sestře Nemocnice Na Pleši (příloha č. 2), týkající se možnosti provádět výzkum na tomto pracovišti.

Dotazník (příloha č. 1) obsahoval 18 otázek, které byly zaměřené na praktické využití sippingu u pacientů s onkologickým onemocněním. Otázky 1 – 8 byly zaměřeny na specifikaci zkoumaného vzorku (demografické údaje, informace o onkologickém onemocnění a druhu léčby pacienta). Otázky 1, 2, 5, 6, 7 a 8 byly uzavřené a otázky č. 3, 4 byly otevřené. Druhá část dotazníku (otázky 9 – 18) zjišťovala informace o povědomí pacientů s onkologickým onemocněním o výrobcích, frekvenci a délce užívání sippingu. Dále míru užívání resp. neužívání této doplňkové stravy, případné důvody pro nevyužívání sippingu.

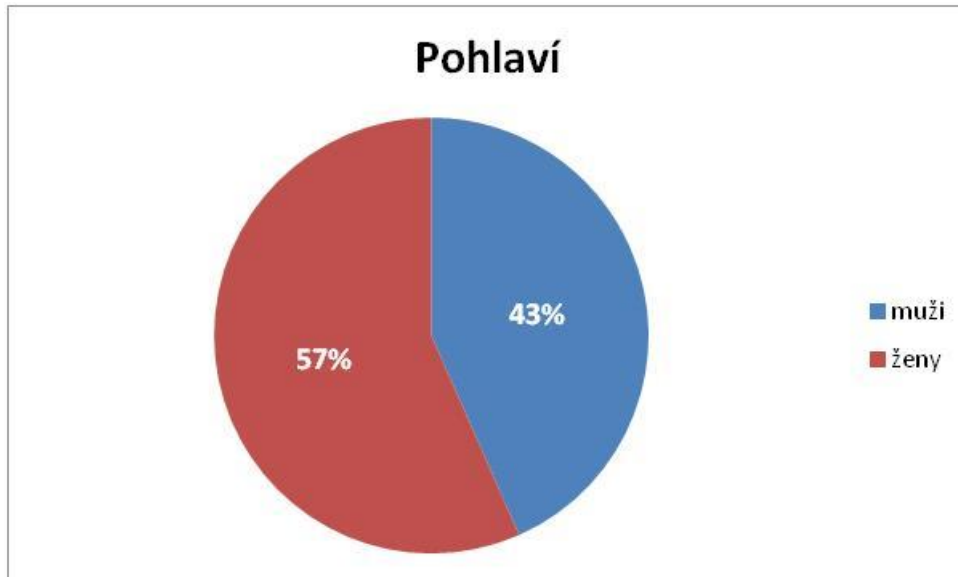
Otázky č. 9, 10, 11 byly polootevřené, s orientací na doporučení k užívání i samotné používání sippingu. Otevřené otázky 12, 13 poskytly odpověď, kdo a kde informoval pacienty o sippingu. Doplňková otevřená otázka 15., zjišťuje preferovanou chuť sippingu. U těchto otázek mohli respondenti uvést více možností. V otázce 14. a 16. pacienti s onkologickým onemocněním odpovídali k množství informací o typech výrobků a na subjektivní pocit z využívání sippingu. Cena a dostupnost byly předmětem uzavřené otázky 17. a 18. Otázky dotazníku byly pokládány tak, že respondenti vypovídají ohledně současného stavu.

Z celkového počtu 70 rozdaných dotazníků (100 %) se vrátilo 53 (75,7 %) dotazníků. Žádný dotazník nebyl vyřazen pro nekompletní vyplnění. Celkový použitý vzorek respondentů byl tedy 53 (100 %). Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů a do tabulek. Kvantitativní metoda dotazníkového šetření se vyznačuje hodnocením číselnými údaji.

4 Výsledky

Položka č. 1 – Rozdělení respondentů dle pohlaví

Graf č. 1 - Pohlaví



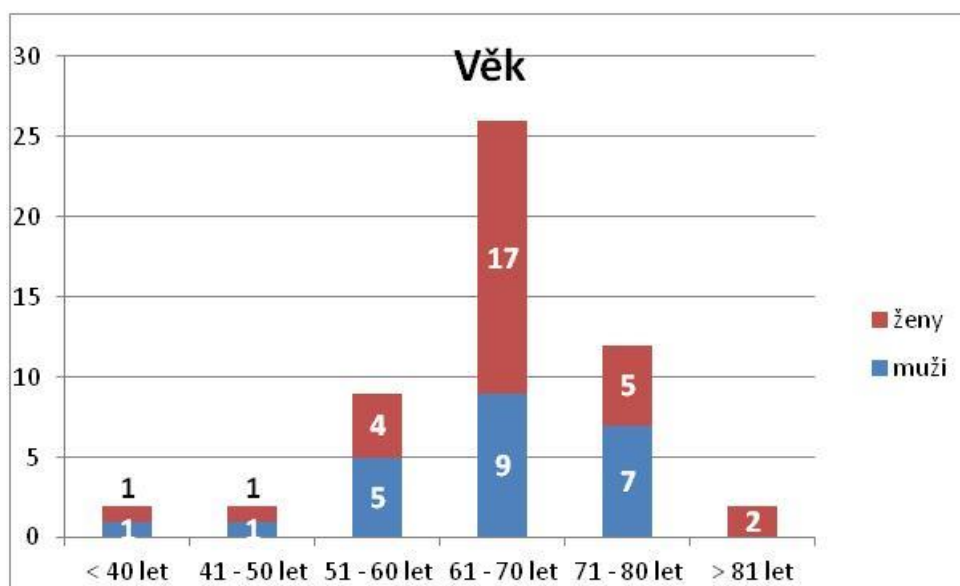
Tabulka č. 1- Pohlaví

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ženy	56,6 %	30
Muži	43,4 %	23
Celkem	100 %	53

Ze 100 % (53) respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 56,6 % (30) žen a 43,4 % (23) mužů.

Položka č. 2 – Věk respondentů

Graf č. 2 – Věk



Tabulka č. 2 – Kolik je Vám let?

Věk	Ženy	Muži	Relativní četnost věkové skupiny	Absolutní četnost věkové skupiny
< 40 let	1	1	3,8 %	2
41 – 50 let	1	1	3,8 %	2
51 – 60 let	4	5	17,0 %	9
61 – 70 let	17	9	49,0 %	26
71 – 80 let	5	7	22,6 %	12
> 81 let	2	0	3,8 %	2
Celkem	30	23	100 %	53

Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů bylo ve třech skupinách po 3,8 % (2) respondentech věku méně než 40 let, 41–50 let a 81 let a více; dále 17 % (9) respondentů ve věku 51–60 let, 49 % (26) respondentů ve věku 61–70 let a 22,6 % (12) respondentů ve věku 71 – 80 let.

Položka č. 3 a č. 4 – Výška a hmotnost respondentů

Průměrná výška sledovaných pacientů byla 168 cm. Hodnota mediánu dobře koresponduje se zjištěnou hodnotou průměru (medián = 168 cm).

Průměrná hmotnost sledovaných pacientů byla 68,7 kg. Hodnota mediánu dobře koresponduje s vypočteným průměrem (medián = 67 kg).

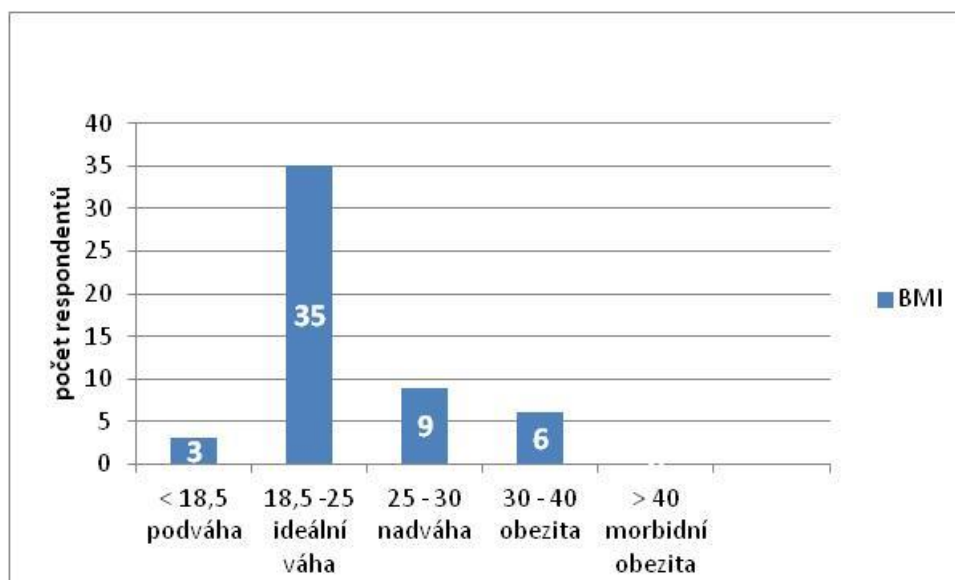
Průměrná hodnota BMI u sledovaných pacientů byla 25,8, hodnota mediánu koresponduje se zjištěnou hodnotou průměru (medián = 23,9).

Tabulka č. 3 – Vyhodnocení výšky a hmotnosti pacientů

	Průměrná hodnota	Medián
výška respondentů	168 cm	168 cm
hmotnost respondentů	68,7 kg	67 kg
BMI respondentů	24,5	23,9

Výška a hmotnost byly využity pro výpočet BMI (hmotnost (kg) / výška (m²)), což je jedním z ukazatelů posuzující nutriční stav.

Graf č. 3 – Zastoupení podle BMI

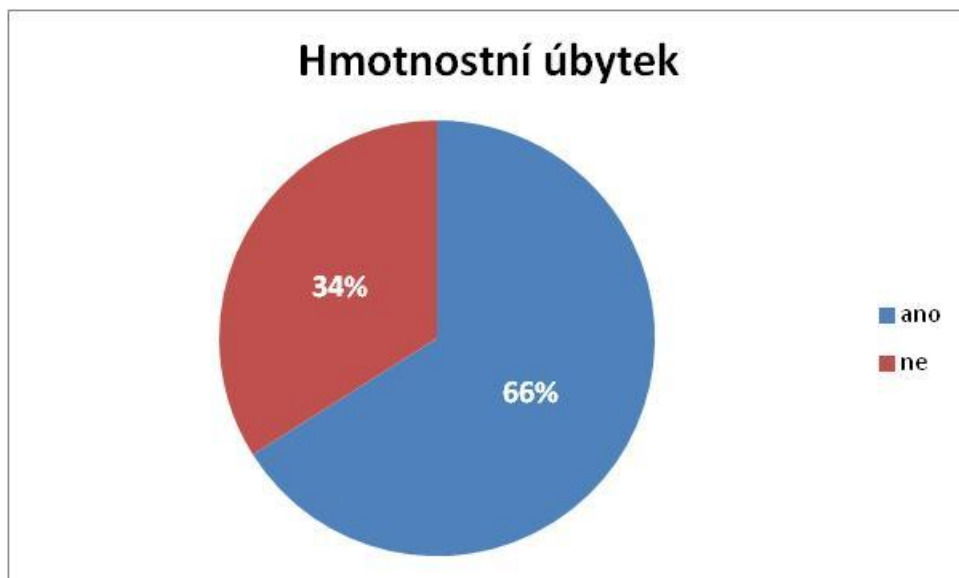


Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů bylo v pásmu podváhy 5,7 % (3) respondentů, ideální hmotnost byla zastoupená v 66 % (35) respondentů, u 17 % (9) respondentů byla zjištěna nadváha a 11,3 % (6) respondentů se nacházelo v pásmu obezity.

Položka č. 5 – Hmotnostní úbytek respondentů

Ztráta hmotnosti je nedílnou součástí nutriční anamnézy. Zjištění ztráty hmotnosti se nachází u více než poloviny všech pacientů s onkologickým onemocněním.

Graf č. 4 – Hmotnostní úbytek větší než 3 kg v posledních 6 měsících



Tabulka č. 4 – Byl u Vás úbytek hmotnosti 3kg a více za posledních 6 měsíců?

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	66 %	35
Ne	34 %	18
Celkem	100 %	53

Tabulka č. 4 poukazuje na změnu hmotnosti. Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů udalo hmotnostní úbytek alespoň 3 kg za 6 měsíců 66 % (35) respondentů a 34 % (18) respondentů úbytek hmotnosti nezaznamenalo.

Položka č. 6 – Diagnóza onkologického onemocnění

Původně bylo mým záměrem zjišťovat přesnou diagnózu jednotlivých respondentů, ale vzhledem k duplicitě onemocnění, jsem zvolila pouze základní rozdělení na pacienty s onemocněním zažívacího traktu a na ostatní onkologická onemocnění.

Graf č. 5 – Typ onkologického onemocnění



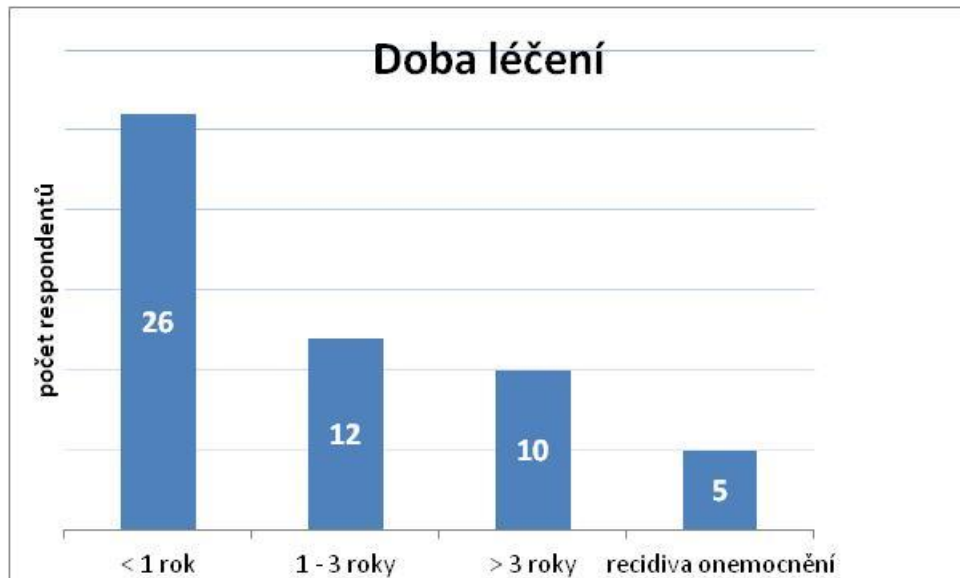
Tabulka č. 5 – S jakým typem onemocnění se léčíte?

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Nádorové onemocnění GIT: jícen, žaludek, tlusté střevo, konečník, žlučník, slinivka	42 %	22
Ostatní nádorová onemocnění: plíce, ledviny, prostata, prs, gynekologické nádory	58 %	31
Celkem	100 %	53

Nádory gastrointestinálního traktu (GIT), jsou nádory nutričně rizikové. Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů udalo nádory GIT 42 % (22) a 58 % (31) respondentů se léčí na ostatní nádorová onemocnění.

Položka č. 7 – Doba léčby

Graf č. 6 - Doba léčby s onkologickým onemocněním



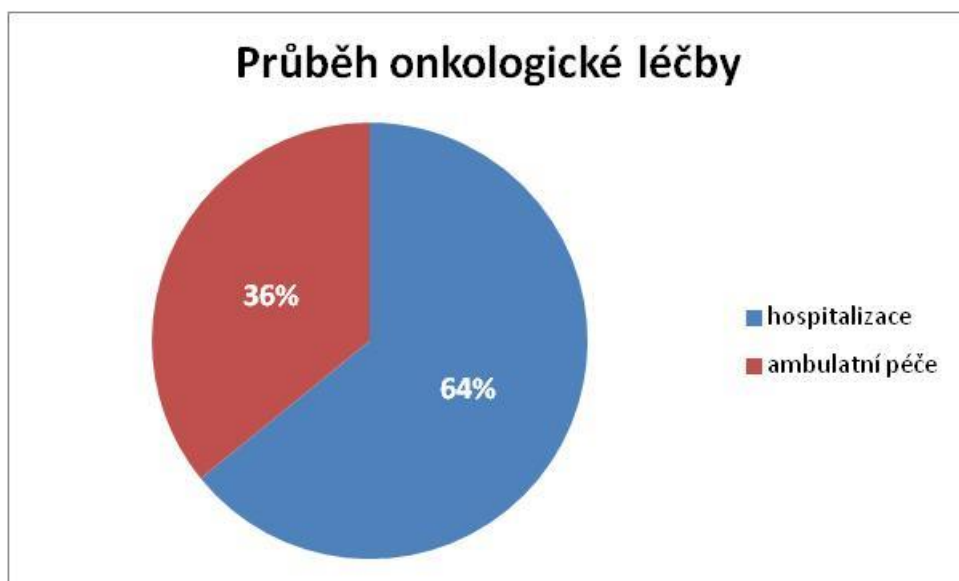
Tabulka č. 6 – Jak dlouho se léčíte s onkologickým onemocněním?

Léčení	Relativní četnost	Absolutní četnost
< 1 rok	49,1 %	26
1 – 3 roky	22,6 %	12
> 3 roky	18,9 %	10
Recidiva onemocnění	9,4 %	5
Celkem	100 %	53

Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů udalo dobu léčby < 1 rok 49,1 % (26) respondentů, 22,6 % (12) respondentů udalo dobu léčby 1 – 3 roky, dobu léčby delší než 3 roky 18,9 % (10) respondentů a 9,4 % (5) respondentů udalo recidivu onemocnění.

Položka č. 8 - Průběh onkologické léčby

Graf č. 7 – Hospitalizace respondentů v době sběru dat



V době sběru dat bylo hospitalizováno na onkologickém oddělení 64 % (34) pacientů a 36 % (19) pacientů se léčilo v ambulantní péči.

Tabulka č. 7 – Byl jste v průběhu onkologické léčby hospitalizován/a?

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano, v současnosti jsem hospitalizována	64,1 %	34
Ano, již jsem v ambulantní péči	32,1 %	17
Ne, jsem pouze v ambulantní péči	3,8 %	2
Celkem	100 %	53

Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů, bylo v době sběru dat hospitalizováno 64,1 % (34) respondentů, 32,1 % (17) respondentů bylo v ambulantní péči po předchozí hospitalizaci a 3,8 % (2) respondentů udalo pouze ambulantní léčbu.

Položka č. 9 – Znalost produktu - Sipping

Graf č. 8 – Znalosti o produktu



O sipping neboli tzv.pitíčku slyšelo 98 % (52) respondentů ze 100 % (53) a pouze 2 % (1) respondentů o tomto produktu nikdy neslyšelo.

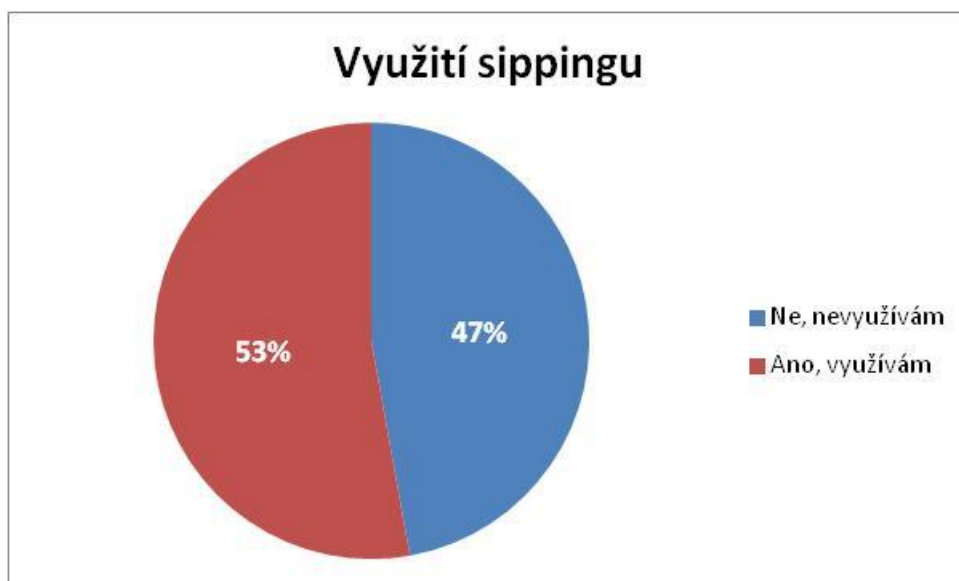
Tabulka č. 8 – Znáte výraz – slovo sipping – tzv.pitíčko?

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano, ale neznám název produktu	71,7 %	38
Ano, znám i název	26,4 %	14
Ne	1,9 %	1
Celkem	100 %	53

Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů pouze 1,9 % (1) respondent nikdy o sippingu neslyšel, 71,7 % (38) respondentů ví co je sipping a 26,4 % (14) respondentů zná i název produktu (Nutridrink, FortiCare).

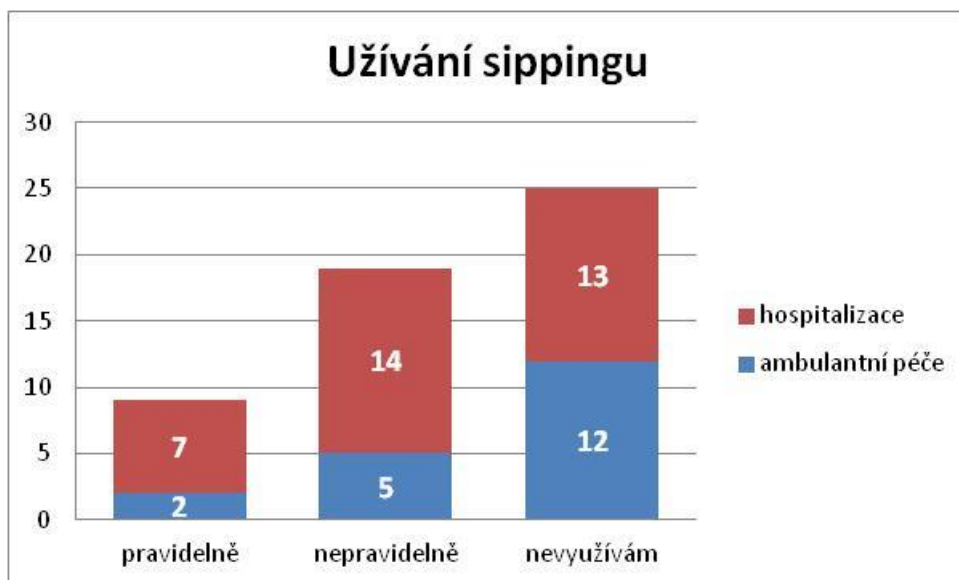
Položka č. 10 – Délka užívání sippingu

Graf č. 9 – Využití sippingu



Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů 53 % (28) respondentů využívá sipping aspoň nepravidelně a 47 % (25) respondentů sipping nevyužívá vůbec.

Graf č. 10 – Užívání sippingu



Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů 17 % (9) respondentů využívá sipping pravidelně, 35,8 % (19) respondentů využívá sipping nepravidelně a sippingu nevyužívá vůbec 47,2 % (25) respondentů.

Tabulka č. 9 – Doba Vašeho používání sippingu – tzv. pitíčka? (bez těch, kteří udali, že sipping nevyužívají)

	Hospitalizace		Ambulantní péče		Relativní četnost	Absolutní četnost
Pravidelně	7	25 %	2	7,2 %	32,2 %	9
Nepravidelně	14	50 %	5	17,8 %	67,8 %	19
Celkem	21	75 %	7	25 %	100 %	28

Ze 100 % (28) respondentů, kteří používají sipping, bylo zjištěno, že hospitalizovaní pacienti s onkologickým onemocněním využívají sipping pravidelně v 25 % (7) a nepravidelně v 50 % (14).

Ze 100 % (28) respondentů, kteří používají sipping, bylo zjištěno, že pacienti s onkologickým onemocněním v ambulantní péči využívají sipping pravidelně v 7,2 % (2) a nepravidelně v 17,8 % (5).

Pravidelné užívání 1 balení za dva dny uvedli 3 respondenti, 1 balení denně uvedlo 5 respondentů a 1 respondent uvedl 3 balení denně.

Tabulka č. 10 – Doba používání sippingu – tzv. pitíčka?

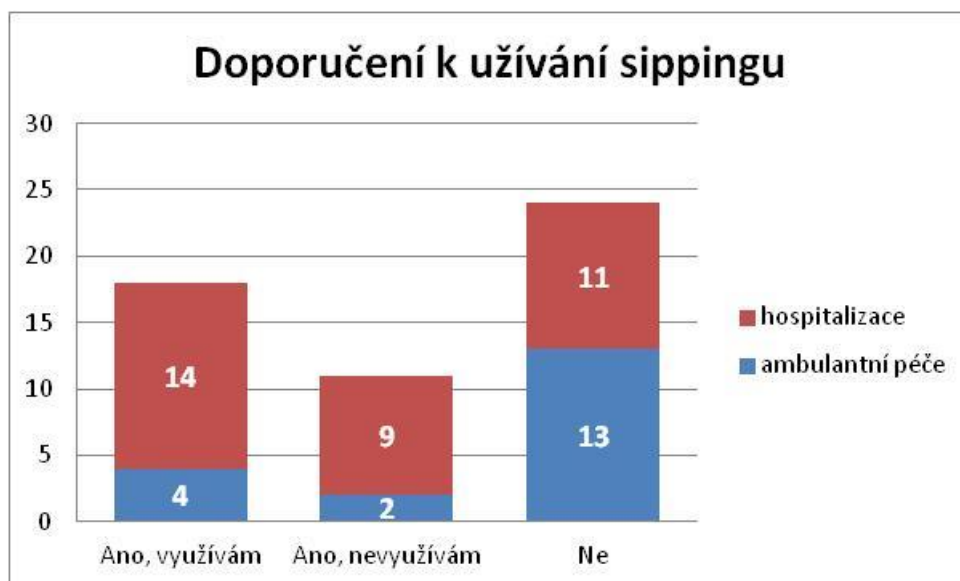
	Hospitalizace		Ambulantní péče		Respondenti celkem	
Pravidelně	7	61,8 %	2	36,9 %	9	17 %
Nepravidelně	14		5		19	35,8 %
Nevyužívám	13	38,2 %	12	63,1 %	25	47,2 %
Celkem	34	100 %	19	100 %	53	100 %

Ze 100 % (34) hospitalizovaných respondentů, používá sipping 62,8 % (21) respondentů a nepoužívá 38,2 % (13) respondentů.

Ze 100 % (19) respondentů v ambulantní péči, používá sipping 36,9 % (7) respondentů a nepoužívá 63,1 % (12) respondentů.

Položka č. 11 – Doporučení k používání sippingu

Graf č. 11 – Byl Vám doporučen sipping



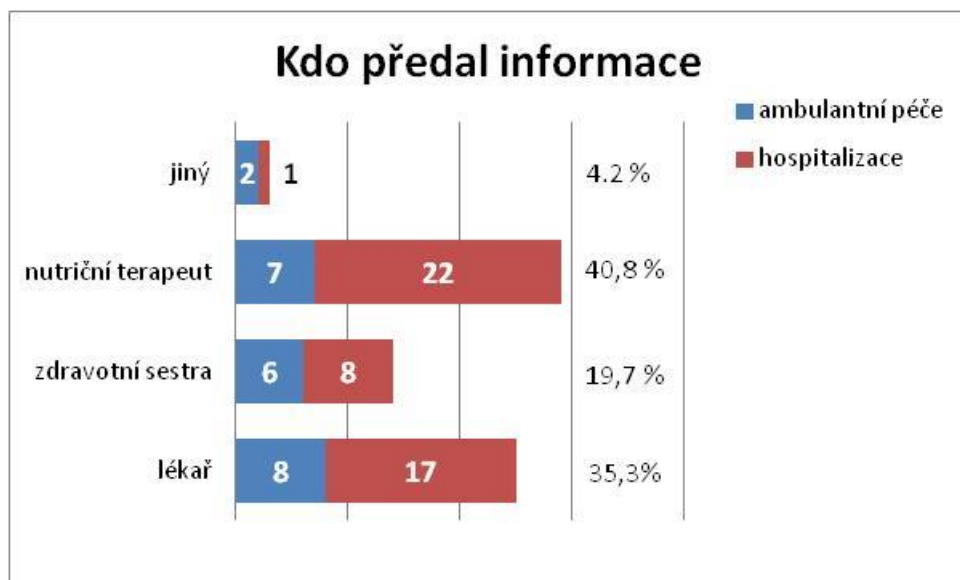
Tabulka č. 11 – Bylo Vám doporučeno používání sippingu – tzv.pitíčka?

	Hospitalizace	Ambulantní péče	Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
Ano, využívám	14	4	34 %	18
Ano, nevyžívám	9	2	20,7 %	11
Ne	11	13	45,3 %	24
Celkem	34	19	100 %	53

Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů udalo doporučení a následné užívání 34 % (18) respondentů, 20,7 % (11) respondentů, i přes doporučení sipping nevyžívá a 45,3 % (24) respondentů udává, že jim sipping nebyl doporučen.

Položka č. 12 a č. 13 – Zprostředkování informací o sippingu

Graf č. 12 – Kdo Vás seznámil s informacemi o užívání sippingu
(u této otázky bylo možno uvést více odpovědí)



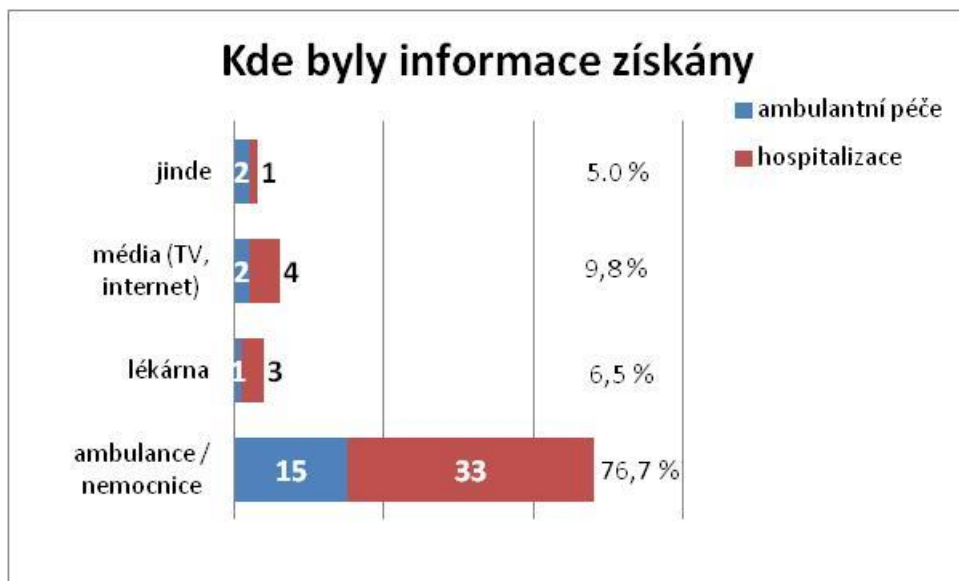
Graf č. 12 znázorňuje, kdo respondenty informoval v oblasti informací užití sippingu. Zde měli respondenti možnost vybrat i více odpovědí, proto se vycházelo předpokladu 100 % u každé kategorie zvlášť.

Tabulka č. 12 - Kdo Vás seznámil s informacemi o užívání sippingu – tzv. pitíček?

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Jiný, (rodinný příslušník)	4,2 %	3
Nutriční terapeut	40,8 %	29
Zdravotní sestra	19,7 %	14
Lékař	35,3 %	25
Celkem	100 % = 71	

Jiný zdroj informací uvedlo 4,2 % (3) respondentů, při konkretizaci uvedli rodinné příslušníky (dcera, manželka) a 1 respondent uvedl nikdo, 40,8 % (29) respondentů uvedlo předání informací od nutričního terapeuta, 19,7 % (14) respondentů jako zdroj uvedlo zdravotní sestru a 35,3 % (25) respondentům informace předal lékař.

Graf č. 13 – Kde jste získal informace o výrobcích sippingu
(u této otázky bylo možno uvést více odpovědí)



Graf č. 13 znázorňuje, kde byli respondenti informováni v oblasti informací užití sippingu. I zde měli respondenti možnost vybrat i více odpovědí, proto se vycházelo předpokladu 100 % u každé kategorie zvlášť.

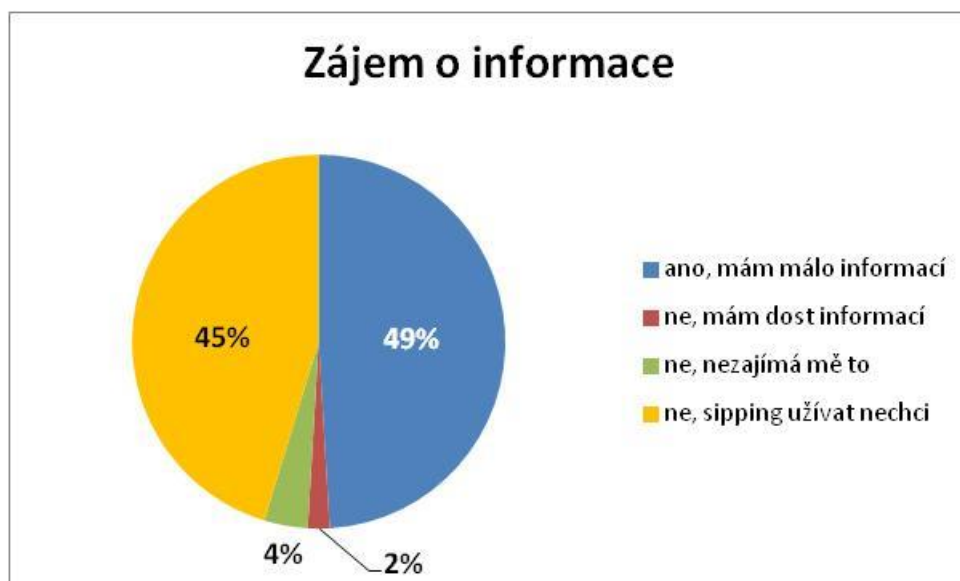
Tabulka č. 13 – Kde jste získal informace o výrobcích sippingu – tzv. pitíček?

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Jinde (doma)	5,0 %	3
Média (TV, internet)	9,8 %	6
Lékárna	6,5 %	4
Ambulance (ambulanti péče) Nemocnice (hospitalizace)	76,7 %	48
Celkem	100 %	= 61

Jinde uvedlo 5 % (3) respondentů, při konkretizaci uvedli doma a 1 respondent uvedl nikde, 9,8 % (6) respondentů uvedlo získání informací přes média, 6,5 % (4) respondentů jako zdroj lékárnu a 76,7 % (48) respondentům byly informace předány v ambulanci (při ambulanti péči) nebo v nemocnici (za hospitalizace).

Položka č. 14 – Zájem respondentů o více informací k výrobku

Graf č. 14 – Ocenil byste více informací o výrobcích



Tabulka č. 14 – Ocenil byste více informací o typech a možnostech užití výrobků?

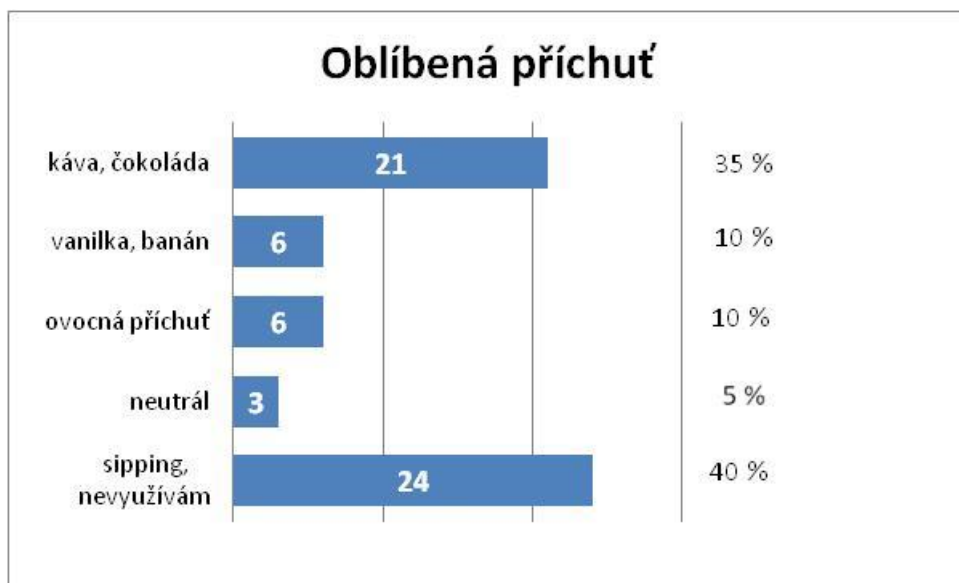
	Hospitalizace	Ambulantní péče	Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
Ano, mám málo informací	19	7	49,1 %	26
Ne, mám dost informací	2	0	3,8 %	2
Ne, nezajímá mě to	13	11	46,2 %	24
Ne, sipping užívat nechci	0	1	1,9 %	1
Celkem	34	19	100 %	53

Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů zájem o další informace přiznalo 49,1 % (26) respondentů, 50,9 % (27) respondentů, nemá zájem o více informací → 3,8 % (2) respondentů udalo, že mají dost informací, 46,2 % (24) respondentů tato informace nezajímají a 1,9 % (1) respondentů udává, že sipping užívat nechce.

Položka č. 15 – Oblíbená příchut'

Využívání sippingu, přímo souvisí s chutností výrobku. Přípravky, které pacientům nechutnají, nebudou využívat. Do dotazníku byla zařazena doplňující otázka, zaměřená na spokojenost s druhem příchutí sippingu.

Graf č. 15 – Oblíbená příchut' u pacientů (u této otázky bylo možno uvést více odpovědí)



Graf č. 15 znázorňuje, preferované příchutě. Zde měli respondenti možnost vybrat i více odpovědí, proto se vycházelo předpokladu 100 % u každé kategorie zvlášť.

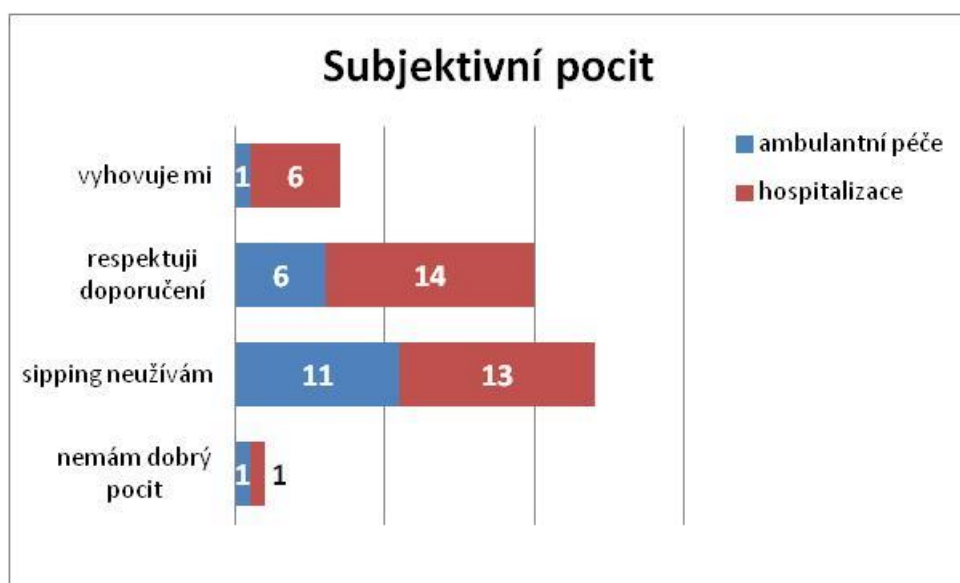
Tabulka č. 15 – Která příchut' sippingu – tzv. pitíčka Vám chutnala?

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Káva, čokoláda	35 %	21
Vanilka, banán	10 %	6
Ovocná příchut'	10 %	6
Neutrál – bez příchutě	5 %	3
Sipping, nevyužívám	40 %	24
Celkem	100 % = 60	

Jako nejvíce preferovanou příchut' zvolili respondenti kávu a čokoládu.

Položka č. 16 – Pocit z užívání sippingu

Graf č. 16 – Subjektivní pocit z užívání sippingu



Tabulka č. 16 – Jaký máte subjektivní pocit z užívání sippingu – tzv. pitíčka?

	Hospitalizace	Ambulantní péče	Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
Vyhovuje mi	6	1	13,2 %	7
Respektuji dop.odborníků	14	6	37,7 %	20
Sipping nevyužívám	13	11	45,3 %	24
Nemám dobrý pocit	1	1	3,8 %	2
Celkem	34	19	100 %	53

Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů využívání sippingu vyhovuje 13,2 % (7) respondentům, 37,7 % (29) respondentů přiznalo, že nemají vlastní názor, ale respektují názor a doporučení odborníků, 45,3 % (24) respondentů sipping nevyužívá a 3,8 % (2) respondentů mají užívání sippingu spojený s nepříjemnými pocity (jeden respondent trpí celkovým nechutenstvím a nechutná mu žádná strava, druhému nevyhovují příchutě, které jsou vyráběny většinou ve sladkých verzích).

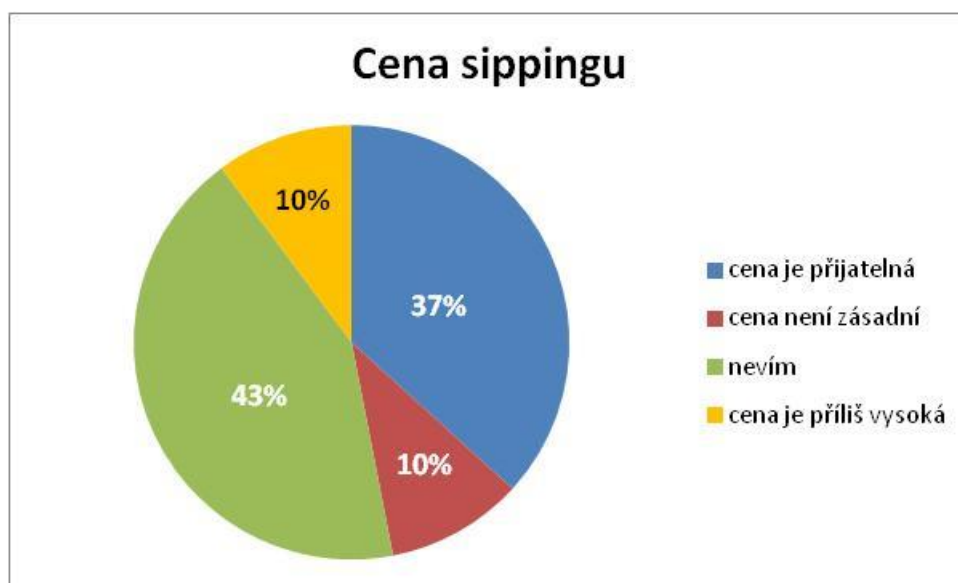
Výsledky subjektivních pocitů dobře korespondují se zjištěnými hodnotami u položky č. 10 využívání sippingu.

Tabulka č. 17 – Subjektivní pocit užívání sippingu při užívání

	Nevyužívám sipping	Pravidelné využívání sippingu		Nepravidelné využívání sippingu	
		Hospitalizace	Ambulantní péče	Hospitalizace	Ambulantní péče
Vyhovuje mi 7 resp.	0	2	1	4	0
Respektuji dop.odborníků 20 resp.	1	5	1	8	5
Nemám dobrý pocit 2 resp.	1	0	0	0	1

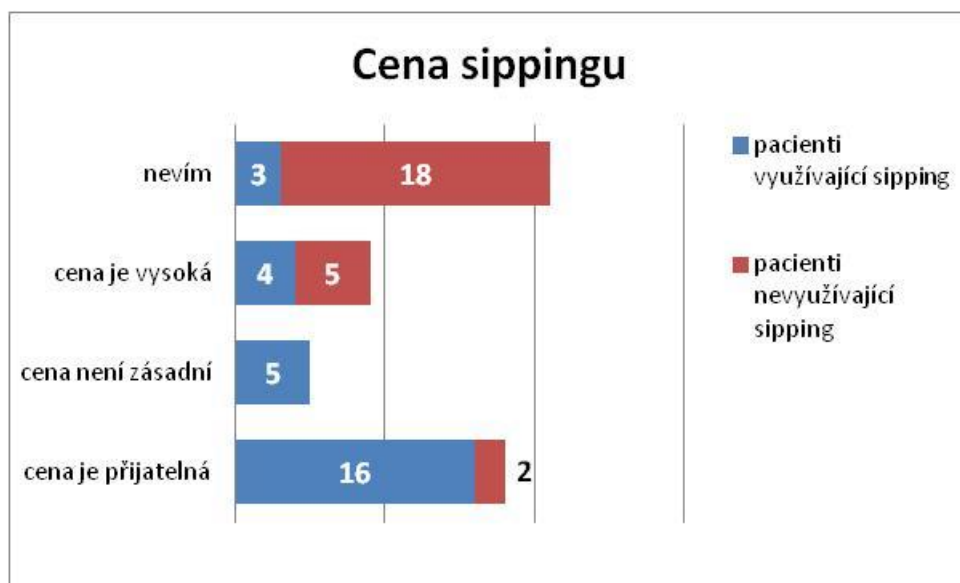
Položka č. 17 – Cena sippingu

Graf č. 17 – Váš názor na cenu sippingu



Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů 47 % respondentů považuje cenu přijatelnou či není pro ně zásadní, 10 % (26) respondentů považuje cenu sippingu za vysokou a 43 % (27) respondentů neví, zda je cena vysoká či ne. Nelze však určit, zda důvodů, že jej nekupovali nebo zda nedokázali posoudit finanční hodnotu výrobku.

Graf č. 18 – Jaký je Váš názor na cenu sippingu



Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů 34,0 % (18) respondentů považuje cenu přijatelnou, není zásadní pro 9,4 % respondentů, 10 % (26) respondentů považuje cenu sippingu za vysokou a 43 % (27) respondentů neví, zda je cena vysoká či ne. Nelze však určit důvod, zda jej nekupovali osobně nebo zda nedokázali posoudit finanční hodnotu výrobku.

Tabulka č. 18 – Rozdělení respondentů „Jaký je Váš názor na cenu 1 balení sippingu“ podle využívání či nevyužívání sippingu.

	Pacienti využívající sipping		Pacienti nevyžívající sipping		Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
	četnost	procento	četnost	procento		
Nevím	3	10,7 %	18	72,0 %	39,6 %	21
Cena je vysoká	4	14,3 %	5	20,0 %	17 %	9
Není zásadní	5	17,9 %	0	0 %	9,4 %	5
Je přijatelná	16	57,1 %	2	8,0 %	34,0 %	18
Celkem	28 = 100 %		25 = 100 %		100 %	53

Tabulka č. 19 – Rozdělení respondentů „Jaký je Váš názor na cenu 1 balení sippingu“ podle pravidelného či občasného využívání sippingu.

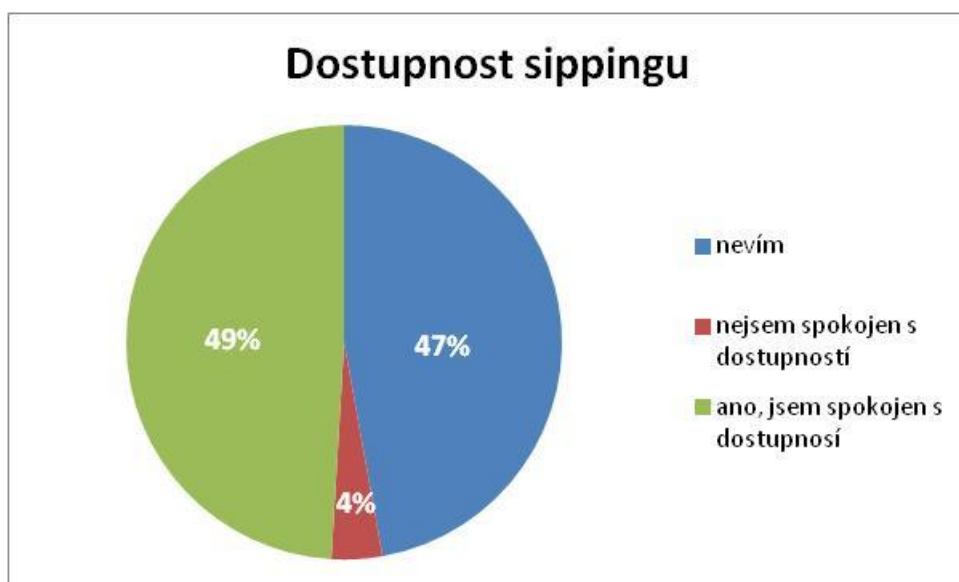
	Nevyžívám sipping	Pravidelné využívání sippingu	Občasné využívání sippingu	Respondentů celkem
Nevím	16	4	1	21
Cena je vysoká	5	2	2	9
Není zásadní	1	1	3	5
Je přijatelná	3	4	11	18

Ze 100 % (28) respondentů, kteří sipping využívají, je cena vysoká pro 14,3 % (4) respondentů, cena není zásadní pro 17,9 % (5) respondentů a pro 57,1 % (16) respondentů je cena přijatelná.

Ze 100 % (25) respondentů, kteří sipping nevyžívají, je cena vysoká pro 20 % (5) respondentů a pouze pro 8 % (2) respondentů je cena přijatelná.

Položka č. 18 – Dostupnost sippingu

Graf č. 19 – Jste spokojen s dostupností / možností nákupu sippingu



Ze 100 % (53) dotazovaných respondentů 49,1 % (26) respondentů považuje dostupnost za přijatelnou, 47,2 % (25) respondentů neví, nelze však posoudit důvod a 3,8 % (2) respondentů udalo špatnou dostupnost.

Tabulka č. 20 – Rozdělení respondentů „Jste spokojen s dostupností sippingu“ s přihlédnutím k hospitalizaci.

	Hospitalizace	Ambulantní péče	Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
Nevím	13	12	47,2 %	25
Ne	2	0	3,8 %	2
Ano	19	7	49,0 %	26
Celkem	34	19	100 %	53

Tabulka č. 21 - Rozdělení respondentů „Jste spokojen s dostupností sippingu“ podle využívání sippingu.

	Pacienti využívající sipping		Pacienti nevyžívající sipping		Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
Nevím	21	77,8 %	4	15,4 %	47,2 %	25
Ne	1	3,7 %	1	3,8 %	3,8 %	2
Ano	5	18,5 %	21	80,8 %	49,0 %	26
Celkem	27 = 100 %		26 = 100 %		100 %	53

Tabulka č. 22 – Rozdělení respondentů „Jste spokojen s dostupností sippingu“ podle pravidelného či občasného využívání sippingu.

	Nevyžívám sipping	Pravidelné využívání sippingu	Občasné využívání sippingu	Respondentů celkem
Nevím	4	15	6	25
Ne	1	1	0	2
Ano	21	0	5	26

Ze 100 % (26) respondentů, kteří jsou s dostupností sippingu spokojeni, sipping nevyžívá 80,7 % (21) a jen 19,3 % (5) respondentů sipping využívá jen občas.

5 Analýza hypotéz

Hypotéza 1 - Předpokládám, že více než 90 % pacientů s onkologickým onemocněním ví co je sipping.

Hypotéza se potvrdila, 98,1 % respondentů ví co je sipping.

71,7 % respondentů zná sipping, ale nezná přesný název výrobku.

26,4 % respondentů zná i konkrétní produkty (nejčastěji udávali Nutridrink a FortiCare).

Hypotéza 2 - Předpokládám, že hospitalizovaní pacienti s onkologickým onemocněním využívají sipping ve vyšší míře než pacienti s onkologickým onemocněním v ambulantním ošetření.

Tabulka č. 10 – Doba používání sipingu – tzv. pitíčka?

	Hospitalizace		Ambulantní péče		Respondenti celkem	
Pravidelně	7	61,8 %	2	36,9 %	9	17 %
Nepravidelně	14		5		19	35,8 %
Nevyužívám	13	38,2 %	12	63,1%	25	47,2 %
Celkem	34 = 100 %		19 = 100 %		53	100 %

Hypotéza se potvrdila, 61,8 % hospitalizovaných pacientů využívá sipping (41,2 % nepravidelně a 20,6 % pravidelně). Pouze 36,9 % pacientů v ambulantní péči využívá sipping (26,3 % nepravidelně a 10,5 % pravidelně).

Hypotéza 3 - Předpokládám, že více než 60 % pacientů s onkologickým onemocněním využívá sipping alespoň nepravidelně.

Tabulka č. 10 – Doba používání sipingu – tzv. pitíčka?

	Hospitalizace		Ambulantní péče		Respondenti celkem	
Pravidelně	7	61,8 %	2	36,9 %	9	17 %
Nepravidelně	14		5		19	35,8 %
Nevyužívám	13	38,2 %	12	63,1%	25	47,2 %
Celkem	34 = 100 %		19 = 100 %		53	100 %

Hypotéza se nepotvrdila, pouze 52,8 % pacientů využívá sipping alespoň nepravidelně (35,8 % nepravidelně a 17 % pravidelně).

Hypotéza 4 - Předpokládám, že cena ovlivňuje využívání sippingu u méně než 30 % pacientů s onkologickým onemocněním.

Tabulka č. 18 – „Jaký je Váš názor na cenu 1 balení sippingu“ podle využívání sippingu.

Cena	Pacienti využívající sipping		Pacienti nevyžívající sipping		Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
	četnost	procento	četnost	procento		
Nevím	3	10,7 %	18	72,0 %	39,6 %	21
Cena je vysoká	4	14,3 %	5	20,0 %	17 %	9
Není zásadní	5	17,9 %	0	0 %	9,4 %	5
Je přijatelná	16	57,1 %	2	8,0 %	34,0 %	18
Celkem	28 = 100 %		25 = 100 %		100 %	53

Hypotéza se potvrdila, 17 % respondentů si myslí, že cena sippingu je příliš vysoká.

Pacienti, kteří sipping nevyžívají, 20,0 % si myslí, že cena sippingu je příliš vysoká, což může být jedním z důvodů, proč sipping nevyžívají.

Hypotéza 5 - Předpokládám, že dostupnost ovlivňuje využívání sippingu u méně než 30% pacientů s onkologickým onemocněním.

Tabulka č. 21 – „Jste spokojen s dostupností sippingu“ podle využívání sippingu.

Dostupnost	Pacienti využívající sipping		Pacienti nevyžívající sipping		Relativní četnost všech respondentů	Absolutní četnost všech respondentů
	četnost	procento	četnost	procento		
Nevím	21	77,8 %	4	15,4 %	47,2 %	25
Ne	1	3,7 %	1	3,8 %	3,8 %	2
Ano	5	18,5 %	21	80,8 %	49,0 %	26
Celkem	27 = 100 %		26 = 100 %		100 %	53

Hypotéza se potvrdila, 3,8 % respondentů uvádí špatnou dostupnost k zajištění sippingu.

Z pacientů, kteří sipping nevyžívají, také 3,8 % respondentů uvádí, špatnou dostupnost k zajištění sippingu, což může být jedním z důvodů, proč sipping nevyžívají.

Vypovídající hodnota výsledku je však zkreslena malým vzorkem respondentů.

6 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda pacienti s onkologickým onemocněním mají povědomí o sippingu, zda ho využívají a zjistit případné důvody k jeho nevyužívání. Informace byly získávány dotazníkovým šetřením a vzhledem ke stanoveným cílům bylo vytyčeno celkem pět hypotéz, které byly jednotlivě vyhodnoceny v předchozí kapitole.

Sběr dat byl proveden u onkologických pacientů v paliativní péči. Pokročilý klinický stav ve spojitosti s náročnou onkologickou léčbou, může nepříznivě ovlivnit pozornost a rozhodování pacientů, což druhotně může vést i ke zkreslení výsledků výzkumu.

Původní záměr, zmapovat pomocí dotazníkového šetření reálné využití sippingu u pacientů s onkologickým onemocněním ve všech stádiích nemoci, jsem musela přehodnotit. Většina potenciálních respondentů, kteří se léčí v Nemocnici Na Pleši je v paliativní péči, proto jsem za účelem zamezení nepochopení významu do dotazníku zvolila co nejjednodušší formu otázek. Tento fakt, ale může mít druhotně vliv i na užší vypovídající hodnotu.

Od pacientů se podařilo získat 53 vyplněných dotazníků. I když je získaný soubor pacientů většinou v paliativní péči, mohou podle mého názoru výsledky této práce pozitivně přispět k pochopení a posouzení dané problematiky.

Kladně hodnotím přístup pacientů, kteří velice ochotně odpovídali na všechny položené otázky. Převaha odpovědí „nevím“, mě nutí k zamyšlení, jestli lépe neformulovat tzv. únikovou odpověď. Při vyplňování dotazníků, které probíhalo za mé přítomnosti, z důvodu přání nemocných s možnou fyzickou dopomocí při samotném vyplňování (potřeba brýlí), jsem nabyla dojmu, že možnost odpovědi „nevím“ využívali, aby tzv. nemuseli moc přemýšlet. Tento poznatek je, ale pouze moje domněnka, ověřený ho bohužel nemám.

Z mého pohledu většina oslovených pacientů bere výživu za velice důležitou. Je na prvních místech žebříčku důležitosti, hned za tišením bolesti a celkovou únavou, nicméně k využívání sippingu, se ještě většina staví nedůvěřivě. Otázky zaměřené na zjištění důvodu jejich nedůvěry v dotazníku nebyly zařazeny. Byl by to však zajímavý námět pro další navazující výzkumné šetření.

Jednou z otázek, které jsem musela zjednodušit, byla otázka úbytku hmotnosti. Většina pacientů pocítuje na sobě, že zhubli (35 respondentů), ale většinou neví kolik a s vlastním dovětkem: „ale jím pořád stejně“. Na základě mé osobní znalosti většiny pacientů

se domnívám, že úbytek na váze byl takový, že pacienti spadají do rizikové malnutriční skupiny onkologických onemocnění (a tudíž je u nich záhodno využívat sipping). Odpovídají tomu i výsledky dostupných studií. Bohužel, na základě získaných informací pomocí dotazníků je tato skutečnost nedostatečně ověřena.

Věkové rozložení respondentů koresponduje se statistickými výsledky, které ukazují nárůst výskytu onkologických onemocnění po 50. roce života. Zastoupení respondentů 66 % (35) v souboru bylo ve věku 51 – 70 let. Výsledky by podle mého názoru byly jistě zajímavější, pokud by při sběru dat bylo zajištěno širší spektrum respondentů i z mladších věkových skupin (mladších 50 let). Rozdílné výsledky by mohlo poskytnout i rozdělení respondentů na pacienty v produktivním věku pracující, pacienty v produktivním věku nepracující (invalidní důchod, dlouhodobé nemocenské dávky, nezaměstnaní) a důchodce.

Domnívám se, že tyto skutečnosti by mohly výrazně ovlivnit náhled na přiměřenost ceny i dostupnosti sippingu.

K celkovému zhodnocení naplnění cílů mé bakalářské práce bych ráda dodala, že se domnívám, že cíle byly z velké míry naplněny:

- 98 % pacientů uvedlo, že sipping znají, to znamená, mají o něm povědomí. Pouze jeden respondent vyjádřil absolutní neznalost těchto produktů (nikdy o něm neslyšel). Téměř 72 % respondentů mají ale pouze obecnou znalost. Neznají konkrétní produkty. Přesný název zná pouze 26 % procent onkologických pacientů. Na druhou stranu pouze 49 % respondentů subjektivně nepocítuje dostatečnou informovanost o problematice sippingu. Dostatečné informace uvádí pouze 2 % respondentů, z nich 4 % problematika nezajímá a 46 % respondentů o informace nestojí, protože sipping užívat nechtějí. Informace pacienti vesměs získávají v rámci léčby (nemocnice / ambulance – 77 %), obvykle od nutričního terapeuta (41 %) nebo lékaře (35 %). Toto zjištění považuji za velmi pozitivní, protože nutriční terapeuty i lékaře považuji za kompetentní odborníky k poskytnutí relevantních informací. Důležité by bylo zjistit důvody, proč pacienti nejsou spokojeni s mírou své informovanosti. Takto zaměřený návazný výzkum by mohl výrazně pomoci ke zlepšení kvality práce nejen mě, ale i mým kolegům.
- Sipping využívá nadpoloviční většina z nich (53 %). 17 % respondentů ho zařazuje na doplnění jídelníčku pravidelně, 35,8 % nepravidelně. Toto ovšem nekorresponduje s množstvím respondentů, kterým bylo využití sippingu doporučeno. Využívání bylo doporučeno 55 % z nich, ale pouze 34 % z těchto respondentů ho opravdu využívají (21 %

i přes doporučení pitíčka odmítá). Zbýlých 19 % respondentů, kteří využívají sipping k tomuto rozhodnutí pravděpodobně dospěli sami. Bylo by zajímavé ověřit, co je k tomu vedlo.

- Hospitalizovaní pacienti využívají sipping ve větší míře (62 %) než pacienti v ambulantní péči (37 %). Zajímavé by bylo zjistit reálné důvody k tomuto nepoměru.
- Poslední cíl zaměřený na zjištění důvodů nevyužívání sippingu (cena, dostupnost) byl jediný, který se domnívám, že nebyl dostatečně relevantně ověřen, a to z důvodu vysokého zastoupení odpovědi nevím (43 % u ceny, 47 % u dostupnosti). Pouze 20 % respondentů považuje cenu za příliš vysokou a jen 4 % z nich nejsou spokojeni s dostupností. K jistějšímu ověření tohoto cíle by mohla napomoci otevřená otázka zaměřená na respondenty, kteří sipping nevyužívají ani přes doporučení lékaře či nutričního terapeuta. Otázka by byla zaměřena na reálné důvody, které by respondent musel sám uvést.

7 Závěry

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaká je realita praktického využití sippingu s pohledu pacientů s onkologickým onemocněním. Především jsem chtěla zjistit povědomí pacientů co je sipping, a zdali ho využívají.

I přesto, že jsem pomocí tohoto výzkumu nezjistila všechny informace, které jsem chtěla zjistit (důvody k nevyužívání sippingu), považuji tuto práci za přínosnou, a to především zjištěním, že téměř polovina respondentů by byla vděčna za více informací o sippingu. Další pozitivum této práce hodnotím to, že onkologičtí pacienti ví co je sipping, i když musím konstatovat i negativum, že většina z nich má pouze obecné znalosti a někteří neznají konkrétní produkty.

Věřím, že pokud se podaří zlepšit míru edukace (a to je právě mou prací) povede to i k větší motivaci využívání sippingu našimi pacienty, což se následně projeví i na jejich nutričním i zdravotním stavu - zlepšení celkové kondice, lepší toleranci k léčbě, snížení komplikací léčby apod. Uvědomuji si, že vše závisí na dobré informovanosti pacienta a správném režimu. Domnívám se, že na základě zjištěných výsledků mohu svou edukací mezi pacienty rozšířit řady pacientů, kteří si budou vědomi důležitosti účinku nutriční podpory formou sippingu a budou ho využívat.

Seznam použité literatury:

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jana KOPTÍKOVÁ. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 787 s. ISBN 80-247-0677-6.
3. ADAM, Zdeněk et al. Prevence zhoubných nádorů. *Postgraduální medicína*, 2004, č. 6, s. 8 - 30.
4. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
5. GROFOVÁ, Zuzana. Přehled přípravků enterální výživy pro domácí použití. *Medicína pro praxi*, 2009, roč. 6, č. 3, s. 169-171.
6. Indikace nutriční podpory onkologicky nemocných, *Modrá kniha*, [on line]. Linkos.cz, [cit. 15. března 2015] Dostupné na: <http://www.linkos.cz/informace-pro-praxi/modra-kniha/30-indikace-nutricni-podpory-onkologicky-nemocnych/Doporuceni-vyzivy.pdf>
7. KLEINOVÁ, Jana. *Malnutrice nejen u nádorových onemocnění*. Olomouc: Solen, 2011, 62 s. ISBN 978-80-87327-77-7.
8. KOHOUT, Pavel. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Maxdorf, 2004.
9. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Vyd. 1. Praha: Krigl, 2005, 113 s. ISBN 80-86912-08-6.
10. KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2010, 184 s. Informační servis pro lékaře, sv. 2. ISBN 978-80-87-250-08-2.
11. KOTRLÍKOVÁ, Eva. Nutriční podpora u malnutrice – umělá výživa, parenterální a enterální výživa. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 8, s. 50-56.
12. NOVOTNÝ, Michal. *Rakovina*. Radio Regina. [cit. 15. března 2015] Dostupné na: http://www.rozhlas.cz/regina/slova/_zprava/rakovina--77559
13. RUŠAVÝ, Zdeněk et al. Diagnostika a léčba malnutrice. Sipping. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 2, s. 130-133.
14. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
15. STARNOVSKÁ, Tamara et al. Výživa při nádorovém onemocnění. *Praktická příručka pro pacienty*. Praha: Výzkumný záměr FNHK MZO, 2006, 179906: 27 s.

16. ŠACHLOVÁ, Milena. Výživa onkologických pacientů. *Klinická onkologie*, 2003, roč. 16, č. 1, s. 38.
17. ŠACHLOVÁ, Milena. Výživa onkologických pacientů. *Klinická onkologie*, 2003, roč. 16, č. 2, s. 77 – 79.
18. ŠACHLOVÁ, Milana, Miroslav TOMÍŠKA a Ondřej SLÁMA. *Doporučené postupy: nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči: stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. 1. vyd. Praha: Ve spolupráci s časopisem *Klinická onkologie* vydalo nakl. Ambit Media, 2012, 21 s. ISBN 978-80-904596-5-6.
19. TOMÍŠKA, Miroslav a Jiří Vorlíček. Nutriční podpora onkologických nemocných. *Postgraduální medicína*, 2002, č. 2, s. 143 - 151.
20. TOMÍŠKA, Miroslav. Syndrom nádorové anorexie a kachexie. *Klinická onkologie*, 2008, roč. 2, č. 3, s. 174 – 178.
21. VON U. KELLER, Von U.R. *Klinische Ernährung*. Weinheim [u.a.]: VCH, 1992, 158 s. ISBN 3-527-15495-7.
22. VYZULA, Rostislav. *Výživa při onkologickém onemocnění*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 122 s. Trápí vás--, sv. 10. ISBN 80-7262-120-3.
23. ZADÁK, Zdeněk et al. Moderní metody nutriční podpory u nádorové kachexie. *Onkologia, Bratislava*, 2010, roč. 5, č. 2, s. 89 – 93.
24. ZAVORAL, Miroslav et al. Screening kolorektálního karcinomu. *Postgraduální medicína*, 2014, č. 7, s. 72 - 82.
25. ZAZULA, Roman et al. Nutriční stav pacienta a možnosti jeho hodnocení. *Interní medicína pro praxi*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 45 – 47.
26. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, c2014, 153 s. ISBN 978-80-85047-49-3.
27. Zdroje zastoupených firem. *Nutricia* (www.nutriciamedical.cz)
Fresenius-Kabi (www.fresenius-kabi.cz)
Nestlé Nutrition (www.nestlehealthscience.cz)
Abbott (www.abbott.cz)
Bohušovická mlékárna (www.nutrilac.cz)

Seznam tabulek:

Teoretická část

Tabulka č. 1 – Základní ovlivnitelné faktory maligních nádorů	11
Tabulka č. 2 – Výskyt malnutrice	12
Tabulka č. 3 – Sledování nutričních parametrů	15
Tabulka č. 4 – Indexy k měření hmotnosti	16
Tabulka č. 5 – Modifikace NRS 2002 pro onkologické pacienty	17
Tabulka č. 6 – Algoritmus nutriční podpory u pacientů v malnutrici	19
Tabulka č. 7 – Zastoupení firem	23
Tabulka č. 8 – Optimální poměr živin	24
Tabulka č. 9 – Standardní polymerní výživa	24
Tabulka č. 10 – Polymerní výživa se zvýšeným obsahem vlákniny	25
Tabulka č. 11 - Polymerní výživa s vysokým obsahem bílkovin	25
Tabulka č. 12 - Polymerní výživa speciální – pro diabetické pacienty	25
Tabulka č. 13 - Polymerní výživa speciální – pro onkologické pacienty	26

Praktická část

Tabulka č. 1 – Pohlaví	30
Tabulka č. 2 – Kolik je Vám let?	31
Tabulka č. 3 – Vyhodnocení výšky a hmotnosti	32
Tabulka č. 4 – Byl u Vás úbytek hmotnosti 3kg a více za posledních 6 měsíců?	33
Tabulka č. 5 – S jakým typem onemocnění se léčíte?	34
Tabulka č. 6 – Jak dlouho se léčíte s onkologickým onemocněním?	35
Tabulka č. 7 – Byl jste v průběhu onkologické léčby hospitalizován/a?	36
Tabulka č. 8 – Znáte slovo – slovo sipping – tzv. pitíčko?	37
Tabulka č. 9 – Doba Vašeho používání sippingu – tzv. pitíčka?	39
Tabulka č. 10 – Doba používání sippingu – tzv. pitíčka?	39
Tabulka č. 11 – Bylo Vám doporučeno používání sippingu – tzv. pitíčka ?	40
Tabulka č. 12 – Kdo Vás seznámil s informací o užívání sippingu – tzv. pitíček?	41
Tabulka č. 13 – Kde jste získal informace o výrobcích sippingu – tzv. pitíček?	42
Tabulka č. 14 – Ocenil byste více informací o typech a možnostech užití výrobků?	43
Tabulka č. 15 – Která příchut' sippingu – tzv. pitíčka Vám chutnala?	44
Tabulka č. 16 – Jaký máte subjektivní pocit z užívání sippingu – tzv. pitíčka?	45
Tabulka č. 17 – Subjektivní pocit užívání sippingu při užívání	46
Tabulka č. 18 – Rozdělení respondentů „Jaký je Váš názor na cenu 1 balení sippingu“ podle využívání či nevyužívání sippingu	47
Tabulka č. 19 - Rozdělení respondentů „Jaký je Váš názor na cenu 1 balení sippingu“ podle pravidelného či občasného využívání sippingu	48
Tabulka č. 20 – Rozdělení respondentů „Jste spokojen s dostupností sippingu“ s přihlédnutím k hospitalizaci	49
Tabulka č. 21 - Rozdělení respondentů „Jste spokojen s dostupností sippingu“ podle využívání sippingu	49
Tabulka č. 22 - Rozdělení respondentů „Jste spokojen s dostupností sippingu“ podle pravidelného či občasného využívání sippingu	49

Seznam grafů:

Praktická část

Graf č. 1 – Pohlaví	30
Graf č. 2 – Věk	31
Graf č. 3 – Zastoupení podle BMI	32
Graf č. 4 – Hmotnostní úbytek větší než 3 kg v posledních 6 měsících	33
Graf č. 5 – Typ onkologického onemocnění	34
Graf č. 6 – Doba léčby s onkologickým onemocněním	35
Graf č. 7 – Hospitalizace respondentů v době sběru dat	36
Graf č. 8 – Znalosti o produktu	37
Graf č. 9 – Využití sippingu	38
Graf č. 10 – Užívání sippingu	38
Graf č. 11 – Byl Vám doporučen sipping	40
Graf č. 12 – Kdo Vás seznámil s informacemi o užívání sippingu	41
Graf č. 13 – Kde jste získal informace o výrobcích sippingu	42
Graf č. 14 – Ocenil byste více informací o výrobcích	43
Graf č. 15 – Oblíbená příchut' u pacientů	44
Graf č. 16 – Subjektivní pocit z užívání sippingu	45
Graf č. 17 – Váš názor na cenu sippingu	46
Graf č. 18 – Jaký je Váš názor na cenu sippingu	47
Graf č. 19 – Jste spokojen s dostupností / možnostmi nákupu sippingu	48