



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Výživa onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Miroslava Tichá

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem *Výživa onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči* jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2017

.....

Miroslava Tichá

Poděkování

Mé upřímné poděkování patří především paní Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D., za ochotu, trpělivost a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu z paliativního oddělení a dietním sestřám z nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze při realizaci výzkumu. Velké poděkování patří také všem pacientům, kteří se mnou výzkum absolvovali, protože bez nich by má práce nemohla být dokončena. A nakonec bych ráda poděkovala celé mé rodině, za trpělivost a podporu při celém studiu.

Výživa onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči

Abstrakt

Výživa u onkologických pacientů v paliativní péči je velkým celosvětovým problémem, a proto mě napadlo toto téma zpracovat a dozvědět se o problematice více. I když se léčba onkologické choroby v této době posunula kupředu, výskyt nádorů se velmi zvýšil po celém světě v poměrně vysokých procentech.

Tato práce je rozdělena na dvě části, přičemž v teoretické části je popisováno, jakým způsobem se onemocnění rozvinulo a jaká jsou procenta incidence, prevalence a mortality v České republice. Dalšími body uvedenými v práci jsou symptomy, které jsou spojeny s onemocněním – malnutrice, kachexie, nevolnost a jiné. Nejdůležitější částí je však výživové doporučení, které je indikováno individuálně na každého pacienta zvlášť. K výživovým doporučením zařazujeme i enterální a parenterální výživu, jelikož správná výživa může ovlivnit nejen fyzický stav pacienta, ale i psychický stav. Posledním bodem v teoretické části je popsána paliativní péče a její rozdělení.

Cílem praktické části práce bylo zmapovat, jakým způsobem se v současné době stravují onkologicky nemocní pacienti v paliativní péči. Pro doplnění cíle byly stanoveny 2 výzkumné otázky: 1. Jak ovlivňuje onemocnění chuť k jídlu pacientů v paliativní péči? a 2. Která složka stravy je u pacientů deficitní?

Jednalo se o kvalitativní výzkum, probíhající u 6 onkologických pacientů na paliativním oddělení. Metodou zvolenou pro sběr dat u pacientů byly dotazníky a rozhovory s pacienty a zdravotnickým personálem. Po dokončení jsem zhodnotila jídelníčky v programu Nutriservis a celkový stav pacientů pomocí škály nejčastějších symptomů. Podle výsledků se většina pacientů pohybovala pod hranicemi normy, s protein – energetickou malnutricí. Malnutrice u pacientů byla způsobena nedostatkem příjmu stravy, převážně bílkovinné, dále podáváním léků, které mohou ovlivnit chuť k jídlu nebo projevem symptomů spojených s onemocněním.

Klíčová slova

onkologický pacient; paliativní péče; symptomy; výživová doporučení; malnutrice

Nutrition of oncology patients in palliative care

Abstract

Nutrition of oncological patients in palliative care is a serious global problem, and therefore, I decided to make a research and learn more about this problematics. Although treatment of cancer in this time has moved forward, cancer spread throughout the world in relatively high values.

This work is divided into two parts, while in the theoretical part is described the way the disease spreads, what is the percent incidence, prevalence and mortality in the Czech Republic. Next, what symptoms are associated with this disease – malnutrition, cachexia, nausea, and other. The most important part of this thesis is description of the nutritional recommendation, which is specified for each patient individually associated in regards with enteral and parenteral nutrition, as proper nutrition can affect not only the physical needs, but also psychological and also improve the overall condition of the patient. The described care and its division is the last point in the theoretical part.

The current way of eating of oncological patients in palliative care was the aim of the practical part of the thesis. My research questions are: 1. How does the disease affect the appetite of the patient in palliative care? and 2. Which component of the patients diet is deficient?

The topic was processed in a way of qualitative research of 6 oncology patients at palliative department, I used interviews and questionnaires with patients and medical staff. I reviewed the menus in the program Nutriservis and the general condition of patients using a scale of most common symptoms. According to the results, the majority of patients ranged under the limits of standards, with protein – energy malnutrition, which was caused by a lack of food rich in protein and also opioids medication which can affect appetite or symptoms associated with this disease.

Key words

oncology patient; palliative care; symptoms; nutritional recommendations; malnutrition

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Onkologie.....	9
1.1.1 Incidence, prevalence, mortalita nádorů	9
1.2 Příznaky a diagnostika	10
1.2.1 Příznaky.....	10
1.2.2 Diagnostika.....	11
1.2.3 Kvalifikace nádorů.....	12
1.3 Příčiny vzniku a prevence	13
1.3.1 Příčiny vzniku.....	13
1.3.2 Prevence.....	13
1.4 Malnutrice	15
1.4.1 Rozdělení malnutrice	16
1.4.2 Nádorová anorexie	16
1.4.3 Nádorová kachexie	17
1.5 Hodnocení stavu výživy	17
1.5.1 Nutriční screening.....	17
1.5.2 Anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření	18
1.6 Výživa	19
1.6.1 Vedlejší účinky protinádorové léčby	20
1.6.2 Výživová doporučení.....	23
1.6.3 Enterální výživa	24
1.6.4 Parenterální výživa	25
1.7 Paliativní péče	25
1.7.1 Rozdělení paliativní péče.....	25
1.7.2 Cíle nutriční péče	26
2 Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27

2.3	Operacionalizace pojmů.....	27
3	Metodika výzkumu.....	28
3.1	Použitá metodika.....	28
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	29
3.3	Etika výzkumu	29
3.4	Sběr dat.....	30
3.5	Analýza dat.....	30
4	Výsledky.....	31
4.1	Škála nejčastějších symptomů u pacientů	38
4.2	Výpočet po doporučenou hodnotu	41
4.3	Porovnání jídelních lístků	42
5	Diskuze	50
6	Závěr.....	56
7	Seznam použitých zdrojů	58
8	Přílohy	63

Úvod

Podle průzkumů a studií se stále zvyšuje počet onkologicky nemocných pacientů, a to nejen v České republice. K rozvoji onkologické choroby ve světě mohou přispívat různé faktory, jako například genetické, ale také zevní vlivy či samotné stárnutí. Všichni pacienti bohužel nemají tu možnost své onemocnění vyléčit chemoterapií, radioterapií či chirurgickými zákroky anebo výživou, a proto jsou pro takovéto pacienty zavedeny hospici a v některých nemocnicích i oddělení paliativní péče. V zařízeních je o pacienty důstojně postaráno především po psychické stránce až do jejich konce života. Tato hodnotná péče o onkologické pacienty je v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, kde probíhala má výzkumná část bakalářské práce. Zdravotnický personál zajišťoval plnou psychickou podporu nejen pacientům, ale i jejich rodinným příslušníkům.

V teoretické části práce jsem se snažila použít nejnovější zdroje informací pro přehlednost o onkologické chorobě ve světě a konkrétně u nás v České republice. Dále je podstatné se zmínit o výživě v paliativní péči u onkologicky nemocných pacientů. Pro větší přehled zde zařazuji i pár slov o enterální a parenterální výživě, kterou k tomuto onemocnění můžeme spolu s perorální výživou přiřadit.

1 Současný stav

1.1 Onkologie

Stránský, M. a Ryšavá, L. (2014) uvádí, že onkologickou chorobou onemocní na celém světě kolem 11 milionů pacientů během jednoho roku a z toho necelých 7 milionů pacientů na toto onemocnění umírá. O onkologickou chorobu se zajímá i Klener, P. (2011) a ten říká, že každý čtvrtý člověk v České republice onemocní právě na zhoubné nádorové onemocnění a každý pátý člověk tomuto onemocnění podlehe a zemře. Podle něj se odhaduje, že nádory patří dokonce na druhé místo z příčin úmrtí. Vorlíček, J. (2011) se konkrétně zabývá roční diagnostikou pacientů, která činí kolem 75 000 onemocnění rakoviny během jednoho roku. Díky tomu můžeme říci, že vzrůstá počet nemocných s onkologickou chorobou a s největšími komplikacemi se setkáváme právě v organizaci péče. Dále autor uvádí, že pacienti, kteří se s onemocněním dostaví k léčení, musí být neprodleně vystaveni veškeré péči, jelikož včasná diagnostika a prevence jsou jedním z velkých pomocníků v boji s nádorovým onemocněním.

1.1.1 Incidence, prevalence, mortalita nádorů

Incidence nádorů

Tento pojem značí počet nově vzniklých onemocnění za určitou časovou dobu, nejčastěji se uvádí za rok k celkovému počtu osob ve sledované populaci (Klener, P., 2006).

Podle International Agency for Research on Cancer (© 2017) je incidence nejvíce za poslední rok v České republice u kolorekta a to 14 %, dále pak prsu 12 %, prostaty také 12 %, stejně tak i plic 12 % a dokonce i 5,7 % u ledvin a 4,3 % u močového měchýře.

Prevalence nádorů

Pokud stoupá mortalita, faktor prevalence klesá, jelikož prevalence je celkový počet nemocných v populaci, kteří trpí určitým zhoubným nádorovým onemocněním (Klener, P., 2006).

Pětiletá prevalence zhoubných nádorových onemocnění je nejvíce v České republice u prsou a to 17 %, dále je ve stupnici prostata s 16 %, kolorektum s 14 %, ledviny 6,6 %, melanom kůže s 5,7 %, močový měchýř až 5,6 %, tělo děložní s 4,9 % a 4,7 % plic, uvádí ve svých statistikách International Agency for Research on Cancer (© 2017).

Mortalita nádorů

Tento pojem značí počet zemřelých pacientů na zhoubné nádorové onemocnění za rok, k celkovému počtu osob ve sledované populaci (Klener, P., 2006).

V České republice je největší počet zemřelých pacientů za poslední rok na zhoubné nádorové onemocnění podle International Agency for Research on Cancer (© 2017), u rakoviny plic a to celých 19 %, dále pak kolorekta 13 %, pankreatu 7,2 %, rakovina prsu 6 %, prostata činí 4,7 %, žaludek 4,1 % a ledviny stejně tak 4,1 %.

1.2 Příznaky a diagnostika

1.2.1 Příznaky

American Cancer Society (2014) i Klener, P. (2013) uvádějí, že pokud na sobě pacient pocítí změny a není tedy s jeho tělem něco v pořádku, měl by co nejdříve vyhledat lékařskou pomoc. Dále tvůrci podotkli, že pokud se na nádor přijde včas, může být odstraněn chirurgicky a následně být dále léčen. Podle obou zdrojů může být projevení varovných příznaků viditelné anebo pocitové a lze již okamžitě zjistit, jak moc je stádium onkologické choroby pokročilé. American Cancer Society (2014) uvádí, že pacient ze začátku nemoci většinou nemá žádné příznaky, které by ho vedly k vyhledání lékařské pomoci, ale pacient na sobě změny může pozorovat např. únavu, kašel nebo bolest a je tedy možné, že pokud přetrvávají dlouhodobě, bylo by dobré vyhledat lékaře.

Varovnými příznaky nádorového onemocnění mohou být podle obou zdrojů např. horečka, nechutenství a úbytek hmotnosti, což podle American Cancer Society (2014) je nejčastějším příznakem pro vznik nádoru slinivky břišní, gastrointestinálního traktu nebo nádoru plic. Dalšími příznaky mohou být bolest, únava nebo změny na kůži jako

např. svědění, zčervenání kůže ale i rány, které se nehojí, nebo zažívací obtíže (American Cancer Society, 2014).

Klener, P. (2013) uvádí příznaky, které jsou viditelné a to:

- krev v moči a ve stolici,
- krvácení u žen mimo periodu,
- nápadná změna mateřského znaménka,
- kašel a přetrvávající chrapot,
- kdekoliv na těle se vytvoří zatvrdliny anebo se zvětší uzliny.

1.2.2 Diagnostika

Podle Klenera, P. (2013) pacient, který na svém těle vyzoboruje včas varovné signály, může mít úspěšnější léčení a naději na uzdravení, díky včasnému podchycení nádorového bujení.

Naplánování správné léčby zajistíme pomocí diagnostických metod, které nám určí stádium onemocnění a s tím spojené komplikace (Vorlíček, J., Vorlíčková, H., 2012). Podle Chocenské, E., Mócikové, H., Dědečkové, K., (2009) je nejlepším způsobem mikroskopické vyšetření, ze kterého patolog určí typ nádoru, podle toho se odvíjí následná léčba a operace.

Vorlíček, J., Vorlíčková, H., (2012) i Klener, P. (2006) píší o stejných diagnostických metodách, kterými je v první řadě anamnéza, která je podstatnou částí vyšetření a podle ní se dozvíme veškeré údaje o životním stylu pacienta. Dále se zaměřujeme na vzhled pacienta, ptáme se ho, zdali nemá potíže s nechutenstvím nebo hubnutím, jestli jeho moč nebo stolice neobsahuje viditelnou krev, u žen se ptáme na menstruaci a nepravidelné krvácení nebo jestli pacient nemá gastrointestinální potíže, popřípadě jak moc je unavený, zdali netrpí bolestí, nespavostí anebo nezpozoroval nějaké změny na pokožce a jiné, uvádí Vorlíček, J., Vorlíčková, H., (2012) a Klener, P., (2006).

Celkové vyšetření pacienta by podle Vorlíčka, J., Vorlíčkové, H., (2012) mělo vypadat tak, že se zkontroluje pacientům krk a dutina ústní, prsa u žen, kůže celého těla, provede se vyšetření konečníku a odebere se vzorek stolice na okultní krvácení, vyšetří

se moč, provede se gynekologické vyšetření, dále je podstatné provést i rentgen srdce a plic a v neposlední řadě i krevní obraz. Autoři dále uvádí, že pro určení nádorového onemocnění se dále vykonává laboratorní, hematologické, biochemické, mikroskopické vyšetření, nadále vyšetření biologického materiálu, endoskopické vyšetření a zobrazovací vyšetření, které nám určí uložení a velikost nádoru, zdali se rozšířil do okolních tkání, vymezí krevní zásoby nádoru a postižení lymfatického systému nebo jiné.

1.2.3 Kvalifikace nádorů

Eckschlager, T. a Petruželka, L., (2014) sdělují, že nádory rozdělujeme na maligní a benigní. Blíže nás poté seznamují s detaily o tom, jak benigní nádory takzvané nezhoubné nádory, nemohou metastazovat, a ve většině případů neohrožují okolní tkáně, zatímco maligní nádory tedy jinak řečeno zhoubné nádory, mohou metastazovat a působit velmi agresivně a ve většině případů se šířit do okolních tkání, popřípadě mohou i do vzdálených míst na těle například z plic do mozku. Vorlíček, J. (2012) rozděluje růst nádorů morfologicky na 3 typy:

- Expanzivní – nezhoubné nádory se ve většině případů rozrůstají a způsobují utlačování okolních tkání a vznikají atrofie, stejně tak se i některé zhoubné nádory mohou takto rozrůst;
- Infiltrativní – tento typ růstu je charakteristický tím, že do okolních tkání vrůstají nádorové buňky, ale zároveň je přímo neničí;
- Invazivní – je velmi agresivní a okolní tkáně jsou tak ničeny vrůstáním nádorových buněk.

Fabian, P., (2015) a Vorlíček, J. (2012) říkají, že nádory můžeme rozdělit do skupin podle toho, v jaké tkáni nádor vzniká. Toto rozdělení se nazývá histogenetické, shodují se na tom oba autoři. V obou zdrojích můžeme najít dokonce stejné rozdělení nádorů, a to na mezenchymové, tvoří se z pojivových tkání, epitelové, nejvíce se objevující, dále neuroektodermové, což jsou nádory centrální a periferní nervové soustavy a germinální, neboli vznik nádoru v zárodečné buňce. Fabian, P. (2015) uvádí ještě hepatopoetické a

smíšené, zatímco Vorlíček, J. (2012) do rozdělení zařazuje choriokarcinom a mezoteliom.

1.3 Příčiny vzniku a prevence

1.3.1 Příčiny vzniku

Příčina vzniku maligních tumorů závisí na 3 faktorech, na stáří, dědičných predispozicích a na vnějším prostředí, uvádí Stránský, M., Ryšavá, L., (2014). Holcátová, I. a Svačina, Š., (2008) uvádí, že vznik nádorů, může být způsoben stravou kolem 30 %, chronickými infekcemi zhruba 10-25 %, tabákem zapříčiněno kolem 15-30 %, a asi z 5 % jinou příčinou. Zatímco Stránský, M. a Ryšavá, L., (2014) rozdělují příčiny úmrtí na onkologickou chorobu tak, že výživou může být do jisté míry způsobena z 35 %, kouřením z 30 %, alkoholem u mužů z 10 % a u žen ze 3 %, nedostatkem pohybu 5 % a stejným procentem i infekcemi. Další příčinou pak ještě může být např. zaměstnání, vnější vlivy, cizorodé látky anebo neznámé příčiny, uvádí ve své práci tvůrci.

1.3.2 Prevence

Druhy preventivních prohlídek a poskytovatelé, kteří je provádějí

(1) Druhy preventivních prohlídek jsou preventivní prohlídka v oboru

- a) všeobecné praktické lékařství (dále jen „všeobecná preventivní prohlídka“),*
- b) praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „všeobecná preventivní prohlídka dětí“),*

c) zubní lékařství (dále jen „zubní preventivní prohlídka“),

d) gynekologie a porodnictví (dále jen „gynekologická preventivní prohlídka“).

(2) Poskytovatelem provádějícím preventivní prohlídku podle

- a) odstavce 1 písm. a) je registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství,*
- b) odstavce 1 písm. b) je registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,*

c) odstavce 1 písm. c) je registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru zubní lékařství,

d) odstavce 1 písm. d) je registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru gynekologie a porodnictví (Sbírka zákonů České republiky, 2012, s. 842).

Žaloudík, J., Vyzula, R., Vorlíček, J., (2006) rozdělují prevenci onkologické choroby do 4 skupin: primární, sekundární, terciální a kvartérní.

U primární prevence se tvůrci zaměřují na to, jak bychom měli žít, abychom se onkologické chorobě vyhnuli. Navrhují omezit kouření, a to zejména u mladistvých, nadále by bylo vhodné podporovat léčbu závislosti na kouření, klást větší důraz na omezení pití alkoholu, podporovat očkování a doporučují i nepodceňování preventivních lékařských prohlídek. Autoři se zmiňují i o tom, že se dělají průzkumy na zlepšení životního prostředí. Primární prevencí se zabývá i Michálková, H. (2016), která říká, jakým způsobem je možné zamezit vzniku nádorových onemocnění pomocí zdravého životního stylu. Michálková, H. (2016) říká, jak předejít tomuto onemocnění pomocí konzumace stravy bohaté na ovoce a zeleninu, konzumace celozrnných výrobků a luštěnin, které obsahují spoustu vitamínu a minerálních látek jako např. vitamín A, C, D, E a kyselinu listovou a z minerálních látek převážně vápník a selen. Dále se zde zmiňuje o rizikových faktorech, které mohou přispět právě ke vzniku onkologické choroby. Tím tedy podle autorky může být nedostatek pohybu, kouření, pití velkého množství alkoholu, obezita, UV záření, stres, ale i okolní prostředí. Stránský, M., Ryšavá, L., (2014) se s Michálkovou, H. (2016) na primární prevenci shodují a doplňují ji tak, že by pacienti měli mít BMI (body mass index) v normě a to je 18,5 - 24,9. Shodují se i na zvýšení konzumace potravin i nápojů s nízkým glykemickým indexem a doporučují jíst pravidelně pestrou stravu bohatou na ovoce (okolo 200 g) a zeleniny (kolem 400 g) během dne, konzumovat ryby 2-3x týdně. Rovněž podotýkají, aby se pacienti vyhýbali potravinám s vysokým obsahem soli (konzervy, uzeniny, kořenící směsi atd.), poněvadž doporučené množství soli na den je 5 g. Důležitým bodem, kterým autoři zmiňují, je vyhýbat se potravinám, které jsou napadeny plísní. Dále radí zvýšit pohybovou aktivitu během dne. Doporučuje se kojícím matkám krmit dítě do 6.

měsíce pouze mateřským mlékem (Stránský, M., Ryšavá, L., 2014) a (Michálková, H. 2016). Wax, E. (2016) s předchozími autory souhlasí a nadále se zabývá tím, že by pacienti neměli používat potravinové doplňky, které jsou zaměřeny na ochranu proti vzniku onkologické choroby a raději po protinádorové léčbě dodržovat zásady primární prevence.

Dalším typem prevence je prevence sekundární, která se zaměřuje na užší skupinu pacientů, kterým byl včas podchycen maligní nádor a je u nich velká pravděpodobnost na vyléčení (Žaloudík, J., Vyzula, R., Vorlíček, J., 2006). Pro poskytnutí včasné diagnostiky nádoru jsou v České republice vytvořeny screeningové programy od roku 2002 na karcinom prsu, kam mohou chodit ženy starší 45 let, výjimkou pro ženy není ani screening děložního čípku, který je zaveden od roku 2008 pro věkovou kategorii od 25 do 70 let a posledním screeningovým programem je vyšetření stolice na okultní krvácení pro muže i ženy od 50 do 70 let, uvádí Joukalová, Z. (2017).

Terciální prevencí se rozumí zabránění znovu propuknutí nádorového onemocnění, které již pacient prodělal (Tesařová, P., 2013). Cílem této prevence je pravidelná kontrola orgánu lékařem, ale i kontrola orgánu párového, pokud byl nádor objeven např. v prsu, důležité je u něj dohlížet na nežádoucí účinky léčebných opatření a kontrolovat vznik nových druhů nádorových onemocnění, jelikož má pacient po prodělání onkologické choroby předpoklady k vrácení této nemoci, říká Tesařová, P. (2013).

Posledním typem je prevence kvartérní, která již není zaměřená na vyléčení pacienta, ale na udržení kvality života v samém konci (Žaloudík, J., Vyzula, R., Vorlíček, J., 2006). Uvádí i to, že by pacienti neměli zanedbávat léčbu a měla by se pacientům s nevléčitelnými nádory zajistit psychická podpora a možnost konzultace o paliativní medicíně.

1.4 Malnutrice

U pacientů s nádorovým onemocněním se velmi často objevuje ztráta chuti a následná malnutrice neboli podvýživa, což vede k velkému nutričnímu riziku, které je charakteristické zvýšeným výdejem a sníženým příjmem energie, uvádí Křížová, J. (2016). Autorka se dále zmiňuje o tom, že největší výskyt malnutrice se objevuje u nádorů v oblasti zažívacího traktu, plic a pankreatu. Podstatné pro udržení správné

funkce celého těla, a to jak orgánů, tak i imunity, je mít dobrý zdravotní stav, jelikož napomáhá při hojení ran a může po operačních stavech snížit výskyt komplikací i při onkologické léčbě, a tím zlepšuje celkovou kvalitu života pacienta (Holečková, P., 2012).

1.4.1 Rozdělení malnutrice

- Proteinová (kwashiokor, izolovaná proteinová malnutrice) = nízká hladina nutričního proteinu v séru;
- Energetická (kachexie, marasmus, marantický typ) = slabé tělesné zásoby tuku, nedostatečný přísun energie;
- Protein – energetická = kombinace proteinové a energetické malnutrice;
- Prostá (prosté hladovění);
- Stresová (hypermetabolický nebo hypometabolický typ malnutrice);
- Malnutrice při onemocněních = součástí této malnutrice je nedostatečný přísun energie, proteinů, jak prostá malnutrice, ale i stresový typ malnutrice (Kohout, P., 2009).

Kotrlíková, E., (2014) uvádí hodnoty, které se zaměřují na vznik malnutrice a jsou to tedy antropometrické parametry jako je BMI <16, úbytek hmotnosti >5% za měsíc nebo >10% za 6 měsíců, dále na kožní řasy nad tricepsem u mužů 3,5 mm a u žen 7 mm, obvod paže 19,5 cm u mužů a 15,5 cm u žen. Dalšími hodnotami podle autorky mohou být laboratorní parametry jako je albumin <30 g/l, prealbumin <0,2 g/l, transferin <2 g/l, popřípadě další parametry, které by nám mohly pomoci při odhalení malnutrice a to např. krevní obraz nebo třeba metabolismus železa.

1.4.2 Nádorová anorexie

Cassidy, J., et. al. (2015) a Sláma, O. (2012) se shodují na názoru, že příčinou nádorové anorexie mohou být velké bolesti, které nejsou léčeny nebo zmírňovány. Cassidy, J., et. al. (2015) se zmiňuje, že nejen bolest může ovlivnit chuť k jídlu, ale i např. infekce, deprese nebo metabolické poruchy. Sláma, O. (2012) se zaměřuje na celkové stravování pacienta a podle jeho chuti se indikuje dieta, popřípadě se podává na doplnění sipping. Zabývá se i závažností podávání množství všech léků, zdali jsou

všechny potřeby, neboť i ty mohou ovlivnit celkovou chuť k jídlu. Autor upozorňuje rovněž na pacienty, kteří jsou v terminálním stádiu nemoci, a z toho důvodu se u nich podává strava dle jejich přání, respektuje se nechut k jídlu a jestliže pacient nechce jíst, nemusí.

1.4.3 Nádorová kachexie

Nádorové kachexie je zánětlivý stav a vzniká tím, že se z tumoru začnou uvolňovat cytokiny (Dev, R., Wong, A., Hui, D., Bruera, E., 2017). Autoři dále uvádí, že nádorová kachexie se vyznačuje inzulinovou rezistencí, únavou a ztrátou svalstva, která následně způsobí pokles fyzické aktivity.

Nádorová kachexie není už pouhé hladovění s úbytkem hmotnosti, ale jde o celkové ztráty jak tukové, tak svalové hmoty s tím, že je porušen celkový metabolismus a to sacharidů, tuků i bílkovin, shodují se na tom Cassidy, J., et. al. (2015) a Sláma, O. (2012).

1.5 Hodnocení stavu výživy

Před vyšetřením by měl být s pacientem vyplněn dotazník, který zhodnotí jeho celkový stav pomocí údajů z jeho anamnézy, antropometrických, fyzikální a v neposlední řadě i laboratorních vyšetření (Charvát, D., 2014). Podle autora můžeme pacienta klasifikovat pomocí škály pro zhodnocení stavu výživy, která se jmenuje MNA – mini nutritional assessment.

1.5.1 Nutriční screening

Kotrlíková, E. (2014) říká, že před přijetím každého pacienta na vyšetření by měl být tedy udělán nutriční screening neboli dotazník, který nám určí, v jakém stavu pacient je a zdali je schopen samostatného příjmu potravy. Podle něj pak zjistíme současný nutriční stav, např. malnutrici, říká Kotrlíková, E. (2014). Ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze mají v Centru výživy, Kohout a Starnovská, tento nutriční screening zpracovaný pomocí Nottingamského dotazníku (Kohout, P., 2009a).

Pokud je pacient při přijetí malnutriční, je potřeba, aby o tom byl informovaný lékař a nutriční tým říká Kohout, P. (2010), pokud pacient malnutriční není, dostane

dietu určenou k danému onemocnění podle stanoveného dietního systému, který mají zavedený v nemocnici. Kotrlíková, E. (2014) uvádí, že malnutriční pacient by měl být dále vyšetřen pomocí fyzikálního vyšetření a laboratorního vyšetření, kde především hodnotíme koncentraci sérových proteinů, jako jsou albumin, prealbumin a transferin.

1.5.2 Anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření

Anamnéza

Zlatohlávek, L., Křížová, J., (2016) říkají, že anamnéza je důležitou součástí k určení diagnózy pacienta. Autoři se zmiňují o rozdělení anamnézy na:

- osobní anamnézu – určení závažných onemocnění v průběhu života, konzumaci alkoholu, kouření, těhotenství;
- alergickou anamnézu – ptáme se na potravinové alergie, alergie na léky, či alergie zkřížené;
- rodinnou anamnézu – diabetes mellitus, obezita, KVO, nádorové onemocnění...;
- pracovní a sociální anamnézu – současné zaměstnání, bydlení, počet členů v domácnosti, schopnost nákupu;
- nutriční anamnézu – stravovací návyky, jak často jíme, kdy a kde jíme, problémy s kousáním, polykáním, pálením žáhy, střevními problémy jako je zácpa, průjem, dále fyzická aktivita a popřípadě úbytek nebo nárůst hmotnosti v posledních 6 měsících;
- farmakologickou anamnézu – ptáme se na léky (kolik a jaké);
- popřípadě gynekologická anamnéza.

Fyzikální vyšetření

Do fyzikálního vyšetření se zařazuje celkový pohled na pacienta, a to s důrazem na kůži – zbarvení, otoky, suchost a na hybnost končetin (Zlatohlávek, L., Křížová, J., 2016).

Antropometrické vyšetření děláme pomocí BMI (body mass index), kterým se značí hmotnost v kg/m² (Stránský, M., Ryšavá, L., 2014) a (Zlatohlávek, L., Křížová, J., 2016). Neznamena to však, že nám udá rozložení tukové a svalové tkáně, a proto tento pojem není do jisté míry natolik přesný k určení obezity nebo naopak malnutrice:

- kachexie méně než 18,5;
- norma 18,5-24,9;
- nadváha 25- 29,9;
- obezita 1. stupně 30- 34,9;
- obezita 2. stupně 34,9- 39,9;
- obezita 3. stupně 40 a výše, a proto se dále zaměřujeme na obvod pasu, který by měl být u mužů do 94 cm a u žen do 80 cm, na čemž se shodují Stránský, M., Ryšavá, L., (2014) a Zlatohlávek, L., Křížová, J., (2016). Dále se může měřit ještě obvod paže, která by měla činit v normě 19,5 cm u mužů a 15,5 cm u žen, za pomoci kaliperu se měří kožní řasy, a to až na 10 místech těla, uvádí Zlatohlávek, L., Křížová, J., (2016).

Laboratorní vyšetření

Dalším typem, jak hodnotit stav výživy, je laboratorní vyšetření, které nám určuje hodnotu sérových bílkovin, a to albumin s normálními hodnotami 35–45 g/l, prealbumin 200-300 mg/l a transferin 2,5-3 g/l (Zlatohlávek, L., Křížová, J., 2016).

1.6 Výživa

Ideálním postupem po zjištění nádoru je okamžitá podpora léčby vhodnou výživou, zároveň s protinádorovou léčbou jako je chirurgickým zákrokem, chemoterapií, radioterapií nebo kombinací, uvádí Navrátilová, J. (2010). Dále autorka říká, že se pacient při protinádorové léčbě setkává se spoustou vedlejších účinků, které mohou vyvolat nechutenství, zácpu, průjem, nevolnost, změnu tělesné hmotnosti nebo třeba i suchost v ústech.

Holcátová, I., Svačina, Š., (2008) a Křížová, J. (2016) se shodují na názoru, že dostatečný příjem ovoce a zeleniny je prevencí nádorů zažívacího traktu, nejvíce tlustého střeva, jícnu a žaludku. Křížová, J., (2016) doplňuje, že by incidence těchto malignit mohla být celosvětově snížena až o 50 %, a to i u nádoru prsu, ale prozatím nejsou studie důkladně prověřeny. Prokázaným antikarcinogenním vlivem, je podle Zoubková, H., (2014) zelený čaj. Zkoumaná fytochemikálie epigalokatechin glat, která je obsažena v zeleném čaji, obsahuje organické látky a ty dokáží zamezit poškozování

lidských buněk (Zoubková, H., 2014). Díky této studii dále uvádí, že zelený čaj může být využíván jako prevence proti nádorovému onemocnění. Autorka říká, že lze koupit zelený čaj s fytochemikálií běžně na trhu jako doplněk stravy s doporučenou denní dávkou nebo stačí pít normální zelený čaj dostupný v jakémkoli obchodě.

Další účinnou látkou je kyselina fytoová, která je obsažena převážně v semenech obilovin, luštěnin nebo olejnin a ta by mohla působit jako prevence proti vzniku nádoru např. nádoru prsu a střev, sdělují Strunecká, A., a Patočka, J. (2006).

Holcátová, I., Svačina, Š., (2008) uvádějí rizikové faktory, které mohou vyvolávat nádorové onemocnění, jako je alkohol, kouření, nadměrný příjem soli, konzumace červeného masa, grilování, nejvíce se však za rizikové považuje nadváha, obezita a nízká fyzická aktivita.

1.6.1 Vedlejší účinky protinádorové léčby

Vedlejšími účinky nádorové léčby jsou nejčastěji nechutenství, nevolnost nebo zvracení, dále to mohou být průjemy a zácpa, suchost v ústech nebo porucha polykání, hubnutí a potlačená imunita (Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., 2007). Autorky dále doporučují, jak při vedlejších účincích postupovat:

Nechutenství

- důležité je udržet si dostatečnou pohybovou aktivitu během dne a dělat běžné věci, dobré je vyvětrat místnost od pachů před jídlem, udělat si barevnější a pestřejší pokrmy. Tvůrkyně radí zkoušet nové receptury, jíst lehce stravitelné pokrmy, pomalu a častěji a dopřávat si běžné potraviny. Podle nich je nadále dobré se vyhýbat potravinám bez tuku, vyvarovat se potravinám, které způsobují nevolnost a nahradit je jiným zdrojem, jako např. maso nahradit mléčnými výrobky, dále jíst dostatek ovoce a zeleniny, dát si pozor na konzumaci alkoholu, pokud pacient užívá léky. Pokud léky neužívá, je možné si dopřát skleničku vína, jelikož zvyšuje chuť k jídlu, dále je dobré nejdříve jíst a až poté pít a pokud nestačí strava na vyživení, je možné si v lékárně koupit k popíjení a doplnění energie sippingy (Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., 2007);

Nevolnost a zvracení

- při nevolnosti a zvracení se doporučuje např. nosit volný oděv, poslouchat oblíbenou muziku, relaxovat, dělat dechové cvičení, sedět u jídla, relaxovat po jídle, cucat mražené kostky ledu, jíst netučná jídla a podávat lehce stravitelná jídla, které nejsou příliš kořeněná anebo aromatická (Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., 2007). Autorky radí jíst častěji v malých dávkách a pomalu, stejně tak Navrátilová, J. (2010), se přiklání k tomu, řešit takovéto obtíže individuálním přístupem;

Průjmy

- při tomto vedlejším účinku je nutné doplňovat tekutiny, jelikož při průjmech jsou velké ztráty vody, vitamínů a minerálních látek (Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., 2007). Dále autorky podotýkají, jak je důležité jíst v pravidelných intervalech, vynechávat z jídelníčku syrovou a nadýmavou zeleninu, luštěniny, nezralé ovoce, celozrnné pečivo, kynutá těsta, perlivé nápoje a slazené limonády, popřípadě alkohol, plísňové tučné sýry a mléčné výrobky. Píší i o nevhodných potravinách, jako jsou tučná masa jako např. bůček, kachna, husa, nevhodné jsou přípravy na velkém množství tuku, déle pak konzumace příliš ostrých koření – chilli, pepř. Udávají ve svých doporučeních naopak i vhodné potraviny jako jsou např. vařená zelenina, nenadýmavé ovoce – jablka, banán, pyré, bílé pečivo, brambory, rýže, těstoviny, netučné tvrdé sýry a mléčné výrobky, libová masa – kuřecí, krůtí, ryby, vejce vařené nebo ve formě mlhoviny do polévky. Důležité je přidávat tuk v malém množství a až do hotového pokrmu a kořenit potraviny pomocí zelených natí a celkově podávat potraviny bohaté na sodík a draslík (Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., 2007). Z nápojů navrhuje autorky podávat čaje, pitnou vodu, ředěné ovocné džusy vodou a neperlivé nápoje;

Zácpy

- pokud pacient nemá dostatek pohybu, může se u něj snadněji projevit zácpa a další příčinou může být stres ze samotného onemocnění, stejně tak může zácpu způsobit i strava chudá na vlákninu a tekutiny (Starnovská, T., Pavlíčková, J.,

Hrbková, D., 2007). Navrhují tedy vypít alespoň 2,5l za den, převážně neperlivé vody, džusů, minerálních vod nebo čajů, dále je vhodné pít teplé nápoje, jíst pravidelně a konzumovat potraviny s obsahem vlákniny – ovoce, zelenina, celozrnné výrobky nebo vločky. Autorky doporučují se ze začátku léčby vyhýbat nadýmavým potravinám jako např. luštěninám, některých druhům zeleniny (květák, brokolice, kapusta,..), nápojům s obsahem CO₂ (oxid uhličitý) nebo i třeba cibuli a česnek. Vhodným zdrojem pro zlepšení vyprazdňování udávají dostatek fyzické aktivity během dne.

Suchost v ústech

- doporučují se žvýkat žvýkačky bez cukru, cucat kostky ledu nebo zmraženého džusu, zvlhčovat dutinu ústní nápoji, popíjet mléčné nápoje, to uvádějí ve svých doporučeních Starnovská, T., Pavlíčková, J., a Hrbková, D., (2007). Dále navrhují, jak je vhodné podávat pokrmy se šťávami pro snadnější polykání, k tomu pít dostatek tekutin a dostatečně zapíjet celé jídlo. Autorky doporučují jíst energeticky bohaté potraviny jako např. zakysané mléčné výrobky a smetany, koktejly, ovocné přesnídávky nebo kompoty, popřípadě je dobré si zakoupit v lékárnách sipping;

Hubnutí

- důležité je udržovat si váhu během léčby, jinak by tělo bralo energii ze zásob a mohlo by dojít k oslabení imunity a náchylnosti k infekcím nebo oslabení funkce svalové tkáně (Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., 2007). Tudíž tvůrkyně navrhují zvýšit celkový energetický příjem pomocí tuků – smetany, šlehačky, mléčných výrobků s vyšším množstvím tuku, anebo také pro zvýšení energie lze podávat med, cukr nebo i třeba džemy a sušené ovoce. Pro vyšší obsah bílkovin autorky podotýkají, že je dobré podávat více mléčných výrobků, masa, ryb, ořechů a luštěnin či různých potravinových doplňků nebo sippingů;

Potlačená imunita

- při protinádorové léčbě je tělo velmi náchylné na infekce, a proto se doporučuje důkladná hygiena nejen osobní, ale i důkladné mytí potravin, vyvarovat se potravinám s plísní – jako jsou např. marmelády nebo ovoce (Starnovská, T.,

Pavličková, J., Hrbková, D., 2007). Uvádí ve svých doporučeních to, jak je důležité dbát na skladování surovin a kontrolovat záruční dobu ale i to, aby se nekonzumovalo čerstvé nepasterizované mléko, mléčné výrobky s živými kulturami, plísňové sýry, syrové maso, uzeniny, syrová vejce, kvašená zelenina, sušené ovoce nebo ořechy, majonézy nebo dresinky a pozor by si měli dát i na vodu z kohoutku.

Navrátilová, J. (2010) uvádí, jaké mohou být možnosti nesnášenlivosti na určité druhy potravin. Autorka říká, že nesnášenlivost je převážně na maso, ke kterému má většina onkologických pacientů odpor, stejně tak pacientům může vadit příliš sladká chuť, která může být velký problém při doplňování energetické potřeby, jelikož většina sippingů má velmi sladkou chuť.

1.6.2 Výživová doporučení

Starnovská, T., Pavličková, J., Hrbková, D., (2007) uvádí obecné doporučení, které by mělo pomoci pacientům s onkologickou chorobou, poněvadž velkou komplikací u těchto pacientů je nedostatečný energetický příjem. Podle Křížová, J., (2016) by energetický příjem měl být u pacientů s onkologickou chorobou 30-35 kcal/kg a z toho podíl bílkovin 1-2 g/kg/den a tuků až 50 %, jídelníček by měl být dle chutí a individuálně sestavený pro každého pacienta zvlášť.

Doporučovány by měly být pestré a lehce stravitelné pokrmy, podávány v menších porcích a to 5-6 x denně (Starnovská, T., Pavličková, J. a Hrbková, D., 2007). Není potřeba měnit svůj oblíbený pokrm nebo potravinu na dietní, důležité však je, aby jídelníček obsahoval veškeré makronutrienty (bílkoviny, tuky, sacharidy) i mikronutrienty (vitamíny, minerální látky a stopové prvky), a to v podobě mléčných výrobků, ovoce a zeleniny, říkájí autorky. Karotenoidy, jako takové, jsou důležité pro podporu imunitního systému a dále nápomocné při ničení nádorových buněk, jedním z karotenoidů je např. betakaroten, který má antioxidantní účinek, uvádí Stránský, M., Ryšavá, L., (2014). Dalším ochranným faktorem jsou sekundární rostlinné látky (lignany, lutein, flavonoidy, fytáty, lykopen, resveratrol,..) a vhodným zdrojem je i kyselina listová, která napomáhá při tvorbě DNA (Deoxyribonukleová kyselina) a RNA

(Ribonukleová kyselina), dále i vitamíny C, E jsou vhodným zdrojem pro prevenci např. nádoru jícnu, říká Stránský, M., Ryšavá, L., (2014).

Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., (2007) uvádí, co je méně vhodné pro pacienty jako např. potraviny, které obsahují živočišný tuk (sádlo, škvarky, máslo), proto doporučují spíše rostlinné oleje (řepkový, olivový, lněný, olej z vlašských ořechů,..) a také je podstatné dodávat kvalitní bílkoviny jako např. libové maso (pokud je nechut' k masu, nahradíme ho jinou bílkovinnou potravinou), ryby nebo luštěniny. Dále zde autorky uvádí, že je dobré vypít během dne alespoň 2 litry tekutin ve formě pitné vody, minerálních vod, džusů nebo čajů a jako další důležitou součástí je i hygiena při přípravě potravin a pokrmů.

Fyzická aktivita, může zvýšit chuť k jídlu (Starnovská, T., Pavlíčková, J., Hrbková, D., 2007). Dulaney, C., et al (2017) říká, že zvýšení fyzické aktivity a správná strava je prospěšná pro léčbu onkologických onemocnění. Podle autora fyzická aktivita zvyšuje a prodlužuje kvalitu života pacienta.

Jelikož většina pacientů s onkologickou chorobou trpí protein – kalorickou malnutricí, je nutné jim ke stravě přidávat bílkovinné přísady nebo sippingy (Navrátilová, J. 2010). Pokud však není možné pacienta vyživit pomocí stravy per os, je nutné pro doplnění energie připojit enterální nebo parenterální výživu (Holcátová, I., Svačina, Š., 2008).

1.6.3 Enterální výživa

Enterální výživu můžeme rozdělit do 2 typů, na enterální výživu podávanou ve formě sippingů anebo zavedením sondy (Křížová, J., 2016). Autorka říká, že pokud je delší doba omezení stravy per os, je nutné zavést PEG (perkutánní endoskopickou gastrostomii) ještě před operací, a tím se dosáhne toho, že pacient po operaci nebude v takovém riziku komplikací. Navrátilová, J. (2010) říká, že sippingy mohou být např. Nutridrink, Fresubin, Isosource, Resource 2.0 nebo Nutrilac, pokud je pacient diabetik, podáváme Novasource Diabet, Diben Drink anebo Diasip, dále existují sippingy, které neobsahují tuk jako např. Nutridrink Juice Style nebo Providexta Drink anebo sippingy s vyšším obsahem bílkovin jsou např. Resource Protein, Fresubin Protein nebo Energy Drink, a dále jsou i sippingy s vlákninou např. Isosource Fibre, Nutridrink Multi Fibre a

jiné. Autorka říká, že pokud chceme doplnit pouze bílkoviny, je nutné podat modulární dietetika jako je Protifar nebo pro doplnění energii podat Fantomalt ve formě maltodextrinu. Dále pak Holcátová, I., Svačina, Š., (2008) uvádí, že je enterální výživa výhodnější než parenterální z důvodu zachování funkce střev.

1.6.4 Parenterální výživa

Parenterální výživa se nezavádí v terminálním stádiu onkologické choroby, ale můžeme ji zavést u nevléčitelných pacientů pro zlepšení kvality života, bohužel však už neovlivní zlepšení celkového stavu pacienta, uvádí Křížová, J., (2016). Autorka se shoduje s Holcátovou, I., a Svačinou, Š., (2008), že parenterální výživa se podává, pouze pokud není možný příjem stravy per os anebo pokud není dostatečně zajištěna funkce GIT (gastrointestinálního traktu) v případě např. nádoru žaludku, tato výživa však není tak výhodná jako enterální.

1.7 Paliativní péče

WHO (Světová zdravotnická organizace) definuje paliativní péči, jako péči, která pomáhá nejen pacientům, ale i rodinám vyrovnat se se ztrácením blízké osoby (Hall, S., Petkova, H., et al., 2011). Autoři dále uvádí, že se pacientům v paliativní péči věnuje velké pozornosti a snaží se zlepšit kvalitu jejich života. Jde o péči, která má zmírnit bolesti, pomoci vyrovnat se s komplikacemi nemoci a zajistit důstojný život až do jeho samotného konce (Hall, S., Petkova, H., et al., 2011).

Pacient, který pobývá na paliativním oddělení s nádorovým onemocněním, zde pobyde většinou týdny až měsíce, výjimečně roky, dle typu nádoru a výživy pacienta (Youngová, A., 2010).

1.7.1 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou (Bužgová, R., 2015). Autorka uvádí, že obecnou paliativní péči by měli zvládnout poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na své zkušenosti a specifika, jelikož se zaměřuje na základní léčbu symptomů při paliativní péči. Naproti tomu specializovanou paliativní péči by měli vykonávat pouze odborníci, kteří jsou k této péči odborně vzdělaní, poněvadž tato péče

se zabývá pokročilejšími obtížemi než obecná paliativní péče (Bužgová, R., 2015). Autorka dále říká, že kolem 60-70 000 pacientů s chronickým onemocněním v pokročilém nebo terminálních stádiu v České republice potřebuje paliativní péči.

Paliativní péči můžeme rozdělit do 3 podkategorií:

- Paliativní protinádorová léčba s časovým intervalem života v řádech měsíců a let;
- Symptomatická paliativní léčba s časovým intervalem života v řádech měsíců;
- Terminální léčba s časovým intervalem života v řádech nejvýše týdnů, říká Šachlová, M., Tomíšek, M., Sláma O. (2012).

Tvůrci se nadále zmiňují o tom, že je paliativní protinádorová léčba pro pacienty s onkologickou chorobou zaměřená převážně na výživu, při níž můžeme podávat i enterální nebo parenterální výživu. Nadále uvádí, že se pacient v paliativní protinádorové léčbě léčí stejně tak, jako pacient s jakýmkoliv chronickým onemocněním. Druhou a třetí kategorii léčby od sebe odlišíme velmi těžko, vše totiž závisí na celkovém stavu pacienta a na výsledných laboratorních, klinických a anamnestických hodnotách (Šachlová, M., Tomíšek, M., Sláma O., 2012). Podle autorů se pacientovi v terminálním stádiu (což znamená stádium nemoci nevléčitelné a s dožitím maximálně v týdnech) už většinou nepodává enterální ani parenterální výživa.

1.7.2 Cíle nutriční péče

Dle Šachlové, M., Tomíška, M., a Slámy O., (2012) je zmírnění bolestí a zpomalení zhoršování kvality života pacienta hlavním cílem onkologické léčby v paliativní péči. Z toho vyplývá, že je důležité dbát na pravidelné kontroly pacienta, komunikovat otevřeně s ním i jeho rodinou, dodržovat doporučené dávky léků a přání pacienta, protože zmírněním těchto komplikací můžeme pomoci pacientovi zvýšit příjem stravy, uvádí autoři.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Mým cílem práce bylo zmapovat, jakým způsobem se v současné době stravují onkologicky nemocní pacienti v paliativní péči.

2.2 Výzkumné otázky

Pro doplnění cíle mé bakalářské práce jsem si stanovila 2 výzkumné otázky:

1. Jak ovlivňuje onemocnění chuť k jídlu pacientů v paliativní péči?

Tato otázka je zodpovězena v tabulkách, ukázka vždy prvního a posledního dne jídelníčku každého pacienta, v propočtech jednotlivého dne v příloze 3 až 8 na CD-ROM a v tabulce škály symptomů od jednotlivých pacientů.

2. Která složka stravy je u pacientů deficitní?

I tato otázka je zodpovězena stejnou formou, a to v tabulkách, ukázka vždy prvního a posledního dne jídelníčku každého pacienta, a v propočtech jednotlivého dne uvedené v příloze 3 až 8 na CD-ROM.

2.3 Operacionalizace pojmů

Ve výzkumu pracuji s následujícími pojmy:

Nádor – je to patologický útvar, který se projevuje nekontrolovaným růstem buněk a tím i ničení okolních tkání, rozděluje se na maligní zhoubný a benigní nezhoubný nádor (Velký lékařský slovník, © 1998-2017)

Paliativní péče - snaží se zlepšit kvalitu života bez utrpení, péče, která se nesnaží o plnou funkčnost života, nýbrž pouze o zmírnění bolestí a komplikací spojené s onemocněním a důstojnosti pacienta, kterou zajišťuje kvalifikovaný personál (Hall, S., Petkova, H., et al., 2011)

3 Metodika výzkumu

3.1 Použitá metodika

Jedná se o kvalitativní výzkum, probíhající pomocí smíšené strategie dotazování formou rozhovoru s pacienty jako jsou vybrané antropometrické údaje (tělesná výška, tělesná hmotnost před nástupem do nemocnice a před výzkumem), dále pak vždy celodenní jídelníček pacienta získaný v průběhu výzkumu. Ve výzkumu jsem použila i hodnocení škály symptomů, které jsou nejčastější při onkologickém onemocnění u pacientů na paliativním oddělení a použila jsem spolu s tím i dotazník hodnocení výživy – Nutriční screening pro následující péči o dospělé (Kohout, P., 2011). Jídelníčky pacientů poté prošly analýzou systémem Nutriservis, příloha 3 až 8 na CD-ROM, díky poskytnutým rozpisům jednotlivých pokrmů na určené diety pro pacienty od dietních sester. Pro ucelení problematiky byl proveden rozhovor s vybranými pracovníky z řad zdravotnického personálu, jelikož s některými pacienty již nebylo možné v průběhu výzkumu spolupracovat z důvodu psychických omezení. Veškeré údaje jsem měla možnost zpracovávat po podepsání informovaného souhlasu všech pacientů (příloha 1). V neposlední řadě jsem použila internetovou stránku Nutricia advanced medical nutrition, (© 2017) potřebnou k vypočítání doporučeného množství energie, bílkovin, tuků a sacharidů individuálně na každého pacienta.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkum jsem si vybrala nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, kde je přímo vytvořené paliativní oddělení pro onkologicky nemocné pacienty, ale i pro pacienty s jiným chronickým onemocněním o které není možno se postarat v domácí péči. Vybranou skupinou byli onkologičtí pacienti, kteří byli schopni ze začátku výzkumu semnou komunikovat a podepsat informovaný souhlas se zpracováním jejich osobních údajů a jejich výživovým stavem. Součástí informovaného souhlasu bylo i nahlížení do dokumentace, ale jelikož byla většina pacientů komunikující a bez psychických obtíží, získala jsem potřebné informace během rozhovorů s nimi, popřípadě poté se zdravotnickým personálem. Výzkumným souborem bylo 6 pacientů (1 muž a 5 žen) ve věku od 41 let do 72 let a zdravotnický personál, který se vždy střídal dle směn.

3.3 Etika výzkumu

Nejprve jsem se s pacienty seznámila a představila jim svůj návrh postupu spolupráce. Následně jsem jim předložila informovaný souhlas (příloha 1), který si měli přečíst nebo jsem jim ho přečetla a až poté se mohli rozhodnout, zdali se mnou ve výzkumu budou spolupracovat a potvrdí svůj souhlas podpisem. S každým z nich jsem se domluvila pouze na zveřejnění anamnézy (pohlaví, váha, věk, výška, onemocnění a nutriční anamnéza), nicméně jejich jméno zůstalo v anonymitě. Podepsané informované souhlasy pacientů mám k nahlédnutí u sebe. Stejně tak při spolupráci se zdravotnickým personálem a dietními sestrami jsme se domluvili na anonymitě.

3.4 *Sběr dat*

Sběr dat probíhal v období od 23.11. do 18.12. 2016, tedy na 25 dní, v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského na paliativním oddělení. První týden jsem se s pacienty seznamovala, získávala od nich potřebné údaje z anamnézy a vyplňovala dotazníky. Další týdny jsem se pacientů vždy ptala, jaké jsou u nich změny ohledně stravování, co během dne snědli a vypili a spolu s tím jsem se dotazovala na jednotlivé symptomy během výzkumu, tedy na škálu nejčastějších symptomů nádorového onemocnění. Pro kontrolu a správnost jsem se vždy doptala zdravotnického personálu.

3.5 *Analýza dat*

Zjištěné údaje jsou analyzovány podle typu a byla provedena jejich kvalitativní analýza, formou popisné analýzy dat v programu Nutriservis, kam jsem vždy zadávala množství potravin a nápojů zkonsumovaných během dne a následně pak byl zhodnocen jejich výživový stav.

Nutriservis je pomocná aplikace, která slouží k zaznamenávání jednotlivých surovin, popřípadě pokrmů do jídelníčku (Nutriservis, © 2017). Dále pak slouží k sestavení jídelníčku, který si můžeme za pomoci definování jednotlivých pacientů jako je pohlaví, hmotnost, výška, věk, fyzická aktivita, faktory teploty a onemocnění a následně podle toho vypočítaná energie v kcal a kJ, kJ/kg a bílkoviny počítané na gramy. Těto aplikace je tvůrcem a garantem primář Jednotky intenzivní metabolické péče II. interní kliniky, Centra výživy a Nutričního týmu Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D. Hlavním cílem aplikace je stanovování jídelních lístků na míru např. při redukci tělesné hmotnosti nebo při plánování velkého fyzického výkonu spolu se stravou.

4 Výsledky

Kazuistiky jednotlivých pacientů

Pacientka 1

Údaje získané z rozhovoru s pacientem, zdravotnickým personálem nebo chorobopisu:

pohlaví: žena

věk: 72

tělesná hmotnost: 50 kg

tělesná výška: 157 cm

BMI (body mass index): 20,28

Do paliativní péče pacientka hospitalizovaná 19.11.2016. Výzkum s pacientkou probíhal pouze od 23. - 26.11. 2016, jelikož na onemocnění brzy podlehla. Trpěla karcinomem pobřišnice s velkými otoky nohou a břicha, divertikly a dále měla protein – energetickou malnutrici.

Indikována této pacientce byla dieta s číslem 2 tedy šetřící.

Provedením Nutričním screeningem pro následnou péči o dospělé (Kohout, P., 2011, příloha 1) vyšly hodnoty takto:

- A) Věk: 72 – 3body
- B) Hmotnost 50 kg, výška 157 cm, BMI (body mass index) 20,28 – 1 bod
- C) Váhový úbytek – 2 body
- D) Menší porce – 1 bod
- E) Zvracení, průjem nad 6x za den či inkontinence – 2 body
- F) Žádné psychické obtíže – 0 bodů
- G) Bez omezení pohyblivosti – 0 bodů

Screeningové skóre: 9 bodů

Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta.

Pacientka 2

Údaje získané z rozhovoru s pacientem, zdravotnickým personálem nebo chorobopisu:

pohlaví: žena

věk: 62

tělesná hmotnost: 40 kg

tělesná výška: 160 cm

BMI (body mass index): 15,58

Kuřačka – 10-15 cigaret denně před hospitalizací, v období hospitalizace na paliativním oddělení nekouřila.

Do paliativní péče byla pacientka hospitalizovaná 16.11.2016. Výzkum s pacientkou probíhal od 23.11. - 18.12. 2016. Trpěla pokročilým stenožujícím karcinomem konečníku. Pacientka také během svého života prodělala ischemickou chorobu dolních končetin a trpěla vertebrogenním algickým syndromem, který se vyznačuje bolestmi v různých částech páteře.

Indikována byla u této pacientky dieta s číslem 5, tedy s omezením zbytků – hrubé vlákniny.

Téměř každý druhý den jí rodina nosila mandarinky, které měla velmi ráda a jako další potravinu zařazovala místo jídla na které neměla chuť čokoládový pudink s názvem Paula.

Provedením Nutričním screeningem pro následnou péči o dospělé (Kohout, P., 2011, příloha 1) vyšly hodnoty takto:

- A) Věk: 61–0 bodů
- B) Hmotnost 40 kg, výška 160 cm, BMI (body mass index) 15,58 – 3 body
- C) Váhový úbytek – 2 body
- D) Menší porce – 1 bod
- E) Zvracení, průjem nad 6x za den či inkontinence – 2 body
- F) Žádné psychické obtíže – 0 bodů
- G) S omezenou pohyblivostí – 1 bod

Screeningové skóre: 9 bodů

Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta.

Pacientka 3

Údaje získané z rozhovoru s pacientem, zdravotnickým personálem nebo chorobopisu:

pohlaví: žena

věk: 72

tělesná hmotnost: 50 kg

tělesná výška: 175 cm

BMI (body mass index): 16,3

Do paliativní péče byla pacientka hospitalizovaná 19.11.2016. Výzkum s pacientkou probíhal od 23.11. - 11.12. 2016. Trpěla karcinomem děložního hrdla. Pacientka také prodělala ischemickou chorobu dolních končetin, ischemickou chorobu srdeční a cévní mozkovou příhodu a měla hypertenzi. Pro její zdravotní stav bylo i podstatné, že měla diabetes mellitus II. Typ.

Indikována jí byla dieta s číslem 2 tedy šetřící.

Provedením Nutričním screeningem pro následnou péči o dospělé (Kohout, P., 2011, příloha 1) vyšly hodnoty takto:

- A) Věk: 72–3 body
- B) Hmotnost 50 kg, výška 175 cm, BMI (body mass index) 16,3 – 3 body
- C) Neví – 1 bod
- D) Menší porce – 1 bod
- E) Zvracení, průjem nad 6x za den či inkontinence – 2 body
- F) Zhoršení paměti, komunikace a sebeobsluhy – 1 bod
- G) S omezenou pohyblivostí – 1 bod

Screeningové skóre: 12 bodů

Malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba.

Pacientka 4

Údaje získané z rozhovoru s pacientem, zdravotnickým personálem nebo chorobopisu:

pohlaví: žena

věk: 55

tělesná hmotnost: 40 kg

tělesná výška: 165 cm

BMI (body mass index): 14,69

Do paliativní péče byla pacientka hospitalizovaná 22.11. 2016. Výzkum s pacientkou probíhal od 23.11. - 13.12. 2016. Trpěla karcinomem slinivky břišní a jater. Z nechuti k jídlu se u pacientky projevila protein – energetická malnutrice.

Pacientce byla indikována dieta s číslem 2- tedy šetřící, ale měla možnost si vybrat stravu ze dvou jídel, tudíž její jídelníček byl individuální.

Provedením Nutričním screeningem pro následnou péči o dospělé (Kohout, P., 2011, příloha 1) vyšly hodnoty takto:

- A) Věk: 55–0 bodů
- B) Hmotnost 40 kg, výška 165 cm, BMI (body mass index) 14,69 – 3 body
- C) Váhový úbytek – 2 body
- D) Menší porce – 1 bod
- E) Bolesti břicha, nechutenství – 1 bod
- F) Žádné psychické obtíže – 0 bodů
- G) Bez omezení pohyblivosti – 0 bodů

Screeningové skóre: 6 bodů

Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta.

Pacient 5

Údaje získané z rozhovoru s pacientem, zdravotnickým personálem nebo chorobopisu:

pohlaví: muž

věk: 41

tělesná hmotnost: 50 kg

tělesná výška: 178 cm

BMI (body mass index): 15,78

Kuřák – asi 5 cigaret denně.

Do paliativní péče byl pacient hospitalizovaný 13.10.2016. Výzkum s ním probíhal od 23.11. - 18.12. 2016. Trpěl karcinomem rekta. Pacient také od svých 20 let trpěl na Crohnovu chorobu – 10 let byl neléčen, a měl ileostomii. Projevila se u něj protein – energetická malnutrice.

Indikována byla pacientovi dieta s číslem 5, tedy dieta s omezením zbytků – hrubé vlákniny a byl dále vyživován nasojejunální sondou zavedenou od 13.10. Podáváno mu bylo 60ml/hod. - Isosource standard nebo Isosource multifibre – noční pauza byla od 22:00 – 06:00.

Provedením Nutričním screeningem pro následnou péči o dospělé (Kohout, P., 2011, příloha 1) vyšly hodnoty takto:

- A) Věk: 41–0 bodů
- B) Hmotnost 50 kg, výška 178 cm, BMI (body mass index) 15,78 – 3 body
- C) Váhový úbytek – 2 body
- D) Standardní porce, nebo zvýšený příjem – 0 bodů
- E) Zvracení, průjem nad 6x za den či inkontinence – 2 body
- F) Žádné psychické obtíže – 0 bodů
- G) Bez omezení pohyblivosti – 0 bodů

Screeningové skóre: 7 bodů

Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta.

Pacientka 6

Údaje získané z rozhovoru s pacientem, zdravotnickým personálem nebo chorobopisu:

pohlaví: žena

věk: 72

tělesná hmotnost: 70 kg

tělesná výška: 175 cm

BMI (body mass index): 22,85

Do paliativní péče byla pacientka hospitalizovaná 21.11. 2016. Výzkum s pacientkou probíhal od 23.11. - 14.12. 2016. Trpěla karcinomem prsu. Dále měla embolii a trpěla na křečové žíly na dolních končetinách.

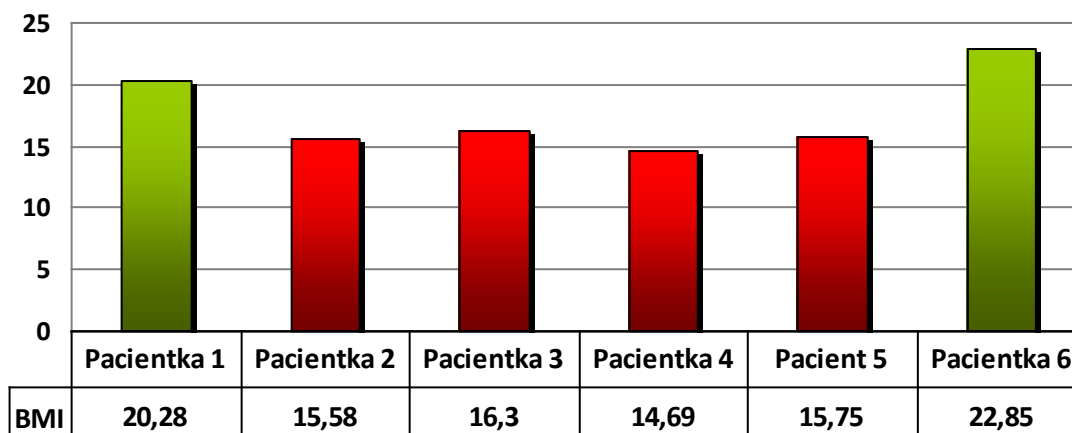
Pacientce byla indikována dieta s číslem 3 tedy základní bez výživového omezení.

Provedením Nutričním screeningem pro následnou péči o dospělé (Kohout, P., 2011, příloha 1) vyšly hodnoty takto:

- A) Věk: 72–3 body
- B) Hmotnost 85 kg, výška 172 cm, BMI (body mass index) 28,73 – 0 bodů
- C) Váhový úbytek – 2 body
- D) Menší porce – 1 bod
- E) Bolesti břicha, nechutenství – 1 bod
- F) Žádné psychické obtíže – 0 bodů
- G) S omezenou pohyblivostí – 1 bod

Screeningové skóre: 8 bodů

Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta.



Obrázek 1: Výsledky hodnot BMI (body mass index) u pacientů

Vlastní zdroj

Hodnoty BMI (body mass index)

<18,5 - podváha

18,6- 24,9 – norma

25- 29,9 - nadváha

30- 34,9 – obezita I. stupně

35- 39,9 – obezita II. Stupně

Stránský, M., Ryšavá, L. (2014)

4.1 Škála nejčastějších symptomů u pacientů

Pacientka 1

Tabulka 1: Škála nejčastějších symptomů u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči.

Bolest (bez bolesti 1-10 velká bolest)	4
Únava (bez únavy 1-10 únava)	10
Nespavost (spí 1-10 nespí, budí se)	2
Úzkost, deprese (dobrý psychický stav 1-10 úzkost, deprese)	3
Kašel, dušnost (bez kašle 1-10 kašel, dušnost)	1
Chuť k jídlu (chuť k jídlu 1-10 nechut' k jídlu)	10
Problémy s vyprazdňováním (bez obtíží 1-10 průjmy, zácpa)	10

Vlastní zdroj

Pacientka 2

Tabulka 2: Škála nejčastějších symptomů u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči.

Bolest (bez bolesti 1-10 velká bolest)	6
Únava (bez únavy 1-10 únava)	3
Nespavost (spí 1-10 nespí, budí se)	1
Úzkost, deprese (dobrý psychický stav 1-10 úzkost, deprese)	1
Kašel, dušnost (bez kašle 1-10 kašel, dušnost)	5
Chuť k jídlu (chuť k jídlu 1-10 nechut' k jídlu)	2
Problémy s vyprazdňováním (bez obtíží 1-10 průjmy, zácpa)	7

Vlastní zdroj

Pacientka 3

Tabulka 3: Škála nejčastějších symptomů u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči.

Bolest (bez bolesti 1-10 velká bolest)	3
Únava (bez únavy 1-10 únava)	5
Nespavost (spí 1-10 nespí, budí se)	1
Úzkost, deprese (dobrý psychický stav 1-10 úzkost, deprese)	1
Kašel, dušnost (bez kašle 1-10 kašel, dušnost)	5
Chuť k jídlu (chuť k jídlu 1-10 nechutí k jídlu)	5
Problémy s vyprazdňováním (bez obtíží 1-10 průjmy, zácpa)	10

Vlastní zdroj

Pacientka 4

Tabulka 4: Škála nejčastějších symptomů u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči.

Bolest (bez bolesti 1-10 velká bolest)	6
Únava (bez únavy 1-10 únava)	10
Nespavost (spí 1-10 nespí, budí se)	9
Úzkost, deprese (dobrý psychický stav 1-10 úzkost, deprese)	4
Kašel, dušnost (bez kašle 1-10 kašel, dušnost)	1
Chuť k jídlu (chuť k jídlu 1-10 nechutí k jídlu)	7
Problémy s vyprazdňováním (bez obtíží 1-10 průjmy, zácpa)	4

Vlastní zdroj

Pacient 5

Tabulka 5: Škála nejčastějších symptomů u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči.

Bolest (bez bolesti 1-10 velká bolest)	2
Únava (bez únavy 1-10 únava)	8
Nespavost (spí 1-10 nespí, budí se)	4
Úzkost, deprese (dobrý psychický stav 1-10 úzkost, deprese)	2
Kašel, dušnost (bez kašle 1-10 kašel, dušnost)	5
Chuť k jídlu (chuť k jídlu 1-10 nechut k jídlu)	3
Problémy s vyprazdňováním (bez obtíží 1-10 průjmy, zácpa)	8

Vlastní zdroj

Pacientka 6

Tabulka 6: Škála nejčastějších symptomů u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči.

Bolest (bez bolesti 1-10 velká bolest)	7
Únava (bez únavy 1-10 únava)	2
Nespavost (spí 1-10 nespí, budí se)	2
Úzkost, deprese (dobrý psychický stav 1-10 úzkost, deprese)	1
Kašel, dušnost (bez kašle 1-10 kašel, dušnost)	1
Chuť k jídlu (chuť k jídlu 1-10 nechut k jídlu)	5
Problémy s vyprazdňováním (bez obtíží 1-10 průjmy, zácpa)	5

Vlastní zdroj

4.2 Výpočet po doporučenou hodnotu

Stanovení hodnot pro výpočet bazálního metabolismu

Počítáno individuálně na každého pacienta pomocí Nutricia advanced medical nutrition, (© 2017).

Energie:

- 20-25 kcal/kg tělesné hmotnosti/den + se násobí 1,4-1,8 (klidový energetický výdej);

Bílkoviny:

- Potřebné množství bílkovin se odvíjí od míry podvýživy a stresových faktorů a pomáhá při nabírání svalové hmoty;
- 15–20 % energie – doporučují se mezi minimální přísunem 1 g bílkovin/kg/den až 2 g bílkovin/kg/den;

Tuky:

- 30–50 % energie – měly by být podávány z 1/3 polynenasycené mastné kyseliny;

Sacharidy:

- Zvýšená glukóza a diabetes mohou být příčinou vzniku nádorů,
- 30–55 % energie (Nutricia advanced medical nutrition, 2017).

Tabulka 7: Pomocný faktor pro výpočet celkové energie a bílkovin u pacientů s rakovinou.

<u>Metabolický stres</u>	Energie (kcal/kg/den)	Bílkoviny (g/kg/den)	% energie z bílkovin/den
Bez stresu	25-30	1,0-1,2	16
Mírný stres	30	1,2-1,5	18
Středně závažný	35	1,5-2,0	20
závažný	35-40	2,0-2,5	24

Nutricia advanced medical nutrition, 2017

Tabulka 8: Pomocný faktor pro výpočet celkové energie a bílkovin u pacientů s rakovinou.

<u>Podvýživa</u>	Energie (kcal/kg/den)	Bílkoviny (g/kg/den)	% energie z bílkovin/den
Mírná	30	1,2-1,5	18
Střední	35	1,5-2,0	20
Závažná	35-40	2,0-2,5	24

Nutricia advanced medical nutrition, 2017

4.3 Porovnání jídelních lístků

Pacientka 1

Tabulka 9: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů cholesterolu a vlákniny za den, individuálně spočítané na pacienta.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
8820	2100	93,38	74,27	259,4	<300	30

Vlastní zpracování

Metabolický stres stanoven dle (tab. 1 a 7) na 30kcal/kg/den, násobíme koeficientem 1,4 klidový režim, podvýživa u pacienty není, tudíž dále počítáme bílkoviny 1,35g/kg/den= 13 %, tuky 32 % a 55 % sacharidů.

Pacientka 1 – příjem za den

První den výzkumu - 23.11.2016

Snídaně: 200 ml bílá káva. ½ ks rohlíku. ¾ Jogurt Florian. 500 ml ovocný čaj.

Oběd: ½ krupicová polévka s vejcem. ½ přírodní kuřecí řízek. ½ vařených brambor. ¾ ledový salát. 1500 ml černý čaj s cukrem.

Večeře: ¾ masová pomazánka. ½ rohlík. 500 ml ovocný čaj.

Tabulka 10: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
4 684	1 118	44,1	41,0	153,1	146	11,3

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 1 – příjem za den

Poslední den výzkumu - 26.11.2016

Snídaně: 500 ml ovocný čaj. ½ rohlík. ½ tavený sýr.

Oběd: ¼ zeleninová polévka.

Večeře: 20 g piškoty. ½ meruňkový džem.

Tabulka 11: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
1 250	298	9,4	9,1	46,4	9	2,0

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 2

Tabulka 12: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů cholesterolu a vlákniny za den, individuálně spočítané na pacienta.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
8232	1960	70	68,56	266,3	<300	30

Vlastní zpracování

Metabolický stres u pacientky není, podvýživa stanovena na výpočet dle (tab. 2 a 8), dále počítáme na 35kcal/kg/den, násobíme koeficientem 1,4 klidový režim, tudíž dále počítáme bílkoviny 1,75g/kg/den= 14,4 %, tuky 31,6 % a 55 % sacharidů.

Pacientka 2 – příjem za den

První den výzkumu - 23.11.2016

Snídaně: 200 ml bílá káva. 1ks rohlík. 120 ml bílý jogurt. 2ks mandarinky.

Oběd: 150 ml polévka krupicová s vejcem. 80 g mleté maso. ¾ bramborová kaše.

500 ml voda.

Večeře: 200 ml bílá káva. 1ks jogurt Paula. 500 ml čaj černý s cukrem.

Tabulka 13: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
3 779	904	37,7	29,6	132,5	84	12,2

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 2 – příjem za den

Poslední den výzkumu - 18.12.2016

Snídaně: 250 ml kakao. 1ks loupák. ¼ ks máslo. 1ks mandarinka.

Oběd: 100 ml polévka hovězí s rýží. 1/3 hovězí pečeně přírodní. 1ks houskový knedlík. 600 ml voda.

Večeře: 300 ml černý čaj s cukrem. ½ k rohlík. 1ks tavený sýr.

Tabulka 14: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
3841	918	34,1	34,8	118,8	132	5,8

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 3

Tabulka 15: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů cholesterolu a vlákniny za den, individuálně spočítané na pacienta.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
10290	2450	87,5	82,7	332,9	<300	30

Vlastní zpracování

Metabolický stres u pacientky není, podvýživa stanovena na výpočet dle (tab. 3 a 8), dále počítáme na 35kcal/kg/den, násobíme koeficientem 1,4 klidový režim, tudíž dále počítáme bílkoviny 1,75g/kg/den= 15%, tuky 30% a 55% sacharidů.

Pacientka 3 – příjem za den

První den výzkumu - 23.11.2016

Snídaně: 200 ml bílá káva. 1ks rohlík. 10 g máslo. ½ ks vejce natvrdo.

Oběd: 150 ml polévka krupicová. ½ přírodní kuřecí řízek. ½ vařené brambory. ½ ledový salát. 500 ml bezinková šťáva.

Večeře: 1ks rohlík. ½ masová pomazánka. 500 ml černý čaj s cukrem.

Tabulka 16: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
4136	988	47,2	39,6	121,5	279	10,8

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 3 – příjem za den

Poslední den výzkumu – 11.12.2016

Snídaně: 200 ml kakao.

Oběd: 50 ml polévka hovězí s rýží. 300 ml bezinková šťáva.

Večeře: ½ ks rohlík. 5 g Rama. ½ ks broskvový džem. 200 ml černý čaj s cukrem.

Tabulka 17: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
1447	346	9,9	12,5	48,9	32	1,1

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 4

Tabulka 18: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů cholesterolu a vlákniny za den, individuálně spočítané na pacienta.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
8232	1960	70	68,56	266,3	<300	30

Vlastní zpracování

Metabolický stres u pacientky je středně závažný (tab. 4 a 7), podvýživa stanovena na výpočet dle (tab. 8), dále počítáme na 35kcal/kg/den, násobíme koeficientem 1,4 klidový režim, tudíž dále počítáme bílkoviny 1,75g/kg/den= 14,4 %, tuky 31,6 % a 55 % sacharidů.

Pacientka 4 – příjem za den

První den výzkumu - 23.11.2016

Snídaně: 200 ml bílá káva. 100 ml ovocný jogurt.

Oběd: 100 ml polévka s krupicí a vejcem. 1/3 přírodní kuřecí plátek. 1/3 vařené brambory. 1000 ml voda.

Večeře: 30 g chléb. ¼ ks máslo. 250 ml pomerančový džus. 250 ml čaj černý s cukrem.

Tabulka 19: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
2503	601	28,8	18,6	83,7	76	6,1

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 4 – příjem za den

Poslední den výzkumu - 13.12.2016

Snídaně: 100 ml bílá káva. 20 g ovocný jogurt.

Oběd: 500 ml voda.

Večeře: 10 g chléb.

Tabulka 20: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
447	107	4,2	4,2	13,5	4	0,6

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacient 5

Tabulka 21: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů cholesterolu a vlákniny za den, individuálně spočítané na pacienta.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
11760	2800	100	94,5	380	<300	30

Vlastní zpracování

Metabolický stres u pacienta je mírný (tab. 5 a 7), podvýživa stanovena na výpočet dle (tab. 8), dále počítáme na 35kcal/kg/den, násobíme koeficientem 1,6 klidový režim s občasnou chůzí, tudíž dále počítáme bílkoviny 2,0g/kg/den= 14,45 %, tuky 30,5 % a 55 % sacharidů.

Pacient 5 – příjem za den

První den výzkumu - 23.11.2016

Snídaně: 1000 ml Isosource standard. 200 ml bílá káva. 1ks rohlík. 150 g bílý jogurt. 1ks jablko.

Oběd: 250 ml polévka krupicová s vejcem. 500 ml čaj černý s cukrem. 200 ml jablečný džus.

Večeře: 120 g masová pomazánka. 80 g veka. 500ml voda.

Tabulka 22: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
9104	2172	85,4	75	296	191	10,9

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacient 5 – příjem za den

Poslední den výzkumu - 18.12.2016

Snídaně: 1000 ml Isosource standard. 200 ml bílá káva. 2ks loupák. ½ ks máslo. 1ks broskvový džem. ½ ks jablko.

Oběd: 250 ml polévka hovězí s rýží. Hovězí pečeně přírodní. 2 ks houskový knedlík. 500 ml voda.

Večeře: 500 ml čaj černý s cukrem.

Tabulka 23: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
10364	2472	93,4	87,5	330,2	242	9,7

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 6

Tabulka 24: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů cholesterolu a vlákniny za den, individuálně spočítané na pacienta.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
10290	2450	70	90	332,9	<300	30

Vlastní zpracování

Metabolický stres u pacientky není (tab. 6 a 7), podvýživa u pacientky také není, dále počítáme na 25kcal/kg/den, násobíme koeficientem 1,4 klidový režim, tudíž dále počítáme bílkoviny 1,0g/kg/den= 11,6 %, tuky 33,4 % a 55 % sacharidů.

Pacientka 6 – příjem za den

První den výzkumu - 23.11.2016

Snídaně: 200 ml bílá káva. 1ks rohlík. ½ ks máslo. 1ks ovocný jogurt. 1ks mandarinka.

Oběd: 100 g přírodní kuřecí plátek. ½ vařené brambory. ½ zelný salát. 500 ml Magnesia.

Večeře: 80 g piškotový dort. 1ks banán. 500 ml čaj černý s cukrem.

Tabulka 25: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
6515	1554	50,3	71,2	192,7	32	10,9

Vlastní zpracování, Nutriservis

Pacientka 6 – příjem za den

Poslední den výzkumu - 14.12.2016

Snídaně: 300 ml černý čaj s cukrem.

Oběd: 250 ml voda.

Tabulka 26: Hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů, cholesterolu a vlákniny za den.

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)
151	36	0	0	9	0	0

Vlastní zpracování, Nutriservis

5 Diskuze

Cílem této práce bylo prozkoumat problematiku u onkologicky nemocných pacientů, kteří jsou již v paliativní péči a zjistit, jaké mají problémy s jejich výživových stavem. Podle výsledků jsem došla k závěru, že deficitní složkou potravy je u pacientů konzumace bílkovinných potravin jako je převážně maso a mléčné výrobky, ale i potravinám s obsahem vlákniny např. celozrnné výrobky nebo zelenina, z důvodů nevolnosti ale i nechuti k těmto surovinám. Nejlépe se pacientům přijímali potraviny bohaté na jednoduché cukry a výrazněji dochucené pokrmy či pochutiny. Tím se snížil příjem vitamínů, minerálních látek a stopových prvků, které by pacienti měli konzumovat. Pacienti během pobytu na paliativním oddělení trpěli bolestmi a byly jim podávány opioidy, nejčastěji Morfin, dále měli problémy s vyprazdňováním, nejčastěji s průjmy a inkontinencí, a to způsobovalo u většiny velkou nechuť k jídlu. Velkým argumentem při rozhovorech s pacienty, proč nejí, byla odpověď, že nechtěli jíst, aby předešli těmto problémům a bolestím s tím spojených.

Black, C. (2011) říká, jakým způsobem je možno zvládat příznaky nemoci v paliativní péči a zároveň, jak je velmi podstatné zhodnotit, jaký má pacient příznaky a dle toho upravit podávání léků.

Symptomy u léčení onkologických pacientů, jak je uvedeno v tabulkách škály symptomů (tab. 1 až 6) je např. bolest, nevolnost a nechutenství, zácpa nebo průjem říká Black, C. (2011) a Youngová, A. (2010) k tomu přidává dušnost, kašel, únavu, pocení, může se projevit i zmatenost a neklid, popřípadě deprese a poruchy spánku.

Pro některé pacienty může být velkým bojem v paliativní péči např. strach, že spousta věcí nemají dořešených, trápí se kvůli tomu, nemohou se soustředit a pokládají si často otázku, „Proč právě oni“. Laura J., Martin (2016) říká, že pacienti nad sebou často ztrácí kontrolu, mohou být i zmatení, nemají klidný spánek, budí se, popřípadě se jim i mohou zdát zlé sny. Proto je v této fázi velmi důležitá psychická podpora, říká Laura J., Martin (2016) a stejným problémem se zabývá i National Cancer Institute (2010).

Youngová, A. (2010) uvádí, jakým způsobem by měly být podávány léky, a to tak, že by měl být dodržován čas podávání a stejná dávka, pokud možno medikamenty dle bolesti zvyšovat postupně. Autorka zmiňuje i to, že by léky měly být podávány hlavně per os, pokud však není možno, podávají se transdermálně anebo rektálně podle analgetického žebříčku WHO (Světová zdravotnická organizace). Dále Youngová, A. (2010) uvádí i slabé nejčastěji podávané opioidy, kterými jsou např. Codein, Dihydrocodein a Tramadol, a silnými mohou být např. Morfin, Oxykodon nebo Buprenorfin atd.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina pacientů potřebuje dohled nad výživou od nutričního terapeuta, jelikož se pacienti podle BMI (body mass index) většinou pohybují pod hranicí normy, to můžeme vidět na obr. 1. Podle rozhovorů a dotazníků je většina pacientů v protein – energetické malnutrici a BMI (body mass index) u 4 pacientů z 6 vyšlo nižší než 18,5, díky tomu, že během posledních pár měsíců před nástupem do paliativní péče zhubla většina pacientů kolem 5 kg. Pacienti jedli většinou poloviční porce a stravu konzumovali dle snášenlivosti a chuti (příloha 3-8 na CD-ROM). Obvykle se také u nich projeví trávicí obtíže jako je zácpa, průjem, inkontinence, zvracení a jiné (tab. 1 až 6). Nádorové onemocnění dále může postihnout i psychiku, která se u některých z pacientů během pobytu razantně zhoršila a ovlivnila jejich komunikaci se zdravotním personálem. 3 z 6 pacientů dle výsledků z dotazníku potřebovali pomoci s přesunem na toaletu nebo za účelem hygieny.

Z výsledků škály nejčastějších symptomů je nejvíce problém u pacientů s bolestí i přes podávání silných opioidů, nechut' k jídlu a problémy s vyprazdňováním, kterými trpí každý druhý pacient (tab. 1 až 6). Velkým přínosem pro tento výzkum bylo právě oddělení paliativní péče, kde jsem všechny pacienty měla možnost navštěvovat během mého výzkumu každý den a sledovat, jak se jim mění jejich zdravotní stav.

Pro přehlednost a porovnání jsem vypočítala dle Nutricia advanced medical nutrition, (© 2017) jejich orientační doporučený denní příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů a srovnala je s jejich příjmem potravy během dne.

První pacientku jsem neměla možnost pozorovat delší dobu, z důvodu rychlého zhoršení jejího zdravotního stavu během 2 dnů, viz jídelníček v příloze 3, které vyvolalo

průjem po punkcích dolních končetin. Pacientka zhubla 6 kg za poslední 2 měsíce a dostala se z domácí péče na paliativní oddělení, jelikož se o ní doma nedokázali postarat. Její BMI (body mass index) se pohybovalo na hranici podváhy a normy. Tato pacientka se již nebyla schopna zvednout z lůžka a potřebovala vždy pomoc. I přesto s ní komunikace byla velmi příjemná, tudíž nebyl problém se na cokoli ohledně jejího zdravotního stavu zeptat. Navzdory její nechuti k jídlu a problémům s vyprazdňováním konzumovala stravu per os s dietním omezením podle diety šetřící. Z důvodu rychlého zhoršení zdravotního stavu pacientky u ní nebyla zajištěna dostatečná výživa. K velkým změnám ve stravování došlo již během jejich posledních 3 dní, kdy pacientka neměla chuť k jídlu (tab. 10 a 11). Strava této pacientky neodpovídala doporučeným hodnotám příjmu stravy (tab. 9).

Druhou pacientkou byla paní, která se mnou 25denní výzkum dokončila. Většinu svého pobytu však prospala, byla velice unavená a vyčerpaná. Jelikož byla dříve kuřačka, trápil ji přes den kašel i dušnost. Její BMI (body mass index) označil hodnotu podváhy. Jedla vždy jen když měla chuť, nejvíce mandarinky, které jí donesla dcera během návštěv, přehled v jídelníčku příloha 4. Pacientka se pohybovala na toaletu a celkovou hygienu se zdravotnickým personálem. Její stav byl během pobytu stále stejný, někdy jedla více, někdy méně, dle chuti. Pacientka byla inkontinentní a střídala se u ní zácpa s průjmem. Z důvodu vertebrogenním algickým syndromem měla velké bolesti v různých částech páteře, které byly tlumeny léky. Nutriční podpora byla tehdy poskytována dle diety s omezením zbytků (hrubé vlákniny). Pacientka během pobytu na paliativním oddělení jedla velmi málo a její strava (tab. 13 a 14) neodpovídala doporučeným hodnotám příjmu stravy (tab. 12).

Třetí pacientka se mnou již od samého začátku moc nespolupracovala z důvodu psychických obtíží. Byla zmatená a nekomunikativní. Informace jsem si dohledávala a konzultovala se zdravotnickým personálem. BMI (body mass index) této pacientky se pohybovalo v rozmezí podváhy, do které se dostala během 6 měsíců před úmrtím, poněvadž zhubla 15 kg. Pacientka měla velké problémy s vyprazdňováním – průjem, zácpa, inkontinence a její stav se postupně zhoršoval. Doporučená dieta pro pacientku byla šetřící, a jelikož měla problémy i s kousáním, strava byla většinou podávána

mixovaná nebo pokrájená na menší kousky (tab. 16 a 17). Strava této pacientky neodpovídala doporučeným hodnotám příjmu stravy (tab. 15) a dále příloha 5.

Čtvrtá pacientka byla mladá paní, u které se nejprve objevil karcinom slinivky břišní a během neléčení se u ní rozmohl i karcinom jater. Její BMI (body mass index) se pohybovalo v rozmezí podváhy. Trpěla silnými bolestmi, které byly tlumeny medikamenty, byla velmi pohublá a trpěla nechutenstvím, které ji vyvolávalo nevolnosti z některých potravin a průjmy. Pacientka díky onemocnění byla velmi psychicky nevyvážená, někdy usměvavá a jindy netolerantní vůči zdravotnickému personálu i rodině. Přesto se jí snažili podporovat a pochopit průběh nemoci. Pacientce byla indikovaná dieta šetřící, ale měla možnost výběru z individuální diety dle jejího přání. Každý den však chtěla to stejné, k snídani dle přání ovocný jogurt, nejčastěji meruňkový, k obědu si většinou dala jen pár lžic polévky a občas i kousek z hlavního jídla a k večeři měla pokaždé polovinu krajíce chleba s máslem, které většinou ani nesnědla, více v příloze 6. Během výzkumu pacientka ztrácela chuť k jídlu i na potraviny, které si sama den předem vybrala a jedla je ráda (tab. 19). Poslední dny nechtěla jíst už skoro vůbec (tab. 20). Strava této pacientky ani na začátku ani na konci výzkumu neodpovídala doporučeným hodnotám příjmu stravy (tab. 18).

Pátým pacientem byl pán, který byl již od mládí proti léčení své nemoci, nechtěl dodržovat žádná výživová doporučení, a proto se kvůli neléčení Crohnovy choroby objevil nádor rektu, který nebyl podchycen včas a nebyl léčen. Po příchodu na paliativní oddělení byl pacient vyživován nasojejunální sondou, kterou měl po celou dobu pobytu a stravu navíc konzumoval i per os. Porovnání stravování během výzkumu prvního a posledního dne bylo průměrně stejně hodnotné (tab. 22 a 23). Byla mu určena dieta s omezením zbytků (hrubé vlákniny). U tohoto pacienta by se měly zaznamenávat odpady a doplňovat se dle toho výživa, aby pacient více nehubl. Výživa se u něj však nedoplňovala, více v příloze 7. Strava tohoto pacienta neodpovídala doporučeným hodnotám příjmu stravy (tab. 21). Jeho BMI (body mass index) označovalo hodnotu podváhy. Tento pacient byl vždy veselý a netrpěl na silné bolesti, naopak si chodil pro koláčky a řízky do nemocniční kantýny. Chodil 2 – 3x denně na cigaretu do zahrady nemocnice.

Poslední pacientka přišla na oddělení paliativní péče s pozdním záchytem karcinomu prsu, které již nebylo možné léčit chirurgicky. Trpěla během celého dne bolestmi na hrudi a špatně se jí dýchalo. Přesto, že její výsledek BMI (body mass index) vyšel v hodnotách normy, během pobytu v paliativní péči se její stav postupně zhoršoval a na pacientce bylo vidět velkého úbytku váhy. Strava této pacientky ze začátku poměrně odpovídala doporučeným hodnotám příjmu stravy (tab. 24), postupem času se však její stav tak zhoršil až nebyla schopna jíst skoro nic (tab. 25 a 26). Celý jídelníček, jak se postupně pacientka stravovala je předložen v příloze 8. V polovině výzkumu se pacientka začínala dostávat do stavu, že nebyla schopna komunikovat a byla velmi zmatená. K blížícímu se konci měla větší problémy s dýcháním a kašlem, a tak bylo zapotřebí podání inhalátoru. Této pacientce byla indikována dieta s číslem 3, tudíž bez dietního omezení.

Pro takto podvyživené pacienty je velmi podstatné, aby jim byl podáván navíc alespoň sipping k výživě per os. Vhodným přípravkem při úbytku váhy a kachexii je přípravek ProSure®, který obsahuje velké množství bílkovin a energie (Abbott Laboratories, © 2017). Navíc je v této příručce dále uvedeno, že v tomto přípravku je obsažena kyselina eikosapentaenová a ta spolu s bílkovinami a energií, která je v tomto přípravku také obsažena může napomoci s fyziologickými abnormality, díky kterým pacient nemusí ubývat na váze a nedostává se až do stavu malnutrice. Dalším bodem se zde uvádí, že ideální doporučená dávka pro pacienty s onkologickou chorobou je 2 přípravky po 240ml za den, a s tím i podávání doporučeného denního příjmu stravy per os. ProSure® je navíc snadno stravitelný a tolerovaný, díky obsahu triglyceridů se středně dlouhými řetězci, a navíc oproti ostatním výživovým přípravkům obsahuje méně tuku (Abbott Laboratories, © 2017). Dále je uvedeno, že je tento přípravek méně sladký než běžné sippingy, má podobný výběr příchutí jako běžné sippingy a to až 6 druhů, které jsou navrženy pacienty a lze je mezi sebou různě kombinovat – banán, pomeranč, vanilka, čokoláda, jahoda a káva. Podle Abbott Laboratories (© 2017) je i klinicky prokázáno, že právě ProSure® prospívá pacientům, kteří trpí nádorovým onemocněním.

Příručka Food Safety, napsaná Food Safety and Inspection Service a Food and Drug Administration (2011) může být dobrým pomocníkem pro pacienty, kteří jsou v domácí péči. V této příručce je popsáno, jak postupovat s výběrem potravin a následným zpracováním potravin dle technologických postupů doporučených pro onemocnění onkologické choroby a také bezpečnosti při přípravě pokrmů anebo rizika která nás mohou potkat při výběru a zpracování potravin.

6 Závěr

Závěrem této práce bych chtěla říct, jak je z výsledků viditelné, že na problematiku výživy u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči se již nebere takový zřetel jako u pacientů s onkologickou chorobou, která se zvládne vyléčit a je u takových to nevyléčitelných pacientů velké riziko úpadku do malnutrice.

Výsledky značí, že pacienti jsou ve většině nejen podvyživení a mají protein – energetickou malnutrici, ale ztrácí velkou chuť k jídlu, a to především na bílkovinné potraviny. Někteří z nich nemají v průběhu onemocnění chuť ani na to, co měli velmi rádi, a co jim nezpůsobovalo trávicí obtíže. Tyto změny mohou nastat po podávání opioidů nebo po rozšíření nádorového onemocnění, ale i po propuknutí jiných symptomů, které patří k tomuto onemocnění.

Při zadávání jídelníčků pacientů do programu Nutriservis, mi tento program pomohl docílit větší přehlednosti o stravě pacientů a lepší orientaci deficitních složek během jednotlivých dní.

Při průběhu výzkumu jsem nezpozorovala to, že pokud bylo vypovězeno BMI (body mass index) pod hladinou normy a pacient neměl chuť na danou stravu, přišla by k němu nutriční terapeutka nebo dietní sestra a jeho stravu by mu navrhla dle přání a tolerance, individuálním přístupem nebo alespoň podáváním sippingů, popřípadě zavedením enterální výživy, aby pacient nezemřel na nedostatečné vyživení. Nevynechala bych ani pacienta, který se na paliativní oddělení dostal neléčením Crohnovy choroby a rozvojem nádoru v oblasti rekta.

Podle rozhovoru se zdravotnickým personálem vše záleží na rozhodnutí pacienta, zdali chce nebo nechce spolupracovat a konzumovat doporučené léky a stravu. Podle mého názoru je ale podstatné, abychom respektovali zároveň jeho přístup a zároveň pacienta nenechali umřít na vyhladovění. K těmto pacientům bych přistupovala vždy individuálně a s každým z nich bych vybrala na každý týden jídelníček, jelikož se mohla v průběhu nemoci změnit chuť k jídlu na jiné složky potravy. Pokud se chuť k jídlu u pacienta změnila, podávala bych mu stravu dle přání, popřípadě bych ji doplnila např. sippingem.

U těchto pacientů je především důležitá psychická podpora, kterou mají na oddělení paliativní péče v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze vždy plně k dispozici.

Má práce může sloužit jako příručka nebo edukační materiál k tomu, jak je důležitá výživa i v oblasti paliativní péče u onkologických pacientů a může sloužit i k přehledu informací o tom, jaká je problematika u těchto pacientů. O mou práci se projevil zájem od dietních sester z nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, ale i od nutričních terapeutek z jiných nemocnic v Praze, které se chtějí o dané problematice dozvědět více.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABBOTT Laboratories, s.r.o., © 2017. *Výživa onkologického pacienta* [online]. [cit. 2017-04-07]. Dostupné z: <http://www.vyzivapropacienty.cz/Podvyziva-malnutrice/27.article.aspx>
2. AMERICAN CANCER SOCIETY, 11.8. 2014. *Signs and Symptoms of Cancer* [online]. American Cancer Society, Inc. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>
3. BLACK, C., 2011. Symptom management: common symptoms. In: BALDWIN, M., A., WOODHOUSE, J. *Key Concepts in Palliative Care*. London: SAGE Publications Ltd, s 200-204. ISBN 978-1-84860-871-9
4. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, s 18-19. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. CASSIDY, J., et. al. 2015. Principles of treatment, Principles of symptom control in palliative care. In: CASSIDY, J., et. al. *Oxford Handbook of Oncology*. 4th Revised edition. United Kingdom: Oxford University Press, s 111-156. ISBN 978-0-19-968984-2.
6. DEV, R., WONG, A., HUI, D., BREURA, E., 15.1. 2017. *The Evolving Approach to Management of Cancer Cachexia* [online]. *Oncology Journal* [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/evolving-approach-management-cancer-cachexia/page/0/1>
7. DULANEY, C., et al, 15.2. 2017. *Defining Health Across the Cancer Continuum* [online]. *Cureus* [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5354402/>
8. Eckschlager, T., Petruželka, L., 2014. Patofyziologie nádorového růstu a metastazování. In: KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L., et. al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s 26-27. ISBN 978-80-247-4284-7.
9. FABIAN, P., 2015. Morfologická klasifikace nádorů. In: TOMÁŠEK, J. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, s 22. ISBN 978-80-88046-01-1.

10. Food Safety and Inspection Service a Food and Drug Administration, září 2011. *Food Safety* [online]. [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <https://www.fda.gov/downloads/Food/FoodborneIllnessContaminants/UCM312761.pdf>
11. HALL, S., PETKOVA, H., et al. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. Denmark: WHO Regional Office for Europe, s 6. ISBN 978-92-890-0224-0.
12. HOLCÁTOVÁ, I., SVAČINA, Š., 2008. Dieta v prevenci a léčbě nádorových onemocnění. In: SVAČINA, Š., et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, s 265-277. ISBN 978-80-247-2256-6.
13. HOLEČKOVÁ, P., 2012. Význam nutriční péče u onkologického pacienta. Vývoj nutriční péče v Ústavu radiační onkologie. *Onkologie* 6 (3), s 172–174. ISSN - 1803-5345.
14. CHARVÁT, D., 2014. Perioperační výživa. In: KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L., et. al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s 159-161. ISBN 978-80-247-4284-7.
15. CHOCENSKÁ, E., MÓCIKOVÁ, H., Dědečková, K., 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi s. 29. ISBN 978-80-87250-02-0.
16. International Agency for Research on Cancer, © 2017. *Population fact sheets: Czech republic* [online]. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations?population=203&sex=0>
17. JOUKALOVÁ, Z., 27.1. 2017. *Prevence – úvod* [online]. Masarykův onkologický ústav Brno [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/prevence-uvod/t3002>
18. KLENER, P. 2006. Základy klinické onkologie. In: KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha, Galén. 90 s. ISBN 80-7262-430-X.
19. KLENER, P. 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha, Galén, 9-10 s. ISBN 978-80-7262-716-5.

20. KLENER, P. 2013. Jak nádorové onemocnění zjistíme, prevence vzniku nádorového onemocnění. TESAŘOVÁ, P. *Průvodce onemocněním zhoubným nádorem* [CD ROM]. © Dialog Jessenius o. p. s.
21. KOHOUT, P., 2009. Malnutrice – diagnostika a klinické důsledky. In: Kohout, P., Kotrlíková, E.. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, Informační servis pro lékaře, s 9-16. ISBN 978-80-87250-05-1.
22. KOHOUT, P., 2009a. Nutriční tým a stupňovitá nutriční péče. In: Kohout, P., Kotrlíková, E.. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, Informační servis pro lékaře, s 24-29. ISBN 978-80-87250-05-1.
23. KOHOUT, P., 2010. Nutriční screening a následná nutriční intervence In: KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., a ŠERCLOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi. s 19-22. Informační servis pro lékaře, svazek 2. ISBN 978-80-87250-08-2.
24. KOHOUT, P., 2011. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře, sv. 3. ISBN 978-80-87250-12-9.
25. KOTRLÍKOVÁ, E., 2014. Předoperační nutriční péče. In: KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L., et. al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s 152-159. ISBN 978-80-247-4284-7.
26. KŘÍŽOVÁ, J., 2016. Výživa a nádorová onemocnění. In: ZLATOHLÁVEK, L., et al. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, s 273-294. ISBN 978-80-88129-03-5.
27. LAURA J. MARTIN, 2.6. 2016. *Palliative care – fear and anxiety* [online]. Atlanta, GA., A.D.A.M. [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000470.htm>
28. MICHÁLKOVÁ, H., 2016. Výživové faktory chránící před rakovinou. *Florence*. 8(7-8), 14-15. ISSN 1801-464X.
29. NATIONAL CANCER INSTITUTE, 16.3. 2010. *Palliative Care in Cancer* [online]. National Institutes of Health. [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>

30. NAVRÁTILOVÁ, J. 2010. Výživa onkologického pacienta. *Sestra* 7(6), s 60. ISSN 1210-0404.
31. NUTRICIA ADVANCED MEDICAL NUTRITION, © 2017. *Požadavky na kalorie a živiny u maligních onemocnění* [online]. Danone Nutricia [cit. 2017-04-07]. Dostupné z: <http://www.nutriciamedical.cz/nase-pripravky/enteralni-vyzivak-popijeni-pro-dospELE/diagnozy/onkologicke-onemocneni/pozadavky-na-kalorie-a-ziviny-u-malignich-onemocneni.html>
32. NUTRISERVIS, © 2017. *Nutriservis* [online]. Forsapi s.r.o. [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.nutriservis.cz/cs/>
33. SLÁMA, o., 2012. Paliativní péče. In: VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s 218-236. ISBN 978-80-247-3742-3.
34. STARNOVSKÁ, T., PAVLÍČKOVÁ, J., HRBKOVÁ, D., 2007. *Výživa při nádorovém onemocnění: praktická příručka pro pacienty*. Praha: Nutricia, s 11-35. ISBN 978-80-239-9055-3.
35. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. doplněné vydání. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 226-235 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
36. STRUNECKÁ, A., a PATOČKA, J. (2006). K čemu je dobrá kyselina fytoová? *Kontakt* 2(1), s 169-170. ISSN 1212-4117.
37. ŠACHLOVÁ, M., TOMÍŠEK, M., SLÁMA O., 2012. *Doporučené postupy: Nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči*. Praha: Ambit Media, a. s, s 5-11. ISBN: 978-80-904596-5-6.
38. TESAŘOVÁ, P. 2013. Terciální prevence vzniku zhoubných nádorů/rakoviny. TESAŘOVÁ, P. *Průvodce onemocněním zhoubným nádorem* [CD ROM]. © Dialog Jessenius o. p. s.
39. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, © 1998-2017. *Rakovina* [online]. Maxdorf [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/rakovina>
40. VORLÍČEK, J., 2011. Onkologie dnes. *Lékařské listy* 13(5), s 3. Praha: Výbor České onkologické společnosti ČLS JEP. ISSN: 0044-1996.

41. VORLÍČEK, J., 2012. Patologie nádorů. In: VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s 53-55. ISBN 978-80-247-3742-3.
42. VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. Diagnostika nádorových chorob. In: VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s 62-69. ISBN 978-80-247-3742-3.
43. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, 2012. *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 27, s. 842-848. ISSN 1211-1244.
44. WAX, E., 25.4. 2016. *Diet and cancer* [online]. The Brooklyn Hospital Center, Brooklyn, NY, A.D.A.M. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/002096.htm>
45. YOUNGOVÁ, A., 2010. Terminální stavy a paliativní péče. *Lékařské listy* 12(18), s 12. Praha, Výbor České onkologické společnosti ČLS JEP. ISSN: 0044-1996.
46. ZLATOHLÁVEK, L., KŘÍŽOVÁ, J., 2016. Vyšetření stavu výživy. In: ZLATOHLÁVEK, L., et al. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, s 59-67. ISBN 978-80-88129-03-5.
47. ZOUBKOVÁ, H. 2014. Prevence nádorů zeleným čajem? *Výživa a potraviny* 10(3), s 80-82. ISSN 1211-846X.
48. ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., VORLÍČEK, J., 2006. Onkoprevence pro Českou republiku. *Klinická onkologie*. 8(1), 35-36. ISSN 1802-5307.

8 Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Nutričním screeningem pro následnou péči o dospělé

Příloha 3: Jídelní lístek pacientka 1

Příloha 4: Jídelní lístek pacientka 2

Příloha 5: Jídelní lístek pacientka 3

Příloha 6: Jídelní lístek pacientka 4

Příloha 7: Jídelní lístek pacientka 5

Příloha 8: Jídelní lístek pacientka 6

Z důvodu rozsahu bakalářské práce byla příloha 3, 4, 5, 6, 7 a 8 přiložena v elektronické formě na CD-ROM.

Příloha 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE A POŘIZOVÁNÍ KOPIÍ ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Vážená/ý paní/pane,

já Miroslava Tichá, se obracím na Vás s žádostí o spolupráci na mé bakalářské práci s názvem „Výživa u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči“ v oboru NUTRIČNÍ TERAPEUT – JIHOČESKÁ univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Cílem mého šetření je získat potřebná data, která budou v rámci mé bakalářské práce anonymně zpracovávány z Vaší zdravotní dokumentace, dotazníku, popř. společného rozhovoru.

Vaše účast může pomoci zviditelnit problém nutričního stavu a kvality života u pacientů s podobným onemocněním jaké máte Vy.

Prohlášení

„Souhlasím s tím, že studentka všechny získané údaje o mně bude používat jen pro účely bakalářské práce a výsledky budou anonymně zpracovány a následně publikovány.“

Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, prosím, připojte Váš podpis, kterým potvrzujete souhlas se spoluprací.

JMÉNO A PŘIJMENÍ: _____

PODPIS: _____

DNEŠNÍ DATUM: _____

S poděkováním _____

Miroslava Tichá

Příloha 2

Nutriční screening pro následnou péči o dospělé (Kohout, P., 2011)

OTÁZKY A ODPOVĚDI		
A	Věk: 0 = do 65 let 1 = nad 65 let 3 = nad 70 let	
B	Hmotnost: výška: BMI: 0 = 23–30 1 = mezi 20–23, nad 30 2 = nelze zvážit a změřit 3 = méně než 20	
C	Váhový úbytek za posledních 6 týdnů? 0 = bez úbytku nebo váha zvýšena 1 = nevím 2 = ANO – váha snížena, volné šatstvo	
D	Příjem stravy? 0 = standardní porce nebo zvýšen 1 = menší porce 2 = mechanicky upravená strava 3 = tekutá strava nebo nejí	
E	GIT/ Zažívací obtíže? 0 = žádné 1 = bolesti břicha, nechutenství 2 = zvracení, průjem nad 6x za den či inkontinence	
F	Psychická kondice? 0 = žádné obtíže, dobrý psychický stav 1 = zhoršení paměti, komunikace a sebeobsluhy 3 = demence, deprese, ztráta sebeobsluhy, od pacienta nelze získat informace	
G	Pohyblivost? 0 = bez omezení 1 = s omezenou pohyblivostí 2 = ležící pacient (upoutaný na lůžko či křeslo)	