

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Petra Jeníčková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Výživové preference pacientů v terminální fázi nemoci

Petra Jeníčková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Jeníčková**
Osobní číslo: **Z12246**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Výživové preference pacientů v terminální fázi nemoci**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. GROFOVÁ, Zuzana. Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-802-4718-682.
2. SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 363 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
3. O'CONNOR, Margaret. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
4. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči: pro sestry všech oborů. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4718-309.
5. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči: pro sestry všech oborů. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Chrudimi dne 12. 4. 2015

Petra Jeníčková

Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat vedoucí své práce PhDr. Kateřině Čermákové, DiS. za odborné vedení, trvalý zájem, trpělivost a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Velké poděkování patří také respondentům a jejich rodinám, kteří mi umožnili realizovat výzkumnou část této práce.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku podávání výživy a tekutin u pacientů v konečné fázi života. Práce se konkrétně zabývá specifikou výživových preferencí u pacientů hospitalizovaných v hospicovém zařízení. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část je zaměřena na obecnou formulaci výživy a specifika podání výživy u pacientů s onkologickou nemocí. Výzkumná část obsahuje interpretaci dat, které byly získány na základě dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

výživa, parenterální výživa, malnutrice, paliativní péče, hospic, umírání

TITLE

Nutritious preferences of patients in the terminal phase of disease

ANNOTATION

This thesis deals with nutrition - giving nourishment and liquids to patients in their terminal phase of life. In concrete terms the thesis specifies nutrition preferences of patients hospitalized in a hospice. The thesis is divided into two parts - theoretical and empirical.

The theoretical part formulates nutrition in general and specifies giving nourishment to oncologically ill patients. The empirical part contains the interpretation of data gained from the questionnaire survey.

KEYWORDS

nutrition, parenteral nutrition, malnutrition, palliative care, hospice, dying

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍLE.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Základní složky výživy.....	12
1.1 Makronutrienty.....	12
1.1.1 Sacharidy	12
1.1.2 Tuky.....	13
1.1.3 Bílkoviny	13
1.1.4 Vlákna.....	14
1.2 Mikronutrienty	15
1.2.1 Minerály.....	15
1.2.2 Vitaminy	16
2 Výživa v paliativní péči.....	17
2.1 Posouzení zdravotního stavu.....	18
2.2 Nejčastější důsledky nedostatečné výživy v paliativní péči	18
2.2.1 Malnutrice.....	19
2.2.2 Anorexie, kachexie	20
2.2.3 Afekce v dutině ústní vlivem onkologické léčby.....	20
2.3 Obecná doporučení.....	21
2.3.1 Etický pohled na výživu v terminálním stadiu onemocnění.....	22
2.4 Formy doplňkové výživy	22
2.4.1 Enterální výživa	22
2.4.2 Parenterální výživa	23
2.4.3 Subkutánní podání tekutin (hypodermoklýza).....	24
3 Hydratace.....	24
3.1 Hydratace pacientů v terminální fázi onemocnění.....	25
3.2 Dehydratace.....	25
4 Paliativní péče	26
4.1 Rozdělení paliativní péče	26
4.2 Místa poskytování paliativní péče.....	27
4.3 Péče o pacienta v paliativní péči	28
5 Umírání.....	29

5.1	Nejčastější subjektivní pocity doprovázející umírání	29
5.2	Terminální stadium nemocného	30
5.3	Klinické příznaky umírání.....	30
5.4	Resuscitace a náhrada vitálních funkcí u umírajícího pacienta	31
5.5	Rodina a umírající pacient	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	32
2.1	Výzkumné otázky.....	32
2.2	Charakteristika zkoumaného souboru	33
2.3	Metodika výzkumu.....	33
2.4	Průběh výzkumu.....	33
2.5	Prezentace výsledků	34
2.6	Diskuze.....	76
2.7	Závěr	82
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	84
	SEZNAM ZKRATEK	89
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	90
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na specifika potřeb pacientů v terminální fázi onemocnění v oblasti výživy. Zabývá se sledováním podávání základních i speciálních složek výživy u pacientů hospitalizovaných v hospicovém zařízení, kde již pátým rokem pracuji. Moje vlastní postřehy z oblasti uspokojování základních biologických potřeb umírajících pacientů mě motivovaly k prozkoumání oblasti výživy a hydratace. Dostatečná výživa i hydratace umírajícího je stále brána především jako etická otázka, nikoliv jako prostá lidská otázka, ve které bychom zpětnou vazbou zjistili, zda umírající opravdu pociťují pocit hladu a žízně.

Pacientů s onkologickým onemocněním u nás neustále přibývá, v roce 2004 bylo do NOR ČR nahlášeno celkem 66 641 případů zhoubných novotvarů a novotvarů in situ, zatímco v roce 2011 počet nově hlášených případů stoupl na 83 581 (ÚZIS, 2011). Podle odhadů Světové zdravotnické organizace bude nárůst tohoto onemocnění v následujících deseti letech až čtyřnásobný (ČOS J. E. Purkyně, 2011). Je tedy zcela nezbytné zaměřit se na uspokojování základních tělesných, duševních, sociálních i duchovních potřeb nemocných, kdy jednou z oblastí je právě již zmiňovaná oblast výživy a hydratace. Touto problematikou se aktivně zabývá Česká společnost paliativní medicíny, kde byly za spolupráce lékařů vytvořeny Doporučené postupy nutriční péče v paliativní péči (Šachlová, Tomáška, Sláma, 2012). Dalším přínosem pro praktické využití bezesporu patří Standardy paliativní péče 2013, které vytvořili přední odborníci v paliativní péči Sláma a Kabelka (Sláma, Kabelka, 2013).

Mnoho rodin se snaží pečovat o svého blízkého v domácím prostředí, stále častěji si však kladou otázku, zda v posledních dnech života netrpí jejich blízký hladem, či žízní. V této práci je věnována pozornost ověřování skutečnosti, která se týká objektivních pocitů pacientů spojených s přijímáním stravy a tekutin. Obecně jsou již delší dobu známa fakta, která nám uvádějí opakované případy nechutenství, nesnášenlivosti některých druhů potravin, či přímo zvracení po jídle u onkologicky nemocných pacientů. Přesto se stále spekuluje o etických aspektech týkajících se výživy u terminálně nemocných pacientů, nejen onkologického původu. Značně stoupá výskyt neuromuskulárních nemocí a dochází k rychlejší progresi u neurodegenerativních onemocnění.

Cílem této práce je tedy zjištění, zda u pacientů, u kterých probíhá paliativní péče, dochází k naplnění jedné ze základních biologických potřeb. Výzkumné otázky se zaměřují na možnosti preferovaných potravin, či tekutin u vybraných pacientů, dále zda preferované potraviny přinášejí psychický benefit a zda pacienti nepociťují pocit hladu a žízně.

CÍLE

1. Na základě aktuální literatury (případně z rešerše) definovat pojmy výživa, parenterální výživa, malnutrice, paliativní péče, hospic.
2. Seznámení se se specifikou výživových zvyklostí u pacientů v terminální fázi onemocnění.
3. Zmapování preference jednotlivých druhů potravin a tekutin u pacientů v terminální fázi onemocnění.
4. Zjistit, zda sledovaní respondenti hospitalizovaní v hospicovém zařízení pocítují hlad a žízeň.
5. Při prokázání psychického benefitu při podávání vyhrazených druhů potravin u sledovaných respondentů, zařadit možnost edukace o vhodném výběru i množství podávaných potravin rodinných příslušníků pacientů v terminální fázi nemoci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní složky výživy

Výživa má významnou úlohu pro udržení dobrého zdravotního stavu. Správnou fyziologickou výživu označujeme jako souhrn pochodů, kterými organismus přijímá, zpracovává a využívá látky (Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 325). Látky, které přijímáme do trávicího traktu ústy, označujeme jako potrava. Tyto látky obsahují organické a anorganické složky. Organické látky může tělo využít buď jako stavebních součástí, nebo využít jejich chemicky vázanou energii. Právě proto jsou označovány jako živiny - cukry, tuky, bílkoviny (Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 51).

Složky výživy rozdělujeme na dvě skupiny – makronutrienty a mikronutrienty (Grofová, 2007, s. 70).

1.1 Makronutrienty

Makronutrienty považujeme za nositele energie. Patří mezi ně sacharidy, lipidy a proteiny. Ve zdravé dietě by měly být živiny přijímány v poměru energií: proteiny 15 %, tuky do 30 % a cukry 55 %. Obecné vyjádření složení zdravé diety v gramovém poměru činí: 1 g bílkoviny na 1 g lipidů a 4 g sacharidů (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 36).

1.1.1 Sacharidy

V průmyslově vyspělých zemích se zhruba 50 % celkové energie přivádí ve formě sacharidů, z toho asi 20 % ve formě cukru (Kasper, 2015, s. 4). Sacharidy tvoří hlavní energetický zdroj pro celý organismus. Představují 40-55 % celkového příjmu. Dá se tedy říct, že všechny tkáně mohou využívat glukózu. Nepostradatelná je pro erytrocyty, leukocyty i ischemické tkáně (Grofová, 2007, s. 71). Obecně lze říci, že sacharidy jsou cyklické uhlovodíky, které jsou tvořeny uhlovodíkovými kruhy s šesti nebo pěti uhlíky. Můžeme je dělit na jednoduché a složené. Mezi jednoduché hexózy patří glukóza, fruktóza a galaktóza. Složením dvou jednotek jednoduchých cukrů vzniká disacharid. Za nejznámější disacharidy považujeme sacharózu, laktózu a maltózu (Grofová, 2007, s. 71).

Sacharidy nevyvolávají diabetes, v dietách působí protistresově a příjem alespoň 50 g sacharidů brání rozvoji adaptace na nižší příjem stravy (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 37). Glukóza je výchozí látkou pro syntézu řady důležitých sloučenin. Nejdůležitější z hormonů, který ovlivňuje metabolismus glukózy je inzulin. Je to hormon, snižující koncentraci krevního cukru. Sacharóze se přisuzuje řada negativních účinků, zatím však přímé exaktní podklady pro tato tvrzení chybí (Kasper, 2015, s. 6 - 7).

1.1.2 Tuky

Tuky představují nejdůležitější energetickou rezervu v lidském organismu. Triglyceridy řadíme do skupiny lipidů (Kasper, 2015, s. 8). Většina tuku přijatého v obvyklé stravě tvoří triglyceridy, obvykle zhruba 100 g/den. Přibližně polovina tuků je živočišného původu, druhá polovina rostlinného původu, kam řadíme především oleje (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 37).

Mezi lipidy patří také složené lipidy, sfingolipidy, fosfolipidy a cholesterol. Triacylglyceroly označujeme jako neutrální tuky. Jejich struktura vyplývá z jejich názvu. Na glycerol jsou navázány tři zbytky mastných kyselin. Fosfolipidy jsou součástí biologických membrán téměř podobně jako cholesterol, sfingolipidy se vyskytují v nervové tkáni. Lipidy mají tedy i důležitý strukturální význam – tvoří ochranná pouzdra orgánů. Dále jsou nutné pro vitaminy rozpustné v tucích (Grofová, 2007, s. 72). V současnosti jsou k dispozici limitované důkazy o tom, že zvýšený příjem tuků zvyšuje riziko nádoru plic a prsu a příjem živočišných tuků kolorektální karcinom (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011, s. 11).

Cholesterol nalezneme pouze v potravinách živočišného původu. V rostlinné říši se jako cholesterolu podobné vyskytují fytoosteroly. Obsah cholesterolu v potravinách živočišného původu je rozdílný. Průměrný denní příjem cholesterolu ve vyspělých zemích je zhruba 500-700 mg na osobu (Kasper, 2015, s. 24). Jeho syntéza je energeticky náročná a probíhá v noci. To může velmi omezeno například u pacientů v intenzivní péči, kde se na těchto odděleních celé noci svítí (Grofová, 2007, s. 72).

1.1.3 Bílkoviny

Bílkoviny, nebo-li proteiny jsou pro život velmi důležité. Jsou to nositelé biochemických projevů živé hmoty. Život bez bílkovin tedy není možný (Grofová, 2007, s. 72- 73).

Bílkoviny tvoří strukturu živého organismu, fungují jako enzymy a jsou velmi důležité pro přepis genetické informace obsažené v genové DNA. Mezi další funkce bílkovin patří výživa, transport, imunita, funkce jednotlivých systémů a regulace metabolismu (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 43- 44).

Rozdílné bílkoviny jsou charakterizovány rozdílným obsahem a rozdílným pořadím aminokyselin. Molekula sestávající z více než 100 aminokyselin se označuje jako protein, jiná molekula složená z 10- 100 aminokyselin jako polypeptid a sestávající molekula z 2- 9 aminokyselin jako oligopeptid (Kasper, 2015, s. 28). Bílkovina, která obsahuje všechny esenciální aminokyseliny, je živočišného původu. Z rostlinných zdrojů bílkovin obsahuje vcelku kompletní spektrum sója a amarant. Aminokyseliny, které nejsou esenciální, se dokáží syntetizovat. Během zátěže organismu, nebo u některých chorob, se některé aminokyseliny stávají také esenciálními a je nutný jejich zvýšený příjem (Grofová, 2007, s. 73).

Vztáhneme-li požadovaný příjem bílkovin vyvážené výživy na celkový kalorický příjem, měly by konzumované proteiny u dospělého člověka představovat 10- 15 % energie. Není stále objasněno, zda vyšší příjem bílkovin má nepříznivý vliv na zdravotní stav organismu, anebo zda naopak může jeho výkonnost celkově zvýšit (Kasper, 2015, s. 30).

Bílkoviny mají významné vlastnosti, a to je amfoterní charakter molekuly a velikost molekuly, která vyvíjí značný onkotický tlak. Amfoterní charakter znamená, že se bílkovina může chovat zároveň jako kyselina i zásada. Velikost molekuly a s ní související onkotický tlak, který udržuje vodu v cévách, jsou vysvětlením pro vznik hypalbuminemických otoků (Grofová, 2007, s. 74).

1.1.4 Vlákna

Vlákna obecně nepatří mezi základní makronutrienty, ale jedná se o zcela běžnou a významnou součást výživy. Je přirozenou nestravitelnou součástí stravy, skládá se z požitelných částí převážně rostlinných sacharidů, které jsou rezistentní vůči trávení a absorpci v tenkém střevě. Vlákna má četné příznivé efekty na správné fungování zažívacího traktu a ovlivňuje významným způsobem imunitu podporou střevních funkcí (Grofová, 2007, s. 75). Dříve byla vlákna jednoznačně uváděna jako ochranný faktor ve vztahu k nádorovému riziku, avšak na přelomu tisíciletí byla role vlákniny zpochybněna (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 8).

1.2 Mikronutrienty

Mikronutrienty rozdělujeme na vitaminy a minerální látky. Ty se podle přijímaného množství mohou dělit na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky. Jako mikronutrienty jsou označovány prvky, které tvoří méně než 0,005 % celkové hmotnosti a jejich příjem činí většinou několik miligramů za den (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 45). Tyto látky nepřinášejí organismu chemickou energii, která by mohla být dále využívána (Grofová, 2007, s. 76).

1.2.1 Minerály

Sodík

Sodík je významným elektrolytem, dá se říct, že hlavní kationt v těle (Grofová, 2007, s. 76).

Úkolem sodíku je udržovat osmotický tlak v extracelulární tekutině. Jednou z nejčastějších poruch elektrolytového hospodářství je hyponatrémie, při níž je koncentrace sodíku v plazmě nižší než 135 mmol/l (Kasper, 2015, s. 63). Běžnou potravou přijímáme množství nepoměrně vyšší než je nutné, doporučené množství je 100 mmol na den (Grofová, 2007, s. 76).

Draslík

Důležitý a klinicky významný je draslík, kterého se denně potravou přivádí zhruba 100 mmol/l. Draslík má významné postavení v buněčném metabolismu (Kasper, 2015, s. 62).

Udržování hladiny draslíku v normálním rozmezí je extrémně důležité. Při hypokalemii i při hyperkalemii může dojít k významným arytmiím až k zástavě srdce (Grofová, 2007, s. 77).

Vápník

Vápník je z 99,9 % pevně vázán v kosterním systému, jen 0,1 % je mobilní. Přítomnost vápníku je nutná pro normální průběh životně důležitých funkcí (Kasper, 2015, s. 64).

Hořčík

Hořčík je více než z poloviny obsažen v kostech, část je ve svalech. Pro funkci svalů je hořčík nezbytný, jeho nedostatkem dochází ke křečím. Nedostatek je velmi častý a je způsoben, jak nedostatečným příjmem, tak ztrátami, na něž má vliv řada akutních i chronických chorob (Grofová, 2007, s. 77).

Fosfor

Fosfor je velmi důležitý z hlediska přeměny a hospodaření s energií, je vázán ve sloučeninách. Při jeho nedostatku se snižuje exkrece ledvinami, což znamená, že klesá jeho odpad do moči (Grofová, 2007, s. 77- 78).

1.2.2 Vitaminy

Vitamin A

Vitamin A je významný pro obnovu pigmentů v sítnici a také pozitivně ovlivňuje stav všech sliznic. Jeho nedostatek se projevuje poruchou zraku a záněty spojivek. Nejčastěji je obsažen jako retinol v potravinách živočišného původu – mléko, játra, máslo (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 46).

Protože vitamin A má teratogenní potenciál, měly by se ženy v plodném věku a především již těhotné ženy vyhýbat časté konzumaci jater (Kasper, 2015, s. 48).

Vitamin B

Vitamin B1 je zastoupen především v kvasnicích, luštěninách, mléce, mase a zelenině. Jeho deficit hrozí u alkoholiků. Vitamin B2 je nutný pro funkci kůže a sliznic. Zdroje jsou stejné jako u vitamínu B1 (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 46).

Vitamin B6 ovlivňuje nervové funkce, imunitní systém a syntézu hemoglobinu. Vitamin B12 se nachází v potravinách živočišného původu, z toho plyne nedostatek ve stravě vegetariánů. Vitamin B12 tvoří zásobu v játrech, příznaky nedostatku se mohou projevit až za delší dobu (Grofová, 2007, s. 79).

Vitamin C

Vitamin C je nejčastěji užívaný vitamin. Doporučená denní dávka je pod 50 mg za den. Hlavním zdrojem vitamínu je čerstvé ovoce a zelenina, zelené části rostlin, brambory a játra. Vitamin C v dávkách přijímaných v běžné stravě má nepochybně protinádorové účinky (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 47). Hypovitaminózy se vyskytují u starších a nemocných osob, které se projevují jako nedostatečná obrana proti infekcím a zhoršené hojení ran (Grofová, 2007, s. 80).

Vitamin D

Vitamin D je komplexně působící látka, pro její působení u nás je důležitější pobyt na denním světle než strava. Za hlavní zdroj vitamínu D považujeme ryby. Vitamin D nepůsobí jen na zdravý vývoj kostí, působí i protinádorově a má pozitivní vliv na kardiovaskulární aparát (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 48).

Vitamin E

Vitamin E řadíme mezi hlavní přírodní antioxidanty, které jsou přítomny v tucích rostlinného původu. Několika svými účinky zasahuje do procesu kancerogeneze (Grofová, 2007, s. 82). Přirozeným zdrojem vitamínu E je mléko, rostlinný olej a obilniny (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 51).

Vitamin K

Vitamin K ovlivňuje krevní srážlivost (Grofová, 2007, s. 82). Nedostatek vitamínu vyvolává právě již zmiňované poruchy krevní srážlivosti (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 51). K optimální resorpci vyžaduje normální sekreci žluči. Potraviny bohaté na vitamin K jsou zejména špenát, listová kapusta a zelí (Kasper, 2015, s. 41).

2 Výživa v paliativní péči

Nutriční péče je nepostradatelnou součástí komplexní paliativní péče (Šachlová, Tomíška, Sláma, 2012, s. 10).

Pacienti s onkologickým onemocněním představují skupinu s vysokým nutričním rizikem (Křížová, Křemen, Kotrlíková, Svačina a kol., 2014, s. 108). Dobrý nutriční stav zlepšuje kvalitu života nemocných, hojení ran, snižuje výskyt komplikací onkologické léčby i léčby infekcí. Nedostatečná výživa naopak průběh léčby a základního onemocnění zhoršuje (Vokurka et al, 2014, s. 121).

Onkologicky nemocní pacienti se často podrobují vyšetření nutričního stavu, kde se vyhledávají nemocní ohrožení rozvojem malnutrice (Kapounová, 2007, s. 54).

2.1 Posouzení zdravotního stavu

Posouzení a sledování stavu výživy musí být vždy kompletní, sestává nejen z anamnézy, ale i z fyzikálního vyšetření a záznamu o změně hmotnosti za definovaný časový úsek (Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 314). Sestra hraje významnou roli v posouzení nutričního stavu pacienta. Při vyšetření se ptá na příznaky, které mohou způsobit nechutenství – zejména na nevolnost, zvracení, bolest a zácpu. Nutriční stav pacienta také výrazně ovlivňují vedlejší účinky léků, které se v paliativní péči podávají. Chuť k jídlu a schopnost přijímat potravu může nepříznivě ovlivnit ascites, který se u onkologických pacientů mnohdy vyskytuje. Úbytek na hmotnosti bývá většinou zcela zjevný, ale sestra musí zaznamenat také související okolnosti, mezi které patří nezájem o jídlo, potíže s polykáním, suchá kůže, záněty sliznic či lokální postižení dutiny ústní (O'Connor, Aranda, 2003, s. 156- 157).

Paliativní podávání umělé výživy nedokáže ovlivnit prognózu pacienta, ale může alespoň dočasně zlepšit kvalitu jeho života a prodloužit dobu jeho soběstačnosti bez nutnosti hospitalizace. U pacientů v terminální fázi nemoci je otázka míry alimentace, a především indikace domácí parenterální výživy intenzivně diskutována. Současně převažuje v praxi myšlenka, že i v terminální fázi onemocnění by měl být zajištěn alespoň příjem tekutin a základních živin (Křížová, Křemen, Kotrlíková, Svačina a kol., 2014, s. 109).

2.2 Nejčastější důsledky nedostatečné výživy v paliativní péči

Pacient se zhoubným nádorovým onemocněním může trpět poruchami výživy. Souvisí to především s metabolickými změnami vyvolanými nádorovou tkání a s nádorovou anorexií, která ovlivňuje centrum v hypotalamu (Grofová, 2007, s. 142).

Hlavním problémem je opakovaná inzultace nutričního stavu, která vede k oslabení organismu, pro které někdy může být onkologická léčba pozastavena či ukončena. Cílem nutriční podpory u onkologicky nemocných je zvládnutí období sníženého perorálního příjmu, ovlivnění nádorové kachexie a především zlepšení kvality života pacientů. I u onkologicky nemocných pacientů platí pravidlo preference úpravy normální diety a časně zahájení enterální výživy (Křížová, Křemen, Kotrlíková, Svačina a kol., 2014, s. 109). Maligní onemocnění vede ke snížení příjmu a sníženému využití přijaté stravy, v neposlední řadě také ke zvýšení energetického výdeje. Mnohdy již před stanovením diagnózy lze zjistit úbytek hmotnosti u více než 50 % onkologicky nemocných pacientů. Léčba sama o sobě má

časté vedlejší účinky. Nauzea a průjmy po chemoterapii, změny chuti při ozařování, nechutenství, moučnivka nebo vředové léze v dutině ústní (Grofová, 2007, s. 142). Na druhou stranu tito pacienti často nepocítují hlad, což je způsobeno ovlivněním mozkových center. „*Hlad je exklusivně centrální fenomén*“ (Grofová, 2007, s. 31).

2.2.1 Malnutrice

Malnutrice je patologický stav, který je způsobený nedostatkem živin. Tento stav je způsoben neadekvátním příjmem základních živin, zvýšenými ztrátami živin nebo zvýšenými nároky organismu na výživu (Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 309). Podvýživu lze tedy definovat jako poruchu složení těla s následnou poruchou funkce různých orgánů v důsledku nedostatku energie a živin (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 197).

Podvýživu lze rozdělit na 2 typy :

Energetická malnutrice – historicky se používá název marasmus. Tento typ malnutrice provází nedostatečný přívod energie. Nemocný bývá hubený, chybí mu nebo ubývá podkožní zásoba tuku. Obranyschopnost je normální, bílkovin v krvi je také dostatek (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 197)

Bílkovinná malnutrice – historicky nazývaný typ kwashiorkor. Nedostatek bílkovin je způsoben vystupňovaným odbouráváním bílkovin, tzv. stresovým hladověním. Je postižena imunita i obranyschopnost nemocného, velmi časté jsou otoky. Následkem tohoto stavu dochází ke špatnému hojení ran, rozvoji dekubitů, vznikají infekční komplikace. Tento typ podvýživy může postihnout i obézního jedince (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2013, s. 197).

Malnutriční nemocní se zhoubným nádorem mají výrazně horší odpověď na onkologickou terapii, sníženou toleranci na podání chemoterapie a zkrácené celkové přežívání. Mají vyšší sklon k infekcím a více komplikací po invazivních výkonech (Klener, Vorlíček et al., 1998, s. 18). Dochází ke snížení svalové síly, což způsobuje horší hybnost nemocného a zvyšuje se riziko tromboembolických příhod. Zhoršené vykašlávání se může spolupodílet na zvýšeném výskytu bronchopneumonií, upoutání na lůžko spolu s edémy zvýší riziko vzniku dekubitů (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 18). Snad nejzávažnější je nepříznivý vliv podvýživy na imunitní funkce nemocných, zvláště na jejich buněčnou imunitu. Těžká malnutrice vede

k atrofii tenkého střeva se slizniční atrofií a snížení resorpce aminokyselin (Klener, Vorlíček et al., 1998, s. 38).

2.2.2 Anorexie, kachexie

Anorexie má často podobu nechutenství nebo trvalého pocitu sytosti s chyběním hladu. U některých nemocných může dominovat porucha chuťových preferencí, dále může být provázena nevolností. Přetrvávající anorexie vede nevyhnutelně k úbytku tělesné hmotnosti a sdružuje se tak s kachexií (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 107). Častým důvodem snížené chuti k jídlu je nedostatečně tlumená bolest. Obecný základní přístup k snížené chuti k jídlu závisí na celkovém stavu pacienta a na jeho předpokládané prognóze. U pacientů s prognózou v řádu měsíců je komplexní podpora návratu chuti k jídlu bezesporu indikovaná (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006, s. 159). Výrazná ztráta hmotnosti se velmi často vyvine při nádorech slinivky břišní, žaludku, plic a vaječníků (Kasper, 2015, s. 481).

Jako kachexie je označován syndrom, při kterém dochází k výraznému snížení tělesné hmotnosti pod dolní hranici normy (Kasper, 2015, s. 481). Dále je charakterizována výraznou pohublostí s typickými znaky podvýživy typu marasmu. Na pacientovi je patrná ztráta podkožního tuku i svalstva, což způsobuje na mnoha místech těla prominenci kostí (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 107) Typickým příkladem anorexie a kachexie je pokročilé nádorové onemocnění, při němž vzniká tzv. syndrom nádorové anorexie a kachexie. Vlivem onemocnění vzniká až u 80 % nemocných. Anorexii přímo způsobenou nádorem je však nutné odlišit od anorexie po cytostatické léčbě a při infekčních komplikacích nádorového onemocnění, kde tyto projevy mohou být reverzibilní. Obecně ale platí, že rozvoj nádorové anorexie zhoršuje celkovou prognózu onemocnění (Sláma, Kabelka, Vorlíček, et al, 2007, s. 107).

2.2.3 Afekce v dutině ústní vlivem onkologické léčby

V dutině ústní se mohou v souvislosti s onkologickou léčbou objevovat mykózy, suché sliznice a bolestivost v celých ústech. Všechny tyto stavy vedou ke sníženému příjmu potravy, proto je nutné, věnovat péči o dutinu ústní pravidelnou pozornost u všech pacientů (Marková, 2010, s. 106)

Strava pacienta významně ohroženého nebo již postiženého mukozitidou nebo jakoukoliv jinou afekcí by měla být taková, aby nezpůsobovala další dráždění, bolestivost a poškození sliznice dutiny ústní. Nutné je pravidelné dodržování hygieny dutiny ústní, k čištění zubů používat měkký zubní kartáček a vyplachovat ústa vodou nebo vlažným či studeným odvarem, např. šalvěje či řepíku. V některých případech je vhodné použít antibiotika anebo antimykotika. Nezbytnou součástí dietních opatření musí být individuálně volená účinná léčba bolesti, nevolnosti, zvracení, péče o dutinu ústní a další opatření přispívající ke zlepšení kvality života nemocného (Vokurka et al., 2014, str. 124).

2.3 Obecná doporučení

Cílem nutriční podpory je udržet stávající nutriční stav, případně zpomalit zhoršování celkového stavu, zlepšit a udržet kvalitu života a současně respektovat přání pacienta (Šachlová, Tomiška, Sláma, 2012, s. 6). Neposkytnout nutriční podporu onkologicky nemocným je neetické. Prohlubující se podvýživa zvyšuje mortalitu a zhoršuje kvalitu života, včetně psychické stránky. To, že člověk sám sebe vidí, že se neuživí, je pro něj velmi stresující. Cílem nutriční podpory je tedy získání a udržení optimální tělesné hmotnosti, korekce nutričního deficitu a zvýšení kvality života, za předpokladu optimalizace aktivity imunitního systému (Grofová, 2007, s. 143).

Kapounová (2007) popisuje několik obecných doporučení, která by měla sloužit jako praktické rady pacientům v paliativní péči. Dieta nemocného by měla obsahovat energeticky bohaté potraviny. Je-li to možné, je doporučována krátká procházka na čerstvém vzduchu v době přípravy oběda. Tento děj zvyšuje chuť k jídlu a snižuje nevolnost z pachů připravovaného jídla. Naopak v době probíhající chemoterapie je vhodné zcela vynechat oblíbená jídla pacienta, je totiž velká pravděpodobnost, že by ke stravě mohl vzniknout odpor. Celkovou výživu může pacient doplnit popíjením tekuté umělé výživy, pro kterou je používán název sipping. Pro zvýšení chuti k jídlu je také se svolením lékaře žádoucí doporučit malou skleničku vína nebo piva před jídlem. Vhodné je jíst častěji malé porce jídla, na talíř se vždy servíruje menší část připravené stravy. Pohled na celou porci může u nemocných vyvolat pocit plnosti ještě před začátkem konzumace stravy (Kapounová, 2007, s. 55).

Někteří pacienti s překážkou v trávicím ústrojí uvádějí, že pocit naplnění se zvyšuje během dne, proto je jim doporučováno, aby se najedli ráno. Mnoho pacientů má potřebu jíst, i když ví, že budou zvracet (O'Connor, Aranda, 2003, s. 157).

2.3.1 Etický pohled na výživu v terminálním stadiu onemocnění

Terminální stavy onemocnění jakékoliv příčiny nevyžadují plnou umělou výživu. Dostatečná hydratace zpravidla tlumí nepříjemné pocity strádání a způsobem podání může být i podkožní infuze. „Umělou výživu tedy nevyžaduje pacient, u něhož nedokáže výživa zvrátit nepříznivý průběh základního onemocnění ani zmírnit jeho dopady a pacientovy nepříjemné pocity, a dále pacient umírající“ (Grofová, 2007, s. 148). Pokud pacient jídlo nechce, je důležité nenaléhat a nepřesvědčovat ho. Mnohdy tato skutečnost bývá obtížně přijatelná pro rodinu pacienta, která má obavu, aby jejich blízký „neumřel hladem“. Je proto nutné, je citlivě a trpělivě poučit, že nemocný hlad nepocítuje a odmítání potravy je přirozeným projevem umírání (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006, s. 160).

Kompetentní pacient má právo podílet se na procesu rozhodování o možnostech své léčby. U pacientů, kteří nejsou sami schopni rozhodnout je toto ošetřeno zákonem pověřujícím zákonného zástupce. Vždy je třeba důkladně zvážit celkový prospěch pacienta a to, zda vedlejší účinky jsou skutečně vyváženy prospěšností. Jedná se zejména o kvalitu života nemocného, kdy např. enterální sondová výživa neprodlouží život, ale kvalita zbývajících života se tím velmi zvýší. „Ačkoliv lékař není oprávněn život ukončit, nemá ani právo prodlužovat pacientovo utrpení a proces umírání“ (Grofová, 2007, s. 149).

2.4 Formy doplňkové výživy

2.4.1 Enterální výživa

Definice a indikace

„Enterální výživa je v širším slova smyslu chápána jako podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu“. Indikace enterální výživy mají velmi široké rozmezí. Podává se malnutričním nemocným nebo pacientům s rizikem malnutrice, kteří mají funkční zažívací trakt. Výhody enterální výživy spočívají především ve stimulaci střevní motility, udržení bariérové funkce, stimulaci tvorby hormonů zažívacího traktu a v neposlední řadě je tato forma výživy výrazně levnější než výživa parenterální (Křížová, Křemen, Kotrlíková, Svačina a kol., 2014, s. 45). Kontraindikací enterální výživy jsou náhlé příhody břišní, ileózní stavy, silné zvracení, jaterní kóma a krvácení do zažívacího traktu (Kapounová, 2007, s. 64).

Formy enterální výživy

Nejfyziologičtější a nejjednodušší cestou podávání enterální výživy je podávání ústy neboli sipping (Křížová, Křemen, Kotrlíková, Svačina a kol., 2014, s. 146). Pacient, který přijímá nedostatečné množství stravy, ale jeho příjem ústy je možný, je jako stvořený pro podávání perorálních nutričních doplňků k popíjení. Zásadně se jedná o výživu, která je podávána navíc k běžnému dennímu příjmu, tedy nad to, co pacientovi z nějakého důvodu nestačí (Grofová, 2007, s. 54). Sipping má oproti běžné stravě velkou výhodu v tom, že je okamžitě připraven k použití a je připravena široká škála příchutí (Šachlová, Tomíška, Sláma, 2012, s. 7). Zásadou správného užívání je popíjení po malých porcích mezi jídly, tak aby nemocný tuto výživu přijímal nad rámec normální stravy (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 329).

Pokud pacient není schopen vypít potřebnou dávku enterální výživy ústy, je zaváděna sonda do žaludku, duodena nebo do první kličky jejuny, která se zpravidla zavádí endoskopicky (Křížová, Křemen, Kotrlíková, Svačina a kol., 2014, s. 46). V případě, že má umělá enterální výživa trvat déle než 30 dnů, je indikován PEG. Při tomto postupu se za gastroscopické kontroly punktuje žaludek a pomocí vodícího vlákna se zavede vyživovací katetr (Kasper, 2015, s. 491).

Sondovou enterální výživu je možno podávat bolusově do žaludku (250-300 ml ve 2-3 hodinových intervalech, počáteční bolusová dávka činí 50 ml a je postupně navyšována o 50-100 ml/bolus denně) nebo nepřetržitě pomocí pumpy, tzv. kontinuální podávání (Křížová, Křemen, Kotrlíková, Svačina a kol., 2014, s. 48). Nazogastriká sonda při rozvinutých afekcích v dutině ústní není nejvhodnější formou zajištění příjmu potravy, ale je možné ji použít krátkodobě. Vhodnější varianta je plánované zajištění PEGu, jehož zavedení je šetrné, a sondu lze při dobré péči ponechat dlouhodobě. V některých případech je nutné zavést gastrostomii chirurgicky plánovaným výkonem. K aplikacím do stěva musí být použity výhradně sterilní přípravky (Vokurka et al., 2014, s. 127).

2.4.2 Parenterální výživa

Parenterální výživa je indikována v případech, kde není možný perorální příjem a enterální výživa je neúčinná nebo je u nemocného kontraindikována (Kapounová, 2007, s. 69). Obecně také platí, že obejít trávicí ústrojí a infundovat živiny přímo do krevního oběhu je nefyziologické (Kasper, 2015, s. 497). Tento typ výživy je složitou součástí nutriční podpory. U pacientů, kde je možné trávicí trakt využít, ale nelze dosáhnout dostatečného energetického

příjmu, je vhodné použít parenterální výživu v kombinaci s enterální výživou. V případě, že trávicí trakt využít nelze, přistupuje se k tzv. totální parenterální výživě. Tato výživa je aplikována přímo do žíly, a to nejčastěji cestou centrálně zavedeného žilního katétru. Do periferních žil lze také v některých případech podávat parenterální výživu, s výjimkou koncentrovaných hyperosmolárních přípravků (Vokurka et al., 2014, s. 127).

2.4.3 Subkutánní podání tekutin (hypodermoklýza)

V některých situacích u onkologicky nemocných pacientů, např. při střevní obstrukci, kdy se neuvažuje o operačním řešení, je možné podávat tekutiny pod kůži, neboli subkutánně. Jedná se o „hypodermoklýzu“, kterou lze výhodně použít v domácím prostředí nebo v zařízení dlouhodobé péče, kde nejsou zdravotníci přítomni 24 hodin denně (O'Connor, Aranda, 2003, s. 157).

Metoda podání tekutin do podkoží byla nejvíce využívána do 50. let 20. století, poté byla postupně nahrazena podáním nitrožilním. V posledních 20 letech začal být tento přístup znovu využíván především v paliativní péči. Několika výzkumy bylo prokázáno, že se jedná o bezpečný způsob parenterální hydratace (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 103).

Sláma (2007) stručně definoval a pojmenoval výhody podkožního podání, které se používají pro praktické účely v paliativní péči. Patří mezi ně snadnost a bezpečnost podání do podkoží, kdy je tato aplikace možná i v domácím prostředí. Další výhodou je zcela jistě možná aplikace u neklidných a zmatených pacientů. Jedná o invazivní výkon, proto má také své kontraindikace, mezi které patří generalizované otoky a hemoragická diatéza (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 103).

3 Hydratace

Zhruba 60 % hmotnosti člověka představuje voda. Již z této skutečnosti vyplývá, že dostatek vody je pro každého člověka nesmírně důležitý. Dospělý člověk by měl za den vypít zhruba 2- 2,5 l tekutin (Kapounová, 2007, s. 45- 46).

Rozhodující význam pro regulaci vodního hospodářství mají ledviny, které při nedostatku vody vylučují hyperosmotickou moč. Příjem vody do těla je regulován pocitem žízně (Kasper, 2015, s. 58). Hydratace a výživa spolu velmi úzce souvisí, dehydratovaný pacient s oschlými rty bude jen velmi obtížně jíst (Grofová, 2007, s. 92).

Mezi žádoucí tekutiny patří bylinkové čaje, přírodní ovocné šťávy, voda a minerální vody. Minerální vody se obecně nedoporučují pacientům s funkčními poruchami zažívacího ústrojí (Kapounová, 2007, s. 47). Minerální vody obsahují minerální látky a stopové prvky, proto se dá říct, že mají určité výživově-fyziologické účinky (Kasper, 2015, s. 61).

3.1 Hydratace pacientů v terminální fázi onemocnění

Důležité je věnovat pozornost starým a těžce nemocným, ztrácejí totiž pocit žízně. Těmto pacientům je žádoucí nabízet tekutiny v pravidelných intervalech, nejlépe v poloze v sedě (Kapounová, 2007, s. 47). Hydratace má v mnoha případech přednost před samotnou výživou, od stavů akutních až po terminální. Zatímco výživu v terminálních stavech není nutné podávat až do konce, hydratace je zcela nezbytná (Grofová, 2007, s. 92).

Člověk nesmí trpět žízní, dobrá hydratace tlumí nepříjemné pocity strádání a častým způsobem v paliativní péči je podání podkožní infuze (Grofová, 2007, s. 148). V průběhu umírání přijde doba, kdy pacient začne ztrácet zájem o jídlo i tekutiny, v této fázi je důležité sledovat reakci rodiny, abychom jim pomohli proces umírání pochopit. Je nutné jim vysvětlit, že příjem tekutin pacienta pouze hydratuje, nikoliv mu prodlužuje život (O'Connor, Aranda, 2003, s. 159).

3.2 Dehydratace

Častá příčina převozu terminálního pacienta do nemocnice je strach z dehydratace. Je tedy nutné, zajistit nemocnému co nejdříve dostatečný perorální příjem tekutin. Obecně však platí, že mírná dehydratace má pozitivní vliv na zmírnění otoků, zmírnění zvracení a do jisté míry může působit analgeticky (Marková, 2010, s. 107- 108).

4 Paliativní péče

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 25).

Komplexně se paliativní péče považuje spíše za filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, nýbrž i v různých zdravotnických zařízeních a také v domácím prostředí (Munzarová, 2005, s. 61). Hlavním cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pacientů a jejich blízkých (Plevová a kol., 2011, s. 107). Kromě tělesných obtíží je kvalita života určena také mírou saturace potřeb v psychické, sociální a duchovní oblasti (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 26). Podpora rodiny je významnou součástí paliativní péče. Za rodinu považujeme ty osoby, které za rodinu považuje sám pacient (Bužgová, 2015, s. 137). Nedaleko od pravdy se nachází úsloví: *„Při vlastní smrti člověk jen umírá, ale při smrti druhého musí žít“* (Student, Mühlum, Student, 2004, s. 64).

4.1 Rozdělení paliativní péče

V naší společnosti často převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. Toto tvrzení je však omyl, který by mohl mít nedozírné následky na kvalitu ošetrovatelské péče o všechny ostatní umírající pacienty, kteří se do hospiců z jakýchkoliv důvodů nedostanou. Výbor ministrů rady Evropy vyzývá členské státy k tomu, aby všechna zařízení byla schopna poskytnout obecnou paliativní péči a zároveň byla zřizována zařízení specializované paliativní péče (Marková, 2010, s. 20).

Dřívější definice paliativní péče vymezila pacienty jako ty, kteří již nereagují na kurativní léčbu. Novější definice jsou chápány v jiném pojetí a mohou být aplikovány i v brzké fázi onemocnění (Bužgová, 2015, s. 17). Cílem paliativní péče je dosažení co možná nejvyšší kvality života nejen nemocných, ale také jejich rodin (Bužgová, 2015, s. 132).

Obecná paliativní péče

Tuto formu péče by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika svých odborností (Plevová a kol., 2011, s. 109). Patří sem zejména respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů provázejících onkologicky nemocného pacienta (Marková, 2010, s. 20- 21).

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná zařízení paliativní péče jsou typy zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Služby v těchto zařízeních jsou dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv (Marková, 2010, s. 21).

4.2 Místa poskytování paliativní péče

Paliativní péče doma

Pro domácí péči přichází v úvahu každý umírající pacient, který projeví přání odejít z nemocnice a zároveň se může spolehnout na podporu rodiny (Kupka, 2014, s. 31). Pro tuto formu péče musí být tedy splněny tři podmínky: rodina musí být schopna a ochotna převzít celodenní péči o nemocného, nemocný musí s péčí souhlasit a musí být zajištěn tým odborníků, schopný kdykoli během 24 hodin po 7 dní v týdnu řešit náhle vzniklé komplikace pacientova stavu (Marková, 2010, s. 28).

Domácí hospic

Ve světě je domácí hospic nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. „*Jedná se o péči multidisciplinárních týmů, jejichž členové poskytují všestrannou péči rodinám, které se rozhodly pečovat o svého umírajícího člena doma*“ (Marková, 2010, s. 28).

Paliativní péče v nemocnici

Umírání v nemocnici stále zůstává stresujícím momentem pro členy rodiny, spolupacienty i personál. Vzhledem k nedostatku jednolůžkových pokojů jsou další pacienti svědky terminální fáze života svého souseda na pokoji, je tedy pochopitelné, že tato skutečnost je pro ně silným psychickým zážitkem. Vždy, pokud je to jen trochu možné, měl by se ošetřující personál snažit o zajištění důstojného prostoru pro poslední chvíle odchodu člověka (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 177).

Paliativní péče v lůžkových hospicích

Mezi první moderní paliativní zařízení patří Hospic sv. Kryštofa v Anglii, který vznikl v roce 1967 (Bužgová, 2015, s. 16). V ČR se lůžková paliativní péče začala rozvíjet až po roce 1989, díky čemuž mírně zaostává za celosvětovým vývojem. V současné době funguje již 16 lůžkových hospiců a vznik dalších se připravuje (Bužgová, 2015, s. 20).

Hospice se řadí mezi zdravotně sociální zařízení (Marková, 2010, s. 28). Nejčastěji se jedná o samostatná lůžková zařízení s 20-30 lůžky. Přijímání jsou pacienti, u kterých byla ukončena onkologická léčba, a kteří jsou v terminálním stadiu onemocnění (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006, s. 163).

Středem pozornosti je umírající člověk a jeho rodina. Respektování tělesných, duševních sociálních a duchovních potřeb umírajících je základním znakem hospicového hnutí (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 246). Pokud to situace umožňuje, má pacient možnost si systém dne vytvářet sám, nikdo ho ráno nebudí s teploměrem, spí, jak dlouho chce, jí, na co má chuť (Kupka, 2014, s. 33).

Marková (2010) zformulovala kritéria pro přijetí pacienta do lůžkového hospice. Pacienta jeho postupující nemoc ohrožuje na životě a zcela svobodně se pro tento typ péče rozhodne.

Současně není nutná hospitalizace v nemocnici, ale zároveň u něj není možná péče v domácím prostředí. Nejčastější příčinou je nutnost paliativní léčby, kterou nelze poskytnout v terénu (Marková, 2010, str. 28).

4.3 Péče o pacienta v paliativní péči

V paliativní péči je obvyklá představa pacienta s pokročilým nádorovým onemocněním, ale patří sem i kardiaci, pacienti s chorobami dýchacího ústrojí, pacienti s onemocněním z neurologické příčiny, pacienti se selháním funkce jater či ledvin (Grofová, 2007, s. 147).

Při přijetí pacienta k hospitalizaci v terminálním stadiu nemoci je nutné zjistit jeho pohled na potřeby v oblasti biologické, psychologické i spirituální a společně stanovit jeho priority a vytvořit následný plán péče (Bužgová, 2015, s. 46). Každý člověk zůstává lidskou bytostí až do svého konce a je důležité zajistit mu základní životní potřeby. Jedná se o správnou hydrataci, adekvátní výživu, tlumení bolesti, udržování v čistotě, péče o vyprazdňování, pohodlí fyzické i duševní. Terapie, která se používá je především symptomatická. Vede ke zmírnění projevů základního onemocnění a udržuje akceptovatelnou kvalitu života, nedokáže však vyléčit primární příčinu (Grofová, 2007, s. 147). V neposlední řadě je v ošetrovatelské péči velkým přínosem pro samotného pacienta rehabilitace. Spojení léčebné rehabilitace a paliativní péče se může mnohým zdát neslučitelné, ba dokonce kontraproduktivní. Nicméně ti, kteří se touto problematikou vážně zabývají, rozpoznali přínos základních prvků z rehabilitace v paliativní péči již v počátcích své ošetrovatelské praxe.

(Košťál, 2015). Samo ošetřovatelství se dále soustředí na uspokojování potřeb pacientů, stará se o psychickou pohodu a zprostředkování dobrého kontaktu s rodinou. Jeden z pilířů péče o nevléčitelně nemocné tvoří hydratace a výživa. Hydratace je nezbytně nutná, člověk nesmí zemřít žízní. Dehydratace vede k neklidu nemocného a patří ke stejně tíživým vjemům jako bolest nebo dušení. Výživa sice neřeší základní onemocnění, ale výrazně přispívá ke zlepšení kvality života (Grofová, 2007, s. 148).

Napětí pacienta v oblasti výživy může být stupňováno i postojem rodiny. Pacient sám obvykle nepocítuje hlad ani žízeň. Jeho vyhublost bývá velkým problémem především pro jeho nejbližší. V těchto situacích je třeba empatické komunikace s pacientem i jeho rodinou a současně podání jasných informací o problematice výživy v závěru života (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 112).

5 Umírání

Umírání je různě dlouhé časové období, které je zakončeno terminálním stavem, někdy také rozlišeno na 3 kvalitativně odlišná období: pre finem, in finem a post finem (Kupka, 2014, s. 102).

Pacienti a jejich rodiny si umírání často spojují s bolestí a utrpením. Rodina by měla cítit, že nejprve bylo uděláno vše, aby smrt byla odvrácena a pokud se zdravotní stav stal již neslučitelným se životem, že bylo učiněno vše pro to, aby nemocný netrpěl a důstojně odešel z našeho světa (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 177). Pro pacienty i zdravotníky může být někdy velice těžké mluvit otevřeně o smrti a umírání (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 173). Většina pacientů si přeje umřít rychle a nejraději ve spánku. Úkolem ošetřovatelství je zajištění bezbolestného a důstojného umírání (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 245).

5.1 Nejčastější subjektivní pocity doprovázející umírání

Strach je jedním z častých psychologických jevů, kterému je v procesu umírání právem věnována velká pozornost. „*Strach má vždy přesně určený předmět, je to obava z něčeho konkrétního*“. V souvislosti s umíráním udávají pacienti nejčastěji strach ze smrti (Bužgová,

2015, s. 62). Pacient se může obávat okamžiku umírání, bolesti, ztráty vlastní hodnoty nebo opuštěnosti (Kupka, 2014, s. 68).

Jednou z dalších emocí, která se často objevuje u umírajícího pacienta, je smutek. Smutkem pacient reaguje na celkovou ztrátu zdraví v rámci život ohrožujícího onemocnění. Je žádoucí vytvoření bezpečného prostředí, kde pacient bude moci vyjádřit své emoce, bolest a někdy i beznaděj (Bužgová, 2015, s. 63).

5.2 Terminální stádium nemocného

Terminální fázi života označujeme poslední dny a hodiny života, kdy u pacienta dochází k nevratnému selhávání lidského organismu. „*Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně i konečnou fází jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 302).

Cílem péče o terminálně nemocného je mu umožnit klidnou a důstojnou smrt, nikoli smrt za každou cenu oddálit (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 304). Smrt u pacienta v terminálním stadiu nemoci je neodvratným a očekávaným vyústěním jeho stavu, v časovém horizontu hodin nebo dnů (Šachlová, Tomíška, Sláma, 2012, s. 13).

Sláma (2007) popisuje několik léčebných cílů, na které je nutné se zaměřit. Zmírnění tělesných i psychických symptomů patří mezi nejdůležitější cíle léčby, neopomíná se také na spirituální podporu pacienta a jeho blízkých (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 304).

5.3 Klinické příznaky umírání

Častým projevem vstupu pacienta do konečné fáze onemocnění je postupné zhoršování celkového stavu a narůstání celkové slabosti, kdy pacient zůstává upoután na lůžko a prodlužují se jeho periody denního spánku. Vzniká dezorientace, mnohdy i narůstající neklid. Pacient odmítá stravu i tekutiny, nepocítuje hlad. Jeho dech je nepravidelný, často se objevuje chrčivé dýchání. Snižuje se funkce ledvin, která se projevuje poruchami močení. Změny ve vizáži pacienta jsou více než zřejmé: periferní cyanóza na končetinách, zašpičatění nosu a mramorované zbarvení kůže (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 302).

5.4 Resuscitace a náhrada vitálních funkcí u umírajícího pacienta

Resuscitace terminálně nemocných, u kterých je smrt očekávaným vyústěním nevléčitelné choroby, nemůže být nikdy klinicky úspěšná. V nejlepším případě vede k návratu do stavu umírání a je dalším zdrojem frustrace pro pacientovu rodinu i zdravotníky. „*Lékař tedy postupuje lege artis, když umírajícímu pacientovi poskytuje nikoliv intenzivní resuscitační, ale paliativní péči*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 305).

5.5 Rodina a umírající pacient

Rodina pacienta v terminální fázi onemocnění sehrává velmi významnou roli. Jedním z dalších významných cílů obecné paliativní péče je zvyšování kvality života rodin umírajících (Bužgová, 2015, s. 113).

Závažné život ohrožující onemocnění může způsobit změnu hodnot nejen u nemocných, ale také u jejich nejbližších. Pokud není rodinný příslušník smířen s pokročilostí nemoci svého blízkého, může se v praxi často dožadovat další, mnohdy již zcela zbytečné léčby. Často nastává situace, že přestože dochází k viditelnému zhoršení zdravotního stavu pacienta, rodina si blížící konec stále nepřipouští (Bužgová, 2015, s. 128). Právě proto je nesmírně důležité rodině poskytnout fyzickou přítomnost a přímý tělesný kontakt s umírajícím, dále v neposlední řadě poskytnutí odborné pomoci při zvládnání náročné situace v době vleklé nemoci i po úmrtí pacienta (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 100).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky

1. Jsou některé typy potravin více preferovány u pacientů v terminální fázi nemoci?
2. Přináší pacientům dietní omezení psychicky uspokojivý pocit?
3. Jaká je obvyklá velikost snědené porce u pacientů v terminální fázi nemoci?
4. Jaký je výskyt nežádoucích symptomů (nevolnost, zvracení) po požití netradičních potravin a tekutin?
5. Pociťují pacienti po požití menšího množství stravy pocit hladu?
6. Pociťují pacienti po požití menšího množství tekutin pocit žízně?
7. Pomůže edukační příručka doporučující typ a množství stravy rodinným příslušníkům, kteří se aktivně podílejí na ošetrovatelské péči svých blízkých?

2.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Respondenty výzkumného šetření byli pacienti hospitalizovaní v hospicovém zařízení. Kritéria pro výběr respondentů byla ochota spolupráce, hospitalizace v hospicovém zařízení a průběh onemocnění, který byl definován jako terminální stav, kdy byla vybraným pacientům poskytována paliativní léčba, nikoliv již léčba kurativní.

2.3 Metodika výzkumu

Ke sběru dat a dosažení stanovených cílů byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Pro sběr dat jsem nepoužila klasický dotazník, ale formulář vlastní tvorby, který byl vyplněn na základě polostrukturovaného rozhovoru s pacientem. Rozhovor s následným záznamem dat byl prováděn bezprostředně po požití sledovaných pochutin. Formulář vlastní tvorby (příloha č. 1) se skládá z dotazů, které byly zaměřeny na množství snědené porce, psychický pocit spojený s chutí nabízené pochutiny a pocit sytosti krátce po požití vybraného typu výživy. Podáváno a následně hodnoceno bylo 20 pochutin, které byly vybrány na základě výživových protikladů (šetřící dietní omezení / netradiční potraviny, sladké jídlo / hlavní chod s masem). Pochutiny byly hodnoceny v následujícím pořadí: gulášová polévka, čočková polévka, hovězí vývar s kapáním, zeleninová jarní, svíčková pečeně, houskový knedlík, ovocné knedlíky s jahodami, rajská omáčka, houskový knedlík, maminčino kuře, těstoviny, vepřový řízek, bramborová kaše, přírodní kuřecí (nekořeněný) plátek, rýže, dukátové buchtíčky s krémem, opékaný špekáček, chléb, krupicová kaše, bramborový guláš, chléb se šunkou, Nutridrink jahodový juice styl, Nutridrink vanilkový, kakao, Pilsner Urquell a ovocný čaj.

Získaná data byla tříděna, nesprávně dokončená data byla vyřazena a zbylé validní informace zpracovány v programech Microsoft Excel a Microsoft Word.

2.4 Průběh výzkumu

Na počátku výzkumu jsem nejprve požádala vedení hospicového zařízení o souhlas s výzkumem, který byl písemnou formou schválen.

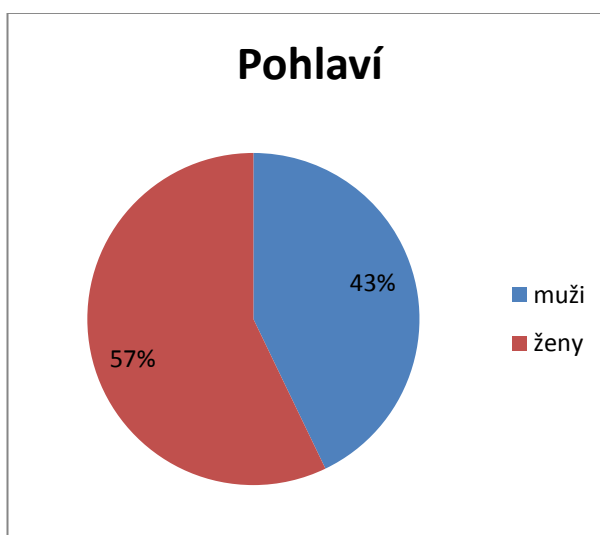
Před samotným výzkumem byla provedena pilotáž, která probíhala na vzorku 5 náhodně vybraných pacientů hospitalizovaných v jednom zařízení hospicového typu. Byla provedena

rozhovorem mojí osoby, jako vrchní sestry zařízení a vybraného pacienta, dále následným záznamem dotazníkového šetření bezprostředně po požití vybrané stravy či tekutiny. Dle připomínek dotazovaných pacientů se pozměnila škála pro hodnocení psychického pocitu po požití vybraného typu výživy a dotazník byl pozměněn do konečného znění.

Samotný výzkum probíhal v rámci jednoho zařízení hospicového typu, od února 2014 do prosince téhož roku. Při dotazníkovém šetření byli osloveni pacienti, kteří splňovali kritéria kategorizace č. 4 (pacienti imobilní, odkázaní na pomoc druhého, ale zároveň nejevící známky poruch vědomí), MMSE nad 23 bodů (příloha č. 2) a délka jejich hospitalizace činí více než 7 dní ve vybraném zařízení.

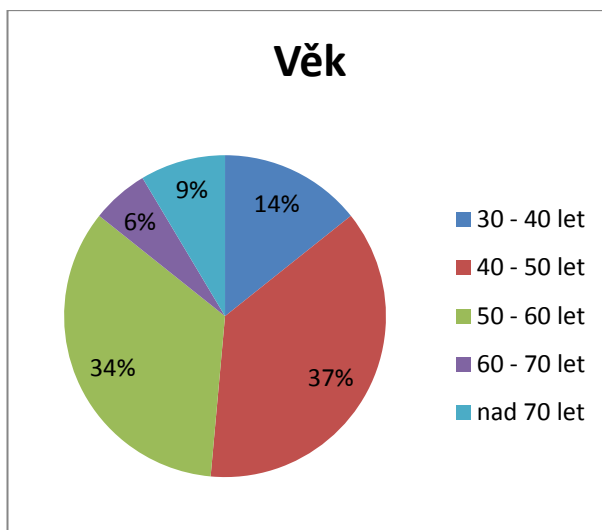
Dotazovaných pacientů po dobu výzkumu bylo 60, kdy 35 respondentů formou psaného řízeného rozhovoru poskytlo validní informace pro výzkumné šetření, návratnost je tedy 100 %. Použitelnost validních informací je 58 %, kdy 25 respondentů nezodpovědělo všechny otázky nebo z jiných okolností nebylo šetření dokončeno. Data těchto respondentů byla z výzkumného šetření vyřazena. Otázky byly zaměřeny na množství snědené porce, psychický pocit spojený s chutí nabízené pochutiny a pocit sytosti krátce po požití vybraného typu výživy.

2.5 Prezentace výsledků



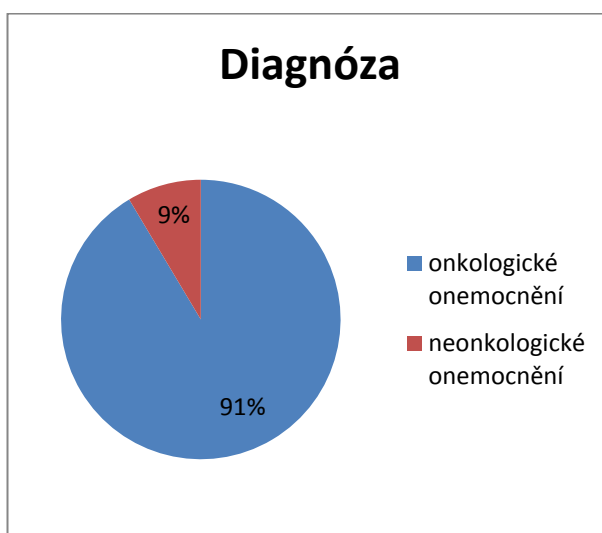
Obrázek 1 Demografický údaj – pohlaví respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 15 mužů (43 %) a 20 žen (57 %) z celkového množství 35 (100 %) dotazovaných respondentů.



Obrázek 2 Demografický údaj – Věk respondentů

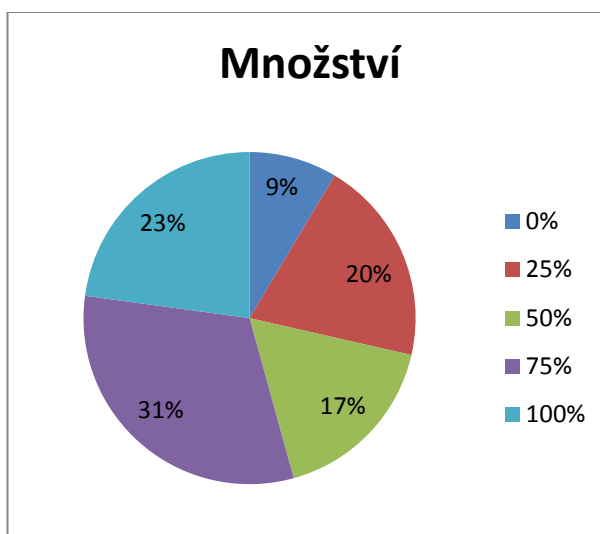
5 respondentů (14 %) výzkumného šetření je ve věku 30 – 40 let, největší zastoupení respondentů je vidět ve věkové hranici 40 – 50 let, kdy počet dotazovaných respondentů je 13 (37 %). 12 respondentů (34 %) se nachází ve věkové hranici 50 – 60 let. Malý počet respondentů, v tomto případě 2 (6 %) je ve věkové hranici 60 – 70 let. Zbývající 3 respondenti (9 %) se nachází ve věku nad 70 let.



Obrázek 3 Základní diagnóza respondentů

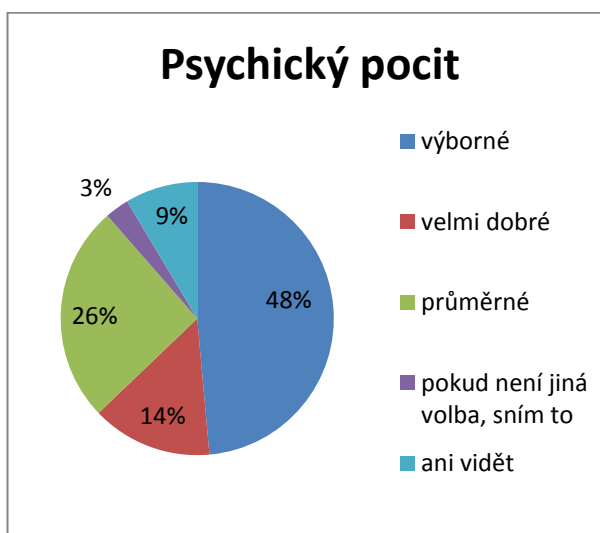
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, v tomto případě 32 (91 %) je ve vybraném zařízení hospitalizováno s onkologickým onemocněním. Zbylí 3 respondenti (9 %) jsou hospitalizováni s jiným chronickým onemocněním neonkologického typu.

Otázka č. 1: Gulášová polévka



Obrázek 4 Množství snědeného jídla – gulášová polévka

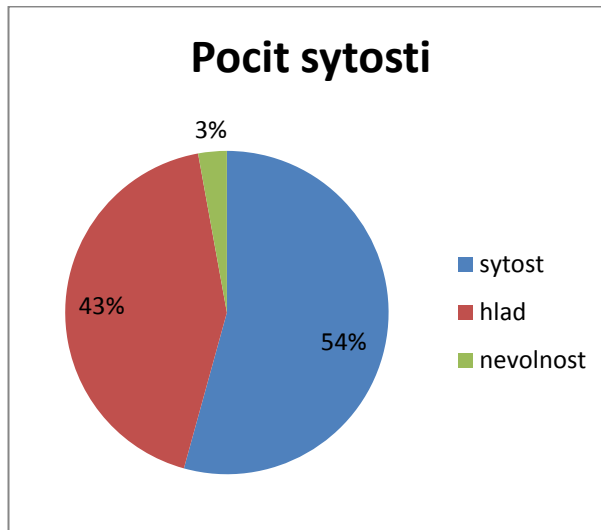
Gulášovou polévku odmítli ochutnat 3 respondenti (9 %), snědli tedy 0 % z celé porce. 7 respondentů (20 %) snědlo 25 % z nabízené porce, dalších 6 respondentů (17 %) požilo 50 % porce. 11 respondentů (31 %) snědlo 75 % z celé porce a zbývajících 8 respondentů (23 %) požilo 100 % porce podávané gulášové polévky.



Obrázek 5 Psychický pocit spojený s chutí – gulášová polévka

17 respondentů (48 %) hodnotí chuť nabízené polévky na výbornou, dalších 5 respondentů (14 %) chuť hodnotí za velmi dobrou. Průměrné ohodnocení chuti hodnotí 9 respondentů (26 %).

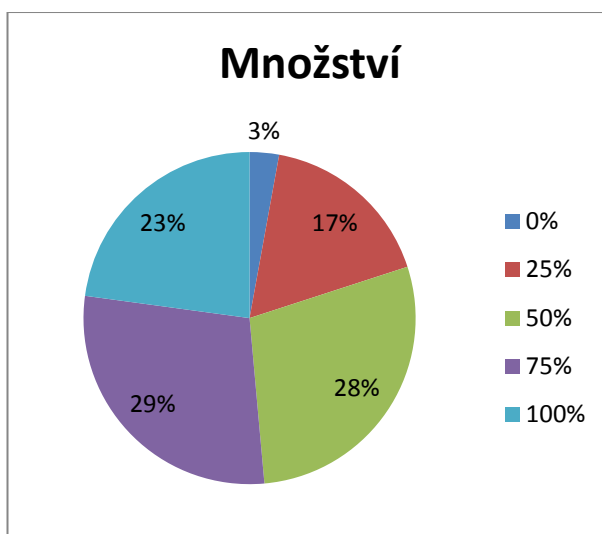
Pouhý 1 respondent (3 %) snědl nabízenou polévku, protože neměl možnost výběru z více variant. 3 respondenti (9 %) odmítli gulášovou polévku ochutnat, kdy bylo jejich přání vyhověno.



Obrázek 6 Pocit sytosti – gulášová polévka

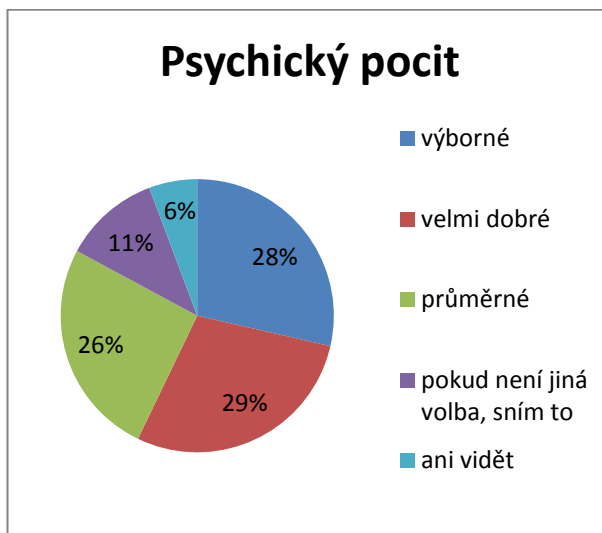
19 respondentů (54 %) po požití gulášové polévky udává příjemný pocit sytosti. 15 respondentů (43 %) hodnotí svůj stupeň sytosti jako nenaplněný, proto se těší na další chod oběda. 1 respondent (3 %) bezprostředně po jídle udává nauzeu.

Otázka č. 2: Čočková polévka



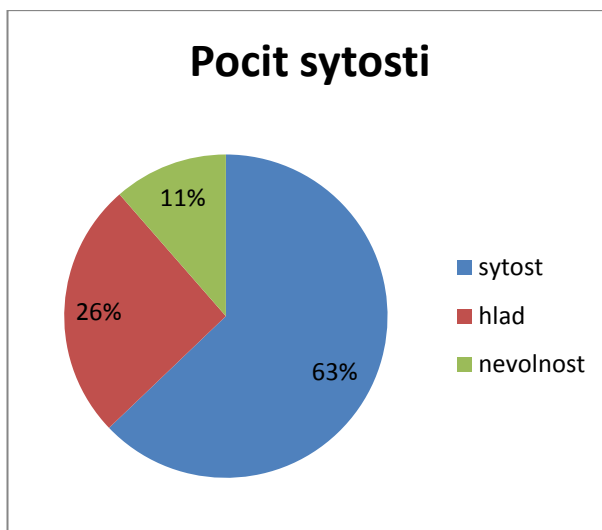
Obrázek 7 Množství snědeného jídla – čočková polévka

1 respondent (3 %) odmítl ochutnat nabízenou polévku, snědl tedy 0 % z celé porce. 6 respondentů (17 %) snědlo 25 % z nabízené porce. 10 respondentů (28 %) požilo 50 % z celé porce. Dalších 10 respondentů (29 %) snědlo 75 % z nabízené porce a zbývajících 8 respondentů (23 %) požilo 100 % porci podávané čočkové polévky.



Obrázek 8 Psychický pocit spojený s chutí – čočková polévka

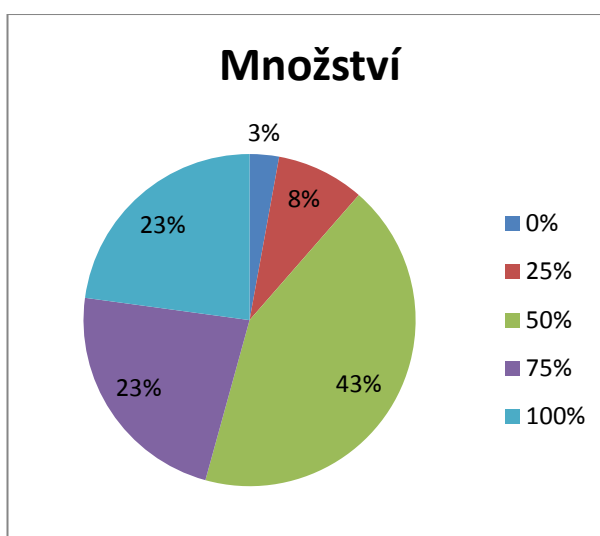
10 respondentů (28 %) hodnotí chuť čočkové polévky na výbornou, dalších 10 respondentů (29 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení nabízené polévky udává 9 respondentů (26 %). 4 respondenti (11 %) snědli nabízenou polévku, protože neměli možnost výběru jiného druhu. 2 respondenti (6 %) udávají výraznou nechut' čočkové polévky, kdy 1 z nich polévku ani neochutnal.



Obrázek 9 Pocit sytosti – čočková polévka

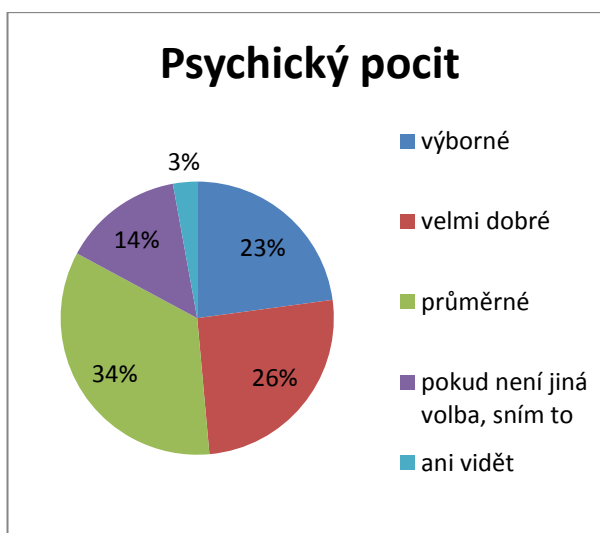
22 respondentů (63 %) po požití čočkové polévky udává příjemný pocit nasycení. 9 respondentů (26 %) hodnotí svůj stupeň sytosti jako nenaplněný a přejí si podat hlavní jídlo. 4 respondenti (11 %) po požití čočkové polévky pociťují meteorismus, 1 z nich také nauzeu.

Otázka č. 3: Hovězí vývar s kapáním



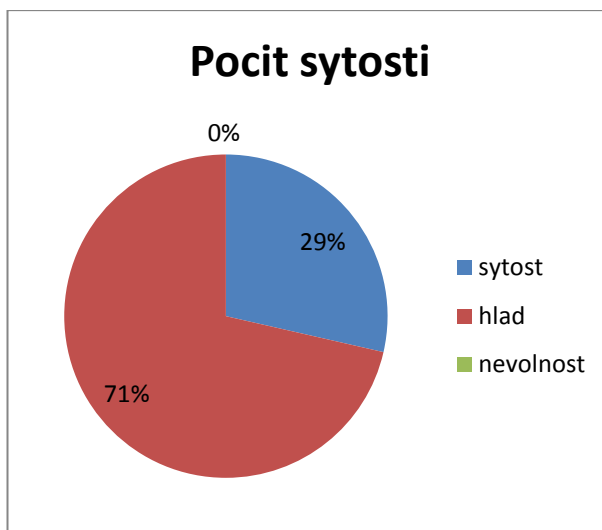
Obrázek 10 Množství snědeného jídla – hovězí vývar s kapáním

Vývarovou polévku odmítl ochutnat 1 respondent (3 %), snědl tedy 0 % z celé porce. 3 respondenti (8 %) snědli 25 % z nabízené porce. Největší zastoupení, tedy 15 respondentů (43 %) požilo 50 % z celé porce. 8 respondentů (23 %) snědlo 75 % z celé porce. Stejný počet respondentů, tedy 8 (23 %) požilo 100 % porce podávaného vývaru.



Obrázek 11 Psychický pocit spojený s chutí – hovězí výběr s kapáním

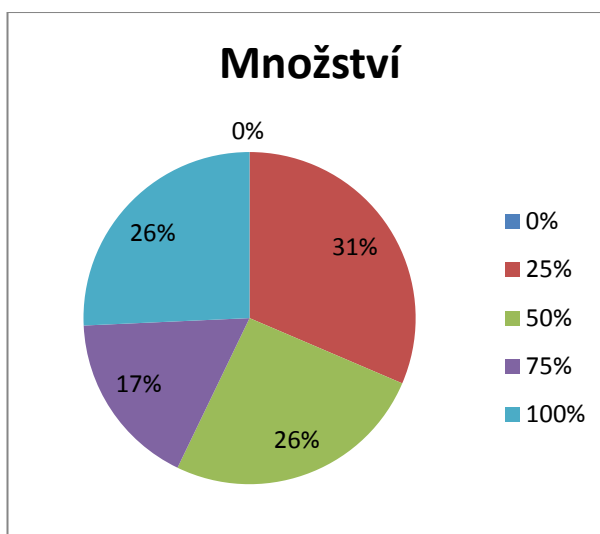
8 respondentů (23 %) hodnotí chuť vývaru na výbornou, dalších 9 respondentů (26 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Největší zastoupení respondentů, tedy 12 (34 %) udává průměrné hodnocení chuti nabízené polévky. 5 respondentů (14 %) snědlo nabízenou polévku, protože neměli možnost výběru z jiných variant. 1 respondent (3 %) odmítl vývarovou polévku ochutnat pro jeho odpor k masu.



Obrázek 12 Pocit sytosti – hovězí vývar s kapáním

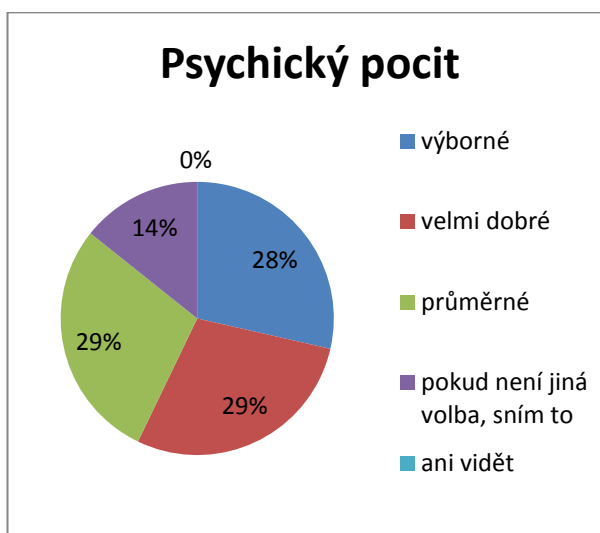
10 respondentů (29 %) hodnotí svůj stupeň sytosti jako naplněný a hlavní jídlo odmítají. Největší zastoupení respondentů, v tomto případě 25 (71 %) po požití vývarové polévky udává minimální pocit nasycení, který definují jako hlad. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává po požití polévky nevolnost, ani jiné podobné vjemy.

Otázka č. 4: Zeleninová jarní



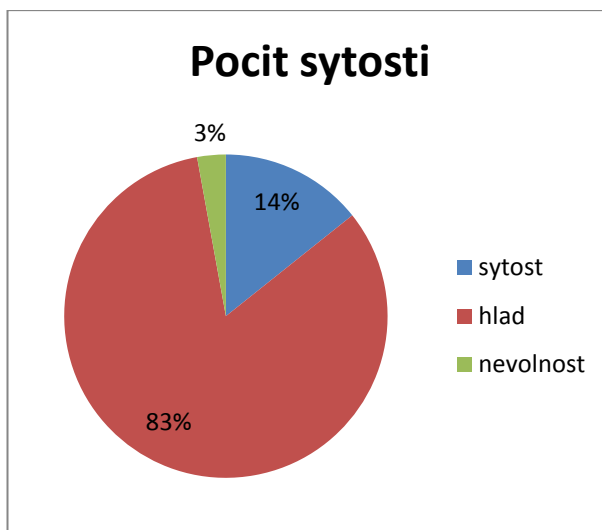
Obrázek 13 Množství snědeného jídla – zeleninová jarní

Žádný z 35 respondentů (0 %) nesnědl 0 % z celé porce, všichni sledovaní snědli více. 11 respondentů (31 %) požilo 25 % z nabízené porce. 9 respondentů (26 %) snědlo 50 % z celé porce. 6 respondentů (17 %) snědlo 75 % z celé porce. Vyšší počet respondentů, tedy 9 (26 %) požilo 100 % porci podávané polévky.



Obrázek 14 Psychický pocit spojený s chutí – zeleninová jarní

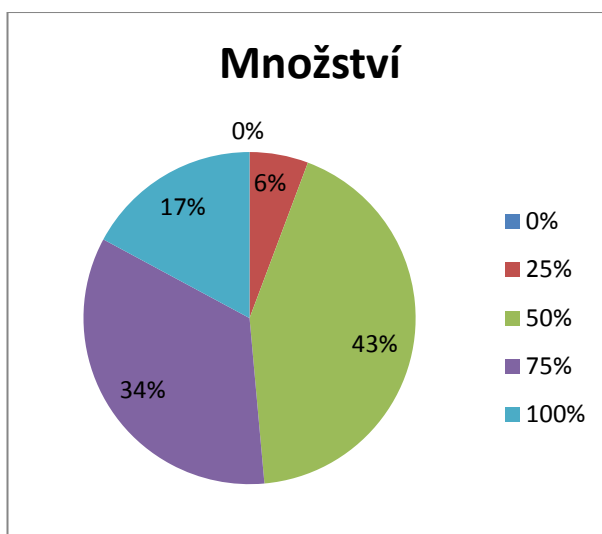
10 respondentů (28 %) hodnotí chuť zeleninové polévky na výbornou, dalších taktěž 10 respondentů (29 %) chuť hodnotí za velmi dobrou. Shoda je také vidět ve třetím případě, kdy 10 respondentů (29 %) označuje chuť nabízené pochutiny jako průměrnou. 5 respondentů (14 %) snědlo nabízenou polévku, protože neměli možnost výběru z jiných variant. Žádný z 35 respondentů (0 %) nehodnotí zeleninovou polévku zcela negativně.



Obrázek 15 Pocit sytosti – zeleninová jarní

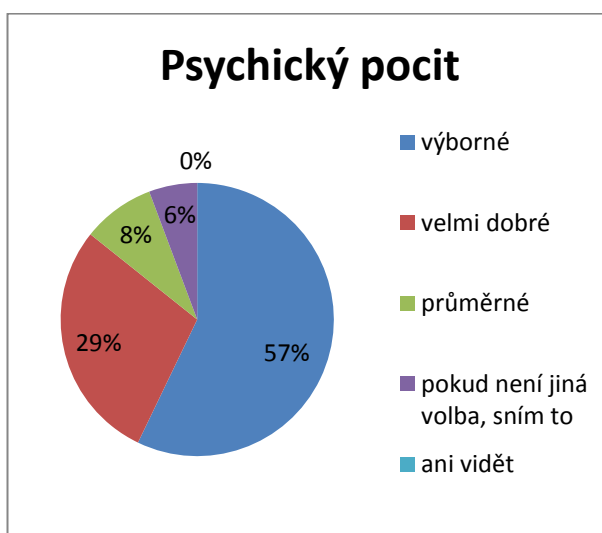
5 respondentů (14 %) udává bezprostředně po požití nabízené polévky uspokojivý pocit syťosti. Nejvyšší zastoupení respondentů, tedy 29 (83 %) po požití zeleninové polévky udává pocit hladu, přejí si podat hlavní jídlo. 1 respondent (3 %) pociťuje po požití polévky křeče v břiše.

Otázka č. 5: Svíčková pečeně, houskový knedlík



Obrázek 16 Množství snědeného jídla – svíčková pečeně, houskový knedlík

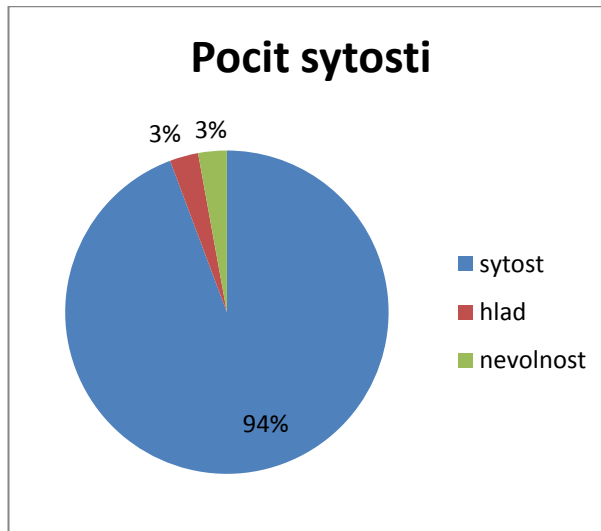
Žádný z 35 respondentů (0 %) nesnědl 0 % z celé porce, všichni sledovaní snědli více. 2 respondenti (6 %) požili 25 % z celé porce. Nejvyšší zastoupení respondentů, v tomto případě 15 (43 %) snědlo 50 % z podávané porce. 12 respondentů (34 %) snědlo 75 % z nabízené porce. Nižší počet respondentů, tedy 6 (17 %) požilo 100 % porci podávaného hlavního jídla.



Obrázek 17 Psychický pocit spojený s chutí – svíčková pečeně, houskový knedlík

Na první pohled zřetelné největší obsazení respondentů, tedy 20 (57 %) hodnotí chuť hlavního jídla na výbornou, dalších 10 respondentů (29 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení chuti podávaného jídla hodnotí 3 respondenti (8 %). 2 respondenti (6 %)

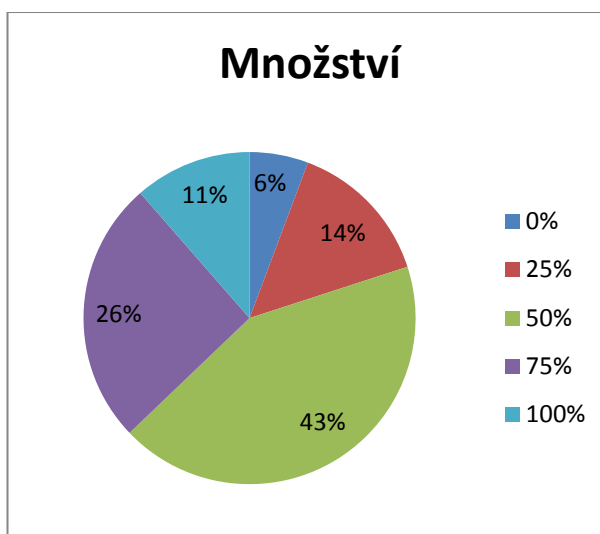
snědli nabízené hlavní jídlo, protože neměli možnost výběru z jiných variant. Žádný z 35 respondentů (0 %) nehodnotí svíčkovou pečeně zcela negativně.



Obrázek 18 Pocit sytosti – svíčková pečeně, houskový knedlík

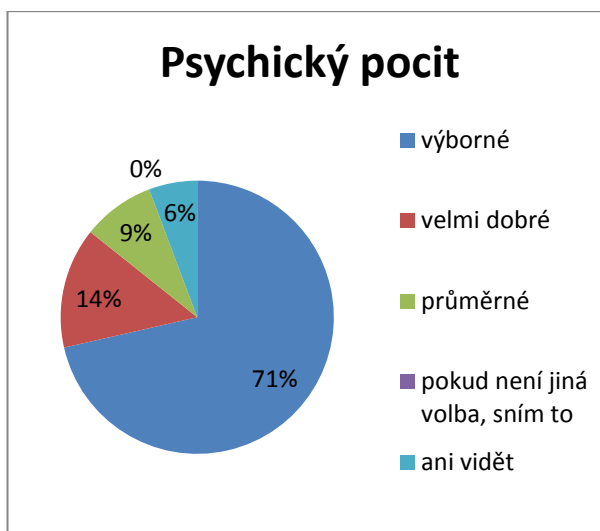
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, v tomto případě 33 (94 %) udává bezprostředně po požití hlavního jídla uspokojivý pocit sytosti. Pouze 1 respondent (3 %) po požití nabízeného jídla udává pocit hladu. Jiný další 1 respondent (3 %) pociťuje po požití svíčkové pečeně nauzeu, s následkem zvracení.

Otázka č. 6: Ovocné knedlíky s jahodami



Obrázek 19 Množství snědeného jídla – ovocné knedlíky s jahodami

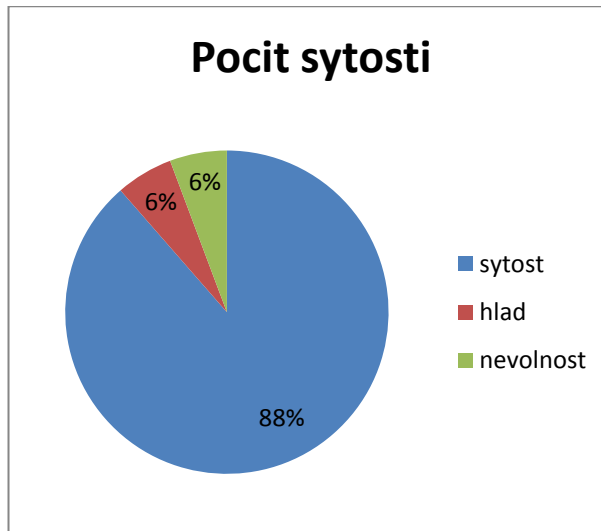
2 respondenti (6 %) odmítli ochutnat nabízenou pochutinu, snědli tedy 0 % z celé porce. 5 respondentů (14 %) snědlo 25 % z nabízené porce. 15 respondentů (43 %) požilo 50 % z celé porce. Dalších 9 respondentů (26 %) snědlo 75 % z nabízené porce a zbývající 4 respondenti (11 %) požili 100 % porci podávaného hlavního jídla.



Obrázek 20 Psychický pocit spojený s chutí – ovocné knedlíky s jahodami

Zřetelně nejvyšší zastoupení respondentů, v tomto případě 25 (71 %) hodnotí chuť jahodových knedlíků na výbornou, dalších 5 respondentů (14 %) psychický pocit spojený s chutí hodnotí jako velmi dobrý. Průměrné hodnocení chuti nabízené pochutiny udávají 3 respondenti (9 %). Žádný z 35 respondentů (0 %) nepožadoval možnost výběru jiného

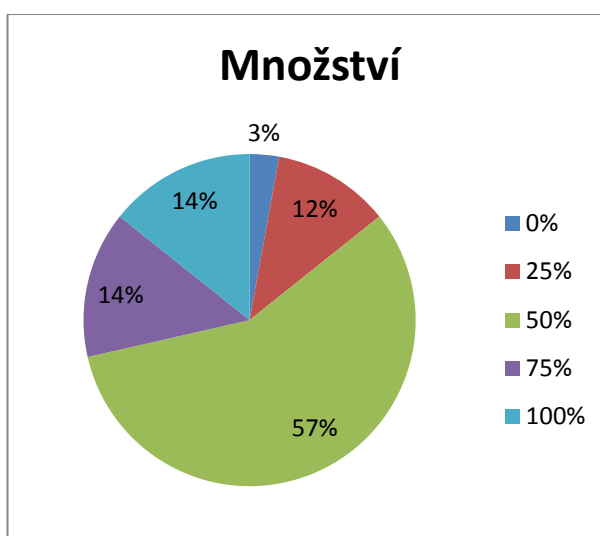
hlavního jídla. 2 respondenti (6 %) odmítli jahodové knedlíky ochutnat pro nesnášenlivost sladkého.



Obrázek 21 Pocit sytosti – ovocné knedlíky s jahodami

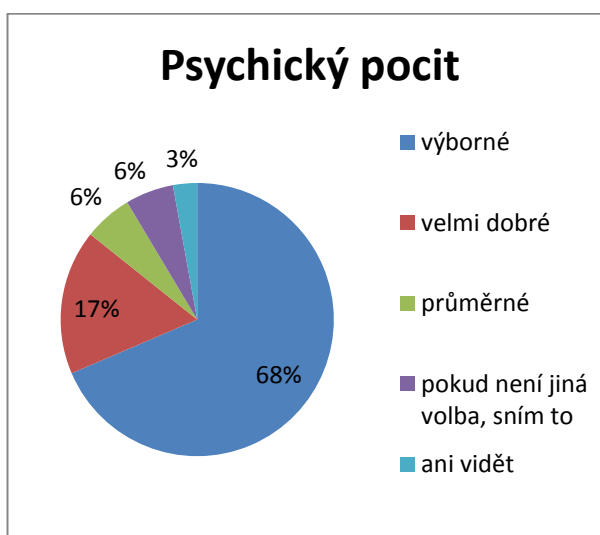
Vysoké zastoupení respondentů, tedy 31 (88 %) udává bezprostředně po požití hlavního jídla uspokojivý pocit sytosti. 2 respondenti (6 %) po požití nabízeného jídla udávají pocit hladu. Stejně tak jiní 2 respondenti (6 %) po požití jahodových knedlíků udávají pálení žáhy.

Otázka č. 7: Rajská omáčka, houskový knedlík



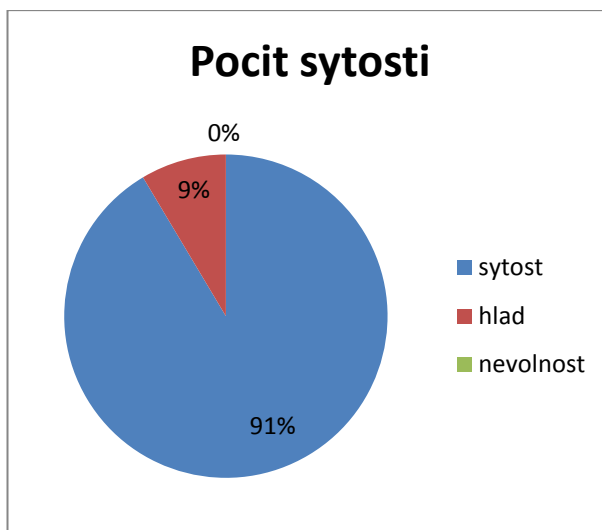
Obrázek 22 Množství snědeného jídla – rajská omáčka, houskový knedlík

Rajskou omáčku odmítl ochutnat 1 respondent (3%), snědl tedy 0 % z celé porce. 4 respondenti (12 %) snědli 25 % z nabízené porce. 50% porce z pozitivního hlavního jídla měla největší zastoupení, tedy u 20 respondentů (57 %). 5 respondentů (14 %) snědlo 75 % z celé porce a zbývajících 5 respondentů (14 %) požilo 100 % porci podávané rajské omáčky.



Obrázek 23 Psychický pocit spojený s chutí – rajská omáčka, houskový knedlík

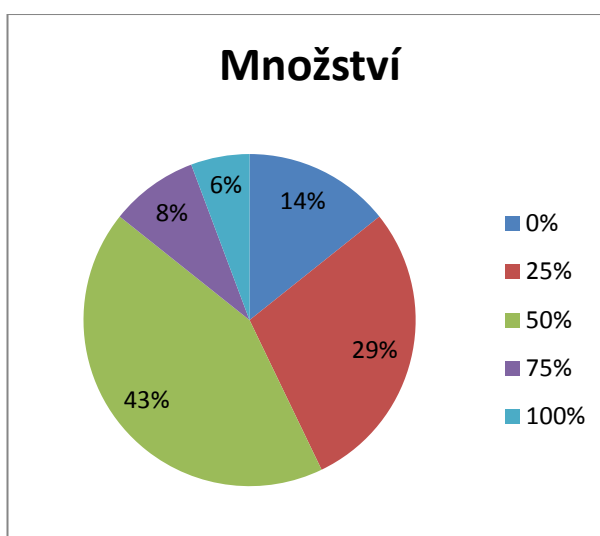
24 respondentů (68 %) hodnotí chuť nabízeného hlavního jídla na výbornou, dalších 6 respondentů (17 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení chuti definují 2 respondenti (6 %). 2 respondenti (6 %) snědli nabízené hlavní jídlo, protože neměli možnost výběru z jiných variant. 1 respondent (3 %) odmítl rajskou omáčku ochutnat, proto vybral negativní hodnocení na zkoumané hlavní jídlo.



Obrázek 24 Pocit sytosti – rajská omáčka, houskový knedlík

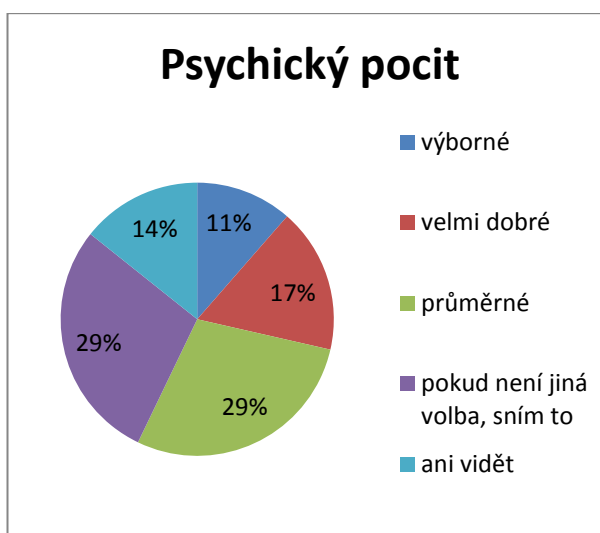
Největší zastoupení respondentů, v tomto případě 32 (91 %) po požití rajské omáčky udává příjemný pocit sytosti. 3 respondenti (9 %) hodnotí svůj stupeň sytosti jako nenaplněný, definují ho jako pocit hladu. Žádný respondent z 35 (0 %) neudává bezprostředně po jídle negativní symptom spojený s příjmem zkoumané pochutiny.

Otázka č. 8: Maminčino kuře, těstoviny



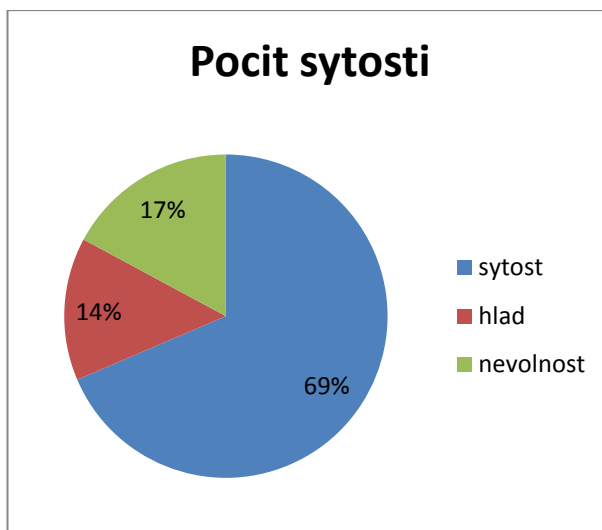
Obrázek 25 Množství snědeného jídla – maminčino kuře, těstoviny

5 respondentů (14 %) odmítlo ochutnat nabízené hlavní jídlo, snědli tedy 0 % z celé porce. 10 respondentů (29 %) snědlo 25 % z celkové porce. O něco více, tedy 15 respondentů (43 %) požilo 50 % z celé porce. Další 3 respondenti (8 %) snědli 75 % z nabízené porce a zbývajících 2 respondenti (6 %) požili 100 % porci podávaného hlavního jídla.



Obrázek 26 Psychický pocit spojený s chutí – maminčino kuře, těstoviny

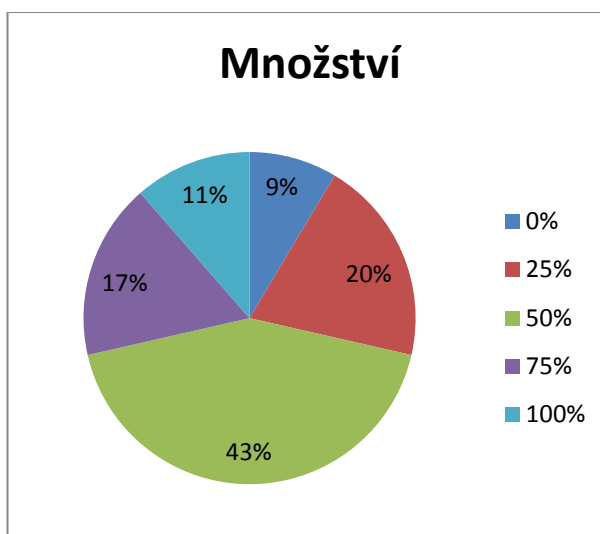
4 respondenti (11 %) hodnotí chuť kuřete na výbornou, dalších 6 respondentů (17 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení nabízeného hlavního jídla udává 10 respondentů (29 %). 10 respondentů (29 %) snědlo nabízené kuře, protože neměli možnost výběru z jiných variant. 5 respondentů (14 %) udává negativní hodnocení pro svůj odpor k masu, nabízené hlavní jídlo tedy ani neochutnali.



Obrázek 27 Pocit sytosti – maminčino kuře, těstoviny

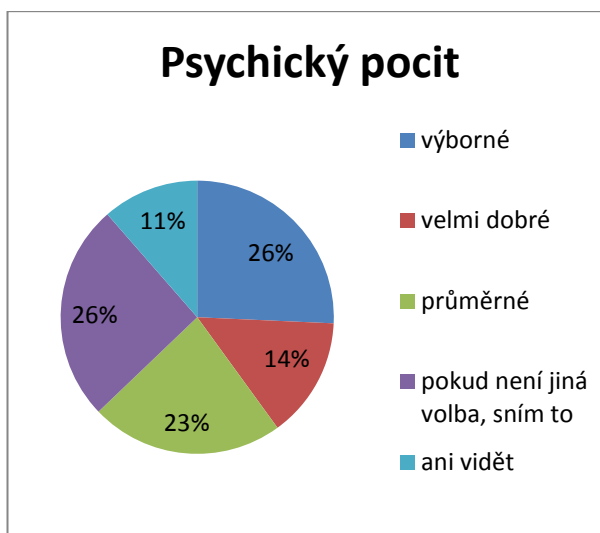
24 respondentů (69 %) po požití hlavního jídla udává příjemný pocit sytosti. 5 respondentů (14 %) hodnotí svůj stupeň sytosti jako nedostačující, pociťují tedy hlad. 6 respondentů (17 %) bezprostředně po jídle udává nauzeu, která je u 4 respondentů doprovázena zvracením.

Otázka č. 9: Vepřový řízek, bramborová kaše



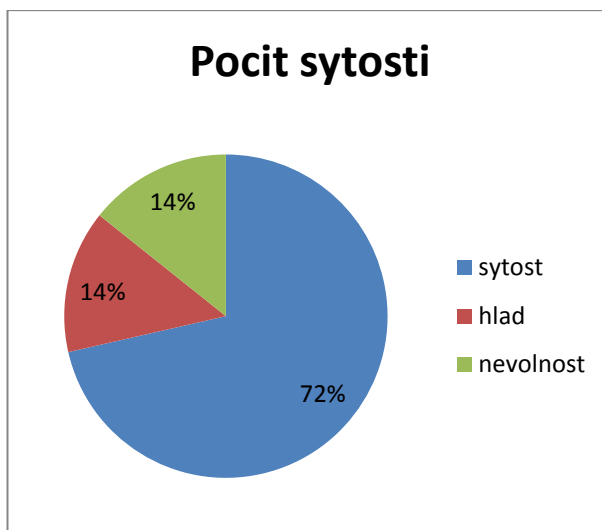
Obrázek 28 Množství snědeného jídla – vepřový řízek, bramborová kaše

Vepřový řízek odmítli ochutnat 3 respondenti (9 %), snědli tedy 0 % z celé porce. 7 respondentů (20 %) snědlo 25 % z nabízené porce. Největší zastoupení, tedy 15 respondentů (43 %) požilo 50 % z celé porce. 6 respondentů (17 %) snědlo 75 % z celé porce a zbývajících 4 respondenti (11 %) požili 100 % porce z podávaného hlavního jídla.



Obrázek 29 Psychický pocit spojený s chutí – vepřový řízek, bramborová kaše

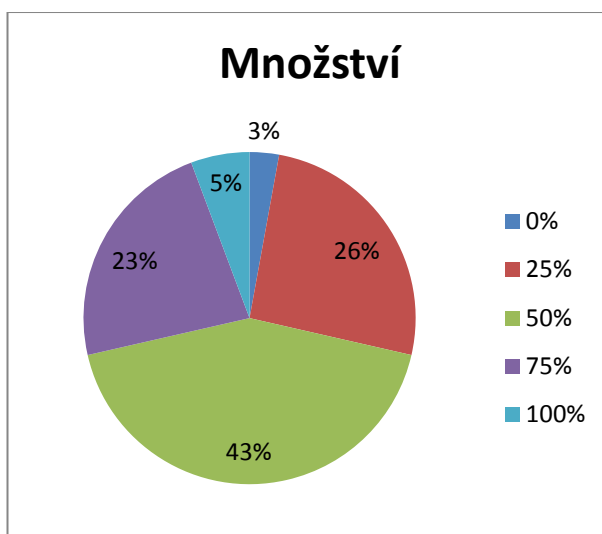
9 respondentů (26 %) hodnotí chuť vepřového řízku na výbornou, dalších 5 respondentů (14 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. 8 respondentů (23 %) udává průměrné hodnocení chuti nabízeného hlavního jídla. 9 respondentů (26 %) snědlo nabízenou pochutinu, protože neměli možnost výběru z jiných variant. 4 respondenti (11 %) uvádí negativní hodnocení, kdy 3 z nich zkoumané jídlo pro jejich odpor k masu ani neochutnali.



Obrázek 30 Pocit sytosti – vepřový řízek, bramborová kaše

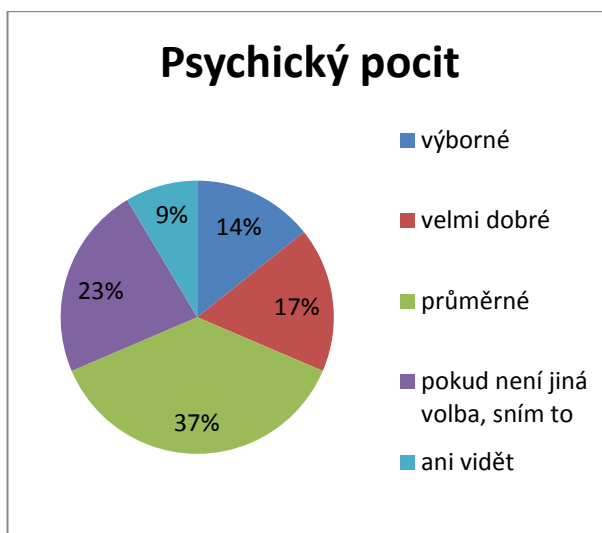
Největší zastoupení respondentů, v tomto případě 25 (72 %) udává bezprostředně po požití nabízeného hlavního jídla uspokojivý pocit sytosti. 5 respondentů (14 %) uvádí nedostatečný pocit sytosti. Zbýlých 5 respondentů (14 %) pociťuje po požití vepřového řízku pocity nevolnosti, přes nadměrné říhání až pocity plnosti.

Otázka č. 10: Přírodní kuřecí plátek (nekořeněný), rýže



Obrázek 31 Množství snědeného jídla – přírodní kuřecí plátek (nekořeněný), rýže

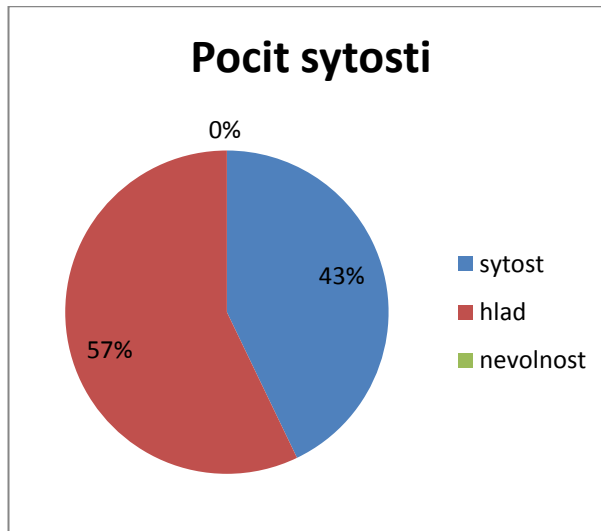
1 respondent (3 %) odmítl ochutnat nabízené hlavní jídlo, snědl tedy 0 % z celé porce. 9 respondentů (26 %) snědlo 25 % z celé porce. Největší obsazení respondentů, tedy 15 (43 %) požilo 50 % z nabízené porce. Dalších 8 respondentů (23 %) snědlo 75 % z nabízené porce a zbývající 2 respondenti (5 %) požili 100 % porci hlavního jídla.



Obrázek 32 Psychický pocit spojený s chutí – přírodní kuřecí plátek (nekořeněný), rýže

5 respondentů (14 %) hodnotí chuť přírodního kuřecího plátku na výbornou, dalších 6 respondentů (17 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení nabízené pochutiny udává největší zastoupení, tedy 13 respondentů (37 %). 8 respondentů (23 %) snědlo nabízené hlavní jídlo, protože neměli možnost výběru z jiných variant.

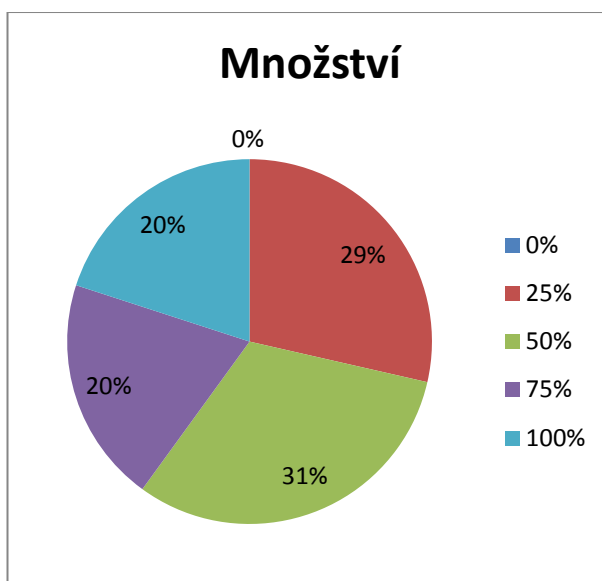
3 respondenti (9 %) udávají výraznou nechut' přírodního kuřecího plátku, kdy 1 z nich zkoumané jídlo ani neochutnal.



Obrázek 33 Pocit sytosti - přírodní kuřecí plátek (nekořeněný), rýže

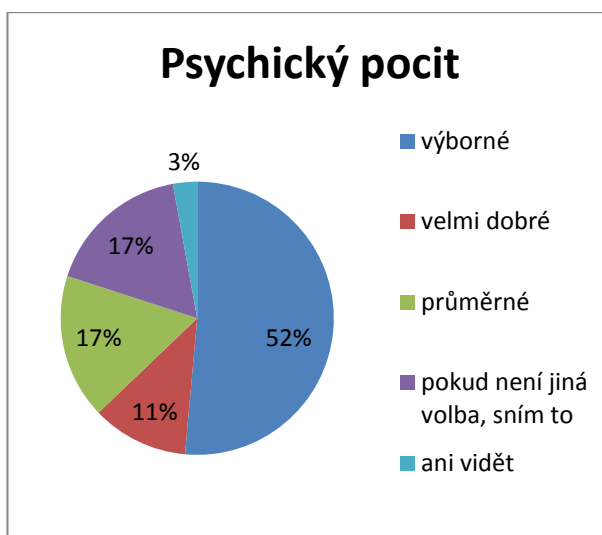
15 respondentů (43 %) udává po požití hlavního jídla příjemný pocit nasycení. Větší zastoupení se objevuje u 20 respondentů (57 %), kteří hodnotí svůj stupeň sytosti jako nenaplněný a pociťují hlad. Žádný respondent z 35 (0 %) neudává bezprostředně po jídle negativní symptom spojený s požitím zkoumaného hlavního jídla.

Otázka č. 11: Dukátové buchtičky s krémem



Obrázek 34 Množství snědeného jídla – dukátové buchtičky s krémem

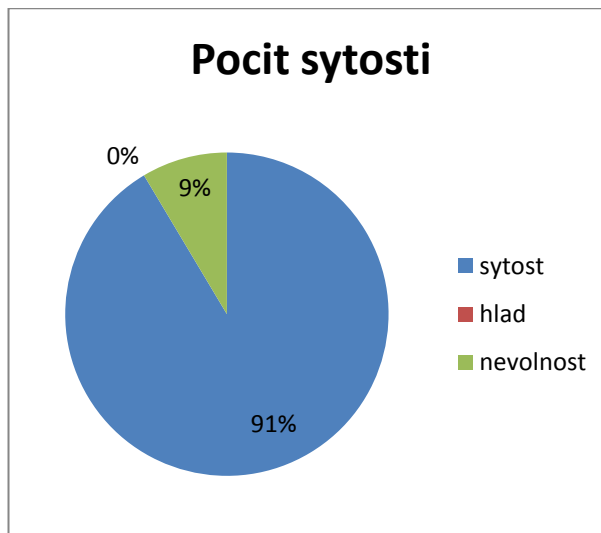
Žádný z 35 respondentů (0 %) nesnědl 0 % z celé porce, všichni sledovaní snědli více. 10 respondentů (29 %) snědlo 25 % z nabízené porce. 11 respondentů (31 %) požilo 50 % z celé porce. 7 respondentů (20 %) snědlo 75 % z celé porce a zbývajících 7 respondentů (20 %) požilo 100 % porci podávaného hlavního jídla.



Obrázek 35 Psychický pocit spojený s chutí – dukátové buchtičky s krémem

Zřetelně největší zastoupení respondentů, v tomto případě 18 (52 %) hodnotí chuť dukátových buchtiček na výbornou, další 4 respondenti (11 %) chuť hodnotí za velmi dobrou. 6 respondentů (17 %) označuje chuť nabízené pochutiny za průměrnou a shodně dalších

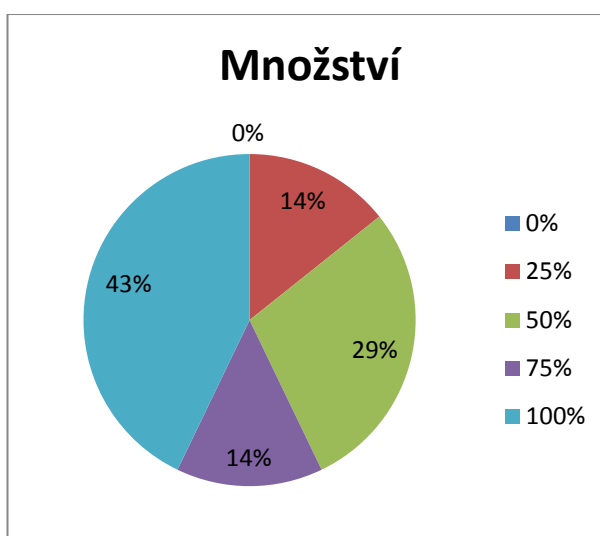
6 respondentů (17 %) snědlo nabízené hlavní jídlo, protože neměli možnost výběru z jiných variant. 1 respondent (3 %) udává negativní hodnocení spojené s chutí nabízeného pokrmu.



Obrázek 36 Pocit sytosti – dukátové buchtičky s krémem

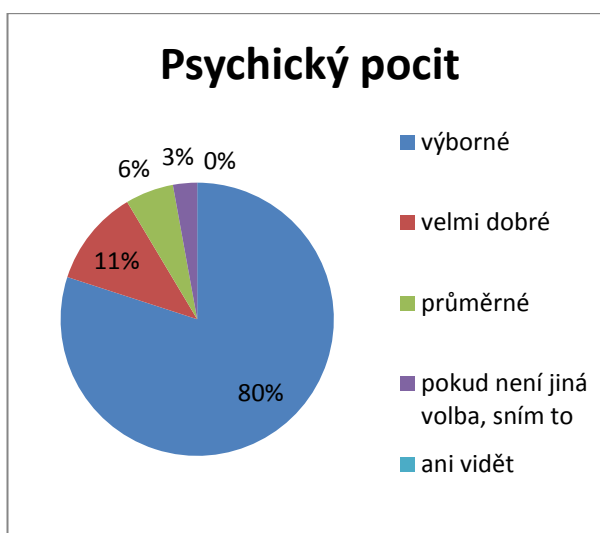
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, v tomto případě 32 (91 %) udává bezprostředně po požití hlavního jídla uspokojivý pocit sytosti. Žádný z 35 respondentů (0 %) neuvádí pocit hladu. 3 respondenti (9 %) pociťují po požití dukátových buchtiček slabou nevolnost, 2 z nich tyto pocity specifikují jako pálení žáhy.

Otázka č. 12: Opékaný špekáček, chléb



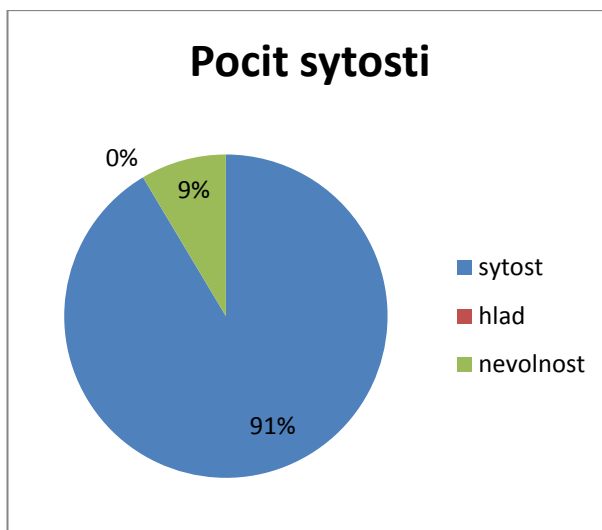
Obrázek 37 Množství snědeného jídla – opékaný špekáček, chléb

Žádný z 35 respondentů (0 %) nesnědl 0 % z celé porce, všichni sledovaní snědli více. 5 respondentů (14 %) požilo 25 % z celé porce. 10 respondentů (29 %) snědlo 50 % z nabízené porce. 5 respondentů (14 %) požilo 75 % z celé porce. Největší počet respondentů, tedy 15 (43 %) snědlo 100 % porce podávané pochutiny.



Obrázek 38 Psychický pocit spojený s chutí – opékaný špekáček, chléb

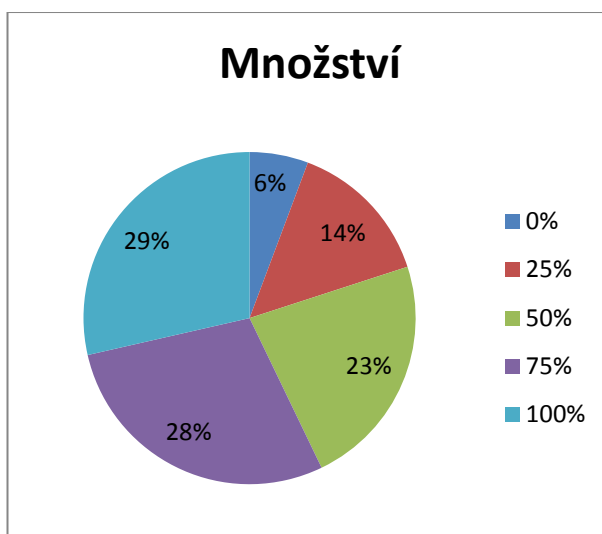
Zcela zřetelně největší obsazení respondentů, v tomto případě 28 (80 %) hodnotí chuť opékaného špekáčku na výbornou, další 4 respondenti (11 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. 2 respondenti (6 %) uvádí průměrné hodnocení chuti nabízené večeře. Pouze 1 respondent (3 %) snědl nabízenou večeři, protože neměl možnost výběru z jiných variant. Žádný z 35 respondentů (0 %) nehodnotí opékaný špekáček zcela negativně.



Obrázek 39 Pocit sytosti – opékaný špekáček, chléb

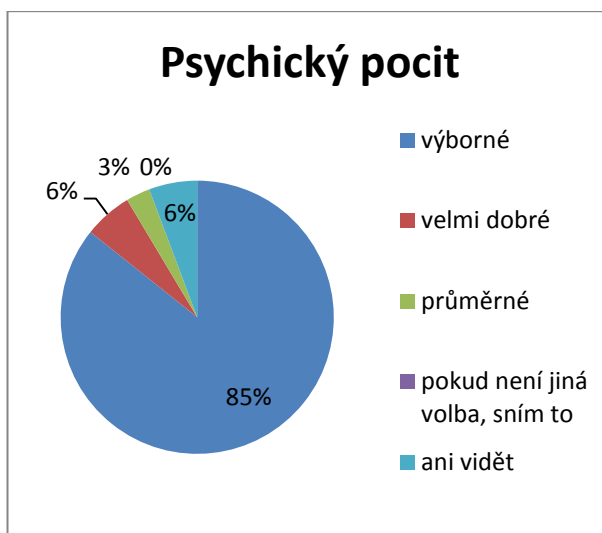
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, v tomto případě 32 (91 %) udává bezprostředně po požití hlavního jídla uspokojivý pocit sytosti. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit hladu. 3 respondenti (9 %) pocíťují po požití opékaného špekáčku nauzeu, kdy u 2 z nich je doprovázena i pocity plnosti.

Otázka č. 13: Krupicová kaše



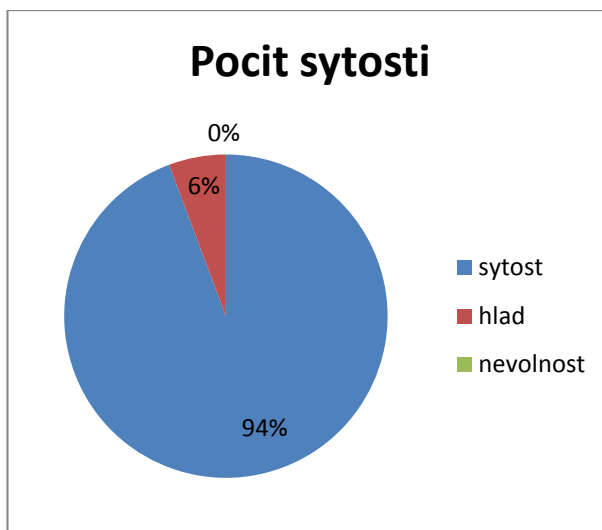
Obrázek 40 Množství snědeného jídla – krupicová kaše

2 respondenti (6 %) odmítli ochutnat nabízenou večeři, snědli tedy 0 % z celé porce. 5 respondentů (14 %) snědlo 25 % z celé porce. 8 respondentů (23 %) požilo 50 % z nabízené porce. 10 respondentů (28 %) snědlo 75 % z nabízené porce a zbývajících 10 respondentů (29 %) požilo 100 % porce hlavního jídla.



Obrázek 41 Psychický pocit spojený s chutí – krupicová kaše

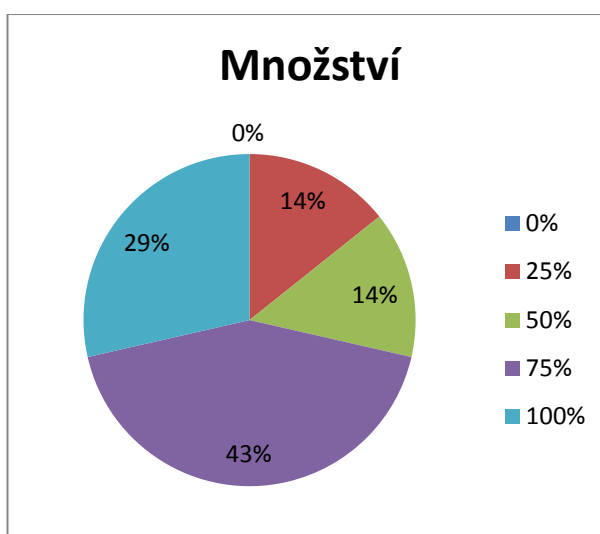
Zcela viditelně 30 respondentů (85 %) hodnotí chuť krupicové kaše na výbornou, další 2 respondenti (6 %) chuť považují za velmi dobrou. Průměrné hodnocení nabízené večeře udává 1 respondent (3 %). Žádný z 35 respondentů (0 %) nežádal možnost výběru jiné večeře. 2 respondenti (6 %) udávají negativní hodnocení pro nesnášenlivost sladkého, nabízenou večeři tedy ani neochutnali.



Obrázek 42 Pocit sytosti – krupicová kaše

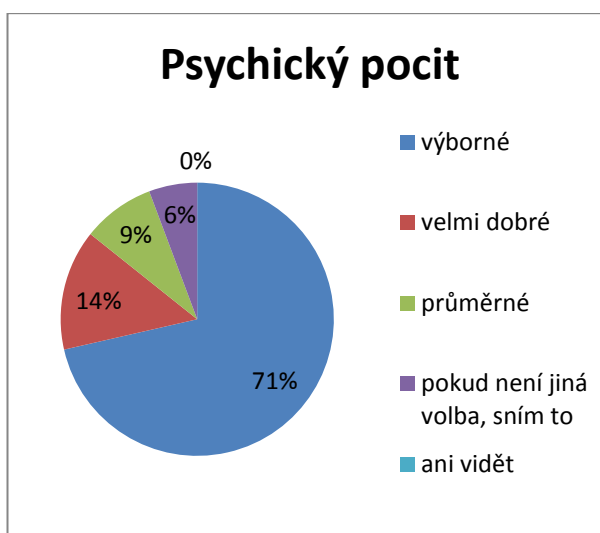
Téměř většina respondentů, v tomto případě 33 (94 %) udává po požití hlavního jídla příjemný pocit nasycení. 2 respondenti (6 %), kteří hodnotí svůj stupeň sytosti jako nenaplněný a pocítují hlad. Žádný respondent z 35 (0 %) neudává bezprostředně po jídle negativní symptom spojený s požitím krupicové kaše.

Otázka č. 14: Bramborový guláš



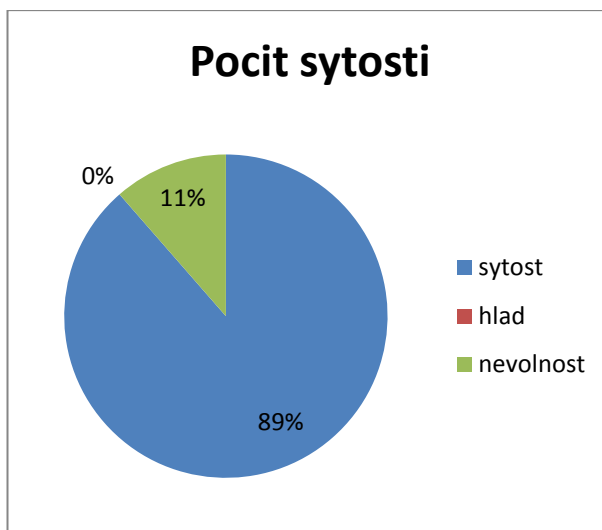
Obrázek 43 Množství snědeného jídla – bramborový guláš

Žádný z 35 respondentů (0 %) nesnědl 0 % z celé porce, všichni sledovaní snědli více. 5 respondentů (14 %) snědlo 25 % z celé porce. 5 respondentů (14 %) požilo 50 % z nabízené porce. Největší počet respondentů, tedy 15 (43 %) snědlo 75 % z celé porce. Zbývajících 10 respondentů (29 %) snědlo 100 % porce bramborového guláše.



Obrázek 44 Psychický pocit spojený s chutí – bramborový guláš

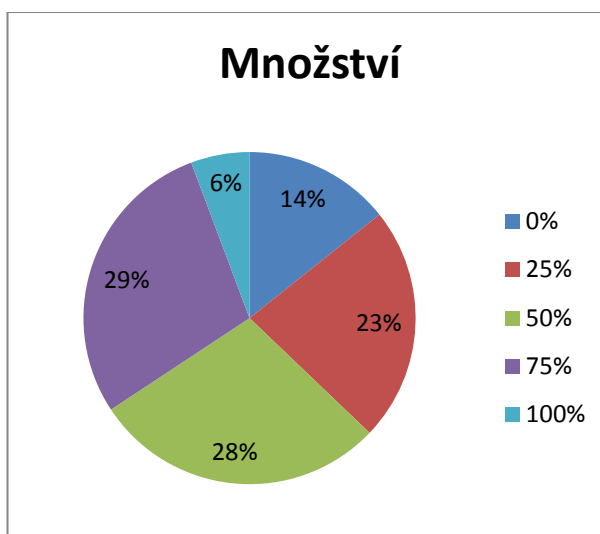
Největší obsazení respondentů, v tomto případě 25 (71 %) hodnotí chuť bramborového guláše na výbornou, dalších 5 respondentů (14 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. 3 respondenti (9 %) uvádí průměrné hodnocení chuti nabízené večeře. Zbývajících 2 respondenti (6 %) snědli nabízenou večeři, protože neměli možnost výběru z jiných variant. Žádný z 35 respondentů (0 %) nehodnotí bramborový guláš zcela negativně.



Obrázek 45 Pocit sytosti – bramborový guláš

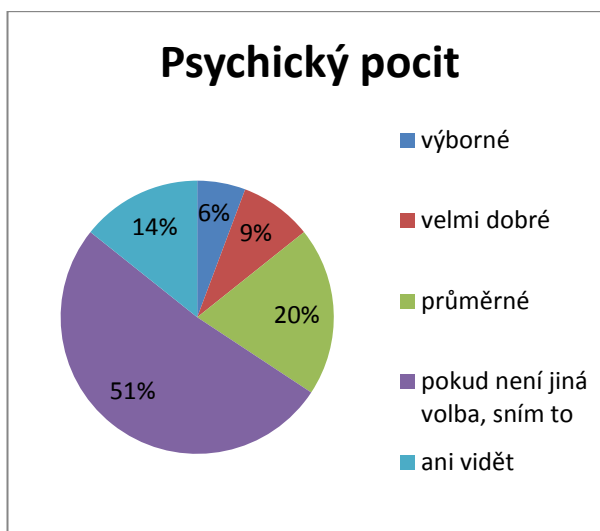
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, v tomto případě 31 (89 %) udává bezprostředně po požití hlavního jídla uspokojivý pocit sytosti. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit hladu. 4 respondenti (11 %) pociťují po požití bramborového guláše nevolnost, kdy u 2 z nich je doprovázena pocitem plnosti a pálením žáhy.

Otázka č. 15: Chléb se šunkou, máslo



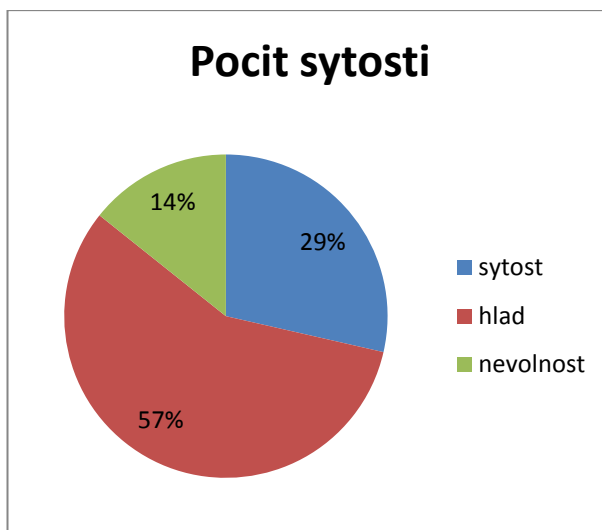
Obrázek 46 Množství snědeného jídla – chléb se šunkou, máslo

5 respondentů (14 %) odmítlo ochutnat nabízenou večeři, snědli tedy 0 % z celé porce. 8 respondentů (23 %) požilo 25 % z celé porce. 10 respondentů (28 %) snědlo 50 % z nabízené porce. Dalších 10 respondentů (29 %) snědlo 75 % z nabízené porce a zbývajících 2 respondenti (6 %) požili 100 % porce hlavního jídla.



Obrázek 47 Psychický pocit spojený s chutí – chléb se šunkou, máslo

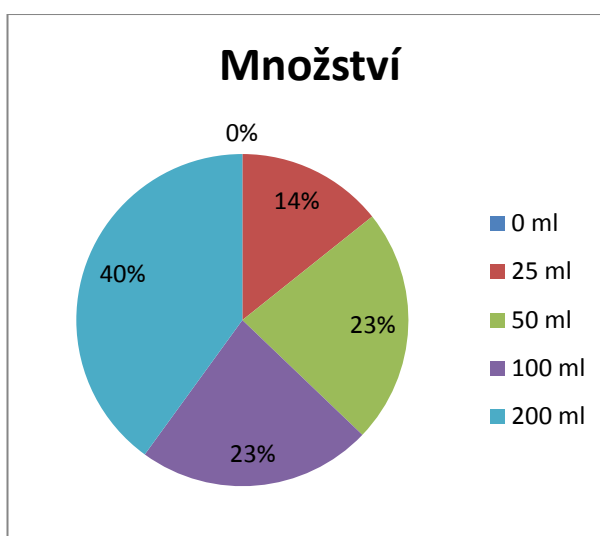
2 respondenti (6 %) hodnotí chuť podávané večeře na výbornou, další 3 respondenti (9 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení nabízené pochutiny udává 7 respondentů (20 %). Největší zastoupení respondentů, tedy 18 (51 %) snědlo podávanou večeři, protože neměli možnost výběru z jiných variant. 5 respondentů (14 %) udává negativní hodnocení pro svůj odpor k masu, nabízenou večeři tedy ani neochutnali.



Obrázek 48 Pocit sytosti – chléb se šunkou, máslo

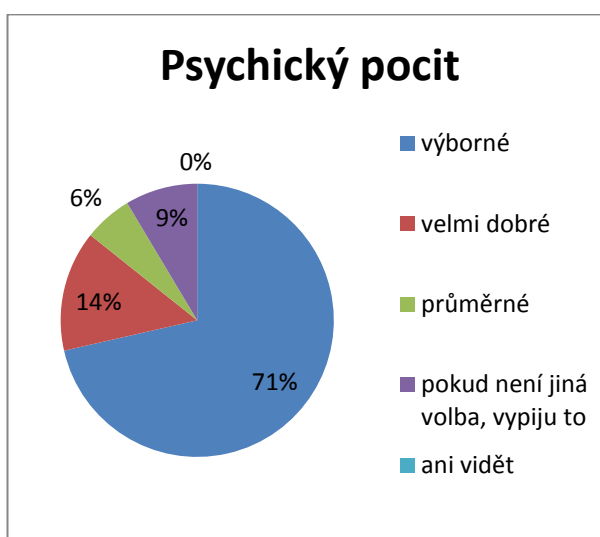
10 respondentů (29 %) udává bezprostředně po požití nabízené večeře uspokojivý pocit sytosti. Výrazně vyšší počet respondentů, v tomto případě 20 (57 %) uvádí nedostatečný pocit sytosti, který charakterizují jako hlad. Zbylých 5 respondentů (14 %) pociťuje po požití šunky pocit nevolnosti, který charakterizují jako nadměrné říhání a nauzeu.

Otázka č. 16: Nutridrink Juice styl – jahodový



Obrázek 49 Množství vypité tekutiny – Nutridrink jahodový

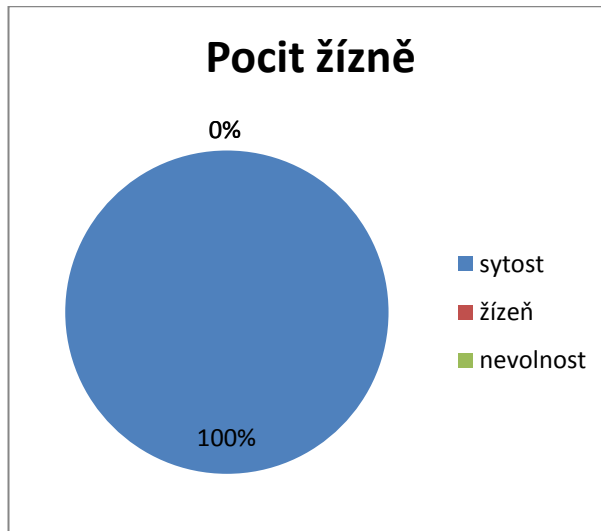
Žádný z 35 respondentů (0 %) nevypil 0 ml z celého obsahu, všichni sledovaní vypili tedy více. 5 respondentů (14 %) vypilo 25 ml z podávaného obsahu. Dalších 8 respondentů (23 %) vypilo 50 ml z celého nápoje. Shodně dalších 8 respondentů (23 %) požilo 100 ml z podávaného Nutridrinku. Vyšší počet respondentů, tedy 14 (40 %) vypilo celý obsah Nutridrinku, tedy 200 ml.



Obrázek 50 Psychický pocit spojený s chutí – Nutridrink jahodový

Na první pohled zřetelné největší obsazení respondentů, tedy 25 (71 %) hodnotí lehkou chuť juice stylu na výbornou, dalších 5 respondentů (14 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení chuti podávaného Nutridrinku hodnotí 2 respondenti (6 %).

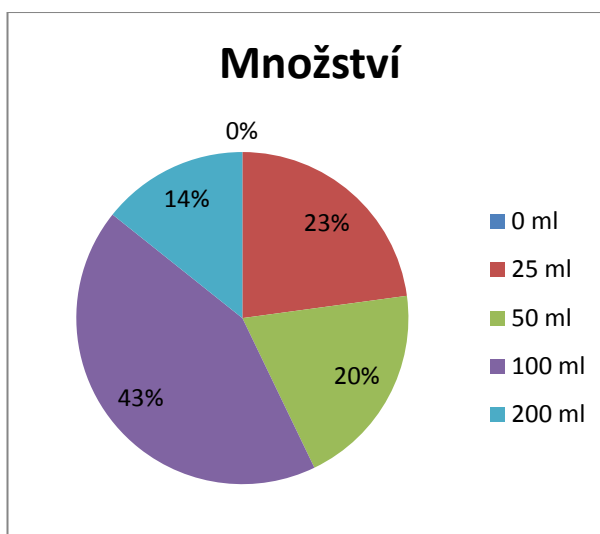
3 respondenti (9 %) vypili nabízený Nutridrink, protože neměli možnost výběru z jiných variant. Žádný z 35 respondentů (0 %) nehodnotí Nutridrink juice stylu zcela negativně.



Obrázek 51 Pocit žízně – Nutridrink jahodový

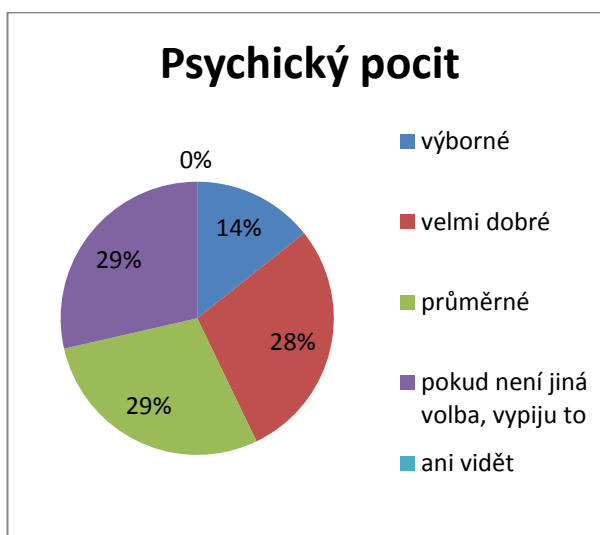
Nejvyšší možné zastoupení respondentů, tedy 35 (100 %) udává bezprostředně po požití Nutridrinku uspokojivý pocit sytosti. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit hladu. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit nevolnosti po požití nápoje.

Otázka č. 17: Nutridrink vanilkový



Obrázek 52 Množství vypité tekutiny – Nutridrink vanilkový

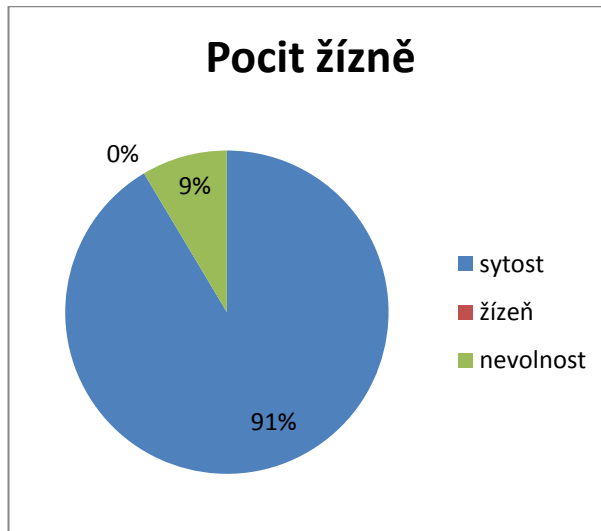
Žádný z 35 respondentů (0 %) nevypil 0 ml z podávaného nápoje, všichni sledovaní vypili více. 8 respondentů (23 %) vypilo 25 ml z podávaného obsahu. Jiných 7 respondentů (20 %) vypilo 50 ml z celého nápoje. Největší zastoupení, tedy 15 respondentů (43 %) požilo 100 ml z podávaného Nutridrinku a zbývajících 5 respondentů (14 %) vypilo celý obsah Nutridrinku, tedy 200 ml.



Obrázek 53 Psychický pocit spojený s chutí – Nutridrink vanilkový

5 respondentů (14 %) hodnotí mléčnou chuť na výbornou, dalších 10 respondentů (28 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení chuti podávaného nutridrinku definuje 10 respondentů (29 %). Shodně jiných 10 respondentů (29 %) vypilo nabízený Nutridrink,

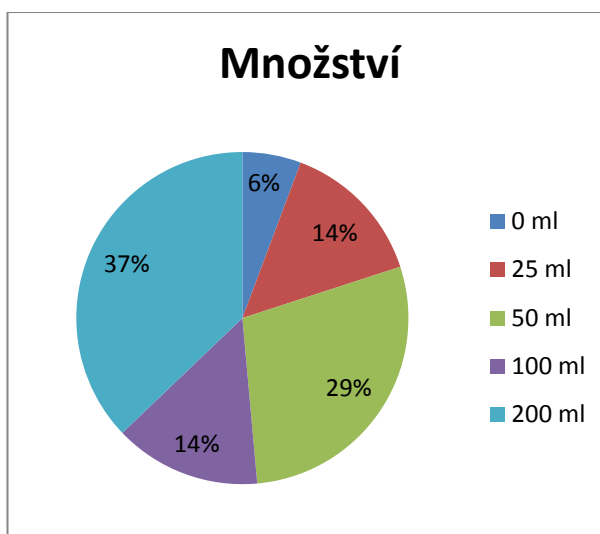
protože neměli možnost výběru z jiných variant. Žádný z 35 respondentů (0 %) nehodnotí Nutridrink mléčného stylu zcela negativně.



Obrázek 54 Pocit žízně – Nutridrink vanilkový

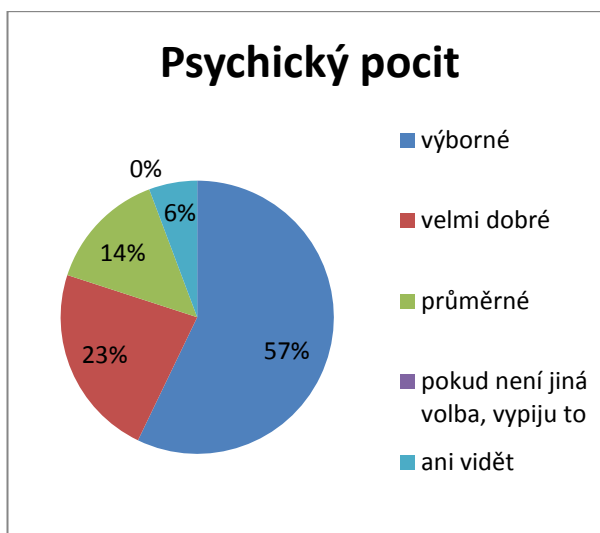
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, tedy 32 (91 %) udává bezprostředně po vypití mléčného Nutridrinku uspokojivý pocit sytosti. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit hladu, nepřejí si již žádnou další pochutinu. 3 respondenti (9 %) uvádějí pocit plnosti břicha s následnou průjmovitou stolicí.

Otázka č. 18: Kakao



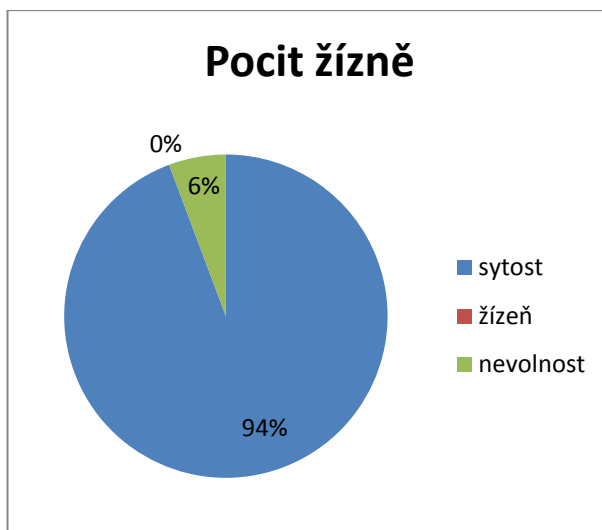
Obrázek 55 Množství vypité tekutiny – kakao

2 respondenti (6 %) odmítli vypít nabízený nápoj, vypili tedy 0 ml z podávaného množství. 5 respondentů (14 %) vypilo 25 ml z celkového množství. Dalších 10 respondentů (29 %) požilo 50 ml z celého nápoje. 5 respondentů (14 %) požilo 100 ml z podávaného množství. Vyšší počet respondentů, v tomto případě 13 (37 %) vypilo celé množství, tedy 200 ml.



Obrázek 56 Psychický pocit spojený s chutí – kakao

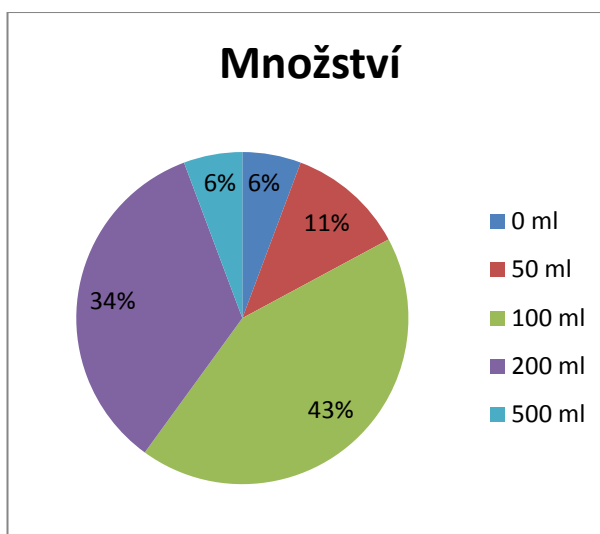
Největší zastoupení respondentů, tedy 20 (57 %) hodnotí mléčný nápoj na výbornou, dalších 8 respondentů (23 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení chuti podávaného nápoje definuje 5 respondentů (14 %). Žádný z 35 respondentů (0 %) nežádá možnost výběru jiného nápoje. 2 respondenti (6 %) udávají negativní hodnocení pro nesnášenlivost mléka, nabízený nápoj tedy ani neochutnali.



Obrázek 57 Pocit žízně - kakao

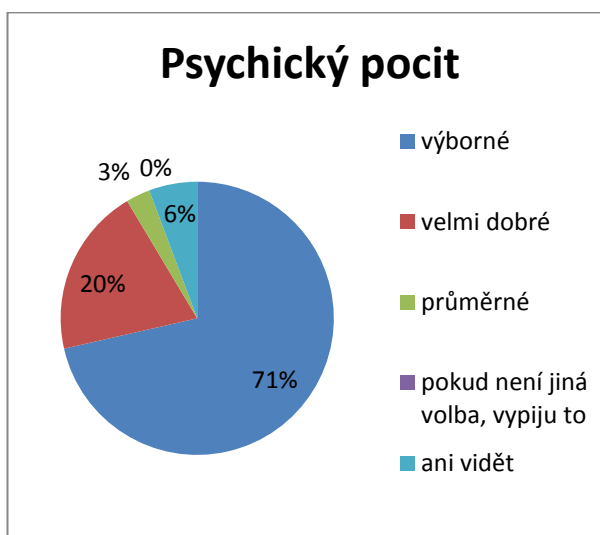
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, tedy 33 (94 %) udává bezprostředně po vypití mléčného nápoje uspokojivý pocit sytosti. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit žízně, nepřejí si již žádný další nápoj. 2 respondenti (6 %) po vypití nabízeného nápoje uvádí nevolnost, kterou definují jako křeč v břiše.

Otázka č. 19: Pivo – Pilsner Urquell



Obrázek 58 Množství vypité tekutiny – pivo

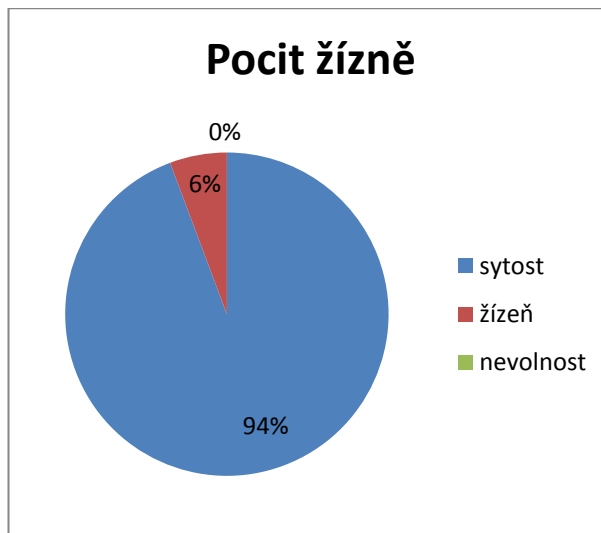
2 respondenti (6 %) odmítli vypít nabízené pivo, vypili tedy 0 ml z podávaného množství. 4 respondenti (11 %) vypili 50 ml z celkového množství. Největší zastoupení s 15 respondenty (43 %) vypilo 100 ml z celého nápoje. Jiných 12 respondentů (34 %) požilo 200 ml z podávaného piva. Zbýlý počet respondentů, v tomto případě 2 (6 %) vypilo celé možné množství, tedy 500 ml.



Obrázek 59 Psychický pocit spojený s chutí – pivo

Zřetelné největší zastoupení respondentů, tedy 25 (71 %) hodnotí psychický pocit spojený s chutí piva na výbornou, dalších 7 respondentů (20 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení chuti podávaného nápoje definuje 1 respondent (3 %). Žádný

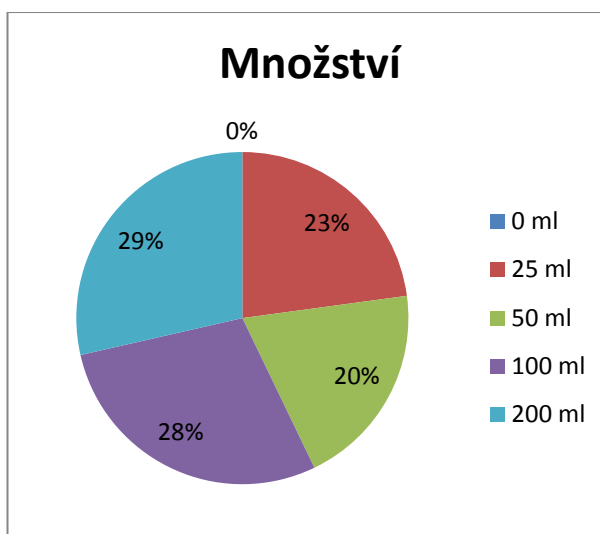
z 35 respondentů (0 %), který pivo požil, nežádá možnost jiného nápoje. 2 respondenti (6 %) udávají negativní hodnocení pro nesnášenlivost alkoholu, nabízené pivo tedy ani neochutnali.



Obrázek 60 Pocit žízně – pivo

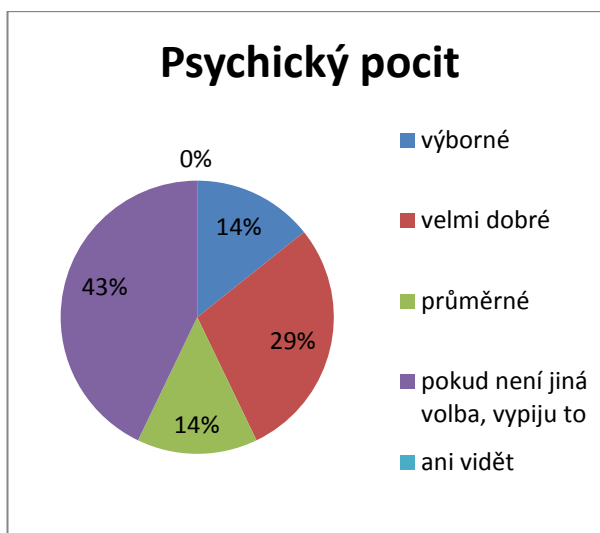
Téměř nejvyšší možné zastoupení respondentů, v tomto případě 33 (94 %) udává bezprostředně po požití piva uspokojivý pocit sytosti. 2 respondenti (6 %), kteří odmítli požití nabízeného nápoje, pocítují pocit žízně. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit nevolnosti po požití nápoje.

Otázka č. 20: Ovocný čaj



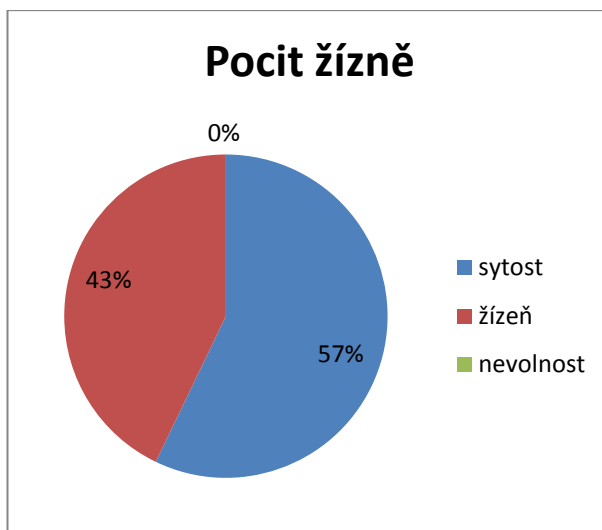
Obrázek 61 Množství vypité tekutiny – ovocný čaj

Žádný z 35 respondentů (0 %) nevypil 0 ml z podávaného nápoje, všichni sledovaní vypili více. 8 respondentů (23 %) vypilo 25 ml z celkového obsahu. Jiných 7 respondentů (20 %) vypilo 50 ml podávaného nápoje, dalších 10 respondentů (28 %) požilo 100 ml čaje. Zbývajících 10 respondentů (29 %) vypilo celé podávané množství, tedy 200 ml.



Obrázek 62 Psychický pocit spojený s chutí – ovocný čaj

5 respondentů (14 %) hodnotí ovocný čaj na výbornou, dalších 10 respondentů (29 %) chuť hodnotí jako velmi dobrou. Průměrné hodnocení chuti podávaného čaje definuje 5 respondentů (14 %). Největší zastoupení, tedy 15 respondentů (43 %) vypilo nabízený nápoj, protože neměli možnost výběru z jiných variant. Žádný z 35 respondentů (0 %) nehodnotí ovocný čaj zcela negativně.



Obrázek 63 Pocit žízně – ovocný čaj

Vyšší zastoupení respondentů, v tomto případě 20 (57 %) udává bezprostředně po požití ovocného čaje uspokojivý pocit sytosti. Nemalý počet respondentů, tedy 15 (43 %), pociťuje po požití nabízeného nápoje pocit žízně. Žádný z 35 respondentů (0 %) neudává pocit nevolnosti po požití ovocného čaje.

2.6 Diskuze

Formulář vlastní tvorby byl sestaven na základě stanovených cílů a výzkumných otázek.

Po provedené analýze nasbíraných dat je zjištěno, že většina sledovaných odpovědí se shodují s údaji uvedenými v literatuře. Pro zpracování dat poskytlo 35 respondentů formou psaného polostrukturovaného rozhovoru validní informace, kdy otázky byly zaměřeny na množství snědené porce, psychický pocit spojený s chutí nabízené pochutiny a pocit sytosti krátce po požití vybraného typu výživy. Výzkumu se zúčastnilo 20 žen (57 %) a 15 mužů (43 %). Věková hranice respondentů je od 30 let do 78 let, největší zastoupení je možno pozorovat ve věkové hranici od 40 let do 50 let, kde je vidět zastoupení 13 respondentů (37 %). Naopak nejnižší zastoupení je možno sledovat ve věkové hranici nad 70 let, tato věková hranice je zastoupena 3 respondenty (9 %). Všech 35 respondentů (100 %) bylo hospitalizováno v hospicovém zařízení, kde převážná většina z nich, tedy 32 respondentů (91 %) byla v zařízení hospitalizována s onkologickým onemocněním. Zbylí 3 respondenti (9 %) byli hospitalizováni s onemocněním neonkologického typu.

Výzkumná otázka č. 1

Jsou některé typy potravin více preferovány u pacientů v terminální fázi nemoci?

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že pacienti v terminální fázi nemoci dávají přednost potravinám domácí kuchyně, bez šetřícího omezení. Na obrázcích č. 5, 17, 20, 23, 35, 38, 41, 44, 50, 56 a 59 (tedy u pochutin - gulášová polévka, svíčková pečeně, ovocné knedlíky s jahodami, rajská omáčka, dukátové buchtičky, opékaný špekáček, krupicová kaše, bramborový guláš, Nutridrink jahodový, kakao a pivo) lze pozorovat největší zastoupení respondentů, kteří po požití vybrané pochutiny hodnotili výslednou chuť jako výbornou (zastoupení v počtu respondentů: 48 %, 57 %, 71 %, 68 %, 52 %, 80 %, 85 %, 71 %, 71 %, 57 % a 71 %). Bezprostředně po požití se cítili dobře psychicky laděni, byl u nich uspokojen pocit chuti a splněno očekávání, které od nabízené pochutiny očekávali. Lukešová a Kopecký (2011) se ztotožňují s názorem, že je vždy nutné respektovat přání týkající se výběru jídla u onkologicky nemocného pacienta.

Jako protiklad netradičním pochutinám byly podávány také potraviny velmi podobné šetřící stravě, které jsou viděny na obrázcích č. 11, 14, 32, 47 a 62 (u potravin – hovězí vývar, zeleninová jarní, přírodní kuřecí plátek, chléb se šunkou a ovocný čaj), kde je viditelná výrazně nižší spokojenost respondentů s uspokojením chuti na výbornou (zastoupení v počtu

respondentů: 23 %, 28 %, 14 %, 6 % a 14 %). Další viditelný jev na obrázcích č. 20, 35 a 41 (u potravin – ovocné knedlíky s jahodami, dukátové buchtičky a krupicová kaše) značí výraznou preferenci sladkých jídel u respondentů v terminální fázi nemoci (zastoupení v počtu respondentů: 71 %, 52 % a 85 %). I Chocenská (2006), která se věnuje výživě u diabetiků preferuje podání menšího množství sacharidů, než aby pacient zcela hladověl. Je tedy možné podávat bílé pečivo a slazenou přesnídávku a udržet tím pravidelný příjem stravy u pacienta. Oproti tomu obrázky č. 26, 29 a 32 (tedy pochutiny - maminčino kuře, vepřový řízek a přírodní kuřecí plátek) ukazují minimální chuťové uspokojení respondentů, kdy jim bylo jako hlavní jídlo podáváno maso (v zastoupení počtu respondentů: 11 %, 26 % a 14 %). Philpott (2013) uvádí, že u pacientů v paliativní péči velmi často dochází k odmítnutí některých druhů potravin, které jsou např. těžké na trávení. Podobný názor zastává i Wilhelm (2004), který se týká nesnášenlivosti masa u onkologických pacientů, není vhodné je tedy k požití nutit, naopak nabízet jiné preferované potraviny.

Výraznou preferenci netradiční potraviny podávané sledovaným respondentům v zařízení je možno pozorovat na obrázku č. 38 (opékaný špekáček), kdy sledovanou pochutinu podávanou k večeři ohodnotilo 80 % respondentů na výbornou. Jako důkaz preference této netradiční pochutiny si dovoluji přiložit děkovný dopis od rodiny sledovaného respondenta (příloha č. 3). Geesing (2008) dokonce pacientům, kteří nepocítují odpor k masu doporučuje občasné požití tatarského bifteku, který dodá tělu potřebné enzymy, které nastartují imunitní systém. Další výraznou preferenci lze pozorovat na obrázku č. 59 (u piva - Pilsner Urquell), kdy 71 % respondentů hodnotí svůj psychický pocit spojený s chutí po požití za výborný. V paliativní péči dokonce i Tomiška (2012) preferuje podání skleničky alkoholu, která může pozitivně ovlivnit chuť k jídlu u onkologicky nemocného pacienta. Z výzkumného šetření se také nabízí možnost porovnání výživových doplňků na mléčné a ovocné bázi, v tomto případě na obrázcích č. 50 a 53 (Nutridrink juice styl jahodový a Nutridrink vanilkový), kdy 71 % respondentů hodnotí chuť Nutridrinku juice stylu jako výbornou, zatímco pouhých 14 % respondentů považuje mléčnou chuť Nutridrinku taktéž za nejlepší možnou volbu na hodnotící škále, tedy za výbornou. Výsledek výzkumného šetření týkající se sippingu jsem porovнала s bakalářskou prací Šárky Blahutové (Poruchy výživy v paliativní hospicové péči u onkologicky nemocných a možnosti jejich terapeutického ovlivnění, 2013), která ve své práci poukazuje především na rychlou použitelnost, snadnou konzumaci a dostupnost více příchutí na našem trhu.

Výzkumná otázka č. 2

Přináší pacientům dietní omezení psychicky uspokojivý pocit?

Výsledky výzkumného šetření byly v této výzkumné otázce zaměřeny především na potraviny, které byly připraveny do šetřící formy stravy, kterou lze již považovat za dietní omezení.

Výsledky jsou k vidění na obrázcích č. 11, 14, 32, 47 a 62 (tedy u pochutin – hovězí vývar, zeleninová jarní, přírodní kuřecí plátek, chléb se šunkou a ovocný čaj). U prvních 3 nabízených pochutin převažuje počet respondentů řadící se do průměrného hodnocení chuti (s počty respondentů 34 %, 29 % a 37 %). Na obrázku č. 47 (chléb se šunkou) je zřejmá převaha 51 % respondentů, kteří podávanou pochutinu snědli pouze z toho důvodu, že neměli možnost jiného výběru. Obrázek č. 62 (ovocný čaj) znázorňuje 43 % respondentů, kteří požili nabízenou tekutinu, protože taktéž neměli možnost jiné volby, pouze 14 % respondentů si na nabízené tekutině pochutnalo. S výzkumným vzorkem respondentů, který hodnotil podávané pochutiny na výbornou (s počty respondentů 23 %, 28 %, 14 %, 6 % a 14 %) nelze tedy po požití vybraných potravin s dietním omezením považovat za přínos psychicky uspokojivého pocitu pro sledované respondenty. Výsledky výzkumného šetření jsem porovnála s bakalářskou prací Jany Macákové (Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester, 2012), která ve svém výzkumném šetření zjistila, že individuální podávání stravy i tekutin v hospicových zařízeních hodnotí kladně nejen pacienti a jejich rodiny, ale také všeobecné sestry. Po podání individuálně vybraných pochutin se pacienti i jejich rodiny cítí spokojeněji.

Výzkumná otázka č. 3

Jaká je obvyklá velikost snědené porce u pacientů v terminální fázi nemoci?

Obrázky č. 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43 a 46 (tedy pochutiny – gulášová polévka, čočková polévka, hovězí vývar, zeleninová jarní, svíčková pečeně, ovocné knedlíky s jahodami, rajská omáčka, maminčino kuře, vepřový řízek, přírodní kuřecí plátek, dukátové buchtičky, opékaný špekáček, krupicová kaše, bramborový guláš a chléb se šunkou) vypovídají o frekvenci snědené porce týkající se velikosti. Z 15 podávaných pochutin formou hlavního jídla nebo večeře bylo zastoupení nejčastější velikosti snědené porce v následujícím počtu: 1x (7 %) bylo nejčastěji snědno 25 % porce, 8x (53 %) bylo

snědono 50 %, 4x (27 %) bylo požito 75 % porce a pouze 2x (13 %) byla snědono 100 % podávané stravy. Výsledky tedy vypovídají, že obvyklá velikost snědené porce u sledovaných respondentů činí 50 % z celé porce. Starnovská (2011) spolu se svými kolegy z nutriční terapie doporučuje jíst malé porce jídla a spíše častěji. Naopak ještě upozorňuje na fakt, že velké porce jídel chuť spíše potlačují.

Výzkumná otázka č. 4

Jaký je výskyt nežádoucích symptomů (nevolnost, zvracení) po požití netradičních potravin a tekutin?

Na základě hodnocení 20 nabízených pochutin výsledky výzkumného šetření vypovídají, že u 13 možností (65 %) podávaných pochutin se vyskytly nežádoucí symptomy v souvislosti s požitím podávané potraviny. Na tyto symptomy poukazují obrázky č. 6, 9, 15, 18, 21, 27, 30, 36, 39, 45, 48, 54 a 57 (kdy se jedná o pochutiny – gulášová polévka, čočková polévka, zeleninová jarní, svíčková pečeně, ovocné knedlíky s jahodami, maminčino kuře, vepřový řízek, dukátové buchtičky, opékaný špekáček, bramborový guláš, chléb se šunkou, Nutridrink vanilkový a kakao), ve kterých se však zastoupení počtu respondentů pohybuje ve velmi malé frekvenci (v rozmezí 3 % – 17 %). Největší zastoupení výskytu nežádoucích symptomů po požití podávané pochutiny je tedy 6 respondentů (17 %), v tomto případě na obrázku č. 27 (maminčino kuře, těstoviny), kdy všech 6 respondentů pocíťovalo po požití nauzeu, která byla u 4 z nich doprovázena i zvracením. Starnovská (2011) doporučuje v době nevolnosti po požití některé z pochutin krátkodobé vyřazení této pochutiny z jídelníčku nemocného, mohl by tak vzniknout odpor k tomuto jídlu.

Zbylých 7 možností (35 %) nabízených pochutin ukazuje 0 % počtu respondentů, kteří by bezprostředně po požití podávané pochutiny udávali nežádoucí symptomy. Tyto skutečnosti jsou viděny na obrázcích č. 12, 24, 33, 42, 51, 60 a 63 (tedy pochutiny – hovězí vývar, rajská omáčka, přírodní kuřecí plátek, krupicová kaše, Nutridrink jahodový, pivo a ovocný čaj).

Výzkumná otázka č. 5

Pocíťují pacienti po požití menšího množství stravy pocit hladu?

Výsledky výzkumného šetření vypovídají o tom, že v 11 možnostech (73 %) podávaných jídel převažuje u sledovaných respondentů bezprostředně po požití stravy pocit sytosti nad pocitem hladu. Na tyto skutečnosti poukazují obrázky č. 6, 9, 18, 21, 24, 27, 30, 36, 39, 42 a 45 (tedy

pochutiny – gulášová polévka, čočková polévka, svíčková pečeně, ovocné knedlíky s jahodami, rajská omáčka, maminčino kuře, vepřový řízek, dukátové buchtičky, opékaný špekáček, krupicová kaše a bramborový guláš). Ve zbylých 4 možnostech (27 %) podávaných potravin je možno u respondentů pozorovat převahu pocitu hladu nad pocitem sytosti, výsledky jsou viditelné na obrázcích č. 12, 15, 33 a 48 (v tomto případě pochutiny – hovězí vývar, zeleninová jarní, přírodní kuřecí plátek a chléb se šunkou). Mezi potraviny, po kterých žádný sledovaný respondent (0 %) nepociťoval hlad patří dukátové buchtičky, opékaný špekáček a bramborový guláš, výsledky možno pozorovat na obrázcích č. 36, 39 a 45.

Pavličková (2009), která se oblasti výživy věnuje již dlouhou dobu a ráda experimentuje s potravinami a přípravky klinické výživy se snaží o zajištění potřebného množství živin a energie tak, aby co nejpříjemněji pomohli pacientům. Pacientům navrhuje podávat malé množství potravin upravené do formy s klinickou výživou, kdy svoje nápady popsala v Knize receptů. Pacienti tedy i po podání menšího množství potravin nepociťují hlad.

Výzkumná otázka č. 6

Pociťují pacienti po požití menšího množství tekutin pocit žízně?

Výsledky u sledovaných respondentů v této výzkumné otázce ukazují podávání vybraných tekutin, kterých je celkem 5. Ve všech 5 možnostech (100 %) převažuje pocit sytosti nad pocitem žízně, sledovaní respondenti ve většině případů tedy nepociťují pocit žízně. Na tyto skutečnosti poukazují obrázky č. 51, 54, 57, 60 a 63 (Nutridrink jahodový, Nutridrink vanilkový, kakao, pivo a ovocný čaj). Důležité srovnání pro praktické využití je hodnocení ovocného čaje, které je znázorněno na obrázku č. 63. 20 respondentů (57 %) udává bezprostředně po požití ovocného čaje uspokojivý pocit sytosti, zatímco zbylých 15 respondentů (43 %) pociťuje po požití stálý pocit žízně. Zajímavý je také ukazatel hodnotícího parametru Nutridrinku jahodového (na obrázku č. 51), který je na bázi juice. Zde je zřetelné naprosté zastoupení všech 35 respondentů (100 %), kdy je nápoj zcela jasně preferován před ostatními volbami. I Podběhlá (2011) z osobní zkušenosti se svojí nemocnou maminkou preferuje podání sippingu.

Výzkumná otázka č. 7

Pomůže edukační příručka doporučující typ a množství stravy rodinným příslušníkům, kteří se aktivně podílejí na ošetrovatelské péči svých blízkých?

Při probíhajícím výzkumném šetření byli mnohdy při psaném řízeném rozhovoru bezprostředně po požití sledované pochutiny přítomni také rodinní příslušníci nemocných. I pro ně byla velká neznámá týkající se výživových preferencí svých blízkých. Každá rodina by pro svého pacienta chtěla jenom to nejlepší, na jednu stranu si přejí mu dát, to co si sám nemocný žádá, ale na druhou stranu mají obavy, aby nemocnému nepřitížili. Mají strach, aby nemocnému podání netradičních pochutin nezhoršilo jejich dosavadní zdravotní stav, mnohdy udávají názor, že při onkologickém onemocnění zaživačního traktu je přece krajně nerozumné podávat mastná a kořeněná jídla. Diabetikům, kteří dlouhou dobu dodržovali dietní omezení přece nemohou podat dukátové buchtíčky (Servan–Schreiber, 2010). Blízcí se především bojí, aby nevzali nemocným naději o uzdravení, která je v oblasti výživy především v tom, že nemocný si uvědomí, že mu již není pomoci, protože najednou může jíst naprosto vše, na co má chuť. Zde si dovolím citovat úryvek z knihy Hovory s umírajícími *„Když nasloucháme našemu smrtelně nemocnému pacientovi, vždy podléháme hlubokému dojmu, že i ti, kteří se se svým osudem vyrovnali, a svoji nemoc realisticky určili, stále ještě počítají s možností vyléčení, věří ve vynalezení nového léku“* (Kübler-Rossová, 1992, s. 81). Kübler-Rossová dále vysvětluje, že všichni pacienti se k naději upínají. Ano, v tomto případě se jedná především o naději, kterou mají nemocní až do poslední minuty svého života.

Další velká neznámá pro rodinné příslušníky je oblast množství stravy a tekutin. Velmi často mají pocit, že jejich blízký musí trpět žízní i hladem, protože v posledních dnech svého života není schopen přijímat dostatečné množství potravy. Mnohdy se tak stává, že nad lůžkem nemocného stojí psychicky vyčerpaná rodina a stále se snaží nemocného motivovat k příjmu potravy. I tento fakt já osobně vidím jako velkou zátěž pro nemocného, ale i pro rodinu. Rodiny, které se aktivně zapojují do péče o nemocného často studují obecná doporučení, dávají na rady léčitelů, řídí se doporučením odborných lékařů, kteří mnohdy preferují medikamenty, které mají zvyšovat chuť k jídlu, ale pouze v malém množství mají přístup k analýze nasbíraných dat sledovaných právě u umírajících pacientů.

Na základě těchto skutečností za účelem osvěty rodin pacientů v terminální fázi nemoci byla vytvořena edukační příručka, která bude formou obrazové prezentace nápomocna k pochopení výživových preferencí u pacientů v terminální fázi nemoci.

2.7 Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou výživových preferencí pacientů v terminální fázi nemoci. V práci bylo stanoveno 5 cílů.

Prvním cílem práce bylo definování pojmů týkající se výživy, poruch výživy a paliativní péče, kdy byly pojmy popsány na základě aktuální odborné literatury.

Druhým cílem bylo seznámení se se specifickou výživových zvyklostí u pacientů v terminální fázi nemoci. K tomuto a dalším cílům byl využit dotazníkový formulář vlastní tvorby, který byl za pomoci polostrukturovaného rozhovoru vyplněn s pacienty hospitalizovanými ve sledovaném zařízení. Nejčastější množství snědené porce u sledovaných respondentů činí 50 % z celé porce. Většina respondentů (73 %) nepocítovala po požití vybraných jídel pocit hladu. Největší zastoupení výskytu nežádoucích symptomů po požití podávané pochutiny bylo u 17 % respondentů, kdy se jednalo o podání hlavního chodu Maminčino kuře a těstoviny.

Třetí cíl zahrnoval zmapování preferencí jednotlivých druhů potravin a tekutin u pacientů v terminální fázi nemoci. Na základě analýzy nasbíraných dat byly zjištěny druhy pochutin, kterým dávají pacienti přednost, nasytí je a zároveň po požití nezpůsobují nežádoucí symptomy. Nejvýraznější výživovou preferencí u sledovaných respondentů byl opékaný špekáček, kdy 80 % respondentů hodnotilo tuto pochutinu na výbornou. Mezi další preferované pochutiny patřila strava bez šetrícího omezení (gulášová polévka, svíčková pečeně, ovocné knedlíky s jahodami, rajská omáčka, dukátové buchtíčky, krupicová kaše, bramborový guláš, Nutridrink jahodový, kakao a pivo).

Čtvrtým cílem bylo zjištění, zda sledovaní respondenti pocítoují hlad a žízeň. Převážná většina respondentů nepocítovala pocit žízně, za zmínku však stojí podávání ovocného čaje, kdy u 57 % respondentů převažuje pocit sytosti nad žízní, ale zbylých 43 % pocítouje žízeň. U jiných sledovaných tekutin, které jsou energeticky výživnější než klasický čaj již nebyl podobný výsledek zaznamenán. Co se týká pocitu hladu, tak většina respondentů (73 %) nepocítovala po požití vybraných pochutin hlad. Mezi potraviny, po kterých žádný respondent (0 %) nepocítoval pocit hladu patří dukátové buchtíčky, opékaný špekáček a bramborový guláš.

Pátý cíl je praktickým výstupem, protože předešlými cíli byl prokázán psychický benefit při podávání vybraných pochutin u sledovaných respondentů. Jedná se tedy o edukaci

rodinných příslušníků pomocí obrazové prezentace v Microsoft PowerPointu. Edukace rodinných příslušníků bude prováděna mojí osobou, kdy jako zaměstnanec v hospicovém zařízení mohu zjištěné skutečnosti proložit příběhy samotných pacientů. Obrazová prezentace byla vytvořena pro vlastní potřeby hospicového zařízení a bude používána pro maximální počet 15 osob, které se budou každé první pondělí v měsíci scházet a budou edukovány o dané problematice. Daná problematika se skládá ze 2 částí, první je teoretická část, kde jsou popsány základní složky výživy u zdravého a onkologicky nemocného člověka, druhá část je zaměřena na výzkum prováděný v hospicovém zařízení, kde jsou k vidění některé skutečnosti týkající se vybraných výživových preferencí získané od sledovaných respondentů.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ, Jiří VORLÍČEK et al. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. BLAHUTOVÁ, Šárka. *Poruchy výživy v paliativní hospicové péči u onkologicky nemocných a možnosti jejich terapeutického ovlivnění*. Olomouc, 2013. 45 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
3. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Česká republika a rakovina v číslech* [online]. 2011 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech>.
5. GEESING, Hermann. *Trénink imunity: posilněte obranyschopnost svého organismu*. 1. české vyd. Překlad Dagmar Morenová. Praha: Ottovo nakladatelství, 2008, 160 s. ISBN 978-80-7360-499-8.
6. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
7. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

8. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
9. KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vyd. Překlad Karel Procházka. Praha: Grada, 2015, 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
10. KLENER, Pavel, Jiří VORLÍČEK et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 231 s. ISBN 80-902501-2-2.
11. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Forsapí, 2009, 113 s. ISBN 978-80-87250-05-1.
12. KOŠTÁL, Jiří. *Léčebná rehabilitace v paliativní medicíně* [online]. 2015 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/lecebna-rehabilitace-v-paliativni-medicine-477883>.
13. KRÍŽOVÁ, Jarmila, Jaromír KŘEMEN, Eva KOTRLÍKOVÁ, Štěpán SVAČINA a kol. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 141 s. ISBN 978-80-204-3326-8.
14. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Překlad Bohumil Dvořáček. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992, 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
15. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1 vyd. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
16. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

17. LUKEŠOVÁ, Šárka a Otakar KOPECKÝ. *Problematika výživy u onkologicky nemocných pacientů*. Praktický lékař. 2011, roč. 91, č. 6. ISSN 0032-6739.
18. MACÁKOVÁ, Jana. *Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester*. České Budějovice, 2012. 141 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Machová.
19. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
20. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
21. O'CONNOR, Margaret and Sanchia ARANDA. *Palliative care nursing: a guide to practice*. 2nd ed., rev. and rewritten. Melbourne: Ausmed Publications, 2003. ISBN 0-9577988-4-9.
22. PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Kniha receptů Vaříme s Nutridrinkem*. 1 vyd. Praha: Nutricia, 2009. 35 s. ISBN 978-80-254-7889-9.
23. PHILPOTT, Jane. How to prevent cancer [online]. 2013 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <https://drjanephilpott.wordpress.com/>.
24. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství II*. 1 vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
25. PODBĚHLÁ, Lucie. *Výživa onkologicky nemocných* [online]. 2011 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyziva-onkologicky-nemocnych-458223>.

26. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
27. SERVAN-SCHREIBER, David. *Jak čelit rakovině*. 1. české vyd. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: Portál, 2010, 310 s. ISBN 978-80-7367-785-5.
28. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1 vyd. Praha: Galén, 2007, 363 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
29. SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. 2013 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf.
30. STARNOVSKÁ, Tamara a Eva CHOČENSKÁ. *Nutriční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 39 s. ISBN 80-7262-387-7.
31. STARNOVSKÁ, Tamara, Jaroslava PAVLÍČKOVÁ a Danuše HRBKOVÁ. *Výživa při nádorovém onemocnění: praktická příručka pro pacienty*. Praha: Nutricia, 2011, 44 s. ISBN 978-80-239-9055-3.
32. STUDENT, Johann-Christoph, Albert Mühlum und Ute Student. *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. 1. Aufl. München: Ernst Reinhardt, 2004. ISBN 3-497-01690-X.
33. SVÁČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2. upr. vyd. Praha: Triton, 2013, 341 s. ISBN 978-80-7387-699-9.

34. ŠACHLOVÁ, Milana, Miroslav TOMÍŠKA a Ondřej SLÁMA. *Doporučené postupy nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči: Stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. 1.vyd. Praha: Ambit Media a.s., 2012, 21 s. ISBN 978-80-904596-5-6.
35. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. NÁRODNÍ ONKOLOGICKÝ REGISTR. *Zhoubné nádory v roce 2011* [online]. 2014 [cit. 2015-04-26] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2011>.
36. VOKURKA, Samuel et al. *Postižení dutiny ústní onkologických pacientů*. 1. vyd. Praha: Current Media, 2014, 146 s. ISBN 978-80-260-6359-9.
37. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 328 s. ISBN: 80-247-1716-6.
38. WILHELM, Zdeněk. *Výživa v onkologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 191 s. ISBN 80-7013-326-0.
39. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068- 5.

SEZNAM ZKRATEK

č.	číslo
ČOS J. E. Purkyně	Česká onkologická společnost Jana Evangelisty Purkyně
DiS.	diplomovaný specialista
DNA	deoxyribonukleová kyselina
g	gram
l	litr
mg	miligram
ml	mililitr
mmol	milimol
mmol/l	milimol na litr
MMSE	Mini Mental State Exam – test kognitivních funkcí
např.	například
NOR ČR	národní onkologický registr České Republiky
ods.	odstavec
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PhDr.	doktor filozofie
Sb.	sbírka
sv.	svatého
tzv.	takzvaně
ÚZIS ČR	ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Demografický údaj – pohlaví respondentů.....	34
Obrázek 2 Demografický údaj – Věk respondentů	35
Obrázek 3 Základní diagnóza respondentů	35
Obrázek 4 Množství snědeného jídla – gulášová polévka	36
Obrázek 5 Psychický pocit spojený s chutí – gulášová polévka	36
Obrázek 6 Pocit sytosti – gulášová polévka.....	37
Obrázek 7 Množství snědeného jídla – čočková polévka	38
Obrázek 8 Psychický pocit spojený s chutí – čočková polévka	38
Obrázek 9 Pocit sytosti – čočková polévka.....	39
Obrázek 10 Množství snědeného jídla – hovězí vývar s kapáním	40
Obrázek 11 Psychický pocit spojený s chutí – hovězí výběr s kapáním.....	40
Obrázek 12 Pocit sytosti – hovězí vývar s kapáním.....	41
Obrázek 13 Množství snědeného jídla – zeleninová jarní.....	42
Obrázek 14 Psychický pocit spojený s chutí – zeleninová jarní	42
Obrázek 15 Pocit sytosti – zeleninová jarní	43
Obrázek 16 Množství snědeného jídla – svíčková pečeně, houskový knedlík	44
Obrázek 17 Psychický pocit spojený s chutí – svíčková pečeně, houskový knedlík	44
Obrázek 18 Pocit sytosti – svíčková pečeně, houskový knedlík.....	45
Obrázek 19 Množství snědeného jídla – ovocné knedlíky s jahodami	46
Obrázek 20 Psychický pocit spojený s chutí – ovocné knedlíky s jahodami	46
Obrázek 21 Pocit sytosti – ovocné knedlíky s jahodami.....	47
Obrázek 22 Množství snědeného jídla – rajská omáčka, houskový knedlík	48
Obrázek 23 Psychický pocit spojený s chutí – rajská omáčka, houskový knedlík	48
Obrázek 24 Pocit sytosti – rajská omáčka, houskový knedlík	49
Obrázek 25 Množství snědeného jídla – maminčino kuře, těstoviny.....	50
Obrázek 26 Psychický pocit spojený s chutí – maminčino kuře, těstoviny	50
Obrázek 27 Pocit sytosti – maminčino kuře, těstoviny	51
Obrázek 28 Množství snědeného jídla – vepřový řízek, bramborová kaše.....	52
Obrázek 29 Psychický pocit spojený s chutí – vepřový řízek, bramborová kaše	52
Obrázek 30 Pocit sytosti – vepřový řízek, bramborová kaše	53
Obrázek 31 Množství snědeného jídla – přírodní kuřecí plátek (nekořeněný), rýže.....	54
Obrázek 32 Psychický pocit spojený s chutí – přírodní kuřecí plátek (nekořeněný), rýže	54
Obrázek 33 Pocit sytosti - přírodní kuřecí plátek (nekořeněný), rýže.....	55
Obrázek 34 Množství snědeného jídla – dukátové buchtičky s krémem	56
Obrázek 35 Psychický pocit spojený s chutí – dukátové buchtičky s krémem.....	56
Obrázek 36 Pocit sytosti – dukátové buchtičky s krémem.....	57
Obrázek 37 Množství snědeného jídla – opékaný špekáček, chléb	58
Obrázek 38 Psychický pocit spojený s chutí – opékaný špekáček, chléb	58
Obrázek 39 Pocit sytosti – opékaný špekáček, chléb.....	59
Obrázek 40 Množství snědeného jídla – krupicová kaše	60
Obrázek 41 Psychický pocit spojený s chutí – krupicová kaše.....	60
Obrázek 42 Pocit sytosti – krupicová kaše.....	61
Obrázek 43 Množství snědeného jídla – bramborový guláš	62

Obrázek 44 Psychický pocit spojený s chutí – bramborový guláš.....	62
Obrázek 45 Pociť sytosti – bramborový guláš.....	63
Obrázek 46 Množství snědeného jídla – chléb se šunkou, máslo	64
Obrázek 47 Psychický pocit spojený s chutí – chléb se šunkou, máslo	64
Obrázek 48 Pociť sytosti – chléb se šunkou, máslo.....	65
Obrázek 49 Množství vypité tekutiny – Nutridrink jahodový	66
Obrázek 50 Psychický pocit spojený s chutí – Nutridrink jahodový	66
Obrázek 51 Pociť žízně – Nutridrink jahodový.....	67
Obrázek 52 Množství vypité tekutiny – Nutridrink vanilkový	68
Obrázek 53 Psychický pocit spojený s chutí – Nutridrink vanilkový	68
Obrázek 54 Pociť žízně – Nutridrink vanilkový.....	69
Obrázek 55 Množství vypité tekutiny – kakao	70
Obrázek 56 Psychický pocit spojený s chutí – kakao	70
Obrázek 57 Pociť žízně - kakao.....	71
Obrázek 58 Množství vypité tekutiny – pivo.....	72
Obrázek 59 Psychický pocit spojený s chutí – pivo.....	72
Obrázek 60 Pociť žízně – pivo	73
Obrázek 61 Množství vypité tekutiny – ovocný čaj.....	74
Obrázek 62 Psychický pocit spojený s chutí – ovocný čaj	74
Obrázek 63 Pociť žízně – ovocný čaj.....	75

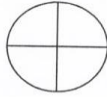
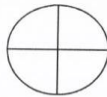
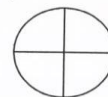
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazníkový formulář vlastní tvorby.....	93
Příloha 2 MMSE – Test kognitivních funkcí	94
Příloha 3 Děkovný dopis od rodiny sledovaného respondenta	95


Podávaná pochutina: _____

MMSE respondenta: _____ Kategorie č.: _____

Délka hospitalizace respondenta: _____

Datum	Příjem tekutin	Snídaně	Oběd	Večeře
	Množství 0 ml 25 ml 50 ml 100 ml 200 ml	Množství (0 % - 100 %) 	Množství (0 % - 100 %) 	Množství (0 % - 100 %) 
	Psychický stav 1 – výborné 2 – velmi dobré 3 – průměrné 4 – vypiji to, když není jiný výběr 5 – ani vidět	Psychický stav 1 – výborné 2 – velmi dobré 3 – průměrné 4 – sním to, když není jiný výběr 5 – ani vidět	Psychický stav 1 – výborné 2 – velmi dobré 3 – průměrné 4 – sním to, když není jiný výběr 5 – ani vidět	Psychický stav 1 – výborné 2 – velmi dobré 3 – průměrné 4 – sním to, když není jiný výběr 5 – ani vidět
	Pocit sytosti 1 – sytost 2 – hlad 3 – nevolnost Jaký symptom? _____	Pocit sytosti 1 – sytost 2 – hlad 3 – nevolnost Jaký symptom? _____	Pocit sytosti 1 – sytost 2 – hlad 3 – nevolnost Jaký symptom? _____	Pocit sytosti 1 – sytost 2 – hlad 3 – nevolnost Jaký symptom? _____

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? 1 - Které je roční období? 1 - Můžete mi říci dnešní datum? 1 - Který je den v týdnu? 1 - Který je teď měsíc? 1 - Ve kterém jsme státě? 1 - Ve které jsme zemi? 1 - Ve kterém jsme městě? 1 - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) 1 - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 1 	
2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 1 - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ Vezměte papír do pravé ruky. přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2
	1
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

Příloha 2 MMSE – Test kognitivních funkcí

Vážený pane doktore Košťále, vážená paní doktorko Blažková, vážená paní vrchní Jeníčková,

dnes, při příležitosti pohřbu našeho tatínka Josefa Sýkory, který ve Vašem hospici prožil poslední dva týdny života, Vám chceme co nejujímněji a nejotevřeněji poděkovat za Vaši neuvěřitelnou podporu v době „odcházení“ našeho táty..

Když se ohlížíme zpět za těmi posledními dvěma týdny, kdy byl u Vás, nejsme schopni si vzpomenout na něco, kde bychom vnímali nějaký nelad. Měli jsme pocit, že jsme spíše „neseni na Vašich křídlech“.

Tatínka jste přijali v situaci, kdy už opravdu péči o něj nebylo možné zvládat v domácích podmínkách. Cítili jsme se vyčerpaní, bezmocní – nejvíc maminka, která nesla hlavní tíhu péče. Od začátku, co byl tatínek u Vás, jsme začínali vnímat vlastní uklidnění. Díky Vaší péči jsme se mohli soustředit na vztah k tátovi a postupně „loučení se“. Shodli jsme se se sourozenci, že to pro nás byl důležitý čas. Díky Vašemu zájmu jsme i přes jeho demenci měli možnost zažít s ním plno světlých i vtipných chvil.

Při návštěvách jsme se setkávali s profesionálním přístupem ve vztahu k péči o tatínka (péče o základní potřeby, jasná a srozumitelná komunikace), ale především jsme zažívali něhu a laskavost. Přes náročnost situace jsme se setkávali s úsměvy...To, co v literatuře čteme o tom, jak by hospicová péče měla vypadat, jsme zažívali u Vás na vlastní kůži.

Nejsme schopni pojmenovat všechny situace, ale dovolíme si vyjmenovat alespoň některé:

- Celková atmosféra na pracovišti: kontakt, uctívost, úsměvy, respekt.
- Vnímali jsme, že lidé, kteří se o tatínka starají, skutečně spolupracují a berou ho (i nás) vážně.
- Skvělé bylo, když jsme mohli kdykoliv zavolat a nikdy jsme neměli pocit, že obtěžujeme.
- Možnost návštěvy kdykoliv.
- Telefony od Vás v situaci, kdy se tatínkův stav výrazně měnil.
- Jasně a přitom nemanipulující informace o tom, jak by bylo vhodné postupovat.
- V hale klavír – no nádherná.
- Neuvěřitelný zážitek z opékání špekáčků: když už táta přijímal potravu jen přes stříkačku, dokázal i on sníst půlku špekáčku, když vnímal tu jeho vůni i atmosféru.
- Možnost to, že jsme se v rozhodných chvílích mohli přímo v hospici sejit jako rodina a domluvit se spolu.
- Když tatínek zemřel, tak láskyplné oblékání a možnost pro nás „být u toho“
- Atd, atd...

Jsmo rádi, že hospic Smíření existuje. Přejeme Vám hodně odvahy, radosti a pocitu smysluplnosti z Vaší náročné a často nedoceněné práce! Děkujeme co nejujímněji Vám osobně a Vaším lidem, kteří jsou ochotni táhnout s Vámi za jeden provaz v této nelehké ale i nádherné službě!

S úctou
adela Brázdová, Kateřina Magdalena Amišová, Veronika Vávrová!
VLADIMÍR PETERKA, MOJKA PETERKOVÁ, DEBRA
PĚTR SÝKORA, SUN Sýkora, Jitka
V Bojanově 20. února 2015