



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Využití sippingu v ošetrovatelské praxi**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Iva Janáčková

**Vedoucí práce:** Mgr. Michaela Abrmanová

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Využití sippingu v ošetrovatelské praxi jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2021

.....

*Bc. Iva Janáčková*

## **Poděkování**

Poděkování bych ráda věnovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Michaele Abrmanové za cenné rady, trpělivost a ochotu. Byla mi velkou oporou při zpracovávání této práce.

Dále bych ráda poděkovala všem všeobecným a praktickým sestřám, které i v této nelehké době věnovaly pár minut svého času mému dotazníku.

Děkuji panu Marku Matejovi za zpracování dat z dotazníků a jejich vyhodnocení.

Poslední poděkování patří mým spolupracovníkům, kamarádům, rodině a spolužákům, kteří mi stáli po boku a podporovali mě při studiu.

## Využití sippingu v ošetrovatelské praxi

### Abstrakt

Bakalářská práce s názvem využití sippingu v ošetrovatelské praxi je věnována problematice užívání sippingu v nemocnicích u pacientů. Věnuje se spolupráci sester s nutričními terapeuty v nemocnicích a dále se práce snaží zmapovat povědomí sester o sippingu obecně.

Nejčastější příčinou neschopnosti normálně přijímat stravu jsou rozsáhlé operace, úrazy, nádory nebo infekce. Při obnovení střevní peristaltiky je možné začít s užíváním enterální výživy. Jednou z možností je užívání sippingu.

Sipping je tekutá forma stravy s přesně definovaným složením živin. Jak si někteří mylně myslí, sipping nenahrazuje stravu, pouze doplňuje základní stravovací režim. Sipping je určený k popíjení mezi jídly a je snadno dostupný v lékárně.

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Cílem této práce je zmapovat vědomosti nelékařských zdravotnických pracovníků o sippingu a zjistit, zda využívají sipping jako doplněk při léčbě svých pacientů. Pro tyto cíle byly stanoveny tři hypotézy.

Empirická část bakalářské práce se zabývala potvrzením nebo vyvrácením stanovených hypotéz. Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní metodu. Sběr dat byl prováděn formou dotazníkového šetření ve třech zvolených zařízeních. Data z dotazníků byla následně převedena do programu Microsoft Excel. Tato data byla odeslána statistikovi a jím zpracována a vyhodnocena. Výsledky jsou prezentovány v této bakalářské práci.

Výzkumné šetření ukázalo, že spolupráce nutričních terapeutů a nelékařských zdravotnických pracovníků není na takové úrovni, jaká by mohla být. Většina sester je o termínu sipping a základních znalostech které se ho týkají informována. Na lůžkových odděleních je sipping využíván jako doplněk stravy, však vyhodnocení přínosu sippingu při léčbě většinou neprobíhá.

**Klíčová slova**

sipping, nelékařský zdravotnický pracovník, nutriční terapeut, enterální výživa

## **Use of sipping in care.**

### **Abstract**

The bachelor's thesis is dedicated to the use of sipping in healthcare. It evaluates sipping by hospitalized patients and nurse's cooperation with nutritional therapists and their general awareness.

The most common cause of inability to eat are extensive surgery, injuries, tumours, or infections. After intestinal peristalsis is restored, it is possible to start taking enteral nutrition and one of the procedures is to use sipping.

Sipping is a liquid supplement with a precisely defined composition of nutrients. Sipping does not replace food, as some are frequently mistaken it only complements the basic diet. Sipping supplements are intended for drinking between meals and are widely available at the pharmacy.

This bachelor thesis is divided into theoretical and empirical parts. The aim of this work is to map non-medical healthcare professional's sipping knowledge and to investigate whether they use sipping as a supplement in their patient's treatments. Three hypotheses were established for these purposes.

The bachelor's empirical part dealt with confirmation or refusal of these established hypotheses. For this thesis, I chose a quantitative method of data collection which was in the form of a questionnaire survey in three selected subjects. All data then were transferred to Microsoft Excel and sent to statistician who processed and evaluated it. The results are presented in this thesis.

The research revealed that the collaboration between nutritional therapists and non-medical health professionals is not as sufficient as I thought it should be. Majority of nurses are aware of the term sipping and have basic knowledge. In the patient wards sipping is used as a dietary supplement, but the benefit of sipping as a treatment is rarely evaluated.

### **Keywords**

sipping, non – medical health worker, nutritional therapist, enteral nutrition

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>2. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>9</b>
2.1. MALNUTRICE .....	9
2.1.1. <i>Hodnocení nutričního stavu sestrou .....</i>	<i>10</i>
2.1.2. <i>Nutriční tým .....</i>	<i>11</i>
2.2. ENTERÁLNÍ VÝŽIVA .....	12
2.2.1. <i>Výhody a nevýhody enterální výživy .....</i>	<i>14</i>
2.2.2. <i>Indikace a kontraindikace enterální výživy .....</i>	<i>14</i>
2.2.3. <i>Způsoby a techniky podávání enterální výživy .....</i>	<i>15</i>
2.3. SIPPING .....	17
2.3.1. <i>Výhody a nevýhody sippingu .....</i>	<i>18</i>
2.3.2. <i>Indikace a kontraindikace sippingu .....</i>	<i>19</i>
2.3.3. <i>Rozdělení sippingu .....</i>	<i>20</i>
2.3.4. <i>Druhy používaných přípravků .....</i>	<i>21</i>
2.3.5. <i>Ošetrovatelská péče při užívání nutričních přípravků .....</i>	<i>22</i>
2.3.6. <i>Dávkování přípravků .....</i>	<i>24</i>
<b>3. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>25</b>
3.1. CÍL PRÁCE .....	25
3.2. ÚKOLY PRÁCE .....	25
3.3. HYPOTÉZY .....	25
<b>4. METODIKA.....</b>	<b>26</b>
4.1. METODICKÝ POSTUP.....	26
4.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	27
<b>5. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>28</b>
<b>6. DISKUZE.....</b>	<b>52</b>
<b>7. ZÁVĚR.....</b>	<b>55</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>56</b>
<b>8. SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>62</b>

## 1. Úvod

Téma mé bakalářské práce „Využití sippingu v ošetrovatelské praxi“ jsem si vybrala, protože si myslím, že užívání sippingu v nemocnicích není podporováno tak, jak by si tento přípravek zasloužil. Pracuji na chirurgickém oddělení, kde je sipping využíván často. Při hospitalizaci na našem oddělení nejsme schopni dělat závěry, zda dlouhodobé užívání sippingu má nebo nemá příznivé účinky na pacienta. Dle mého názoru lze toto pozorovat pouze v lůžkových zařízeních, kde jsou pacienti hospitalizováni delší dobu jako jsou oddělení následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, popřípadě domovy důchodců, nebo v ambulantní péči například onkologické ambulanci.

Dále nás zajímalo, zda sestry spolupracují na svém oddělení s nutričními terapeuty. Tato spolupráce je velmi důležitá nejen při doporučování potravinových doplňků jako například sipping, ale i při zhoršeném nutričním stavu pacienta. U nás v nemocnici dochází nutriční terapeut na oddělení na výzvu.



## 2. Současný stav

### 2.1. Malnutrice

„Malnutrice je, podle definice používané odbornými společnostmi, stav výživy, kdy deficit, ale i přebytek nebo nerovnováha energie, proteinů a ostatních nutrietů, způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň či formu těla, jeho funkce a výsledný klinický stav.“ (Křemen et al., 2009, s. 14)

Kohout a Kotrlíková (2009) uvádějí, že malnutrici lze definovat jako porušení stavu výživy, jako nedostatek energetických zásob organismu, nedostatek proteinů, ale i nedostatek vitaminů nebo stopových prvků. Malnutrice je jeden z komplexních problémů, který prodlužuje pacientům dobu hospitalizace, zvyšuje mortalitu i počet komplikací, a zatěžuje zdravotní systém zvýšeným čerpáním prostředků.

Malnutrice je u pacientů výrazný negativní faktor, který má vliv na pooperační morbiditu a letalitu. Je to častý jev u onkochirurgických pacientů, seniorů a u všech pacientů s chronickým onemocněním. Podvýživa je snadno definovatelná jednoduchými prostředky. (Slatinský et al., 2020)

Malnutrice je u nemocných pacientů běžným jevem jak v ambulantní péči, v ústavech sociální péče, tak i v péči nemocniční. Je spojená s větším rizikem komplikací a horším hojením infekcí, dále s vyšší pravděpodobností komplikací při chirurgickém výkonu, vyšší pravděpodobností reoperací a horším hojením ran. (Kohout et al., 2010)

K malnutrici vedou kromě nádorových a jiných závažných onemocnění i poruchy chrupu, organické a funkční poruchy polykání (dysfagie), omezený příjem potravy či nadměrný energetický výdej (operace, závažná onemocnění, operace), kognitivní deficit (syndrom demence), deprese, chudoba, malabsorpce a poruchy chování. (Kalvach, 2005)

Malnutrice postihuje více orgánů nebo celých orgánových systémů, lze ji tedy pokládat za komplexní problém. Nutná je včasná diagnostika různou kombinací metod. Nutné je zohlednit anamnézu, fyzikální vyšetření stavu pacienta a laboratorní výsledky. Ve zdravotnických zařízeních a pro zjednodušení se využívají různé indexy malnutrice nebo screeningová vyšetření. (Kohout, Kotrlíková 2009)

Při špatné výživě dochází ke ztrátě aktivní tělesné hmoty, a to nejen zhoršuje průběh samotného onemocnění, ale jednoznačně zhoršuje i kvalitu života pacienta. Je třeba si uvědomit, že většinou dochází ke ztrátě buněčné tělesné hmoty (zejména kosterní svaloviny), ale tuková tkáň zůstává zachována. Ztráta svaloviny může být maskována retencí tekutin a tvorbou otoků, které se velmi často pojí se zánětlivým onemocněním. Ztráta svaloviny pravděpodobně zhoršuje zánětlivou odpověď organismu na základní onemocnění, současně zhoršuje chuť k jídlu a příjem stravy. A to má za následek prohlubování malnutrice a ta dále zhoršuje zánětlivou odpověď. Vzniklý bludný kruh často končí smrtí. U nemocných, kteří překonají akutní fázi, vede podvýživa ke zhoršené rehabilitaci. (Sobotka, 2009)

### ***2.1.1. Hodnocení nutričního stavu sestrou***

Dle Sobotky (2009) základní část nutričního screeningu trvá několik vteřin. Je založena především na zodpovězení čtyř jednoduchých otázek. Došlo ke ztrátě tělesné hmotnosti během posledních tří měsíců, zhoršil se příjem stravy během posledního týdne, je pacientův BMI index (Body Mass Index) nižší než 20,5 a trpí pacient základním závažným onemocněním (operace, těžký zánět, pobyt na JIP)?

V nemocnicích je nutriční screening plošný, to znamená, že musí být proveden u všech pacientů při příjmu nebo nejdéle do 24 hodin od přijetí. Musí být prováděn zdravotnickým pracovníkem, který byl řádně proškolen. Může být proveden jak přijímajícím lékařem v rámci lékařského příjmu, tak sestrou při ošetrovatelském příjmu pacienta. Správně provedený nutriční screening by měl rozdělit pacienty na ty, kteří nemají nutriční problémy a pacienty s rizikem malnutrice. Pacienti s rizikem malnutrice by měli být dále vyšetřováni nutričním terapeutem. (Kohout et al., 2010)

Richards a Edwards (2004) uvádějí, že hodnocení stavu výživy musí být subjektivní i objektivní. Informace by měly vycházet jak z pozorování pacienta sestrou, tak z ostatních zdrojů jako je anamnéza, fyzikální vyšetření, stravovací návyky, hodnocení současného stavu pacienta, laboratorní výsledky a jiné. Při odběru anamnézy by se setra měla věnovat především podmínkám v jakých pacient žije, jestli je vyhublý, věku pacienta, zda nemá příliš volné oblečení, nebo například zda mu nepadá zubní protéza. Důležité jsou také údaje o potížích v dutině ústní, zhoršeném polykání, pocitech nevolnosti, zvracení, průjmu nebo zácpě. Potřeba je také znát stravovací návyky pacienta. Z antropometrických

měření používaných při hodnocení nutričního stavu je nejpoužívanější hodnota BMI (hmotnost v kilogramech dělená druhou odmocninou výšky v metrech). Z laboratorních výsledků je pak ukazatelem malnutrice sérový albumin (svědčí o nedostatku bílkovin), sérový transferin (ukazatel akutní nutriční ztráty) a sérový hemoglobin (možnost anemie při nevyvážené stravě).

### **2.1.2. Nutriční tým**

Nutriční tým by měl být součástí každé nemocnice. Pacienti jsou pomocí nutričního screeningu rozděleni do dvou skupin, na pacienty, kteří nemají nutriční problémy a pacienty s rizikem malnutrice. Pacienti s rizikem malnutrice by měli být dále vyšetřováni zdravotnickým pracovníkem, který je specializován na nutriční péči. V praxi českého zdravotnictví se jedná o nutriční terapeutky (dříve dietní sestry). Nutriční terapeuti provedou u pacienta podrobné nutriční vyšetření s nutriční anamnézou a vyšetřením nutričního stavu, podle kterých rozhodnou o další nutriční péči. O vyšetření nutričním terapeutem bez pozitivního screeningového vyšetření může požádat lékař, sestra i sám pacient. (Kohout et al., 2010)

Kohout et al., (2010) stanovuje nutričního terapeuta jako nelékařského zdravotnického pracovníka, který má vystudovanou vyšší odbornou školu či bakalářské studium. Nutriční terapeut je ve zdravotním systému základním článkem péče. Nutriční terapeut řadí pacienty do běžné nutriční péče nastavením diety z dietního systému, nebo volí diety výběrové. Předpis diety musí potvrdit ošetřující lékař. Konzultace lékaře specialisty a nutričního terapeuta probíhá jedenkrát týdně cestou malého nutričního týmu.

Urbánek et al., (2010) uvádějí, že nutriční tým musí vést lékař specialista na léčebnou výživu a metabolickou péči s patřičným vzděláním a praktickými zkušenostmi. Dalšími členy týmu jsou další lékaři s potřebnými znalostmi a se zájmem o problematiku, optimálně pak z různých oborů jako anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, interna, biochemie. Hlavní nutriční terapeut zajišťuje koordinaci ostatních nutričních terapeutů a spolupracuje s lékařem dietologem a nutričními terapeutky stravovacího provozu.

Nutriční tým je interdisciplinární skupina, jejíž členové jsou zodpovědní za úroveň nutriční podpory v nemocnici. Tento tým řídí a koordinuje správnost používání umělé výživy na všech odděleních, kde se umělá výživa podává (chirurgie, interna, ORL,

neurologie, jednotky intenzivní péče, pediatrie, onkologie, geriatric a další.) Mezi úkoly nutričního týmu patří vyhledávat nemocné ohrožené malnutricí a těžkým katabolismem a zajišťovat jejich nutriční podporu, konzultovat nejvhodnější postupy a vést dokumentaci nutriční podpory u jednotlivých pacientů, kontrolovat dodržování ordinací nutriční podpory na jednotlivých odděleních, dohlížet na využívání prostředků nutriční podpory po propuštění z nemocnice (je-li nutné), provádět edukaci lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků a podílet se na vzdělání a výzkumu nových poznatků. (Zadák, 2008)

Pacienti, kteří vyžadují enterální výživu by měli být podporováni a sledováni koordinovaným multidisciplinárním týmem, ve kterém všichni přispívají. Důležité jsou všeobecné sestry, dietologové, praktičtí lékaři, lékárníci. (Nice, 2017)

První dietní systém byl pro nemocnice vytvořen prof. Doberským v 60 letech. Tento systém přestal již závazně platit. Zdravotnická zařízení si mohou provést úpravy v nutričních parametrech, ale mělo by být dosaženo výživových cílů, které stanovil Regionální úřad pro Evropu WHO. V současné době vychází jen výživová doporučení Společnosti pro výživu, ale hlavním požadavkem je individualizovaná dieta podle specifických potřeb jednotlivého pacienta. (Komoňová, 2010)

Grofová (2007) uvádí, že práce nutričních terapeutů má svou váhu. Vymýšlejí jídelníčky pro všechny diety, které se v daném zařízení připravují, musí spočítat kolik potravin se spotřebuje a kolik potravin je potřeba vydat ze skladu k přípravě správného počtu porcí jídel. Dále kontrolují, jak se jídla vydávají.

## **2.2. Enterální výživa**

Enterální výživa je umělou náhradou výživy pomocí doplňků. Výživa se podává orálně nebo sodou, která nabízí možnost zvýšit nebo zajistit příjem živin i v případě nedostatečného perorálního příjmu potravy. Enterální výživa je dnes preferovaným způsobem podání stravy kriticky nemocnému pacientovi a důležitým prostředkem pro vyrovnání katabolického stavu vyvolaného závažnými onemocněními. (Bankhead, Boullata, Brantley et al., 2009)

Kohout a Kotlíková (2009) definují enterální výživu jako podávání farmaceuticky připravených výživových roztoků do trávicího traktu. Dále uvádí pozitivní účinky jako

přísun živin v potřebném množství pro existenci a vývoj pacienta, udržování střevní bariéry, prevence bakteriální přestavby a výživa střevních buněk.

Urbánek et al., (2010) uvádí, že jako enterální výživa se již neoznačuje tekutá mixovaná strava připravovaná běžnými kuchyňskými technikami a podávaná do sondy. Touto stravou nelze dodat nemocnému přesně požadované množství živin. Tímto výrobním způsobem není možné zachovat sterilitu. Havel et al., (2015) naopak uvádí, že do žaludku lze podávat mixovanou kuchyňskou dietu v bolusech okolo 250 ml. Do střeva je upřednostňováno podávat firemně vyráběné přípravky enterální výživy kontinuální pumpou.

Vorlíček et al., (2017) uvádí, že enterální výživa je přirozenou formou nutriční podpory, jejíž hlavní výhodou je udržení funkce střeva. Podávání živin přímo do střeva vede k udržení střevní slizniční bariéry, která brání průniku mikroorganismů ze střeva do krve.

Dastych (2012) definuje enterální výživu jako podávání bilancovaných roztoků, které obsahují cukry, tuky, bílkoviny, ionty, vitaminy, stopové prvky a vodu do trávicího traktu popíjením nebo sondou. Enterální výživa přirozeně zajišťuje dodávku živin v případech, že pacient není z jakéhokoliv důvodu schopen jíst a má funkční trávicí trakt. Komoňová (2010) doplňuje, že enterální výživa se užívá ve stavech, kdy pacient nechce nebo nemůže jíst a pít. Je omezen perorální příjem stravy, při zachování funkce trávicího traktu.

Enterální výživa umožňuje přirozený přísun živin, stimuluje imunitu, omezuje nadměrný růst střevní mikroflóry, snižuje střevní propustnost a má pozitivní vliv na peristaltiku střev. Preparáty enterální výživy jsou nutričně definované nízkomolekulární a obvykle bez reziduí, neobsahují laktózu a lepek. (Rusavý, 2006)

Enterální výživa je podávána jako doplňková léčba nebo jako kompletní výživová podpora pro pacienty, kteří nejsou schopni přijímat dostatek jakékoliv živiny. Makro živiny a mikro živiny musí být ve stravě zastoupeny v odpovídajícím množství jinak se projeví známky deficitu a nepříznivě ovlivní zdraví. I když se předpokládá, že enterální výživa je nejlepší stravovací metodou, není vhodná pro každého pacienta. Pro individuální naplánování nutriční podpory se musí promyslet několik faktorů jako je anamnéza, fyziologie, a nemoci pacienta s úvahou o enterálním přístupu a mnoho dalších

terapeutických proměnných. Důležité je zohlednit i současné podávání léků. (Baugartner, 1999)

### **2.2.1. Výhody a nevýhody enterální výživy**

Hlavními výhodami enterální výživy jsou nižší ekonomické náklady, lepší nebo srovnatelné výsledky léčby, větší bezpečnost nutriční podpory, nižší výskyt infekčních a septických komplikací, přímá výživa střeva a fyziologická cesta podání. Nevýhodou může být závislost na fungujícím zažívacím traktu a tím menší dodávka živin v případech omezené trávicí a resorpční kapacity. (Vorlíček et al., 2012)

Výhody i nevýhody enterální výživy uvádí i Papežová (2010). Mezi výhody řadí fyziologickou cestu potravy, zachování výživy střeva, nižší náklady a minimální riziko komplikací. Jako nevýhody vidí průjmy, zvracení a riziko aspirace.

Baloghová (2012) doplňuje nevýhody enterální výživy o udržení produkce imunoglobulinů, podporu perfuze ve splachnické oblasti a prevenci vzniku stresového vředu. Další z výhod enterální výživy jsou dle Bohatcové (2015) podpora střevní motility, zachování bariérové funkce střeva, udržování enterohepatálního oběhu žlučových kyselin a dochází ke stimulaci tvorby hormonů trávicího traktu.

Šachlová (2003) vidí jako výhody přirozený přívod živin přes střevo a játra, méně komplikací a nižší náklady. Tato výživa je i daleko méně náročná pro ošetřující personál a je možné ji snadno užívat i v domácím prostředí. Další nesmírnou výhodou enterální výživy je i možný léčebný vliv při volbě obohacených přípravků např. o glutamin, omega 3 mastné kyseliny, arginin nebo MCT tuky.

Goh, O'Morain (2003) vidí jako výhodu enterální výživy snížení antigenního tlaku na slizniční imunitní systém. Používání enterální výživy minimalizuje přísun potravinových alergenů včetně chemických aditiv a omezuje bakteriální nálož potravy.

### **2.2.2. Indikace a kontraindikace enterální výživy**

Indikování enterální výživy je v případě, že trávicí trakt je plně funkční, ale pacient trpí malnutricí nebo má riziko malnutrice. (Kohout, 2009). Arribas et al., (2014) dodává, že při podávání enterální výživy není nutné, aby byl trávicí trakt plně funkční, stačí udržovat minimální funkční aktivitu s absorpční schopností střeva. Kovářová a Rušavý (2008)

uvádějí ještě poruchu vstřebávání živin, trávení nebo polykání, popřípadě odmítání jídla a pití. Důvody těchto problémů mohou být různé, například předoperační nebo pooperační sepse, úrazy v oblasti hlavy a krku, syndrom krátkého střeva, stenózy, nádorová onemocnění, nebo nespecifické střevní záněty. Kasper (2015) přidává mezi indikace i stavy bezvědomí.

Dle Křížové et al. (2014) je třeba před zavedením enterální výživy vyzkoušet, zda není možné zlepšit nutriční stav pacienta úpravou běžné stravy. Například upravením konzistence stravy, pokud je pacient schopný konzumace stravy per os, lze ji přidáním různých preparátů pouze obohatit o chybějící živiny.

Křížová et al. (2014) dále rozděluje kontraindikace na relativní a absolutní. Absolutní kontraindikací je dle Nováka (2010) úplná střevní obstrukce. Kohout (2009) doplňuje o náhlou příhodu břišní, mechanický ileus a akutní krvácení do zažívacího traktu.

Zadák, Havel (2014) uvádí, že kontraindikace enterální výživy jsou vždy relativní. Řadí sem nemožnost přístupu do zažívacího traktu u těžkých popálenin a polytraumat, ztráta funkce tenkého střeva (záněty, akutní ischemie), poruchy motility střeva u pooperačních stavů, těžký paralytický ileus úplná střevní obstrukce.

Relativní kontraindikací je dle Kohouta (2009) těžký průjem. Křížová et al. (2014) uvádí ještě paralytický ileus, při kterém malé množství podávané enterální výživy stimuluje střevo. Stejně tak jako je malé množství výživy třeba dodávat při akutním zánětu slinivky břišní, neztišitelném zvracení a ochabnutí žaludku. V těchto případech je výživa podávána do jejunu. (Kohout, 2009)

### ***2.2.3. Způsoby a techniky podávání enterální výživy***

Češka et al. (2015) uvádí, že enterální výživu lze podat perorálně (tzv. sipping) nebo sondou. Sipping se většinou podává jako doplňková výživa k běžné dietě. V některých případech se dá podat i jako kompletní enterální výživa (stenotická forma Crohnovy choroby, srůsty v dutině břišní). Pokud pacient není schopen užít celou dávku výživy per os zavádí se sonda do žaludku (nasogastrická) nebo do první kličky jejunu (nasojejunální), která se zpravidla zavádí endoskopicky. Pokud je potřeba podávat enterální výživu sondou po delší časový úsek (nad 6-8 týdnů) je indikováno zavedení sondy do žaludku metodou punkční perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG).

Enterální výživu je možné podat do žaludku nasogastrickou sondou, gastrostomií cestou PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), nasoduodenální nebo nasojejunální enterální cévkou. (Drábková, Hájková 2018)

Podávání enterální výživy shrnuje Křemen et al. (2009). Enterální výživu můžeme podávat bolusově do žaludku (250-300 ml) ve 2-3 hodinových intervalech. Přičemž počáteční bolusová dávka je 50 ml/h a každý den se navyšuje o 50-100 ml/h do požadované konečné dávky. Enterální výživu lze podávat i kontinuálně pomocí pumpy. Počáteční dávka je 20 ml/h a postupně se navyšuje o 20-30 ml/h denně do konečných 100-150 ml/h.

Kontinuální podávání enterální výživy je běžné zejména na úvod výživy v nemocnici. Většinou není nutno respektovat noční pauzu. Zahajuje se nízkou rychlostí 15-25 ml/h pomocí pumpy. Cílovou rychlost je potřeba předem stanovit, aby pokryla nemocného příjem živin a je potřeba stanovit také konkrétní typ přípravku. Cílové rychlosti je většinou možné dosáhnout během 3-4 dnů. Při podávání výživy i během spánku musí mít pacient zvýšenou polohu horní části těla, v úhlu 30° nad podložku. Nevýhodou podávání kontinuální enterální výživy je omezení pohybu pacienta, s čímž je spojena obtížná rehabilitace. Při dobré toleranci výživy a po dosažení cílové rychlosti se začínají zařazovat pauzy a nemocný je stimulován k aktivitě. Tímto se postupně přechází na intermitentní režim, při kterém je nemocnému předepsána celková denní dávka výživy aplikovaná v několika rychlejších infuzích. Alternativou je bolusová výživa 4-6 x denně, 200-400 ml. (Tomšička, 2011)

Grofová (2009) rozděluje podávání enterální výživy na popíjení a podávání sondami nebo stomiemi. Jde o aplikaci cestou perorální, gastrickou nebo jejunální. Do žaludku lze výživu aplikovat nasogastrickou sondou nebo gastrostomií, nejčastěji vytvořenou endoskopicky (PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie), méně často chirurgicky. Do tenkého střeva se podává enterální výživa nasojejunální sondou nebo výživovou jejunostomií. Ta může být zavedena buďto endoskopicky (PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie) nebo chirurgicky (výživná nebo nutritivní jejunostomie). Rozdíl mezi podáváním do žaludku a do střeva je veliký. Do žaludku lze podávat výživu v bolusech, zatímco do střeva pouze kontinuálně pomocí enterální pumpy.



### 2.3. *Sipping*

Označení sipping vzniklo z anglického slova sip. Toto slovo označuje činnost jako popíjení či usrkávání po malých doušcích. Jedná se o tekutou enterální výživu (většinou polymerní), kterou pacienti přijímají perorálně. Perorální nutriční doplňky jsou zařazeny mezi potraviny pro zvláštní lékařské účely, které jsou regulovány vyhláškou č.80/2021 Sb. o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití. Jde o doplňkovou výživu přesně známého složení vyráběné farmaceutickými firmami, které dobře doplňují přirozenou stravu. Velkou výhodou této výživy je vysoká biologická hodnota, vyvážený poměr jednotlivých živin, snadná vstřebatelnost živin při malých nárocích na trávení a přesně definované složení. (Vyzula, 2001)

Havel et al. (2015) definují sipping jako připíjení nutričních přípravků. Je to efektivní a krátkodobá nutriční podpora formou popíjení vyvážených nebo speciálních nutričních koktejlů (s vyšším obsahem bílkovin, energie nebo modulačních nutričních složek jako je arginin, omega 3 mastné kyseliny, glutaminy apod.).

Tomáška (2008) uvádí, že sipping spolu s modulárními dietetiky patří do skupiny perorálních nutričních doplňků (ONS – Oral Nutrition Supplements). Sipping lze definovat jako kompletní směsici makronutrientů a mikronutrientů. Mohou sloužit k doplnění běžné stravy pacienta pro pokrytí jeho výživových potřeb, ale i jako jediný zdroj výživy. Sipping neboli perorální nutriční doplněk (PND) se dělí na přípravky nutričně kompletní, které slouží k doplnění normální stravy pacienta, jako pokrytí jeho výživových potřeb a slouží jako jediný zdroj výživy. Přípravky nutričně nekompletní se složením zaměřeným na konkrétní onemocnění nebo stav pacienta a jsou určeny pouze pro doplnění normální stravy. (Bohatcová, 2015) Modulární dietetiku specifikuje Čupáková (2012) jako specifickou skupinu enterální klinické výživy, konkrétně přípravky obsahující pouze jednu základní živinu.

Sipping se často užívá jako doplňková výživa v indikaci řešení malnutričního stavu. Pacient popíjí tyto preparáty jako přídavek k běžné stravě. Důležité je tyto přípravky ordinovat uvážlivě a pod dohledem nutričního terapeuta. není vhodné nastavovat příliš velké množství živin, maximálně 150 % bazálního energetického příjmu, propočet bílkovin, tuků a sacharidů. (Komoňová, 2010)

Nutriční podpora formou sippingu je souborem aktivních opatření, která pomáhají zajistit dostatečný příjem energie a nezbytných živin (tuků, cukrů a bílkovin), vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. Jedná se o tekutou formu stravy, která je běžně dostupná v lékárnách v různých příchutích, složeních a konzistencích. (B Braun, 2021)

### ***2.3.1. Výhody a nevýhody sippingu***

Čupáková (2011) vidí výhodou sippingu v jeho okamžité použitelnosti nezahrnující přípravu, vysokém a jasně definovaném obsahu energie a živin, včetně vitamínů a minerálních látek v malém objemu tekutin. Dobré vstřebatelnosti a biologické dostupnosti. Tomáška (2009) doplňuje, že sipping nepotlačuje přirozenou chuť a nesnižuje možnost příjmu potravy, nezatěžuje trávicí trakt a lze jej užívat i při poškození ústní dutiny a dentice. Je snadno dostupný v lékárnách, má široký výběr příchutí a typů, a většina přípravků neobsahuje laktózu ani lepek.

Čupáková (2011) dále uvádí, že řada studií prováděných u odlišných skupin onemocnění, poskytuje důkazy o pozitivním vlivu sippingu. A to především na pacienty vyššího věku, u podvyživených pacientů, akutně nemocných, nebo při pooperačních stavech, kde zkracuje dobu hospitalizace a snižuje mortalitu. Sipping výrazně podporuje hojení ran a dekubitů, urychluje rekonvalescenci a hraje podstatnou roli při léčbě nádorových onemocnění. Snižuje výskyt komplikací a zabraňuje rozvoji malnutrice. Pomáhá při nárůstu hmotnost, na podpoře jaterní a svalové funkce. Komplexně sipping přispívá ke kvalitě života, zlepšení denní aktivity a příznivě ovlivňuje klinický stav pacienta.

Jako nevýhodu užívání sippingu lze uvést dle Tomáška (2010) možné „přepití“. Jednotvárnost chuti, stejný vzhled a konzistence v porovnání s normální stravou, jsou jistou nevýhodou těchto přípravků. Při déletrvajícím užívání mohou vézt ke zhoršení spolupráce pacienta. V takovémto případě je třeba vyzkoušet různé druhy včetně přípravků bez chuti, džusovou formu nebo i různou teplotu podávaných doplňků. Pokud pacient odmítá tekutou formu sippingu, je nezbytné zkusit instantní práškovou formu, která se přidává do stravy nebo se využívá jako zahušťovadlo některých jídel.

Tomáška (2012) doplňuje, že nežádoucí účinky sippingu nejsou časté. Projevují se v oblasti zažívacího traktu a většinou mají přechodný charakter. V průběhu užívání se může objevit průjem, jehož příčinou nemusí být výživa. Někteří pacienti přerušují léčbu

kvůli nadýmání nebo žaludečním nevolnostem. Pochop (2020) doplňuje, že určité procento pacientů není schopno sipping popíjet, protože jim dělá pocit těžkosti v žaludku, po kterém nejsou schopni i několik hodin něco pozřít.

### ***2.3.2. Indikace a kontraindikace sippingu***

Grofová (2007) uvádí, že sipping je určen pro pacienty, kteří přijímají nedostatečné množství stravy z jakýchkoli důvodů. Jeho perorální příjem je však možný. Dále se hodí pro pacienty, kteří špatně konzumují tužší stravu, ale mohou dobře pít. Velmi vhodný je, pokud potřebujeme dodat kompletní složení výživy nebo některé složky výživy navýšit.

Všeobecnou indikací pro podávání nutriční podpory perorálními nutričními suplementy je přetrvávající nedostatečný příjem stravy (méně než 60 % energetické potřeby po dobu delší než 10 dnů) nebo již přítomná podvýživa. Sipping je často indikován u onkologicky nemocných pacientů, zejména u nemocných s radioterapií jsou perorální nutriční suplementy plně indikovány s cílem zmírnit ztrátu hmotnosti způsobenou ozařováním a zabránit tak předčasnému přerušení léčby. Speciální význam má tato forma nutriční podpory u operovaných pacientů, u akutních onemocnění a u nemocných ve starším věku. (Tomáška, 2009)

Navrátilová (2003) vidí indikaci k podávání sippingu ještě při zvýšených potřebách energie u některých chorob, v období realimentace a během rekonvalescence a rehabilitace po prodělaném akutním onemocnění.

Dle pokynů společnosti ESPEN je perorální doplněk výživy upřednostňovaným způsobem nutriční terapie, pokud je výživa dostatečná. (Cederholm et al., 2017)

Čupáková (2012) doplňuje, že indikací k podávání sippingu je i dlouhodobá léčba antibiotiky, onkologicky nemocní pacienti při chemoterapii, radioterapii, u popáleninových stavů a po těžkých úrazech.

Kontraindikace sippingu se dělí na úplné a relativní. Mezi úplné patří úplná obstrukce střeva, nemožnost přístupu do trávicího traktu, úplná ztráta funkce střeva způsobená selháním, perforace trávicího traktu, krvácení do trávicího traktu, náhlá příhoda břišní, paralytický ileus, hemodynamická nestabilita, pooperační, traumatické a šokové stavy a

neovlivitelné zvracení a průjmy. Mezi relativní kontraindikace se řadí nespolupráce pacienta a pacient v terminálním stádiu onemocnění. (Tomáška, 2008)

### ***2.3.3. Rozdělení sippingu***

Na trhu je dnes široká škála tekutých přípravků různého složení k okamžitému použití. Většinou se jedná o kompletní formule živin, které se mezi sebou liší energetickou hustotou, zdrojem a obsahem bílkovin, přítomností vlákniny a dalších složek. Většina přípravků má bílkovinu mléčného původu a sacharidy ve formě lehce stravitelných maltodextrinů. (Tomáška, 2009)

Přípravky obsahují pokaždé celé spektrum vitamínů a stopových prvků. V jednom 200 ml balení bývá obsažena jedna třetina doporučené denní dávky vitamínů a stopových prvků. Obsah energie však odpovídá pouze jedné šestině klidové potřeby průměrného organismu. (Tomáška, 2012)

Energetický obsah je u standardních přípravků přibližně 1kcal/ml, 4,2 kJ/ml. Koncentrované přípravky s vysokým obsahem, energie a bílkovin v malém objemu obsahuje 1,25-2 kcal/ml, 5,2-8,4 kJ/ml. (Tomáška, 2008)

Čupáková (2011) rozděluje přípravky enterální klinické výživy podle složení a stupně naštěpení živin na polymerní, oligomerní, speciální a modulární. Kohout (2013) rozděluje přípravky pro enterální výživu na polymerní, modifikované, oligomerní a přípravky pro sipping.

Bašanda (2007) rozděluje enterální výživu také na polymerní a oligomerní. Mezi polymerní výživu řadí standardní dietetiku, standardní dietetiku s vlákninou, energeticky obohacená dietetika, přípravky pro sipping, enterální výživu pro intenzivní péči, přípravky pro děti, imunonutrice, výživu pro diabetiky, orgánově specifickou výživu a modulární dietetika.

Polymerní výživa se se nejvíce podobá přirozené stravě. Dastych (2012) doplňuje, že polymerní výživa obsahuje jako zdroj proteinů kompletní mléčné bílkoviny (kasein, bílkoviny syrovátky), vaječný bílek, vaječný albumin a sójový protein. Cukry jsou ve formě škrobu, maltodextrinu a sacharózy. Zdrojem tuku je většinou kukuřičný,

slunečnicový nebo sójový olej, máslo a hovězí tuk. Tyto přípravky neobsahují laktózu, mají malé množství cholesterolu a jsou bezlepkové.

Dastych (2012) doplňuje, že polymerní enterální přípravky se dají obohatit o vlákninu. Takto obohacený přípravek se využívá při korekci průjmových stavů a jako prevence vzniku zácpy. Vyrábějí se i přípravky určené pro diabetiky, které mají snížený obsah cukrů, tuků a většinou i bílkovin.

Oligomerní výživa je finančně náročnější, a proto jsou doporučovány pro pacienty s poruchou digesce a absorpce (malabsorpční stavy, dekompenzovaná celiakie, některé případy Crohnovy nemoci, syndrom krátkého střeva). Vzhledem k jejich chuťovým a pachovým vlastnostem se používají pouze jako sondová výživa podávaná do žaludku nebo jejunu. Prakticky se nepoužívají příliš často. (Dastych, 2012)

Autorky Dvořáková a Janů (2009) přidávají mezi druhy sippingu ještě imunomodulační enterální výživu. Jedná se o přípravky, které jsou vyrobeny tak, aby stimulovaly imunitní systém. Jako imunomodulační komponenty jsou použity glutamin, arginin, polynenasycené mastné kyseliny řady omega 3, antioxidační vitaminy, stopové prvky ve vyšším množství a nukleotidy.

Tomíška (2008) ve svém článku uvádí jako druh sippingu ještě modulové přípravky. Tyto přípravky jsou ve formě prášku a obsahují jednotlivé druhy hlavních živin. Například práškové formy čisté bílkoviny (Protifar pulvis) nebo sacharidu maltodextrinu (Fantomalt pulvis). Jsou to přípravky bez chuti, kterými je možno obohatit běžnou stavu.

#### ***2.3.4. Druhy používaných přípravků***

Tomíška (2012) uvádí, že kromě nejpoužívanějších tekutých přípravků jsou k dispozici i přípravky ve formě džusu bez obsahu tuku. Velmi atraktivní jsou i jogurtové varianty. Většina přípravků pro sipping má sladkou chuť, pro ty, kteří netolerují nebo odmítají sladkou chuť jsou na trhu i chuťově neutrální verze výživy. Varianty ve formě polévek se zatím příliš neujaly, zejména pro potřebu ohřívání. V klinické praxi je v dostání i přípravek v práškové formě, který může být přímo rozpuštěn ve vodě, nebo v tekutých potravinách.

Dastych (2012) doplňuje výčet druhů sippingu o přípravky s energetickou denzitou 0,6-2 kcal/ml, přípravky bez nebo s vlákninou, se zvýšeným obsahem proteinů, obohacené o omega 3 mastné kyseliny, glutaminy a arganin. Některé jsou určeny pro specifické pacienty s renálním a jaterním selháním. Specifické jsou přípravky určené pro diabetiky. Dalším specifickým přípravkem je přípravek se stresovým poměrem živin, který je určen pro pacienty, kteří jeví známky metabolického stresu (sepsy, akutní pankreatitida, polytrauma, popáleniny, rozpad operačních ran).

Čupáková (2011) rozděluje druhy sippingu na základní řadu a přípravky obohacené. Do základní řady patří Nutridrink základní řada, Fresubin original, Nutricomp drink pus a Nutrilac. A přípravky neochucené jako Nutridrink neutral a Fresubin original neutral. Mezi obohacené přípravky patří sipping s vlákninou (Nutridrink MultiFibre), sipping s vyšším obsahem bílkovin (Nutridrink Protein), sipping v malém objemu (Nutridrink compact), sipping bez tuku (Nutridrink Juice Style), sipping v prášku (Nutrison Powder), sipping v pediatrii (Infatrini) a speciální sipping pro hojení ran Cubitan.

### ***2.3.5. Ošetrovatelská péče při užívání nutričních přípravků***

Tomáška (2008) uvádí jako hlavní zásadu správného užívání perorálních nutričních přípravků spolupráci nemocného. Vyžaduje to podrobně pacienta informovat o významu této formy nutriční podpory, seznámit ho se složením přípravku, s jeho výhodami a se způsobem užívání. Čupáková (2011) doplňuje zásady o nutnost vysvětlení pacientovi, že by nikdy neměl vypít celé balení najednou. Měl by popíjet po malých dávkách, nejlépe mezi jídly a po jídle. Grofová (2019) upozorňuje, že je pacientovi potřeba vysvětlit, že potřebné a důležité je konzumovat pestrou stravu u pacientů, u kterých je to možné. A sipping popíjet mezi jídly.

Urbaníková (2014) doplňuje, že je vhodné pacientům zdůraznit, že sipping není pochutina, ale léčebný prostředek. 200 ml sippingu by mělo být vypito v průběhu 15 minut a odstup od přirozené stravy by měl být alespoň 90 minut.

Nejdůležitějším kritériem při výběru sippingu je podle Bašandy (2007) jejich chuť. Dále pacienti preferují vychlazený přípravek a v případě přípravků typu džusu zředěné vodou.

Tomáška (2009) přidává mezi zásady správného užívání doplňků ve formě sippingu tyto. Pro sipping je možné využít večerní i noční hodiny, střídat různé příchutě, využívat i přípravky neutrální a džusové formy a důležitá je kontrola skutečného užívání doplňků.

Mezi obecná doporučení firmy vyrábějící sipping patří následující rady. Před použitím nápoj pořádně protřepat. Popíjejte po doušcích mezi jídly. Nápoj můžete vychladit nebo mírně ohřát a užívejte vždy dle pokynu lékaře minimálně však 14 dní. (Nutricia Nutridrink, 2021)

Ošetrovatelská péče, která se váže k podávání sippingu a edukaci ohledně sippingu spočívá dle Behárkové a Soldánové (2016) již v posouzení nutričního stavu sestrou. Sestra pacienta zváží, změří a vypočte BMI. V některých případech se pacientovi změří obvod pasu, obvod svalstva na nedominantní paži, popřípadě měření kožních řas. Sestra dále dle ordinace lékaře odebere krev. Při odebírání anamnézy si sestra všimá tělesné konstituce, příznaků malnutrice a stavu hydratace pacienta. Výživová anamnéza je v tomto případě velmi důležitá. Sestra zaznamená stravovací návyky pacienta, množství přijímaných tekutin, záznamy o tom, zda pacient dodržuje nějakou dietu a důležitý je také záznam o hubnutí nebo nechutenství.

Vytejšková et al. (2013) doplňuje, že přípravky sippingu by neměli stát dlouhou dobu na stolečku pacienta bez povšimnutí. Zde role sestry spočívá v aktivním nabízení přípravku pacientovi a monitoraci příjmu stravy. Přípravky je možné teplotně upravit. Někteří pacienti preferují přípravky vychlazené, jiní ohřáté (maximálně do 50 °C).

Kurašová (2020) uvádí, že pro žádoucí efekt sippingu musí být dodrženy následující zásady. Pacient musí být edukován sestrou o důvodu a výhodách sippingu, musí mít možnost výběru příchutě a konzistence. Dále musí být pacient edukován o užívání sippingu s pauzami, nikdy ne najednou. Při jednorázovém vypití sippingu je riziko nežádoucích účinků jako je nadýmání, žaludeční nevolnost nebo průjem. Sestra musí zhodnotit efekt, toleranci a případné nežádoucí účinky sippingu.

Behárková, Soldánová (2016) doplňují zásady ošetrovatelské péče při podávání sippingu pacientovi. Je důležité, aby sestra vysvětlila pacientovi důvod a způsob podání. Spolupracující pacient pije sám během dne po malých doušcích. Je potřeba pacientovy

vysvětlit, že rychlé vypití přípravku vede k průjmům a nevolnostem. Možná nejdůležitější je s pacientem vybrat nejpreferovanější teplotu podávaného přípravku.

### ***2.3.6. Dávkování přípravků***

Dastich (2012) uvádí jako optimální dávku 200ml enterálního přípravku vypít během 10-15 minut. Dávkování sippingu se řídí nutričními a energetickými nároky pacienta a množství výživy vždy indikuje lékař nebo nutriční terapeut. Čupáková (2012) V dalším článku Čupáková (2011) doplňuje, že lze odhadnout dávkování sippingu tím, že známe stravovací návyky pacienta a víme kolik stravy je pacient schopen sníst, či v jakém klinickém stavu se pacient nachází.

Grofová (2009) uvádí, že odhad dávkování perorálních nutričních doplňků lze odhadnout i podle znalosti toho, jakou část denní porce je pacient schopen sníst. Pokud je potřeba doplnit  $\frac{1}{4}$  denní porce podáme 1-2 lahvičky (400ml), k doplnění  $\frac{1}{2}$  denní dávky se podávají 3-4 (700ml) balení a v případě, že je potřeba doplnit  $\frac{3}{4}$  denní porce doporučuje se 5 balení (1000ml).

Šenkyřík (2018) uvádí, že je-li potřeba kompletního zajištění pacienta pitnou enterální výživou, je možné toho dosáhnout menším počtem balení stanoveného proteinového a kalorického nutričního cíle. Je možné také kombinovat poteinkalorické a vysokoproteinové výrobky, aby se dosáhlo lepšího poměru bílkovin a energie v závislosti na fázi onemocnění pacienta. To znamená, že 65 kg pacient k zajištění kompletní enterální výživy formou sippingu potřebuje pět balení proteinkalorického sippingu, který představuje dávku 2000 kcal (31 kcal/kg/d).



### **3. Cíl práce a hypotézy**

#### ***3.1. Cíl práce***

Cílem výzkumné části práce bylo formou dotazníkového šetření zmapovat vědomosti nelékařských zdravotnických pracovníků o sippingu. Dalším cílem bylo zjistit, zda je sipping využíván jako doplněk při léčbě pacientů a zda nelékařští zdravotničtí pracovníci spolupracují s nutričními terapeuty.

#### ***3.2. Úkoly práce***

Pro práci byly stanoveny následující úkoly:

- Analyzovat českou a zahraniční odbornou literaturu, časopiseckou literaturu a zdroje umístěné na internetu
- Provést výběr zařízení, ve kterých bude probíhat výzkumné šetření
- Stanovit cíle a hypotézy práce
- Provést výzkumné šetření
- Provést statistickou analýzu dat
- Zpracovat a vyhodnotit získané výsledky
- Stanovit závěr práce a uvést doporučení pro praxi

#### ***3.3. Hypotézy***

V souvislosti se stanovenými cíli práce byly formulovány následující hypotézy:

**Hypotéza č. 1:** Existují rozdíly v informovanosti o sippingu s ohledem na délku praxe u nelékařských zdravotnických pracovníků?

**Hypotéza č. 2:** Nelékařský zdravotnický personál spolupracuje s nutričními terapeuty.

**Hypotéza č. 3:** Pacienti, kteří užívají přípravek pro sipping déle než 3 týdny, hodnotí přínos kladněji než pacienti, kteří užívají přípravky méně než 3 týdny.

## 4. Metodika

### 4.1. Metodický postup

K ověření hypotéz bylo využito kvantitativní metody. Informace potřebné pro zpracování praktické části práce byly získány formou dotazníku. Ke sběru dat sloužil vlastní dotazník. Dotazník byl doručen vrchním sestřám vybraných oddělení nebo doručen staničním sestřám přímo na daná oddělení.

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s tématem a cíli bakalářské práce. Dotazník byl anonymní a obsahoval 20 otázek. Úvodní otázky byly zaměřeny na délku praxe, dosažené vzdělání a oddělení na kterém pracují. Další otázky cílily na podávání sippingu na pracovišti, spolupráci s nutričním terapeutem, kontrolu užívání sippingu a délku užívání sippingu pacienty. Poslední otázky se týkaly informovanosti nelékařských zdravotnických pracovníků o pojmu sipping, jeho obsahu a správném užívání.

U dvou otázek (č. 3 a 13) bylo možné po zaškrtnutí odpovědi jiné uvést vlastní názor. Otázka číslo 7 byla navržena jako filtrační. Dotazovala se, zda respondenti pravidelně spolupracují s nutričními terapeuty. Jestliže respondent odpověděl „ne“ pravidelně nespolečně spolupracují s nutričními terapeuty, nevyplňoval následující otázku.

Bylo distribuováno 248 dotazníků s celkovou návratností 197 dotazníků. V následné analýze dat bylo 19 dotazníků vyřazeno pro nekompletní vyplnění dotazníku.

Datový soubor obsahuje 178 pozorování od respondentů oslovených dotazníkovým šetřením. Všichni respondenti odpověděli na otázky, které se pojí ke zvoleným hypotézám. Všechna pozorování budeme tedy považovat za kompletní a využijeme je pro statistickou analýzu. V datech se nevyskytují kvantitativní hodnoty, jelikož dotazník obsahoval pouze otázky výběrové.

Následně byla data převedena do programu MS EXCEL a byla statisticky zpracována statistikem. Výsledky byly dále prezentovány v této práci.

Cílem analýzy dat je statistické zhodnocení zvolených výzkumných hypotéz na základě dostupného datového souboru. Cílem hodnocení tedy je analyzovat, zdali existují rozdíly v informovanosti o sippingu s ohledem na délku praxe nelékařského zdravotnického

pracovníka, zda nelékařský zdravotnický personál spolupracuje s nutričními terapeuty a závěrem též, zda pacienti, užívající přípravek pro sipping déle než 3 týdny hodnotí přínos pozitivněji než pacienti, kteří užívají přípravek kratší dobu než 3 týdny.

#### ***4.2. Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor se skládal z nelékařského zdravotnického personálu. Konkrétně ze všeobecných a praktických sester s různým druhem nejvyššího dosaženého vzdělání, včetně vzdělání speciálního. Délka klinické praxe byla rovněž velmi rozdílná, a to od 5 do více jak 20 let.

Pro tuto práci byla vybrána tři zařízení, a to Nemocnice v Českém Krumlově, Nemocnice v Českých Budějovicích a Nemocnice Na Františku v Praze.

Pro výzkumné šetření byl vybrán nelékařský personál z chirurgického oddělení, interního oddělení, onkologického oddělení, oddělení anesteziologické a resuscitační péče, léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče, popřípadě jejich jednotek intenzivní péče.

## 5. Výsledky výzkumu

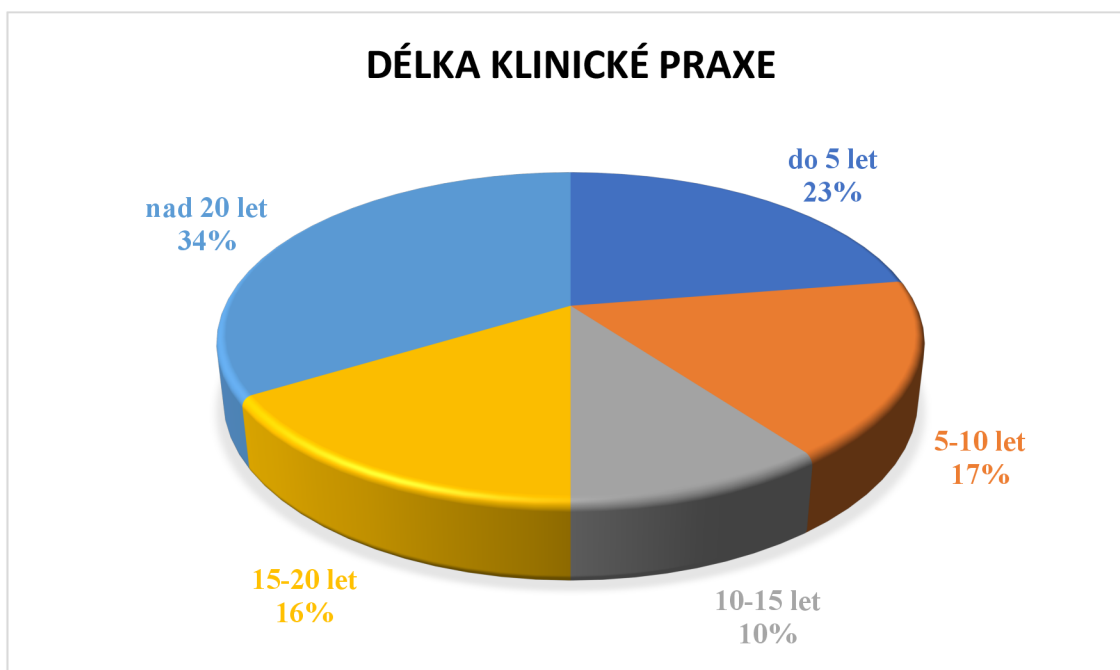
### Otázka č. 1 – Uved'te, jak dlouho jste v klinické praxi?

Tabulka 1 – Délka klinické praxe

	Roky	Procenta
do 5 let	40	23 %
5-10 let	31	17 %
10-15 let	18	10 %
15-20 let	29	16 %
nad 20 let	60	34 %

Zdroj vlastní

Graf 1 – Délka klinické praxe



Zdroj vlastní

Základním prvkem popisné statistiky je délka praxe nelékařského zdravotníka. V dotazníku byla délka praxe rozdělena do 5 kategorií. Nejčastěji zastoupena byla poslední pátá kategorie (nad 20 let). Tato otázka je spolu s otázkami č. 17, 18, 19 a 20 součástí analýzy dat pro potvrzení stanovené hypotézy č. 1.

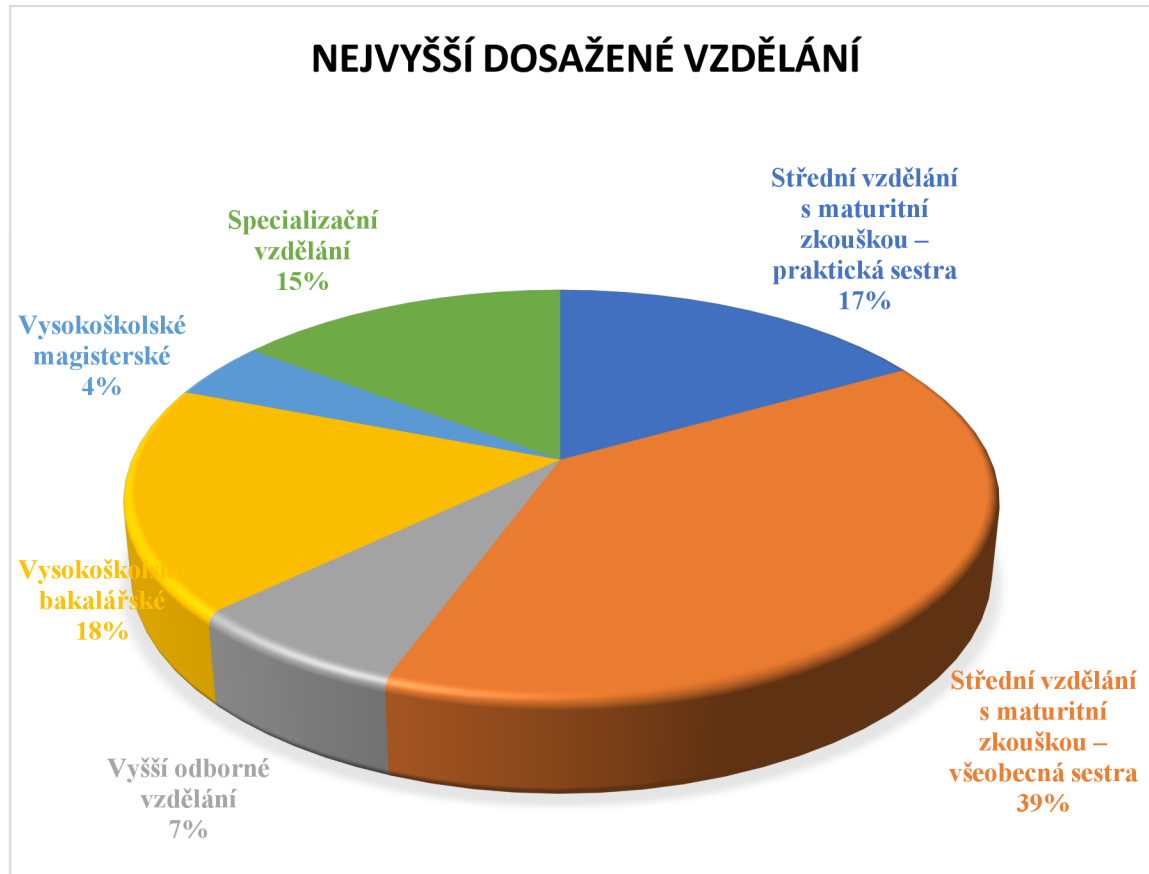
## Otázka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

	Počet	Procenta
<b>Střední vzdělání s maturitní zkouškou – praktická sestra</b>	30	17 %
<b>Střední vzdělání s maturitní zkouškou – všeobecná sestra</b>	69	39 %
<b>Vyšší odborné vzdělání</b>	13	7 %
<b>Vysokoškolské bakalářské</b>	32	18 %
<b>Vysokoškolské magisterské</b>	8	4 %
<b>Specializační vzdělání</b>	26	15 %
<b>Uved'te jiné .....</b>	0	0 %

Zdroj vlastní

Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj vlastní

Dále byli respondenti rozděleni dle dosaženého nejvyššího vzdělání, a to do 6 skupin. Nejčastěji zastoupená byla skupina, která má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitní zkouškou – všeobecná sestra (39 %, 69 respondentů). Toto studium bylo ukončeno maturitní zkouškou do roku 2007. Studenti, kteří maturovali v roce 2008 na středních zdravotnických školách jsou již vedeni jako praktické sestry.

Tato otázka jasně ukazuje, že v nemocnicích je nejvyšší dosažené vzdělání rozmanité a většina sester se dále vzdělává, buď na vysokých školách nebo formou specializačního vzdělávání.

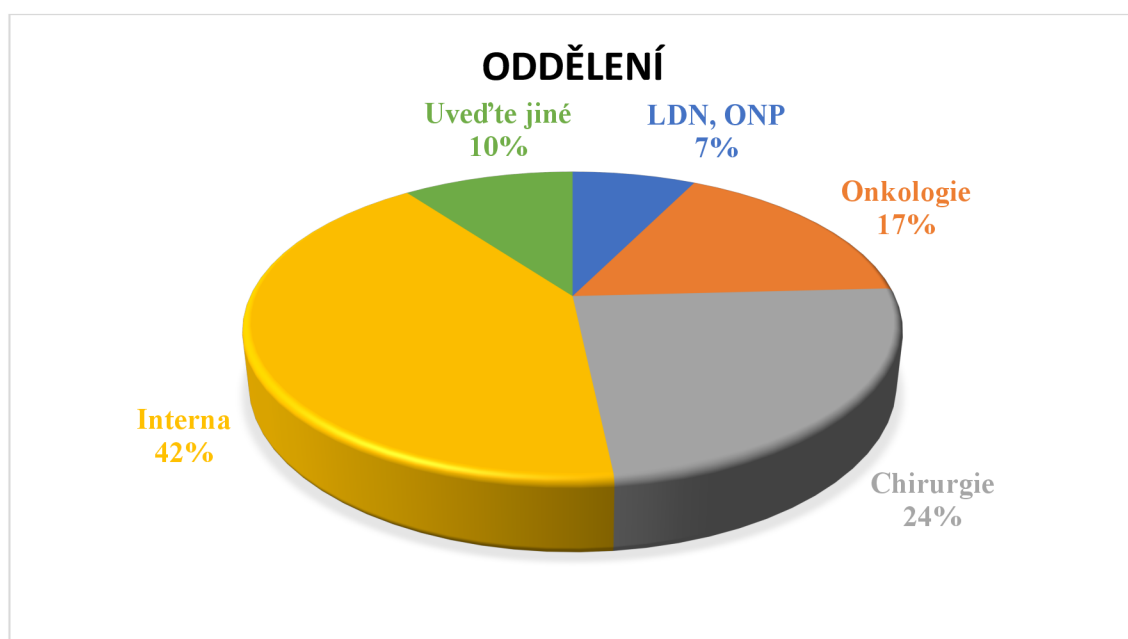
### Otázka č. 3 – Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 3 – Oddělení

	Počet	Procenta
LDN, ONP	13	7 %
Onkologie	30	17 %
Chirurgie	43	24 %
Interna	74	42 %
Ambulance	0	0 %
Jiné	18	10 %

Zdroj vlastní

Graf 3 – Oddělení



Zdroj vlastní

Posledním ze zkoumaných charakteristik bylo oddělení, na kterém je daný nelékařský zdravotník zaměstnán. Zde pozorujeme, že odpovídalo nejvíce zaměstnanců z oddělení interny (42 %). Jako jedna z možností byla i napsat jiné oddělení, než bylo v seznamu. Tohoto využilo 18 respondentů. V této kategorii bylo nejvíce zastoupeno oddělení ARO (9), ARO MOJIP (8) a Interní JIP (1).

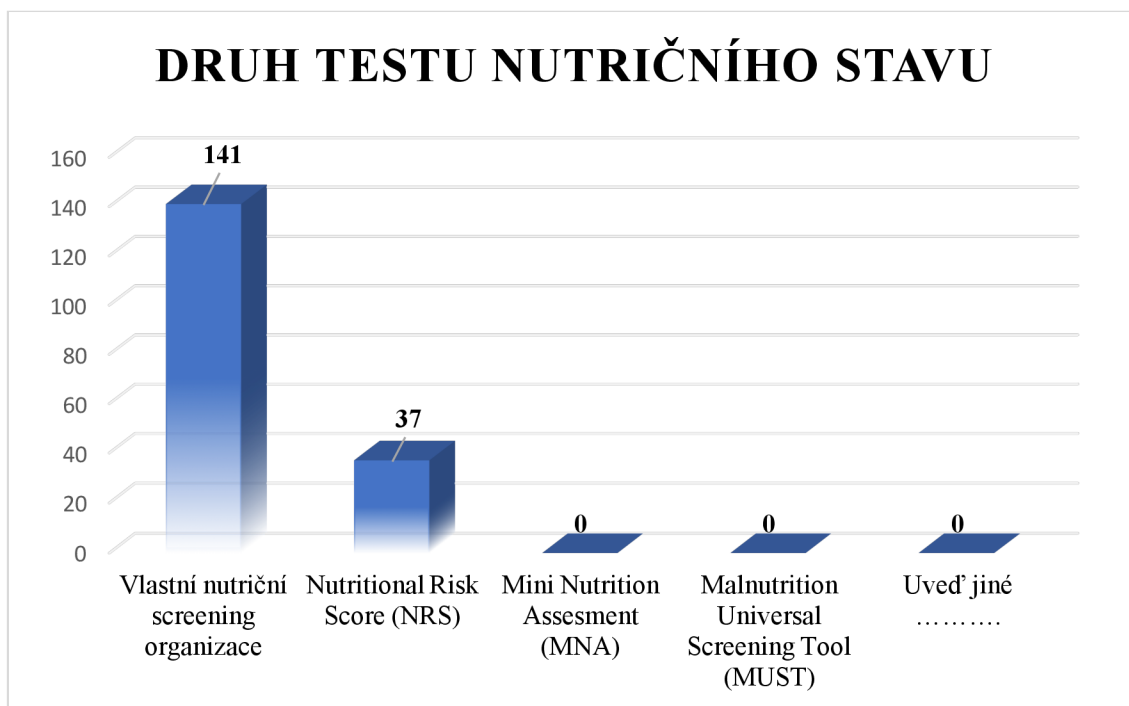
#### Otázka č. 4 – Jaký test používáte k vyhodnocení nutričního stavu pacientů?

Tabulka 4 – Druh testu nutričního stavu

	Počet	Procenta
Vlastní nutriční screening organizace	141	79 %
Nutritional Risk Score (NRS)	37	21 %
Mini Nutrition Assesment (MNA)	0	0 %
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	0	0 %
Jiné	0	0 %

Zdroj vlastní

Graf 4 – Druh testu nutričního stavu



Zdroj vlastní

Tato otázka zkoumala, jaký test nutričního stavu se nejčastěji ve vybraných zařízeních používá. Respondenti měli na výběr ze čtyř druhů testů a možnost vypsát jiný používaný test. Této možnosti nevyužil žádný respondent. Nečastější odpovědí bylo, že se v nemocnicích využívá vlastní nutriční screening, který si organizace vytvořila sama (141 respondentů, 79 %).



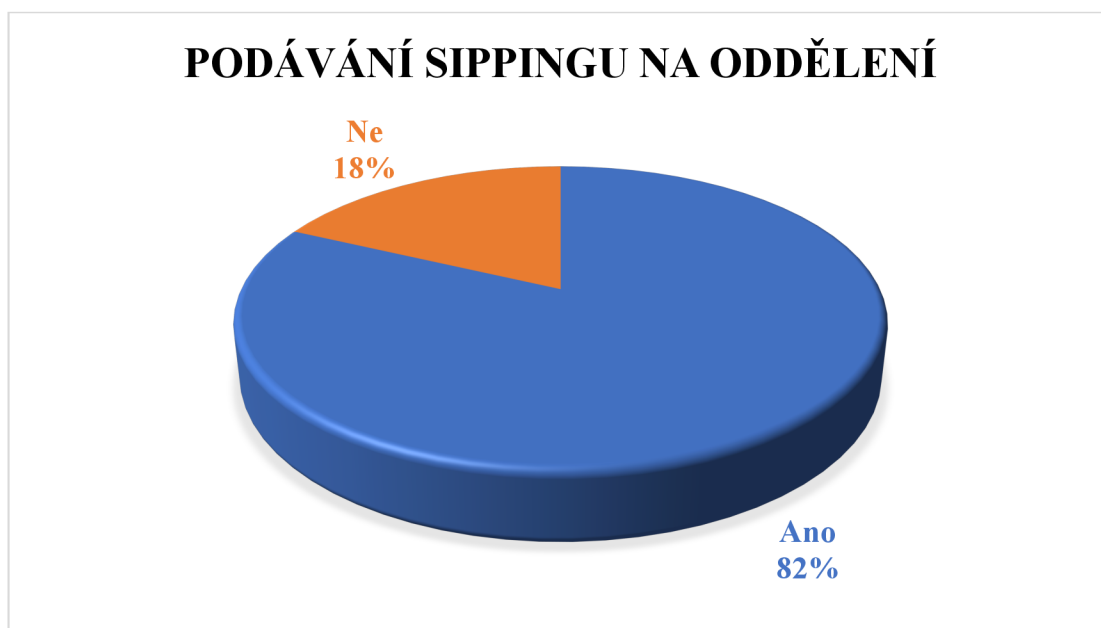
### Otázka č. 5 – Podáváte pravidelně pacientům na oddělení sipping?

Tabulka 5 – Podávání sippingu na oddělení

	Počet	Procenta
Ano	146	82 %
Ne	32	18 %

Zdroj vlastní

Graf 5 – Podávání sippingu na oddělení



Zdroj vlastní

V této otázce nás zajímalo, zda se pravidelně ve vybraných zařízeních podává pacientům sipping. Z výzkumného šetření vyplývá, že 82 % respondentů sipping na svých pracovištích podává. Toto zjištění svědčí o tom, že přínos sippingu je nelékařským zdravotnickým pracovníkům, lékařům a nutričním terapeutům znám, a tudíž je sipping v zařízeních využíván.

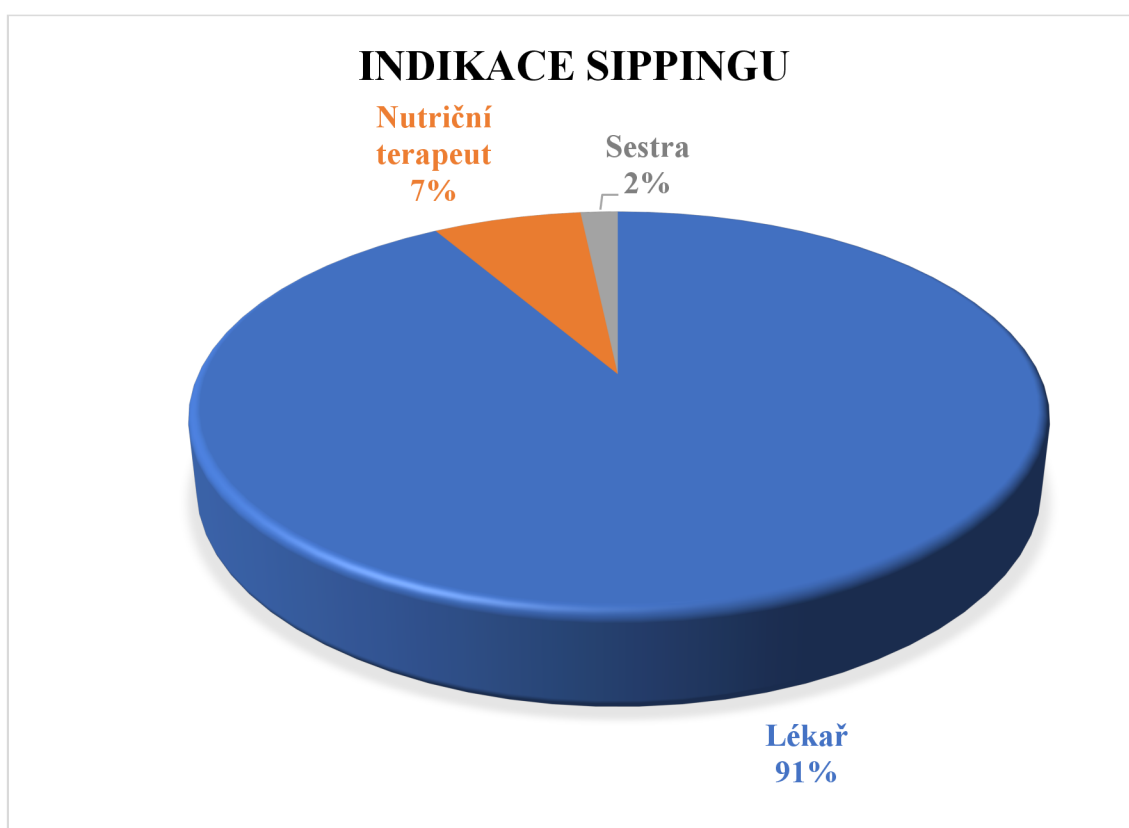
### Otázka č. 6 – Kdo indikuje podání sippingu na vašem pracovišti?

Tabulka 6 – Indikace sippingu

	Počet	Procenta
Lékař	163	91 %
Nutriční terapeut	12	7 %
Sestra	3	2 %
Jiné	0	0 %

Zdroj vlastní

Graf 6 – Indikace sippingu



Zdroj vlastní

Podle výsledků vyhodnocení této otázky je jasně patrné, že lékař (91 %) je ten, co indikuje podání sippingu u pacientů. Sipping je v nemocnicích veden jako součást léčby, a tudíž je jeho indikace lékařem oprávněná. 7 % respondentů odpovědělo, že u nich na oddělení indikuje podávání sippingu nutriční terapeut.

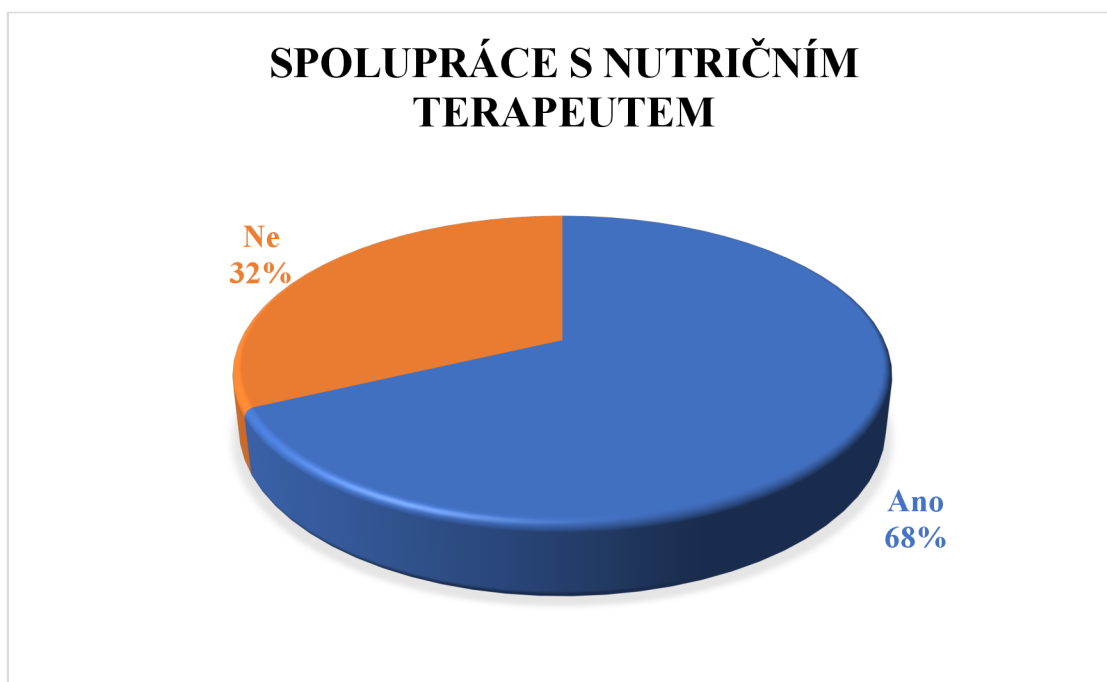
### Otázka č. 7 – Spolupracujete pravidelně s nutričním terapeutem?

Tabulka 7 – Spolupráce s nutričním terapeutem

	Počet	Procenta
Ano	121	68 %
Ne	57	32 %

Zdroj vlastní

Graf 7 – Spolupráce s nutričním terapeutem



Zdroj vlastní

Spolupráce zdravotnického personálu s nutričními terapeuty byla předmětem pouze jedné uzavřené otázky s odpověďmi typu ano/ne. Na otázku odpovědělo 57 respondentů volbou (b), tj. ne, a 121 respondentů volbou (a), tj. ano. Nelékařští pracovníci, kteří v dotazníku potvrdili svou spolupráci s nutričními specialisty, tedy v datovém souboru tvoří 68 procent.

Abychom mohli statisticky zhodnotit tuto spolupráci, musíme si stanovit jednoznačný práh. Pro tuto analýzu byla jako práh stanovena hodnota 50 procent. Platí-li hypotéza tedy v reálném světě alespoň pro 50 procent nelékařských zdravotníků, považujeme ji za pravdivou. Jelikož hodnota 68 procent je pouhý bodový odhad, musíme zhodnotit

hypotézu v návaznosti na interval spolehlivosti, který určí, zdali na zvolené hladině významnosti platí hypotéza i pro alternativní výběry respondentů ze stejného souboru.

Pro zhodnocení tedy provedeme test o parametru  $\pi$  alternativního rozdělení. Vzhledem k faktu, že odpověď na otázku je alternativa (buď a nebo), alternativní rozdělení je tím nejvhodnějším, které přesně a jednoduše popisuje pravděpodobnost v reálném světě. Zvolíme obvyklou hladinu významnosti 5 % a práh úspěchu 50 %, tedy hodnotu 0,5. Definujeme nulovou hypotézu, která předpokládá rovnost parametru  $\pi$  (relativního zastoupení spolupracujících) a prahu úspěchu, a též hypotézu alternativní, která tvrdí, že parametr  $\pi$  má vyšší hodnotu než práh úspěchu. Získané testové kritérium má hodnotu 4,797 a je vyšší než kritická hodnota normovaného normálního rozdělení 1,645. Na zvolené hladině významnosti proto zamítáme nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p-hodnota 0,0000). Můžeme tedy konstatovat, že na zvoleném prahu úspěšnosti (50 %) platí spolupráce mezi zdravotnickým personálem a nutričními terapeuty.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena jako pravdivá.

**Tabulka 8 – Vyhodnocení hypotézy č. 2**

Testové kritérium	4,797
Kritická hodnota	1,645
Práh úspěchu	0,5
p-hodnota	0,0000

Zdroj Matej Marek

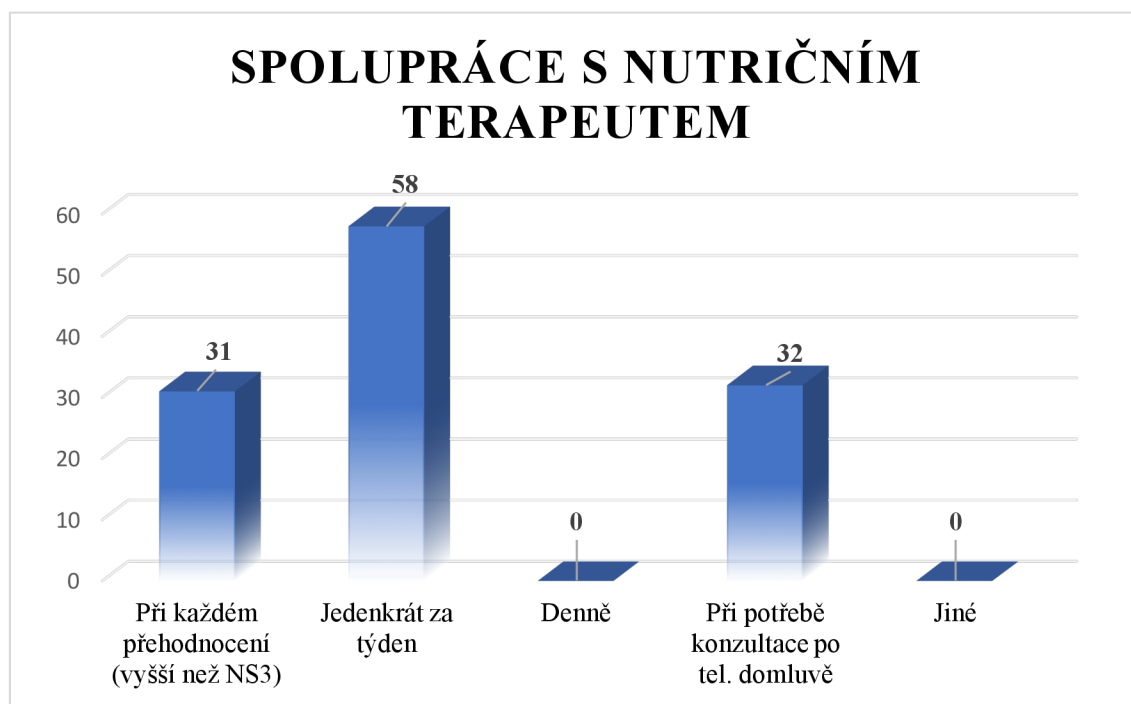
**Otázka č. 8 – Pokud jste v předchozí otázce odpověděli „ANO“ tak jak často spolupracujete s nutričním terapeutem?**

**Tabulka 9 – Spolupráce s nutričním terapeutem**

	Počet	Procenta
<b>Při každém přehodnocení (vyšší než NS3)</b>	31	26 %
<b>Jedenkrát za týden</b>	58	48 %
<b>Denně</b>	0	0
<b>Při potřebě konzultace po tel. domluvě</b>	32	26 %
<b>Jiné</b>	0	0 %

Zdroj vlastní

**Graf 8 – Spolupráce s nutričním terapeutem**



Zdroj vlastní

Na tuto otázku odpovídalo pouze 121 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Respondenti měli na výběr z pěti možností z toho poslední možnost byla zvolit si vlastní odpověď. Této možnosti nikdo z respondentů nevyužil. Z výsledků je jasně patrné, že 48 % respondentů spolupracuje s nutričním terapeutem jedenkrát za týden.

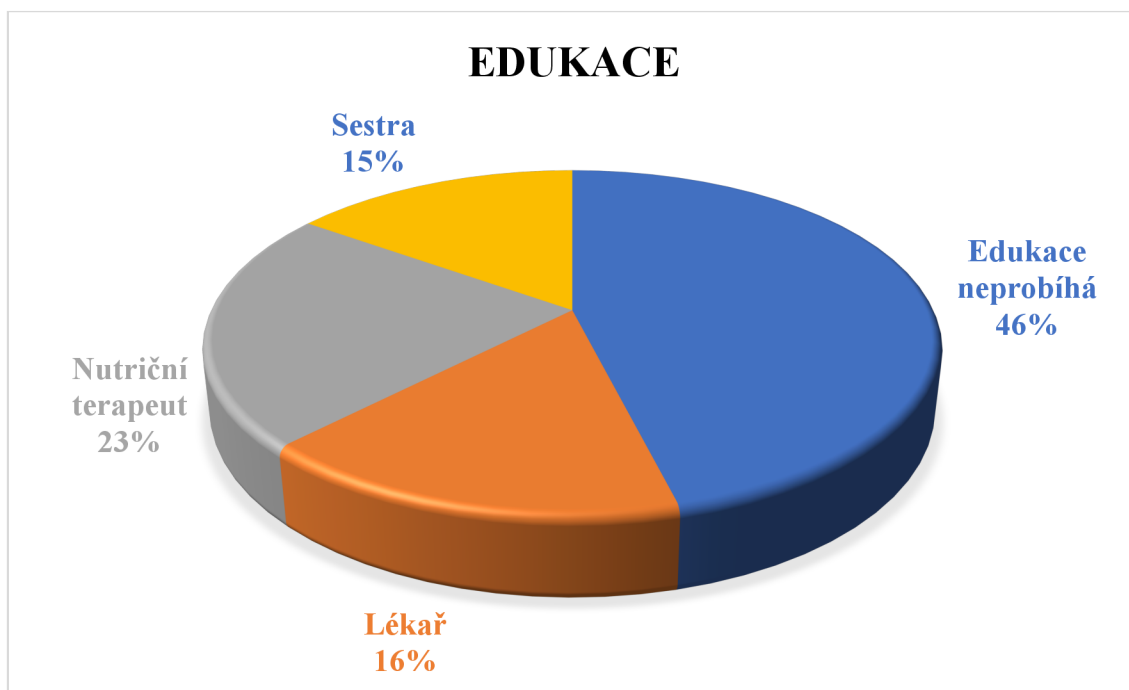
**Otázka č. 9 – Probíhá u Vás v zařízení edukace nelékařských zdravotnických pracovníků ohledně užívání sippingu? Pokud „ANO“ kdo edukuje?**

**Tabulka 10 – Edukace**

	Počet	Procenta
<b>Edukace neprobíhá</b>	82	46 %
<b>Lékař</b>	29	16 %
<b>Nutriční terapeut</b>	40	23 %
<b>Sestra</b>	27	15 %
<b>Jiné</b>	0	0 %

Zdroj vlastní

**Graf 9 – Edukace**



Zdroj vlastní

Z výsledků odpovědí na devátou otázku vyplývá, že edukace ohledně užívání sippingu nelékařských zdravotnických pracovníků u 46 % vůbec neprobíhá. Zbytek respondentů uvedl, že edukuje lékař (16 %), nutriční terapeut (23 %) nebo sestra (15 %).

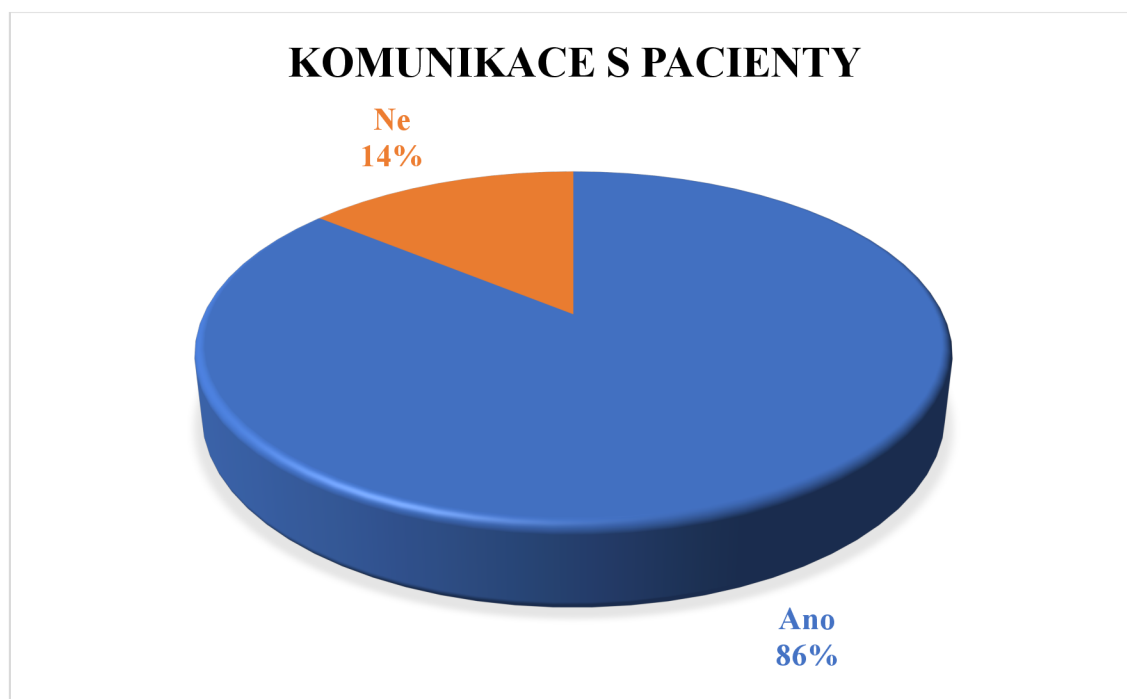
### Otázka č. 10 – Komunikuje u Vás v zařízení nutriční terapeut i přímo s pacienty?

Tabulka 11 – Komunikace s pacienty

	Počet	Procenta
Ano	153	86 %
Ne	25	14 %

Zdroj vlastní

Graf 10 – Komunikace s pacienty



Zdroj vlastní

Otázka číslo 10 zkoumala, jestli ve vybraných zařízeních komunikuje nutriční terapeut přímo s pacienty. Dle výsledků bylo zjištěno, že většina respondentů (86 % tedy 153) udala, že nutriční terapeut komunikuje přímo s pacientem. Při bližším zkoumání dotazníků jsem zaznamenala, že oddělení, na kterých nutriční terapeut nekomunikuje přímo s pacientem jsou oddělení jako ARO (anesteziologicko resuscitační oddělení) nebo ARO MOJIP (multioborová jednotka intenzivní péče a ARO), kde nutriční terapeut komunikuje s lékařem, nebo nekomunikují vůbec.

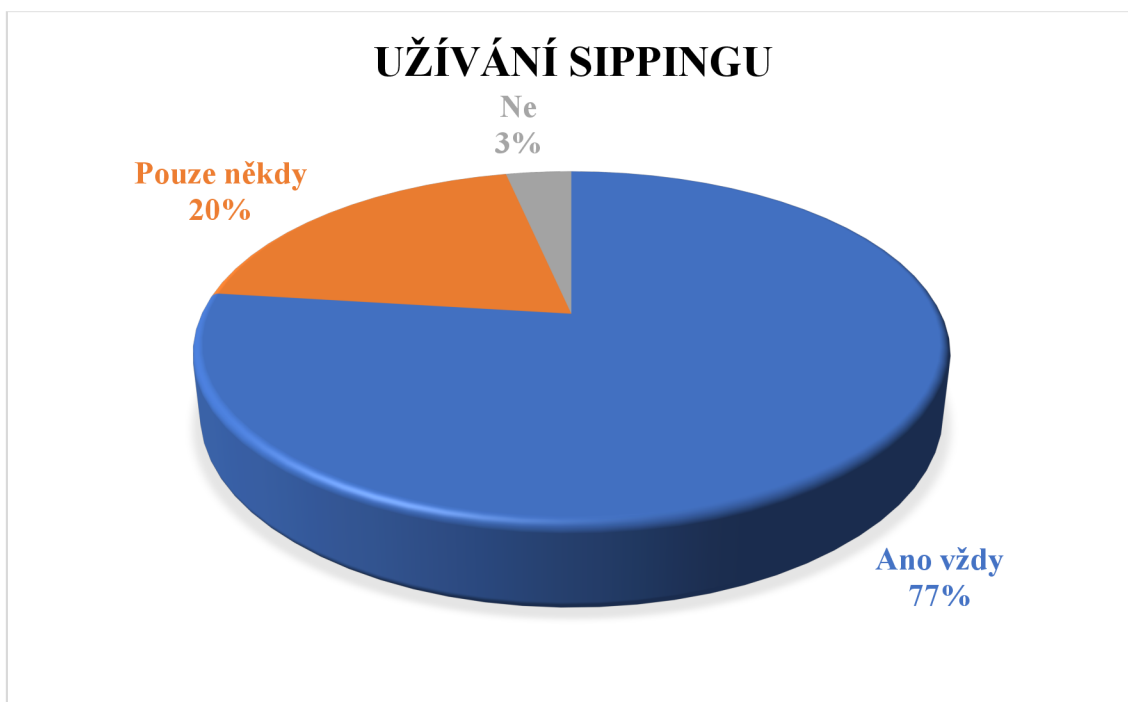
### Otázka č. 11 – Kontrolujete užívání sippingu pacientem?

Tabulka 12 – Užívání sippingu

	Počet	Procenta
Ano vždy	137	77 %
Pouze někdy	35	20 %
Ne	6	3 %

Zdroj vlastní

Graf 11 – Užívání sippingu



Zdroj vlastní

Otázka číslo 11 ukazuje, že 77 % respondentů udává, že užívání sippingu pacientem kontrolují. 20 % uvedlo, že pouze někdy kontrolují užívání sippingu pacientem a 3 % všech respondentů užívání sippingu nekontrolují.



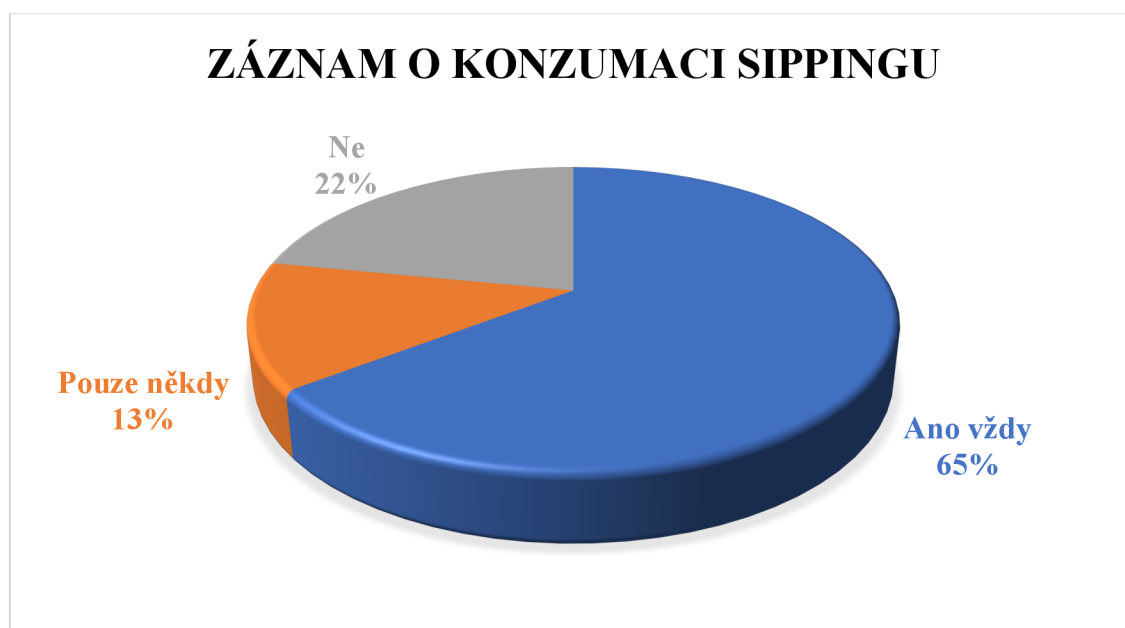
### Otázka č. 12 – Provádíte záznam do dokumentace ohledně konzumace sippingu?

Tabulka 13 – Záznam o konzumaci sippingu

	Počet	Procenta
Ano vždy	115	65 %
Pouze někdy	24	13 %
Ne	39	22 %

Zdroj vlastní

Graf 12 – Záznam o konzumaci sippingu



Zdroj vlastní

Z dat získaných při vyhodnocení dvanácté otázky vyplývá, že většina respondentů (65%) provádí pravidelně záznam do dokumentace ohledně konzumace sippingu u pacienta. 13% respondentů, to je 24 respondentů uvedlo, že záznam do dokumentace provádí pouze někdy. Respondentů, kterých bylo 22 % uvedlo, že do dokumentace nezaznamenávají užívání sippingu pacientem.

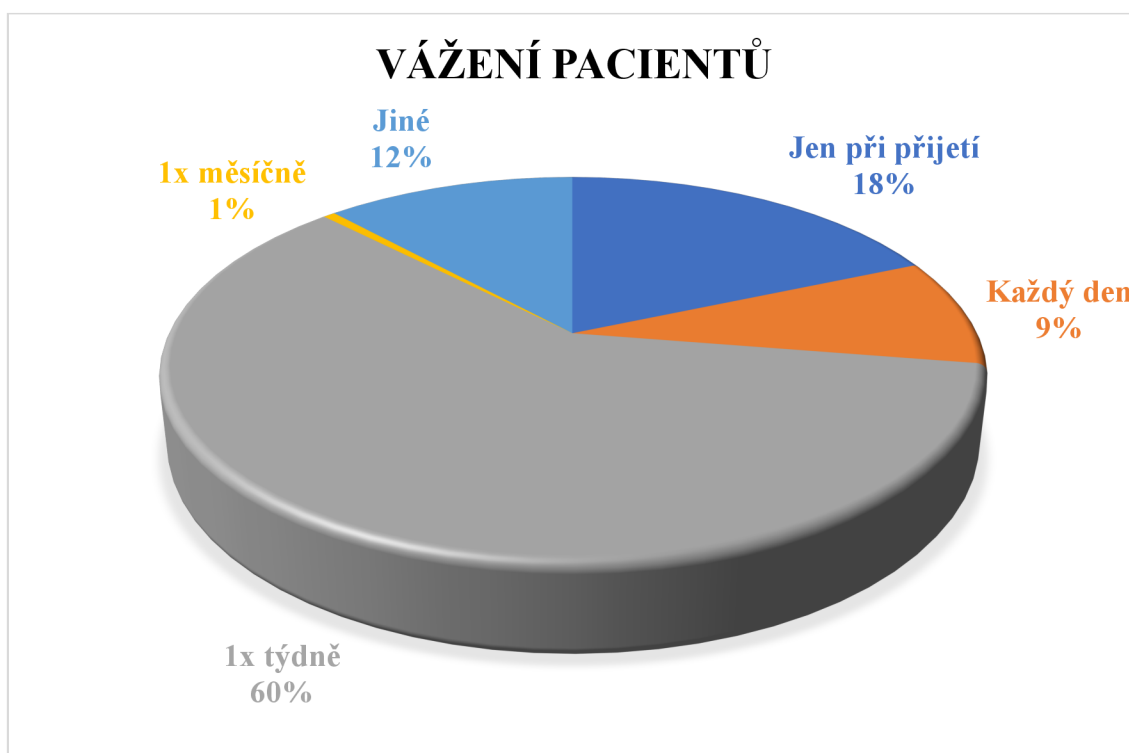
### Otázka č. 13 – Jak často obvykle vážíte pacienty?

Tabulka 14 – Vážení pacientů

	Počet	Procenta
Jen při přijetí	33	18 %
Každý den	16	9 %
1x týdně	107	60 %
1x měsíčně	1	1 %
Jiné	21	12 %

Zdroj vlastní

Graf 13 – Vážení pacientů



Zdroj vlastní

Tato otázka se respondentů ptala, jak často probíhá vážení na odděleních. Více jak 60 % dotazovaných odpovědělo, že pacienty váží pravidelně, a to 1x týdně. Zajímavý je také údaj, že 9 % (tedy 16) respondentů váží pacienty každý den. Při bližším zkoumání se váží každý den na oddělení ARO a JIP. Jako jedna z možností bylo uvést jiný interval, který se používá při vážení pacientů. Této možnosti využilo 21 respondentů (12 %). Jako odpovědi uvedli dle ordinace lékaře, při potřebě, 2x týdně, při kontrole nebo neváží pacienty vůbec.

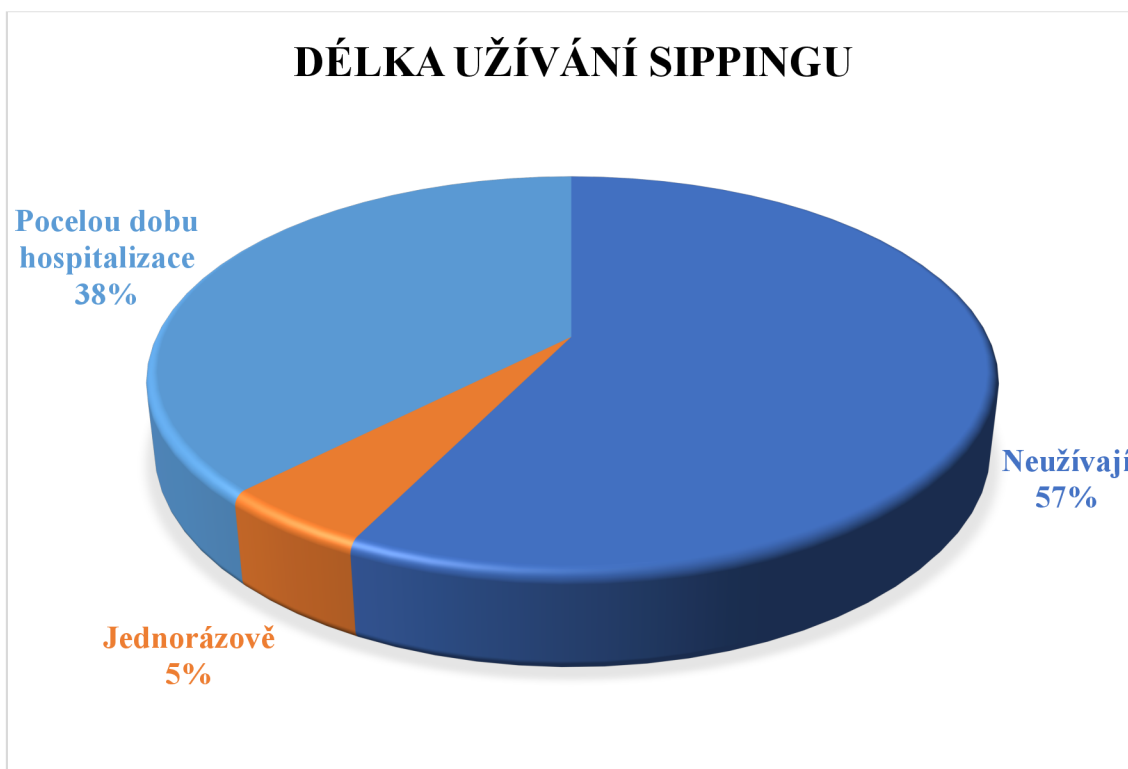
**Otázka č. 14 – Jak dlouho průměrně na Vašem oddělení užívají pacienti sipping?**

**Tabulka 15 – Délka užívání sippingu**

	Počet	Procenta
Neužívají	102	57 %
Jednorázově	9	5 %
Týden	0	0 %
3 týdny	0	0 %
Po celou dobu hospitalizace	67	38 %

Zdroj vlastní

**Graf 14 – Délka užívání sippingu**



Zdroj vlastní

Otázka číslo 14 byla hodnocena společně s otázkou číslo 15. Tyto otázky se vztahovaly k hypotéze č. 3.

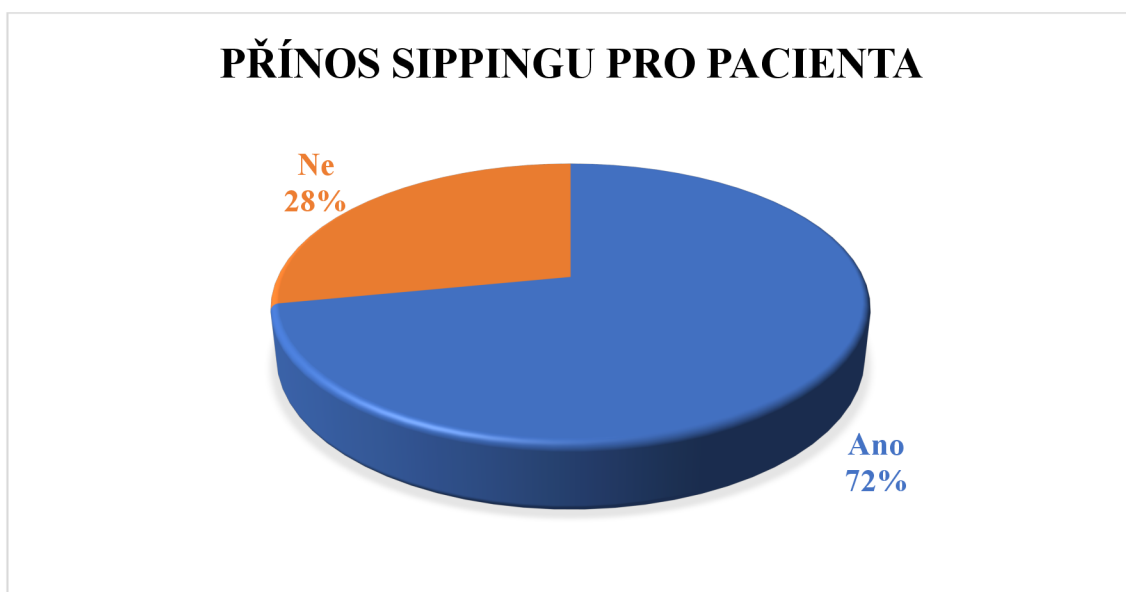
### Otázka č. 15 – Hodnotí pacient přínos při dlouhodobém užívání sippingu kladně?

Tabulka 16 – Přínos sippingu pro pacienta

	Počet	Procenta
Ano	128	72 %
Ne	50	28 %

Zdroj vlastní

Graf 15 – Přínos sippingu pro pacienta



Zdroj vlastní

Každý z respondentů byl v uzavřené otázce požádán o uvedení, jak dlouho průměrně pacienti sipping na jejich oddělení využívají. Zároveň byli respondenti požádáni o vyplnění, zdali hodnotí kladně přínos sippingu. Tyto otázky ověřují výzkumnou hypotézu, zdali pacienti užívající sipping déle než 3 týdny považují jeho přínos více kladně než pacienti, kteří užívají sipping kratší dobu. Dané informace byly zjišťovány od personálu, avšak dle předpokladu se kryjí s vnímáním pacientů.

Dle odpovědí na otázku o délce užívání sippingu byli respondenti rozděleni na 2 skupiny: méně než 3 týdny a 3 týdny a více. V obou skupinách převažují respondenti, kteří hodnotí přínos sippingu kladně nad respondenty, kteří jsou k jeho přínosu spíše skeptičtí. Obecně lze konstatovat, že zhruba třetina respondentů praktikuje sipping 3 týdny a více, dvě třetiny pak kratší dobu. Více než dvě třetiny respondentů pak hodnotí přínos sippingu kladně, jen méně, než třetina je skeptická.

Pro zhodnocení výzkumné hypotézy byl zvolen chí-kvadrát test v kontingenční tabulce. Definujeme nulovou hypotézu, která očekává nezávislost délky užívání a hodnocení přínosu. Dále definujeme též alternativní hypotézu, která předpokládá závislost hodnocení přínosu na délce užívání. Získáváme testové kritérium s hodnotou 1,729, které je na zvolené hladině významnosti (5 %) nižší než kritická hodnota chí-kvadrát rozdělení 3,841. Na všech rozumných hladinách významnosti tak nezamítáme nulovou hypotézu (p-hodnota 0,1885). Nemůžeme tedy prokázat statisticky významnou závislost většího zastoupení kladného hodnocení sippingu na délce využití sippingu.

**Tabulka 17 – Vyhodnocení hypotézy č. 3**

Testové kritérium	1,729
Kritická hodnota	3,841
p-hodnota	0,1885

Zdroj Matej Marek

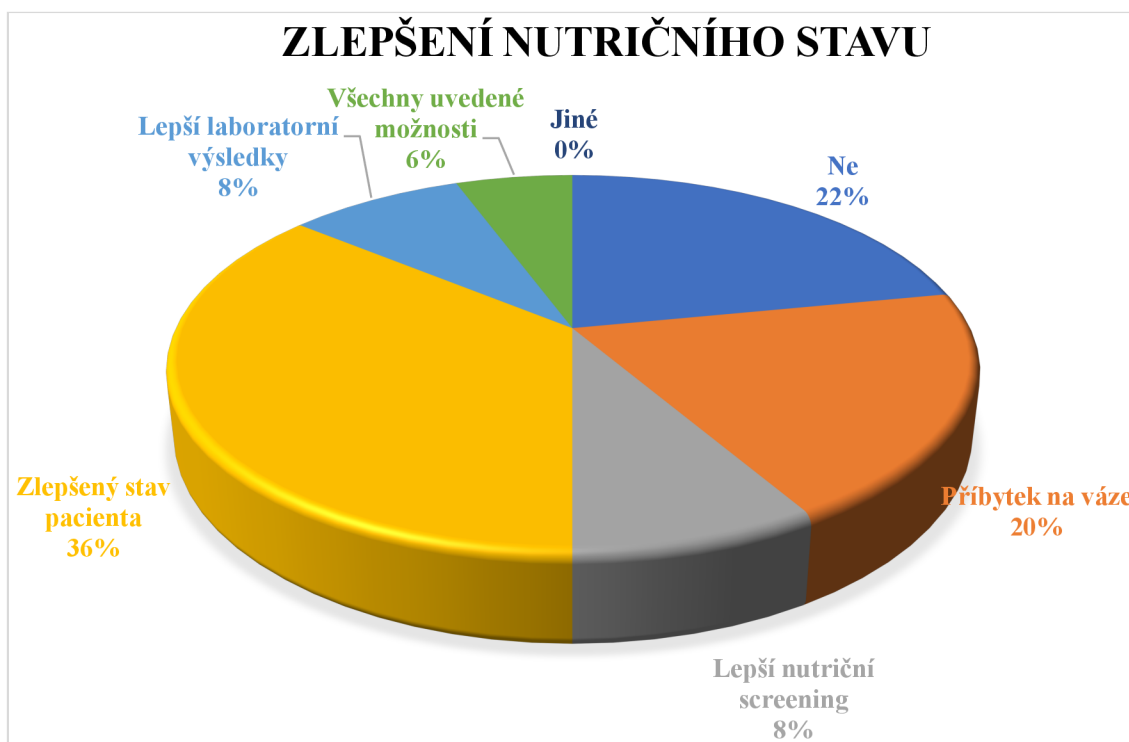
Otázka č. 16 – Vidíte nějaké zlepšení nutričního stavu u pacientů, kteří pravidelně užívají sipping? Pokud „ANO“ tak jaké?

Tabulka 18 – Zlepšení nutričního stavu

	Počet	Procenta
Ne	39	22 %
Příbytek na váze	35	20 %
Lepší nutriční screening	15	8 %
Zlepšený stav pacienta	64	36 %
Lepší laboratorní výsledky	15	8 %
Všechny uvedené možnosti	10	6 %
Jiné	0	0 %

Zdroj vlastní

Graf 16 – Zlepšení nutričního stavu



Zdroj vlastní

Přínos při užívání sippingu vidí 139 respondentů (78 %). Respondenti nejčastěji udávali zlepšený stav pacienta, příbytek na váze, lepší výsledky nutričního screeningu nebo lepší laboratorní výsledky. 22 % uvedlo, že u pacientů užívajících sipping žádné zlepšení nevidí.

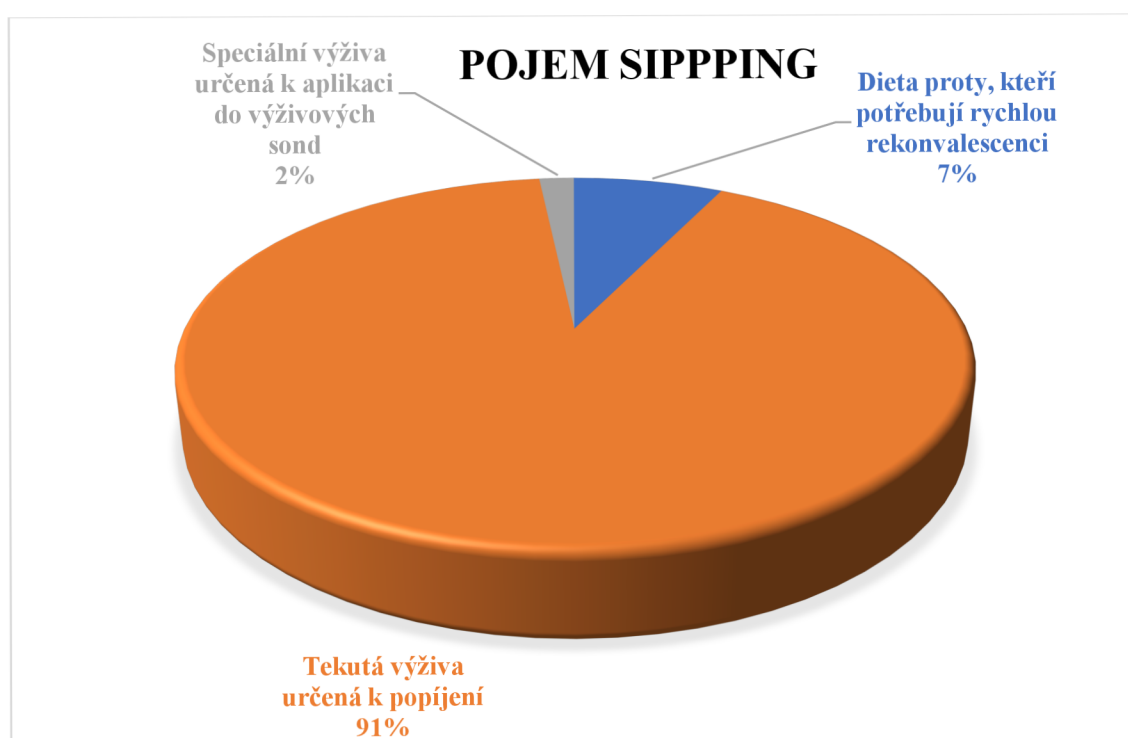
**Otázka č. 17 – Co znamená pojem sipping?**

**Tabulka 19 – Pojem sipping**

	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
<b>Dieta pro ty, kteří potřebují rychlou rekonvalescenci</b>	13	7 %
<b>Tekutá výživa určená k popíjení</b>	162	91 %
<b>Speciální výživa určená k aplikaci do výživových sond</b>	3	2 %

Zdroj vlastní

**Graf 17 – Pojem sipping**



Zdroj vlastní

Správná odpověď na otázku je varianta b. Pojem sipping je tekutá výživa určená k popíjení.

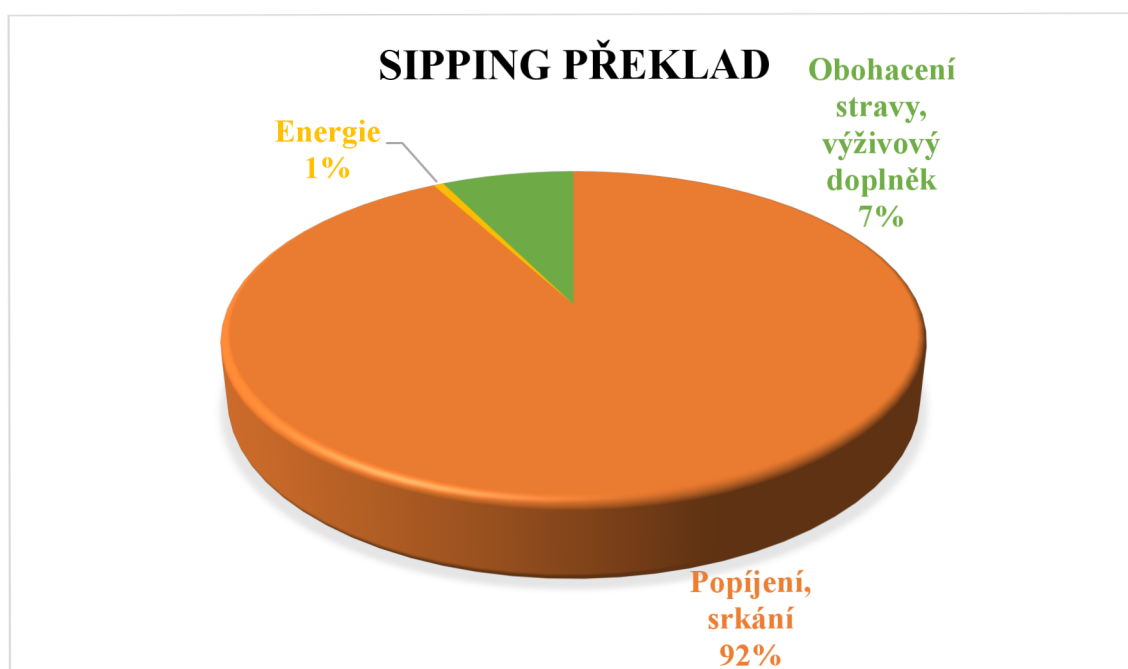
### Otázka č. 18 – Sipping znamená v českém překladu?

Tabulka 20 – Sipping překlad

	Počet	Procenta
Popíjení, srkání	164	92 %
Energie	1	1 %
Obohacení stravy, výživový doplněk	13	7 %

Zdroj vlastní

Graf 18 – Sipping překlad



Zdroj vlastní

Správná odpověď na otázku je varianta a. Sipping v české překladu znamená popíjení, srkání.



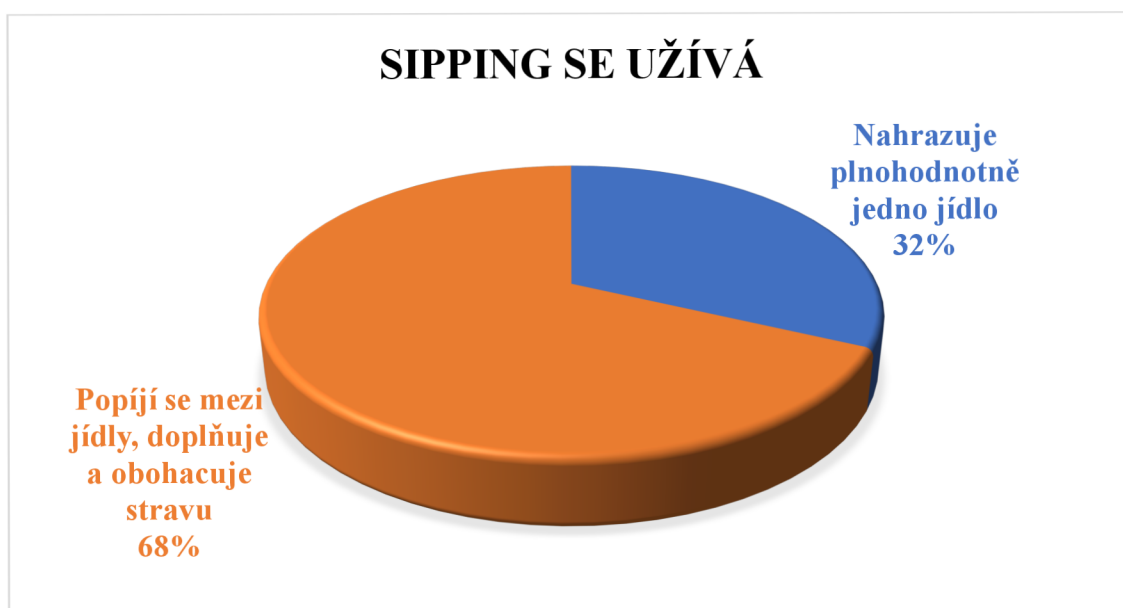
### Otázka č. 19 – Sipping se užívá?

Tabulka 21 – Sipping se užívá

	Počet	Procenta
Nahrazuje plnohodnotně jedno jídlo	57	32 %
Popíjí se mezi jídly, doplňuje a obohacuje stravu	121	68 %
Jako doplnění pitného režimu	0	0 %

Zdroj vlastní

Graf 19 – Sipping se užívá



Zdroj vlastní

Správná odpověď na otázku je varianta b. Sipping se popíjí mezi jídly, doplňuje a obohacuje stravu.

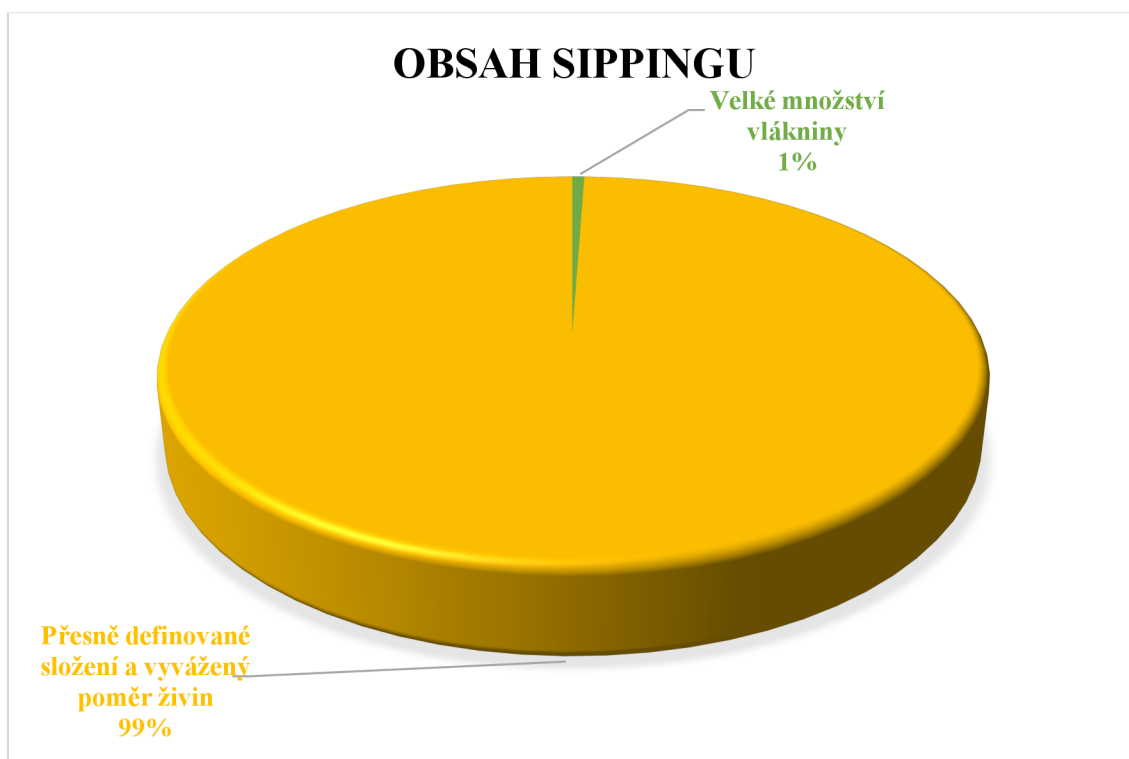
## Otázka č. 20 – Sipping obsahuje

Tabulka 22 – Obsah sippingu

	Počet	Procenta
Velké množství vlákniny	1	1 %
Střevní bakterie	0	0 %
Přesně definované složení a vyvážený poměr živin	177	99 %

Zdroj vlastní

Graf 20 – Obsah sippingu



Správná odpověď na otázku je varianta c. Sipping obsahuje přesně definované složení a vyvážený poměr živin.

Otázky č. 17 až 20 zjišťovaly, jak jsou respondenti seznámeni s pojmem sipping a zda vědí, co vůbec sipping znamená a zda znají jeho složení. Lze konstatovat, že respondenti pojem znají a většina respondentů i ví co sipping obsahuje a z čeho se skládá. Nyní se zastavím u otázky číslo 19. Tato otázka se dotazovala na to, kdy se sipping užívá. Správná odpověď byla, že sipping se popíjí mezi jídly, doplňuje a obohacuje stravu (odpověď b). Na tuto otázku odpovědělo správně 68 % (121) respondentů. Zbytek odpověděl, že

sipping nahrazuje plnohodnotně jedno jídlo. Tato odpověď je chybná poukazuje na mnohdy milně podávané informace.

Pro analýzu rozdílu v informovanosti i technice sippingu byly respondentům položeny 4 uzavřené odborné otázky a následně sledována správnost odpovědí respondentů na zadané otázky. Nebyla stanovena odlišná váha jednotlivých otázek, každou otázku jsme tedy hodnotili jedním bodem a maximum úspěšnosti jsme stanovili na 4 body. Počet získaných bodů vnímáme jako kvantitativní proměnnou, která přesně charakterizuje úspěšnost respondenta. Naopak příslušnost k jednotlivé skupině dle délky praxe je jednoznačně kvalitativního charakteru (tj. kategoriální proměnná). Pro vyhodnocení tedy využijeme analýzu rozptylu (ANOVU) mezi 5 odlišně velkými skupinami respondentů dle jejich délky praxe.

Nejméně zastoupenou byla třetí skupina, ke které se řadí 18 respondentů. Naopak k poslední páté skupině se řadí respondentů 60. V absolutním měřítku byli nejúspěšnější respondenti z poslední skupiny, ve které zodpovědělo všechny otázky správně 39 respondentů. Relativně nejúspěšnější byli respondenti z první skupiny, kde úplně správně odpovědělo 80 % respondentů.

Pro vyhodnocení vlivu délky praxe na informovanost o sippingu využijeme tedy analýzu rozptylu. Pro potřebu analýzy byla stanovena nulová hypotéza o shodě střední hodnoty bodového zisku napříč skupinami respondentů. Alternativní hypotéza počítá s odlišnými středními hodnotami bodového zisku napříč skupinami, a tedy poukazuje na rozdíl mezi skupinami. Porovnáním rozptylů v jednotlivých skupinách získáváme testové kritérium 2,944, které je vyšší než kritická hodnota Fisherova-Snedecckerova rozdělení 2,424. Na zvolené hladině významnosti (5 %) tedy zamítáme nulovou hypotézu (p-hodnota 0,0219) ve prospěch alternativní hypotézy. Můžeme tedy konstatovat, že mezi skupinami existují rozdíly v informovanosti o sippingu.

**Tabulka 23 – Vyhodnocení hypotézy č. 1**

Testové kritérium	2,944
Kritická hodnota	2,424
p-hodnota	0,0219

Zdroj Matej Marek=

## 6. Diskuze

Práce se zabývá vědomostmi nelékařských zdravotnických pracovníků o sippingu. Respondenti ze zmíněného souboru byli náhodně vybráni a osloveni, aby se v dotazníku ke zkoumaným tématům vyjádřili. Práce se soustředí též na zjištění, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci využívají sipping jako doplněk při léčbě pacientů a zda spolupracují s nutričními specialisty.

Pro zjištění výsledků, důležitých pro tuto bakalářskou práci byl vytvořen originální dotazník kvantitativní výzkumnou metodu. Respondenti odpovídali na 20 otázek. Pro širší záběr byly zvoleny tři předem vybraná zařízení. Jak se ve výsledcích ukázalo, tak rozdíly v zařízeních jsou jak ve spolupráci s nutričními terapeuty, tak v kladném přístupu k sippingu.

Na počátku byly stanoveny tři hypotézy, které předpokládaly postoj a znalosti ohledně sippingu. První hypotéza předpokládala, že existují rozdíly v informovanosti o sippingu s ohledem na délku klinické praxe u nelékařských zdravotnických pracovníků. Tato hypotéza byla na základě dotazníkového šetření potvrzena. Bylo zjištěno, že existují mezi skupinami rozdíly v informovanosti o sippingu. K potvrzení této hypotézy bylo potřeba odpovědět na čtyři otázky týkající se obecně sippingu a základních informací o sippingu. Nejčastější chybou, které se respondenti dopustili bylo milné tvrzení o užívání sippingu. Komoňová (2010) uvádí, že sipping se užívá jako doplňková výživa, kdy pacient tyto přípravky popíjí jako přídavek k běžné stravě. Bohatcová (2015) doplňuje, že tyto přípravky jsou určeny pouze jako doplnění normální stravy. Respondenti jako špatnou odpověď uváděli, že sipping plnohodnotně nahrazuje jedno jídlo. Toto milné tvrzení dle mého názoru vyplývá ze špatné, nebo žádné edukace sester o sippingu a jeho využití a užívání.

Druhá hypotéza byla také potvrzena. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že spolupráce mezi nutričním terapeutem a nelékařským zdravotnickým pracovníkem platí. Kohout et al. (2010) uvádí, že nutriční terapeut je základním článkem v systému zdravotní péče. O vyšetření nutričního stavu nutričním terapeutem může požádat lékař, sestra i sám pacient. Respondenti, kteří odpověděli, že pravidelně spolupracují s nutričním terapeutem (121 respondentů) dále odpovídali na otázku, jak často s nutričním terapeutem spolupracují.

Respondenti nejčastěji odpovídali, že spolupráce s nutričním terapeutem probíhá jedenkrát za týden. Kohout et al. (2010) upřesňuje, že konzultace nutričního terapeuta by měla probíhat jedenkrát týdně formou malého nutričního týmu. Zároveň respondenti uvedli, že konzultace je možná i po telefonické domluvě dle potřeby nebo po každém přehodnocení nutričního stavu, když vyjde nutriční skóre vyšší než 3 body.

Třetí hypotéza byla vyvrácena. Ukázalo se, že při tomto šetření nelze prokázat statisticky významnou závislost většího zastoupení kladného hodnocení přínosu sippingu na délce užívání sippingu. Havel et al. (2015) však definuje sipping jako krátkodobou nutriční podporu. Tuto hypotézu nelze dotazníkovým šetřením jasně objasnit. Oddělení, na kterých šetření probíhalo jsou spíše akutní lůžka, která mají kratší dobu hospitalizace, než je potřeba pro posouzení. Čupáková (2011) uvádí, že studie provedené u pacientů vyššího věku, podvyživených pacientů, pacientů po rozsáhlých operačních zákrocích a akutně nemocných pacientů poskytuje důkazy o pozitivním vlivu a možnosti zkrácení doby hospitalizace. Toto je dle mého názoru vhodnější hodnotit spíše v odborných ambulancích, ve kterých jsou pacienti dlouhodobě léčeni a sledováni, nebo na odděleních následné léčby, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo domovech důchodců.

Na základě získaných informací vyplývá, že spolupráce s nutričním terapeutem je ve vybraných zařízeních na dobré úrovni. Pouze na odděleních, kde jsou pacienti odkázáni na parenterální výživu tato komunikace neprobíhá, nebo probíhá pouze při potřebě konzultace.

Co se týče edukace nelékařských zdravotnických pracovníků ohledně sippingu, tak jsou respondenti rozděleni zhruba na poloviny. Větší počet uvedl, že edukace probíhá a sestry edukuje nutriční terapeut. Druhá polovina respondentů uvedla, že u nich v zařízení edukace neprobíhá. Toto by se dle mého názoru mělo změnit. Sipping považují za důležitou součást léčby, protože odborné výzkumy ukazují, že urychluje hojení ran, dekubitů a rekonvalescenci (Čupáková, 2011). Edukace pacientů přímo od nutričního terapeuta dle respondentů ve vybraných zařízeních probíhá. Nejedná se pouze o edukaci pacienta ohledně sippingu, ale edukace obecně ohledně výživy a možnostech výběru stravy. Tato otázka potvrzuje, že správná výživa je ve vybraných zařízeních považována za důležitou součást kvalitní léčby pacienta.

Při zpracovávání této práce jsem se opírala o svou zkušenost. Pracuji jako praktická sestra na oddělení chirurgie v Nemocnici v Českém Krumlově. Jsem zde 5 let. Při sestavování dotazníku jsem se hodně opírala o osobní zkušenost. Při práci na chirurgii se velmi často setkáváme s pacienty, kterým je sipping předepsán lékařem. Většinou se jedná o pacienty s chronickými diabetickými defekty, staré pacienty trpící malnutricí ale velmi často také pacienty po velkých břišních operacích ať již akutních nebo plánovaně připravovaných. Na naše oddělení pravidelně dochází nutriční terapeut, a to při každém přehodnocení nutričního stavu pacienta, který získá více jak tři body nutričního skóre nebo u nově přijímaných pacientů s nutričním skóre také nad 3 body. Toto nutriční skóre se zaznamenává do záznamů pacienta v počítači a nutriční terapeuti si sami hlídají veškeré změny. Není problém ani po telefonické domluvě o osobní konzultaci kdykoli jindy. Myslím, že Nemocnice v Českém Krumlově je po této stránce na velmi dobré úrovni. Edukace pacienta ohledně užívání a obecně sippingu má na starosti nutriční terapeut nebo lékař. Díky zpracovávání této práce jsem se dozvěděla hodně nových poznatků, které se mi již podařilo využít při edukaci pacientů. Edukace personálu o informacích a užívání sippingu u nás v zařízení neprobíhá. Myslím, že je to škoda, a že by edukace měla probíhat. Mnoho zaměstnanců by mělo zájem a dalo by jim to jiný pohled na tuto tematiku. Jako další nedostatek vidím záznam o užívání sippingu pacientem. Někteří respondenti uvádí, že záznam do dokumentace dělají vždy. U nás na pracovišti se tento záznam nevede a nemáme tudíž přehled o užívání ani o množství užívaného sippingu.

Dle mého názoru je téma výživy, potažmo výživných doplňků jako je sipping velmi důležité, ale zároveň si myslím, že se plně nevyužívá potenciálu a možností výživy a výživových doplňků. Popíjení sippingu jako součást léčby je myslím bagatelizována i pacientem. Pacienti přípravky neradi užívají pro jejich chuť a myslím i pro určité vedlejší účinky užívání. Důležité je pacientovi vysvětlit důležitost užívání a zdravotní přínos. Dále je důležité pacienta upozornit na správnou techniku užívání. Popíjet mezi jídly po douškách, a ne najednou celé balení. Velmi důležité je také informovat pacienta, že nápoj bude lépe chutnat vychlazený. Některé ženské pacientky rády neochucené přípravky přidávají do stravy při vaření. Vzhledem k velkému množství příchutí a druhů sippingu věřím, že každý si vybere. Jen je potřeba být trpělivý.

## 7. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků o sippingu a zjistit, zda má délka klinické praxe vliv na znalosti ohledně sippingu. Dalším cílem bylo prověřit, zda nelékařský zdravotnický personál pravidelně komunikuje s nutričním terapeutem daného zařízení. Posledním cílem bylo určit, zda pacienti, kteří užívají sipping déle, než tři týdny hodnotí jeho přínos kladně. Pro zjištění informací byl vypracován dotazník, který obsahoval dvacet otázek. Na tento dotazník odpovídaly sestry, které pracují ve třech vybraných zařízeních. Těmito zařízeními byla Nemocnice Český Krumlov, Nemocnice České Budějovice a Nemocnice Na Františku v Praze.

V rámci prováděného výzkumného šetření bylo zjištěno, že v těchto zařízeních nejvíce využívají nutriční screening, který si zařízení samo sestavilo. Většina respondentů na svých pracovištích pravidelně podává sipping jako součást léčby pacientů. Spolupráce s nutričním terapeutem se ve vybraných zařízeních zdá dostatečná. Informovanost sester o sippingu, jeho užívání a obsahu je na dobré úrovni. Respondenti dále uváděli, že nejčastěji indikuje podání sippingu lékař méně často pak nutriční terapeut. Ve vybraných zařízeních pak nejčastěji dochází nutriční terapeut jednou za týden na oddělení. Edukace sester ve vybraných zařízeních probíhá více jak z poloviny a většinou edukuje nutriční terapeut. Dále bylo zjištěno, že pacienti se pravidelně váží jedenkrát týdně.

Téma bakalářské práce bylo vybráno, protože nás zajímalo, zda sipping využívají i v jiných zařízeních a jaký vlastně pohled mají nelékařští zdravotničtí pracovníci na problematiku výživy a sippingu.

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že spolupráce sester a nutričních terapeutů probíhá pravidelně a je ve vybraných zařízeních na dobré úrovni, a že povědomí sester o sippingu obecně ukazuje, že v zařízeních sipping používají jako součást léčby pacientů.

Jako vhodné řešení k prohloubení znalostí bych doporučila pravidelnou edukaci personálu zdravotnických zařízení o užívání a obecně o sippingu. Edukace by mohla probíhat formou seminářů nebo školení přímo ve zdravotnickém zařízení a měla by být vedena lékařem specialistou v nutriční péči nebo nutričním terapeutem.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ARRIBAS, L., ASHBAUGH, R., CREUS, G., CUERDA, C., FRÍAS, L., PAREJO, J., PÉREZ-PORTABELLA, C., URZOLA, C., *Dokument of standardization of enteral nutrition access in adults. Nutrición Hospitalaria*. [online]. 30(1), 1-14. [cit. 2021-03-05], doi: 10.3305/nh.2014.30.1.7446. Dostupné z: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7446.pdf>
2. BALOGOVÁ, E., 2012. *Pacient v kritickém stavu*. Sestra [online]. 12.11.2012, 22(11), 53-54 [cit. 2021-03-05]. ISSN 1210-0404.
3. BANKHEAD, R., BOULLATA, J., BRANTLEY, S., et al. A.S.P.E.N. Enteral Nutrition Practice Recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2009, 33(2), 122-167. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/0148607108330314>. Accessed January 23, 2020.
4. BAŠANDA, P., 2007. Přehled přípravků enterální výživy. *Klinická farmacie*. [online]. 3(1), 25-28 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2007/01/07.pdf>
5. BAUMGARTNER, TG., CERDA, JJ., SOMOGYI, L., BAUMGARTNER, SL., 1999. Enteral nutrition in clinical practice. *Croat Med J*. [online]. 40 (4), 515-527 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10554354/>
6. BEHARKOVÁ, N., SOLDÁNOVÁ, D., 2016. [online] *Základy ošetrovatelských postupů*. Brno, Masarykova univerzita [cit. 2021-03-05] Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske\\_postupy/web/docs/osetrovatelske-postupy-skripta.pdf](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske_postupy/web/docs/osetrovatelske-postupy-skripta.pdf)
7. BOHATCOVÁ, E., 2015. Enterální výživa pohledem farmaceuta. *Praktické lékárenství*. [online]. 11(4), 127-132. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2015/04/03.pdf>
8. CEDERHOLM, T., BARAZZONI, R., AUSTIN, P., et al. 2017. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*. [online]. 36(1), [cit. 2021-03-05], doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
9. ČEŠKA, R., et al., 2015. *Interna*. 2 aktualizované vydání. Praha: Triton. 870 s. ISBN 978-80-7387-885-6.



10. ČUPÁKOVÁ, J., 2012. Enterální výživa v předoperačním období formou sippingu. *Edukafarm FarmiNews*. [online]. 3(10), 14-15 [cit. 2021-03-05] ISSN 1213-1717
11. ČUPÁKOVÁ, J., 2012. Modulární dietetika. *Edukafarm FarmiNews*. [online]. (1), 15. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: [http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/16/15\\_dietetika.pdf](http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/16/15_dietetika.pdf)
12. ČUPÁKOVÁ, J., 2011. Polymerní enterální výživa I. – Sipping. *Edukafarm Medi News*. [online]. 10(1), 27. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: [http://www.edukafarm.cz/soubory/medinews/2011-1/medinews%201\\_11-sipping.pdf](http://www.edukafarm.cz/soubory/medinews/2011-1/medinews%201_11-sipping.pdf)
13. DASTYCH, M., 2012. Enterální výživa v klinické praxi. *Interní medicína pro praxi* [online], 14(4), 152-156. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: [https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201204-0004\\_Enteralni\\_vyziva\\_v\\_klinicke\\_praxi.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Denter%25E1n%25ED%2Bv%25FD%25BEiva%26sfrom%3D0%26spage%3D30](https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201204-0004_Enteralni_vyziva_v_klinicke_praxi.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Denter%25E1n%25ED%2Bv%25FD%25BEiva%26sfrom%3D0%26spage%3D30)
14. DRÁBKOVÁ, J., HÁJKOVÁ, S., 2018. *Následná intenzivní péče*. 1. vydání Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 608 s. ISBN 978-80-204-4470-7.
15. DVOŘÁKOVÁ, J., JANŮ, M., 2009. Imunomodulační enterální výživa. *Edukafarm FarmiNews*. [online]. 4(9), 16 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/8/enteralni-vyziva.pdf>
16. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
17. GROFOVÁ, Z., 2009. Přehled přípravků enterální výživy pro domácí použití. *Medicína pro praxi*. [online]. 6(3), 169-171. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/03/12.pdf>
18. GROFOVÁ, Z.K., 2019. Vliv nutriční podpora na hojení chronických ran a defektů. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 16(2), 130-132 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2019/03/06.pdf>
19. GOH, J., O'MORAIN, C., A., 2003. Review article: nutrition and adult inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. [online]. 17(3), 307-320. [cit. 2021-03-05], doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01482.x. PMID: 12562443.

20. HAVEL, E., MAŇÁK, J., PÁRAL, J., 2015. Výživa chirurgického pacienta. In: *Chirurgie v kostce*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, s. 100-108. ISBN 978-80-247-1005-1.
21. *Jak užívat Nutridrink*, 2021. [online]. Nutricia Nutridrink. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.nutridrink.cz/#co-je-nutridrink>
22. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vydání. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
23. KALVACH, Z., Geriatrie, geriatrický pacient a praktický lékař. [online]. *Eukafarm.cz* 22.12.2005 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c549-geriatrie-geriatricky-pacient-a-prakticky-lekar>
24. KOHOUT, P., 2013. Enterální výživa. *Remedia*. [online]. 13(4), [cit. 2021-03-05], Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2013/4-2013/Enteralni-vyziva/e-1pe-1x0-1xb.magarticle.aspx>
25. KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E., 2009. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. 112 s. ISBN 978-80-87250-05-1.
26. KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z., 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. 1 vydání. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. 142 s. ISBN 978-80-87250-32-7.
27. KOMOŇOVÁ, A., 2010. Nové trendy v léčebné výživě – nutriční postupy při léčbě pacienta. *Interní medicína pro praxi* [online]. 12(7 a 8), 390-394. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: [https://www.internimediceina.cz/artkey/int-201007-0014\\_Nove\\_trendy\\_v\\_lecebne\\_vyzive-nutricni\\_postupy\\_pri\\_lecbe\\_pacienta.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dnov%25E9%2Btrendy%2Bv%2BI%25E9%25E8ebn%25E9%2Bv%25FD%25BEiv%25EC%26sfrom%3D0%26spage%3D30](https://www.internimediceina.cz/artkey/int-201007-0014_Nove_trendy_v_lecebne_vyzive-nutricni_postupy_pri_lecbe_pacienta.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dnov%25E9%2Btrendy%2Bv%2BI%25E9%25E8ebn%25E9%2Bv%25FD%25BEiv%25EC%26sfrom%3D0%26spage%3D30)
28. KOVÁŘOVÁ, K., RUŠAVÝ, Z., 2008. Enterální výživa. 1 vydání. In: *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
29. KŘEMEN, J., KOTRLÍKOVÁ, E., SVAČINA, Š., 2009. *Enterální a parenterální výživa*. 1 vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 139 s. ISBN 978-80-204-2070-1.
30. KŘÍŽOVÁ, J., 2014. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 144 s. ISBN 978-80-204-3326-8.

31. KURAŠOVÁ, J., 2020 Nutriční podpora – součást komplexní péče o geriatrické pacienty. *Geriatric a gerontologie*. 4(9), 61-61. ISSN 1805-4684
32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, Vyhláška č. 80/2021 Sb. o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití [online]. [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-54>
33. NAVRÁTILOVÁ, M., 2003. Enterální výživa v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro Praxi*. [online]. 4(3), 118-125 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/03/06.pdf>
34. NOVÁK, F., c2010. Enterální výživa. In: *Poruchy metabolismu a výživy*. 1 vydání. Praha: Galén. 506 s. ISBN 978-80-7262-676-2.
35. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2017. [online]. *Nice National Institute for Health and Care Excellence*. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/1-Guidance#oral-nutrition-support->
36. PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1., vyd. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
37. POCHOP, L., 2020. Jak přistupovat k nechutenství a výživě u paliativních pacientů? *Onkologie*. [online]. 14(Suppl.C), 35-38 [cit. 2021-03-05] doi.: 10.36290/xon.2020.054
38. RICHARDS, A., EDWARDS, S., 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1., české. Praha: Grada. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
39. RUSAVÝ, Z., 2006. Enteral nutrition in diabetes mellitus. *Vnitřní lékařství*. [online]. 52 (10), 979-982 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17063814/>
40. *Sipping – snadná a dostupná pomoc při poruchách příjmu potravy*, 2021. [online]. B Braun. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://lepsipece.cz/pece-o-senioru/sipping-snadna-dostupna-pomoc-pri-poruchach-prijmu-potravy/>
41. SLATINSKÝ, I., a kol., 2020. Klinická výživa v chirurgii – doporučení ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) s konsenzuálním hlasováním pracovní skupiny SKVIMP (Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče). *Nutrition news*. 7(1), 7-19. ISSN 1805-4579.

42. SOBOTKA, L., 2009. Využití doplňkové enterální výživy během hospitalizace. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 11(4), 190-192. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: [https://www.internimedcina.cz/artkey/int-200904-0013\\_Vyuziti\\_doplnekove\\_enteralni\\_vyzivy\\_behem\\_hospitalizace.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DVyu%25BEit%25ED%2Bdopl%25F2kov%25E9%2Benter%25E1ln%25ED%2Bv%25FD%25BEivy%2Bin%253Aauth%2Bname%2Bkey%2Babstr%26sfrom%3D0%26spage%3D30](https://www.internimedcina.cz/artkey/int-200904-0013_Vyuziti_doplnekove_enteralni_vyzivy_behem_hospitalizace.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DVyu%25BEit%25ED%2Bdopl%25F2kov%25E9%2Benter%25E1ln%25ED%2Bv%25FD%25BEivy%2Bin%253Aauth%2Bname%2Bkey%2Babstr%26sfrom%3D0%26spage%3D30)
43. ŠACHLOVÁ, M., 2003. Výživa onkologických pacientů. *Klinická onkologie*. [online]. 16(2), 77. [cit. 2021-03-05] ISSN 2570-8791
44. ŠENKYŘÍK, M., 2018. Vysokoproteinové a proteinokalorické sippingy. [online]. *Braunoviny*. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/vysokoproteinove-proteinkaloricke-sippingy>
45. TOMÍŠKA, M., 2009. Aktuální farmakoterapie: Nutriční podpora formou sippingu. *Praktické lékařství*. [online]. 5(1), 10-15. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/01/03.pdf>
46. TOMÍŠKA, M., 2008. Nutriční podpora formou sippingu. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 10(6), 285-290. [cit. 2021-03-05] Dostupné z: [https://www.internimedcina.cz/artkey/int-200806-0006\\_Nutricni\\_podpora\\_formou\\_sippingu.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dnutri%25E8n%25ED%2Bpodpora%26sfrom%3D0%26spage%3D30](https://www.internimedcina.cz/artkey/int-200806-0006_Nutricni_podpora_formou_sippingu.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dnutri%25E8n%25ED%2Bpodpora%26sfrom%3D0%26spage%3D30)
47. TOMÍŠKA, M., 2012. Podvýživa při chronickém onemocnění. In: *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 403-428. ISBN 978-80-247-3742-3.
48. TOMÍŠKA, M., 2010. Výživa onkologicky nemocného. [online]. *Česká onkologická společnost ČLS JEP*. [cit. 2021-03-05] ISSN 2570-8791
49. TOMÍŠKA, M., 2011. Výživa ve vnitřním lékařství. In: *Vnitřní lékařství: 2. vydání*. Brno: Grada, s. 1533-1557. ISBN 978-80-247-2110-1.
50. URBANÍKOVÁ, J., 2014. Enterální výživa. *Praktické lékařství*. [online]. 10(2), 79-81 [cit. 2021-03-05] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2014/02/08.pdf>

51. URBÁNEK, L., URBÁNKOVÁ, P., MARKOVÁ, J., 2010. *Klinická výživa v současné praxi*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-525-9.
52. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.
53. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
54. VYZULA, R., 2001. *Výživa při onkologickém onemocnění*. 1. vydání. Praha: Galén. 122 s. ISBN 80-726-2120-3.
55. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
56. ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

## **8. Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Schválení výzkumného šetření Nemocnice České Budějovice

Příloha č. 3: Schválení výzkumného šetření Nemocnice Na Františku

Příloha č. 4: Schválení výzkumného šetření Nemocnice Český Krumlov

## **Příloha č. 1: Dotazník**

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění anonymního dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci, na téma týkající se problematiky podávání sippingu ve zdravotnickém zařízení, za účelem zjištění zvyklostí a způsobů při zajišťování nutriční u hospitalizovaných pacientů a míra komunikace s nutričními terapeuti.

Děkuji za spolupráci a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Bc. Iva Janáčková

- 1. Uved'te, jak dlouho jste v klinické praxi?**
  - a. do 5 ti let
  - b. 5-10 let
  - c. 10-15 let
  - d. 15-20 let
  - e. Nad 20 let
  
- 2. Nejvyšší dosažené vzdělání?**
  - a. Střední vzdělání s maturitní zkouškou – praktická sestra
  - b. Střední vzdělání s maturitní zkouškou – všeobecná sestra
  - c. Vyšší odborné vzdělání
  - d. Vysokoškolské bakalářské
  - e. Vysokoškolské magisterské
  - f. Specializační vzdělání
  - g. Uved'te jiné .....
  
- 3. Na jakém oddělení pracujete?**
  - a. LDN, ONP
  - b. Onkologie
  - c. Chirurgie
  - d. Interna
  - e. Ambulance
  - f. Uved'te jiné .....
  
- 4. Jaký test používáte k vyhodnocení nutričního stavu u Vašich pacientů?**
  - a. Vlastní nutriční screening organizace
  - b. Nutritional Risk Score (NRS)
  - c. Mini Nutrition Assesment (MNA)
  - d. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
  - e. Uved' jiné .....
  
- 5. Podáváte pravidelně pacientům na vašem oddělení sipping?**
  - a. Ano
  - b. Ne
  
- 6. Kdo indikuje podání sippingu na vašem pracovišti?**
  - a. Lékař
  - b. Nutriční terapeut
  - c. Zdravotní sestra
  - d. Uved'te jiné .....
  
- 7. Spolupracujete pravidelně s nutričními terapeuty?**
  - a. Ano
  - b. Ne



- 8. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli „ANO“ tak jak často?**
- Při každém přehodnocení nutričního stavu u pacienta (vyšší NS než 3)
  - Jedenkrát za týden
  - Denně
  - Vždy, když je potřeba konzultace po tel. domluvě
  - Uveď jiné .....
- 9. Probíhá u Vás v zařízení edukace nelékařských zdravotnických pracovníků ohledně užívání sippingu? Pokud ano, kdo edukuje?**
- Edukace neprobíhá
  - Lékař
  - Nutriční terapeut
  - Zdravotní sestra
  - Uveď jiné .....
- 10. Komunikuje u Vás v zařízení nutriční terapeut i přímo s pacienty?**
- Ano
  - Ne
- 11. Kontrolujete užití sippingu pacientem?**
- Ano vždy
  - Pouze někdy
  - Ne
- 12. Provádíte záznam do dokumentace ohledně konzumace sippingu?**
- Ano vždy
  - Pouze někdy
  - Ne
- 13. Jak často obvykle vážíte pacienty?**
- Jen při přijetí
  - Každý den
  - 1x týdně
  - 1x měsíčně
  - Uveď jiné ...
- 14. Jak dlouho průměrně na Vašem oddělení užívají pacienti sipping?**
- Neužívají
  - Jednorázově
  - Týden
  - 3 týdny
  - Po celou dobu hospitalizace
- 15. Hodnotí pacient přínos při dlouhodobém užívání sippingu kladně?**
- Ano
  - Ne

**16. Vidíte nějaké zlepšení nutričního stavu u pacientů, kteří pravidelně užívají sipping? Pokud „ANO“ tak jaké?**

- a. Ne
- b. Příbytek na váze
- c. Lepší nutriční screening
- d. Zlepšený stav pacienta
- e. Lepší laboratorní výsledky
- f. Všechny uvedené možnosti
- g. Uveď jiné .....

**17. Co znamená pojem sipping?**

- a. Dieta pro ty, kteří potřebují rychlou rekonvalescenci
- b. Tekutá výživa určená k popíjení
- c. Speciální výživa určená k aplikaci do výživových sond

**18. Sipping znamená v českém překladu?**

- a. Popíjení, srkání
- b. Energie
- c. Obohacení stravy, výživový doplněk

**19. Sipping se užívá:**

- a. Nahrazuje plnohodnotně jedno jídlo
- b. Popíjí se mezi jídly, doplňuje a obohacuje stravu
- c. Jako doplnění pitného režimu

**20. Sipping obsahuje:**

- a. Velké množství vlákniny
- b. Střevní bakterie
- c. Přesně definované složení a vyvážený poměr živin

## Příloha č. 2: Schválení výzkumného šetření Nemocnice České Budějovice

Vážená paní  
Mgr. et Mgr. Monika Kyselová, MBA  
Hlavní sestra  
Nemocnice České Budějovice a.s.

### ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní Kyselová

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s., které by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.

Cílem práce je zmapovat vědomosti nelékařských zdravotnických pracovníků o sippingu a zjistit, zda sipping využívají jako doplněk při léčbě u pacientů. Dalším cílem je zjistit míru spolupráce mezi všeobecnou sestrou a nutričním terapeutem v daném zařízení. Přínosem by měla být pro ostatní sestry a studenty oboru všeobecná sestra.

Výzkumné šetření bude provedeno formou krátkého dotazníku. Výsledky budou zpracovány anonymně a vyhodnoceny statistickými metodami. Závěrečná práce bude zpracována pod odborným dohledem Mgr. Michaely Abrmanové.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Iva Janáčková  
studentka oboru všeobecná sestra  
Zdravotně sociální fakulta  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
email: [ivajanackova@seznam.cz](mailto:ivajanackova@seznam.cz), tel. 723907860

S výzkumným šetřením:

SOUHLASÍM

~~NESOUHLASÍM~~

Dne: 6. 4. 2017

Podpis: 

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice České Budějovice, a.s.

### Příloha č. 3: Schválení výzkumného šetření Nemocnice Na Františku

#### Žádost o provádění výzkumného šetření v NNF za účelem studijních prací

Jméno a příjmení žadatele	IVA JANAČKOVÁ
Datum narození	25.2.1989
Adresa trvalého bydliště	T. B. MASARYKA 116, ČESKÝ KRUMLOV
Kontaktní telefon	723 907 860
Kontaktní email	ivajanačkova@seznam.cz
Název vzdělávací instituce, kde žadatel studuje	Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Anotace výzkumu	Výzkum zkouší jako předklad pro svou bakalářskou práci. Týká se problematiky podávání ošpičky ve zdrav. zařízeních a způsobech poskytování mléka u hospitaliz. pacientů a zjištění míry komunikace o mléčné terapii.
Způsob provádění výzkumu	Formou anonymního dotazníku.
Oddělení, na kterém bude výzkum prováděn	Všechna oddělení
Doba trvání výzkumu (od – do)	1.3.2021 – 31.3.2021
Způsob ochrany osobních údajů pacienta (GDPR), tj. přesně uvést, jak budou data získávána, kde budou uloženy zdrojové formuláře, v jaké formě budou data dále zpracovávána	Dotazník je anonymní. Data budou statisticky zpracována Po dokončení budou dotazníky zničeny

V Praze dne 15.3.2021  
V čestném čtení

  
Podpis studenta

V Praze dne 19.3.2021  
doc. Budějovicích

  
Podpis garanta výzkumu (vedoucí stud. práce)

Vyjádření a podpis hlavní sestry/náměstka LPP

souhlasím  nesouhlasím

.....  
Podpis hlavní sestry/náměstka LPP

## Příloha č. 4: Schválení výzkumného šetření Nemocnice Český Krumlov

Vážená paní  
Mgr. Mária Vyhliďalová, MBA  
Hlavní sestra  
Nemocnice Český Krumlov a.s.

### ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní Vyhliďalová

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici v Českém Krumlově a.s., které by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.

Cílem práce je zmapovat vědomosti nelékařských zdravotnických pracovníků o sippingu a zjistit, zda sipping využívají jako doplněk při léčbě u pacientů. Dalším cílem je zjistit míru spolupráce mezi všeobecnou sestrou a nutričním terapeutem v daném zařízení. Přínosem by měla být pro ostatní sestry a studenty oboru všeobecná sestra.

Výzkumné šetření bude provedeno formou krátkého dotazníku. Výsledky budou zpracovány anonymně a vyhodnoceny statistickými metodami. Závěrečná práce bude zpracována pod odborným dohledem Mgr. Michaely Abrmanové.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Iva Janáčková  
studentka oboru všeobecná sestra  
Zdravotně sociální fakulta  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
email: [ivajanackova@seznam.cz](mailto:ivajanackova@seznam.cz), tel. 723907860

S výzkumným šetřením:

SOUHLASÍM  
 NESOUHLASÍM

Dne: 9.3.2021

**NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s.**  
Nemocniční 429, Horní Brána  
Podpř. 01, Český Krumlov, .....  
Mgr. Mária Vyhliďalová, MBA  
hlavní sestra  
Tel. 380 761 166, mobil: 777 741 117