

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úloha sestry ve výživě klientů po vybraných operacích střev

Bakalářská práce

Vedoucí práce :

Mgr. Alena Machová

2012

Autor :

Alena Máchová

Abstrakt - Úloha sestry ve výživě klientů po vybraných operacích střev

Tato práce popisuje dnešní způsob stravování, vliv výživy organismu na zdraví jedince, přípravu na operační zákrok na zažívacím traktu a s ní spojené kolísání hmotnosti klienta. Součástí práce je i úloha sestry v péči o klienta v předoperačním i pooperačním období, spolupráce sestry s nutričním terapeutem a edukace klienta a jeho rodiny v oblasti výživy. Také se zabývá doplněním chybějící energie organismu klienta pomocí nutričních výrobků. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou částech. V kvalitativní části byl stanoven cíl 1 : Zjistit stravovací návyky klientů před operací, cíl 2 : Zjistit průměrný hmotnostní úbytek při přípravě na operaci střev, cíl 3 : Zjistit informovanost klientů o nutriční výživě a cíl 4 : Zmapovat přístup klientů k nutričním produktům. K těmto cílům byly stanoveny tyto výzkumné otázky : 1 - Jaká jídla klienti konzumují?, 2 - Jaký je hmotnostní úbytek při přípravě na operaci střev?, 3 - Jaké mají klienti informace o nutriční výživě? a 4 - Jaký je přístup klientů k nutriční výživě? Pro zjištění odpovědí na výzkumné otázky byl použit hloubkový rozhovor s klienty nemocnice Tábor. Cíl 1 byl splněn, výsledkem výzkumného šetření bylo zjištění, že stravovací návyky klientů nebyly v souladu se zdravou a pravidelnou stravou. Cíl 2 byl také splněn, hmotnostní úbytek při přípravě na operaci střev, jak potvrdil výzkum, závisí na délce trvání obtíží klienta před nástupem hospitalizace. Cíl 3 byl splněn, klienti znají obsah pojmu nutriční výživa na základě vlastní zkušenosti. Cíl 4 byl splněn, nutriční produkty berou klienti jako přídavek k běžné stravě, který urychluje uzdravovací proces a slouží ke zlepšení výživy organismu. Kvantitativní část výzkumného šetření měla za cíl : Zjistit informovanost ošetřovatelského personálu o možnostech nutriční výživy. K tomuto cíli byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza 1 : Sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení jsou informované o nutriční výživě. Hypotéza 2 : Sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení monitorují vliv výživy na zdravotní stav klienta. Pro potvrzení hypotéz byl použit dotazník pro sestry lůžkových chirurgických oddělení nemocnice Tábor, Písek a České Budějovice. Stanovené hypotézy 1 a 2 byly potvrzeny. Výsledkem výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení jsou

informované o nutriční výživě a že při příjmu klienta na oddělení provádí nutriční screening, o čemž svědčí 98,7 % kladných odpovědí v dotazníkovém šetření a že monitorují vliv výživy na zdravotní stav klienta, jak dokládá 90,91 % kladných odpovědí respondentů dotazníkového šetření. Výzkum ukázal, že výživa je nedílnou součástí léčby. Na základě výsledků výzkumného šetření byla vytvořena brožura o nutriční výživě pro klienty a ošetřovatelský personál chirurgického oddělení, která bude používána v praxi jako pomocný průvodce v možnostech využití výrobků nutriční výživy.

The nurse's role in the nutritional care for clients after selected intestine operations

This thesis describes an existing way of catering, influence of organism's nourishment on the person's health, preparation for surgery of the alimentary tract and related variations of the client's weight. A part of the thesis includes the nurse's role in the nutritional care for a patient before as well as after operation, cooperation of the nurse with a nutritional therapist and education of a client and his/her family in the field of nourishment. It also deals with nutritional supplements to make up for lack of energy of the client. The research was carried out in two parts. The qualitative part includes objective 1: to find out eating habits of clients before an operation. Objective 2: to find out an average weight loss during the preparation for an intestine operation. Objective 3: to find out client's foreknowledge of nourishment. Objective 4: to map the approach of the clients to nutritional products. These objectives were assigned with these research questions: 1 - What meals do the clients consume? 2 - What is the average weight loss during the preparation for the intestine operation? 3 - What is the client's foreknowledge of nourishment? 4 - What is the client's approach to nourishment? In order to find out responses to the research questions, a depth interview with the clients of the hospital in Tábor was conducted. Objective 1 was fulfilled and the findings showed that the eating habits of the clients were not in compliance with a healthy and regular diet. Objective 2 was fulfilled as well. As confirmed by the research, the weight loss during the preparation for the intestine operation is dependent on the length of the client's troubles before the operation. Objective 3 was fulfilled. The clients have a notion of the nourishment meaning based on their knowledge. Objective 4 was fulfilled. The clients take nutritional products to supplement the regular diet, which supports recovery and improves organism's nourishment. The quantitative part of the research was intended to find out knowledge of the nursing staff about possibilities of nourishment. This objective was assigned with two hypotheses. Hypothesis 1: Nurses working at the inpatient surgical unit are informed about nourishment. Hypothesis 2: Nurses working at the inpatient surgical unit monitor the influence of nourishment on

the client's state of health. In order to confirm the hypotheses, a questionnaire for nurses working at the inpatient surgical units in the hospital in Tábor, Písek and České Budějovice was carried out. The determined hypotheses 1 and 2 were confirmed. The research resulted in the fact that the nurses working at the inpatient surgical units are informed about nourishment and that when a patient is accepted to the unit, the nurses make a nutritional screening, which is evidenced by 98.7% of positive responses in the questionnaire, and that the nurses monitor the influence of nourishment on the client's state of health as documented by 90.91% of positive responses of the respondents to the questionnaire. The research showed that nourishment is an integral part of the treatment. Based on the findings of the research, a brochure of nourishment for the clients and nursing staff of the surgical unit was developed, which is intended to be used in practice as a handbook of possibilities of nutritional product use.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci: „Úloha sestry ve výživě klientů po vybraných operacích střev“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum.....

.....
podpis studenta

Poděkování

Tímto bych velmi ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za cenné rady a připomínky, které mi udělila, za její čas, jež mi věnovala, a velice příjemnou spolupráci při zpracování mé práce. Mé poděkování patří i kolegyním na pracovišti a mé rodině za jejich pochopení a podporu při studiu.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Anatomie a fyziologie zažívacího traktu	5
1.1.1 Dutina ústní.....	5
1.1.2 Hltan a jícen	5
1.1.3 Žaludek	6
1.1.4 Tenké střevo, tlusté střevo a konečník.....	7
1.2 Onemocnění zažívacího traktu, zejména střev, v souvislosti s výživou klientů	8
1.2.1 Refluxní choroba.....	9
1.2.2 Vředová choroba.....	9
1.2.3 Idiopatické střevní záněty	10
1.2.3.1 Crohnova choroba.....	10
1.2.3.2 Ulcerózní kolitida	11
1.2.4 Polypy na střevech	11
1.2.5 Divertikulitida.....	12
1.3 Výživa - základní biologická potřeba člověka.....	12
1.3.1 Základní složky stravy	13
1.3.2 Minerální látky.....	14
1.3.3 Vitamíny	17
1.3.4 Vlákna.....	19
1.3.5 Voda.....	20
1.4 Nutriční výživa	21
1.4.1 Malnutrice způsobená nemocí	21
1.4.2 Přípravky enterální výživy.....	22
1.4.3 Sledování klientů v ordinaci nutriční výživy.....	23
1.5 Operace střev a dopad na klienta	23
1.6 Přípravná vyšetření k operaci střev.....	24
1.6.1 Rektoskopie	25
1.6.2 Kolonoskopie	25
1.6.3 Irrigografie	26

1.6.4 Enteroklýza	27
1.6.5 Další vyšetření zažívacího traktu	27
1.7 Operace střev	27
1.8 Úloha sestry při péči o klienta s onemocněním střev	29
1.9 Ošetřovatelský proces u klienta po operaci střev se zaměřením na výživu.....	30
1.9.1 Ošetřovatelská anamnéza.....	30
1.9.2 Úloha sestry v předoperačním vyšetření a při přípravě na operaci střev	31
1.9.3 Ošetřovatelské diagnózy v předoperační přípravě související s výživou	33
1.9.4 Úloha sestry v pooperační péči se zaměřením na výživu	34
1.9.5 Ošetřovatelské diagnózy v pooperační péči související s výživou	35
2. Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy	37
2.1 Cíle práce ke kvalitativní části výzkumného šetření	37
2.2 Výzkumné otázky ke kvalitativní části výzkumného šetření.....	37
2.3 Cíle práce ke kvantitativní části výzkumného šetření	37
2.3 Hypotézy ke kvantitativní části výzkumného šetření	37
3. Metodika	38
3.1 Metodika práce	38
3.2 Výzkumný soubor.....	39
4. Výsledky	40
4.1 Rozhovory s klienty	40
4.1.1 Výsledky rozhovorů s klienty kategorizované do tabulek.....	43
4.2 Výsledky dotazníkového šetření	46
5. Diskuze	64
6 Závěr	69
7. Literatura.....	71
8. Klíčová slova	74
9. Přílohy.....	75
9.1 Seznam příloh	75

Úvod

„Necht' je lék potravou a potrava lékem.“ (Hippokrates).

Člověk je bytost plná potřeb, jakmile je jedna potřeba, což vlastně znamená nedostatek něčeho, uspokojena, objeví se potřeba jiná. V ošetrovatelství se řídíme teorií motivace, kterou vytvořil Abraham Herold Maslow. Pro nás, ošetrovatelský personál, je velmi důležité vypořádané zjištění, že člověk s uspokojenými, byť základními potřebami je mnohem spokojenější než člověk, který trpí nějakým nedostatkem. V teorii motivace je zdůrazněno těsné spojení filozofie a psychologie, což v praxi znamená, že člověka je třeba na splnění jeho potřeb psychicky zainteresovat a rozvíjet jeho zájem o své uspokojení. Každý člověk má trochu jiný žebříček hodnot, a proto má i jiné upřednostňování jednotlivých potřeb, ale troufám si říct, že potřeba jídla patří u převážné většiny lidí k těm základním potřebám. (1)

Pracuji na chirurgickém oddělení, a to na septické části, takže klienti, kteří jsou u nás hospitalizováni, mívají nejrůznější deficity potřeb. Jde většinou o starší klienty a jejich onemocnění si vyžaduje dlouhodobější léčbu. Čím je léčba zdlouhavější a čím více člověka omezuje v jeho osobním životě, tím je rozmrzelejší a netrpělivější. V dospělém věku se většinou stravuje ve spěchu a bez výběru hodnotné stravy. A pokud se jedná o staršího člověka, klesá u něj vlivem hormonálních změn s přibývajícím věkem pocit hladu, a pokud takový člověk žije v domácnosti sám, jeho jídelníček se stane jednotvárným a nedostatečným pro organismus, a to jak v příjmu tekutin, tak živin. Svou bakalářskou práci chci věnovat potřebě výživy organismu, která je, zvláště v nemoci a s přibývajícím věkem, hodně opomíjena. Člověk se soustředí na bolest nebo na momentální životní situaci a otázky výživy odsouvá do pozadí.

K lékaři klienta většinou přivedou zdravotní potíže, které vážně narušují jeho běžný osobní nebo pracovní život. Není výjimkou, že tyto potíže jsou provázeny různými bolestmi. Pokud se jedná o onemocnění zažívacího traktu, bývají tyto potíže provázeny nechutenstvím, které je důsledkem samotného onemocnění, obav, stresu i bolestivých projevů nemoci. (2)

V dnešní uspěchané době se jídlo odbývá a nevěnuje se pozornost ani jeho

kvalitě, ani přípravě, a už vůbec se nedbá na pravidelnost a pohodu při jídle. Krátkodobé hladovění člověka neohrozí, ale pokud se objeví závažné onemocnění trávicího traktu, jde o velký zásah do výživy organismu. Může jít o akutní stav, který vyžaduje urgentní operační zákrok, nebo následuje řada vyšetření, jež sebou nesou náročné přípravy, kdy klienta čeká nepříjemné lačnění. A tak klient opakovaně hladoví a je narušen i jeho pitný režim. Tato vyšetření spolu s psychickým stavem klienta, kdy má obavy z výsledků vyšetření, mají negativní vliv na výživu organismu a klient se dostává do rizika podvýživy. (3, 4)

Cílem této práce je zjistit stravovací návyky klientů před operací, popřípadě jejich hmotnostní úbytek a úbytek hmotnosti při samotné přípravě na operaci. Ráda bych také zmapovala vědomosti klientů a ošetrovatelského personálu o nutriční výživě, která slouží jako doplněk stravy a někdy může stravu i zcela nahradit.

Výsledky práce bych ráda uveřejnila v informační brožurce, která by pomohla jak klientům, tak ošetrovatelskému personálu, hlavně na chirurgických odděleních, v orientaci v nutriční výživě, ve výrobcích, jež je možno použít a v neposlední řadě i ve výhodách této výživy.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie zažívacího traktu

Veškerá přijímaná strava prochází zažívacím traktem, kde dochází ke vstřebávání živin a vylučování odpadních produktů. Jde o trubicový systém, do kterého ústí žlázy, jež se podílejí na metabolismu živin. Trávicí trubice prochází dutinou ústní, hltanem, jícnem, žaludkem, tenkým a tlustým střevem a končí konečníkem. (5, 6)

1.1.1 Dutina ústní

Dutina ústní (cavitas oris) je prostor, jenž je od dutiny nosní oddělen horním patrem a tvářemi a rty je oddělen od venkovního prostoru. Spodinu dutiny ústní tvoří jazyk a spodní čelist. Dutina ústní je rozdělena oblouky horní a dolní čelisti na předšní dutiny ústní (vestibulum oris) a vlastní dutinu ústní (cavitas oris propria). [5, 6]

Zuby (dentes) slouží k rozkousání potravy. Jazyk (lingua) potravu dále rozmělnjuje, obaluje slinami a posouvá do hltanu. Sliny jsou produktem slinných žláz, jež leží mimo dutinu ústní, ale jsou s ní spojeny trubicovými vývody. Největší je příušní žláza (glandula parotis), která je uložena na tváři před boltcem ušním a ústí do předsíně. Podčelistní žláza (glandula submandibularis) a podjazyková žláza (glandula sublingualis) ústí na slinné bradavce pod volnou částí jazyka. Sliny obalují a slepují rozmělněnou potravu a zvlhčováním dutiny ústní zabraňují poranění sliznice ostrými a suchými úlomky potravy. Součástí slin je hlenovitá bílkovina mucin, která tvoří sliny vazké a lepivé, a enzym ptyalin, který štěpí škroby na jednoduché cukry. (5, 6)

1.1.2 Hltan a jícen

Hltan (pharynx) se nachází pod spodinou lebeční a v úrovni prstencové chrupavky hrtanu přechází do trubicovitého jícnu. Má tři části – nosohltan (nasopharynx), ústní část hltanu (oropharynx) a dolní část hltanu (laryngopharynx). Stěnu hltanu tvoří příčně pruhovaná svalovina, která umožňuje sevření a zdvižení hltanu, a tím vzniká polykací akt. Při polykání zvednuté měkké patro uzavírá choany

(široké otvory dutiny nosní ústící do nosohltanu) a příklopka hlasová (epiglottis) vchod do hrtanu a sousto je posunuto do jícnu. Vstup do ústní části hltanu je ohraničen kořenem jazyka a měkkým patrem, je zde prohlubeň, jejíž dno vyplňuje patrová mandle. Patrová mandle společně s lymfatickou tkání, která je v podslizničním vazivu celého hltanu, chrání organismus na začátku trávicí trubice proti choroboplodným zárodkům z potravy a vzduchu. (5, 6)

Jícen (oesophagus) slouží jen k posunu potravy do žaludku. V horní části jícnu je příčně pruhovaná svalovina a sousto zde prochází rychle, v dolním úseku hladká svalovina vykonává při polykání peristaltické pohyby a sousto je aktivně posunováno smršťováním svaloviny. Pokud dojde k zúžení jícnu z důvodu zánětu nebo nádoru, objeví se porucha polykání, která je provázena pocitem tlaku za hrudní kostí. (5, 6)

1.1.3 Žaludek

Žaludek (gaster) je uložen v horní třetině dutiny břišní pod levou brániční klenbou. Skládá se ze tří oddílů, a to kardie (česla), do níž ústí jícen a která přechází v tělo žaludku (corpus), a pyloru (vrátníku), jež tvoří silný svěrač bránící průchodu obsahu žaludku do dvanáctníku. Tělo žaludku se vyklenuje pod levou brániční klenbu jako žaludeční fundus a má i dvě zakřivení – malou a velkou křivaturu. Sliznice žaludku je složena v podélné řasy a na jejím povrchu jsou vývody četných žlázek, jež produkují ochranný hlen (mucin) a žaludeční šťávu (kyselinu chlorovodíkovou a pepsin). [5, 6]

S přicházející potravou se žaludek postupně rozvinuje a svalstvo žaludku začne vykonávat pomalé rytmické stahy, kterými se potrava promíchává a dále rozmělnjuje. Sekreci žaludeční šťávy vyvolá nervus vagus, který začne svou činnost při podávání jídla nebo již při zmínce o jídle, a další spouštěcí mechanismus je chemické působení látek, uvolňovaných ze samotné potravy, jež drážděním žaludeční sliznice uvolní hormon gastrin a ten vyvolá tvorbu žaludeční šťávy. Žaludeční sliznice dokáže vstřebat alkohol, některé léky a soli. Kyselina chlorovodíková okyselí obsah žaludku, usmrcuje choroboplodné zárodky, ničí kvasinky a tím zabraňuje kvašení žaludečního obsahu. Působením kyseliny chlorovodíkové se rozkládá zelenina a aktivuje pepsin. Pepsin je

enzym, jenž štěpí bílkoviny na jednodušší bílkovinné složky. Ve stěně žaludku se tvoří i zvláštní bílkovina – vnitřní faktor, která umožňuje vstřebávání vitamínu B₁₂ ve střevě. (5, 6)

Jestliže dojde k poruše dolního jícnového svěrače, může dojít k regurgitaci kyselého žaludečního obsahu do jícnu a to vyvolá pyrózu, popřípadě zánět či zvrhodovatění sliznice jícnu (refluxní nemoc jícnu). Také porucha mucinové ochrany nebo nadměrná acidita žaludeční šťávy může způsobit peptický vřed v žaludku nebo duodenu. (5, 6)

1.1.4 Tenké střevo, tlusté střevo a konečník

Tenké střevo má tři části – dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Hladká svalovina tenkého střeva zajišťuje peristaltické pohyby krátkých úseků střeva, které slouží k promíchání a posunu střevního obsahu směrem k tlustému střevu. Vnitřní povrch tenkého střeva je mnohonásobně zvětšen slizničními řasami a mikroskopickými paličkovitými výběžky (klky). Četné mukózní žlázy ve sliznici tenkého střeva produkují střevní šťávu, která je hlenovitá a slabě zásaditá a chrání tak sliznici střeva před účinky kyselého obsahu přicházejícího za žaludku. Začátek duodena je rozšířený a tvoří bulbus (D1). Na sliznici sestupné části duodena (D2) je papilla Vateri (papilla duodeni major), kde ústí vývod pankreatu a žlučovod. Tato papila má svěrač, jenž uzavírá oba vývody. Nad touto papillou je ještě jedna menší papilla duodeni minor (Santorini), kde ústí přídatný vývod pankreatu. I tyto šťávy neutralizují kyselou žaludeční šťávu ze žaludku. (5, 6)

V duodenu a části jejuna dochází k promíchání žaludečního obsahu a k štěpení bílkovin, cukrů a tuků na aminokyseliny a nejjednodušší snadno vstřebatelné cukry. V druhé části tenkého střeva se řasy snižují a převažuje zde resorpce aminokyselin, jednoduchých cukrů, tuků a vitamínů do krevního a lymfatického oběhu. V distálním ileu dochází k resorpci žlučových kyselin a vitamínu B₁₂. Žilním oběhem se látky dostávají do jater. (5, 6)

Zrychlená peristaltika vyvolá rychlý průchod potravy a průjem. Naopak zpomalení peristaltiky až její zástava vyvolá zácpu. (5, 6)

Tlusté střevo (tračník) se dělí na několik úseků – na slepé střevo (coecum), vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník a esovitou kličku (sigmoideum). Peristaltické pohyby jsou podobné pohybům tenkého střeva a obsah pobývá v tlustém střevě 8-12 hodin. Stěna tlustého střeva je poměrně tenká, protože je redukována její svalová vrstva, a proto se příčně vyklenuje a tvoří haustra. Sliznice nemá klky a hlenové žlázy produkují množství hlenu, který ji chrání před poškozením látkami vznikajícími kvašením cukrů, tuků a hnitím bílkovin a také chrání organismus před jejich resorpcí do krevního oběhu. V tlustém střevě dochází k resorpci vody a minerálních látek, zahuštění střevního obsahu a dokončení trávení hnitím a kvašením zbytků potravy. Hnitím bílkovin se vytváří fenol, sirovodík, mastné kyseliny a takzvané mrtvolné jedy. (5, 6)

Na tlustém střevě často vznikají divertikly v důsledku intraluminálního tlaku, a to zejména u starších lidí trpících zácpou. Tyto divertikly se mohou zanítit a perforovat nebo mohou být zdrojem krvácení. (5, 6)

Konečník (rectum) je posledním úsekem tlustého střeva a ústí na povrchu těla řitním (análním) otvorem. Rectum tvoří v pánevní dutině prostornou ampuli a jeho svalovina tvoří tři svěrače. Dva jsou z hladké svaloviny a nepodléhají vůli, třetí tvoří příčně pruhované svalstvo a tím je ovládáno vyprazdňování střeva. K defekaci dochází, když se naplní ampule konečníku a napětím stěny se vyvolá pocit nucení na stolicí. Svěrače recta ochabují a břišní svaly společně s bránicí zvyšují tlak na koncový úsek střeva a dochází k jeho vyprázdnění. (5, 6)

Defekační reflex lze vůli potlačit, ale opakované potlačení vede k ochabnutí svaloviny recta a ke vzniku chronické zácpy (obstipace). V podkoží análního otvoru jsou bohaté žilní pleteně, které mohou vytvořit uzly (hemeroidy), jež bývají zdrojem silného krvácení. (7, 8)

1.2 Onemocnění zažívacího traktu, zejména střev, v souvislosti s výživou klientů

V České republice onemocní každým rokem asi 8000 lidí nádorem tlustého střeva a konečníku a asi 5000 klientů na toto onemocnění každý rok zemře. Jde

o největší výskyt i mortalitu na světě. Přitom jde o onemocnění, které je poměrně dobře léčitelné. Vznik onemocnění je závislý na rodinné anamnéze, na věku klienta a na životním stylu. Také strava s vysokým obsahem živočišných tuků, červeného masa, nízkým obsahem vlákniny, vitamínu C a kyseliny listové, jako i nadbytečná konzumace alkoholu a nadváha patří mezi rizikové faktory vzniku nádorů střev.(9, 10)

1.2.1 Refluxní choroba

Toto onemocnění není sice onemocnění střev, ale na výživu klienta má velký dopad. Jedná se o onemocnění, které úzce souvisí s celkovým příjmem potravy klienta a následným dostatečným zásobením organismu potřebnými živinami. U tohoto onemocnění též dochází k hmotnostním úbytkům, někdy se jedná o úbytek terapeutický. Nechtěný úbytek na hmotnosti je třeba hradit náhradní výživou a úpravou stravy. (8)

Gastroezofageální reflux (GERD) je onemocnění, při kterém je velkým rizikovým faktorem obezita a vymizení *Helicobakteru pylori*. Onemocnění je provázáno pyrózou a zpětným návratem kyselého žaludečního obsahu. Účinná medikamentózní léčba je antacidy a algináty. Chirurgickou terapii zastupuje laparoskopická antirefluxní plastika = fundoplikace, jejímž účelem je omezení návratu žaludečního obsahu do jícnu. Nedílnou součástí léčby je také snížení hmotnosti a úprava stravy. (8)

1.2.2 Vředová choroba

I toto onemocnění není zcela onemocnění střev. Známe dva druhy vředů, jednak v oblasti žaludku a pak v duodenu. Oba typy vředů způsobují klientovi diskomfort ve stravování a mají vliv na hmotnost klienta. (8)

Jde o náhlé onemocnění, které vzniká z pocitu plného zdraví, má rychlý průběh a může ohrozit i život klienta. Jde o onemocnění, při němž je porušena ochranná vrstva stěny sliznice žaludku nebo duodena. Vředová choroba gastroduodena tvoří z 80 % nejčastější zdroj krvácení do horního GIT. Jde tedy o nejčastější krvácivé onemocnění zažívacího traktu a krvácení bývá prvním zjevným projevem onemocnění. Při vředové chorobě dochází také k pohybu hmotnosti, a to podle typu vředu, buď se jedná o úbytek, nebo naopak klient přibere na hmotnosti. (8)

Na zklidnění akutního stavu pomáhají antacida. Vředy lze odstranit pomocí ezofagogastroskopie, jejíž pomocí lze také zastavit krvácení. Druhým typem řešení je chirurgické řešení – resekce části žaludku nebo duodena. Po operaci má velký význam strava, která musí být šetrná a v menších porcích. Zde je důležitá úloha sestry, aby klienta poučila a seznámila s dietou, a také je to vhodná příležitost pro podání nutriční výživy.(8)

U žaludečního vředu je hlavní vyvolávající příčinou Helikobakter pylori, ale příčinou mohou být i léky, stres, nutriční chyba a nezdravý způsob života, či jiná orgánová onemocnění, třeba onemocnění jater. Jde o sezónní onemocnění, kdy se potíže objevují na jaře a na podzim po obdobích klidu. Bolesti v epigastriu se objevují většinou po jídle, a proto klient jídlo odmítá a hubne. (8)

U duodenálního vředu bolest přichází nalačno, tak 2 a více hodin po jídle, a typické jsou noční hladové bolesti. Bolest se utiší jídlem, a proto při tomto onemocnění klient spíše přibere na váze, může se také objevit pocit překyselení žaludku. (8)

1.2.3 Idiopatické střevní záněty

Vznik těchto onemocnění v závislosti na stravě nebyl zcela prokázán, ale zdá se, že zvýšený příjem cukrů a cukrovinek stejně jako nedostatek vlákniny a vitamínů vede k častějšímu vzniku onemocnění. Vliv má určitě i životní styl, častější užívání antibiotik, zvýšená míra dezinfekce prostředí v okolí dítěte a kratší doba kojení. (7, 8)

U pacientů v relapsu Crohnovy choroby i ulcerózní kolitidy byly nalezeny vyšší hladiny protilátek proti bílkovinám mléka nebo různých mas. Tyto protilátky ale pravděpodobně vznikají jako následek zvýšené propustnosti střevní stěny a nejsou známkou vyvolávající onemocnění. (7, 8)

1.2.3.1 Crohnova choroba

Toto onemocnění patří mezi idiopatické střevní záněty, jde o onemocnění neznámé etiologie. Onemocnění probíhá ve vlnách relapsů a remisí zánětu a je medikamentózně i chirurgicky nevléčitelné. Velký vliv na vznik onemocnění má

genetika. Pozitivní rodinná anamnéza Crohnovy choroby je nejsilnějším faktorem vzniku onemocnění. Nermalou měrou se na vzniku zánětů podílí i cytotoxiny některých kmenů *Escherichii coli*, naopak Probiotika zvyšují koncentraci fekálního IgA a podílejí se na zvýšení rezistence střevní sliznice. Z vnějších vlivů můžeme uvést kouření, které vede k relapsům onemocnění. V léčbě se osvědčila mnohaměsíční léčba antibiotiky, především chinolony nebo metronidazolem. (7, 8)

1.2.3.2 Ulcerózní kolitida

I toto onemocnění patří mezi idiopatické střevní záněty a je označováno též jako idiopatická proktokolitida. Jde o hemoragicko-katarální zánět, který se šíří po sliznici tlustého střeva. Postihuje vždy rektum a část, nebo celé, tlusté střevo. Také toto onemocnění prochází relapsy a remisemi zánětů. A ani u tohoto onemocnění nelze medikamentózně dosáhnout úplného vyléčení. Definitivně vyléčit lze ale chirurgicky, a to proktokolektomií. Pro vznik onemocnění má velký vliv opět pozitivní rodinná anamnéza a střevní mikroflóra. I zde se v léčbě osvědčila mnohaměsíční léčba antibiotiky, především chinolony nebo metronidazolem. Oproti Crohnově chorobě u ulcerózní kolitidy působí kouření příznivě, choroba se objeví u bývalých kuřáků po půl až jednom roce po zanechání kouření. Dosud není objasněno, z jakých příčin. (7, 8)

1.2.4 Polypy na střevech

Polyp je vyvýšenina nad úroveň sliznice střeva. V 90 % je předchůdcem vzniku nádorů konečníku a tlustého střeva. Polyp tlustého střeva může být nenádorový – hyperplastický (nejčastěji v rektosigmoideu), juvenilní (u dětí do 5 let), Peutz-Jeghersův hamartomatozní (tenké střevo a žaludek, je zvýšená pigmentace a vyšší předpoklady karcinomu), zánětlivý (při ulcerózní kolitidě a m. Crohn), lymfoidní (hyperplazie lymfoidní tkáně mukózy i submukózy, jež je pokrytá epitelem prorostlým zánětlivými buňkami) nebo nádorový – tubulární adenom (většinou v rektosigmoideu), vilózní adenom (výskyt nad 50 let věku, nejčastěji v rektosigmoideu), tubovilózní adenom, familiární polypóza (mnohočetné tubulární adenomy), Gartnerův syndrom (někdy se

jedná i o Ca duodena a štítné žlázy) a Turkotův syndrom (u polypózy a nádorů CNS). Při polypech tlustého střeva dochází k uvolňování erytrocytů do stolice, a tak lze onemocnění včas objevit pomocí hemokultu nebo následně pomocí koloskopie. Doktorka Kristin Wallace z Dartmouth Medical School z Libanonu v New Hampshire zjistila a v roce 2004 i uveřejnila v časopisu Journal of the National Cancer Institute, že doplnění stravy o vápník pomáhá proti vzniku polypů tlustého střeva. (11)

1.2.5 Divertikulitida

Divertikl je vyklenutí střevní stěny. Známe pravý divertikl, to je vyklenutí všech vrstev střevní stěny, a nepravý, kdy se otvorem v ostatních vrstvách, většinou v místě cévy, vyklene pouze sliznice. Divertikl vznikne vždy v místě oslabené stěny střevní. Příčinou bývá strava chudá na vlákninu, v důsledku toho dochází k zácpám, příliš tuhé stolici a zvýšení tlaku uvnitř střev, což vede k oslabení stěny střevní. Divertikulóza je mnohočetný výskyt divertiklů, jejichž výskyt je nejvíce v colon descendens a sigmatu. (8)

Divertikulitida je zánět divertiklů. Stagnace stolice v divertiklu působí dráždění střevní stěny a vyvolá zánět, který se většinou projeví břišní kolikou a náhlou příhodou břišní. Léčbou je operace s resekci postiženého úseku střeva a následná šetřící dieta s dostatečným přísunem tekutin, omezením tuků a dostatkem vlákniny. (8)

1.3 Výživa - základní biologická potřeba člověka

Pod pojmem výživa si můžeme představit doplnění energie organismu pro jeho fungování v současné životní situaci, ve které se jedinec právě nachází. Toto doplnění může být provedeno formou příjmu potravy či tekutin. Výživa je pro organismus důležitá z hlediska dodávání látek pro stavbu, růst, energii a obranyschopnost organismu. Jde o jednu ze základních biologických potřeb člověka a její uspokojování patří mezi prvořadě ošetrovatelské cíle. Zde se uplatňuje úloha sestry, která je nápomocná klientovi při úpravě jeho životosprávy. Výživa jedince ale může být různá, může pokrývat nároky organismu, anebo je její složení buď nadbytečné, či nedostatečné

potřebám organismu. Nemalou úlohu při tom hrají osobní chutě klienta a jeho životní styl a zaběhnutý režim dne se stravovacími návyky. Při onemocnění zažívacího traktu je výživa organismu spíše nedostatečná a nedobrovolné ubývání energetických zásob organismu vede ke snížení tělesné aktivity a k celkovému zhoršení adaptability organismu. (12, 13)

Abychom se vrátili k výživě jako takové, složení stravy je důležité už od narození a má velký vliv na prospívání organismu. To se netýká jen základních složek potravy, které se mnohde v literatuře uvádějí jako potravinová pyramida, ale i pochutin a koření, kterým je jídlo dochucováno. Složky našeho jídelníčku tvoří bílkoviny, cukry a tuky, minerály, stopové prvky a vlákniny. Tyto prvky jsou přijímány v různých potravinách a jejich výskyt je rozdílný podle druhu přijímané stravy, podle konečné úpravy potravin, v kterých se vyskytují, a v neposlední řadě i podle chuti samotného příjemce stravy. V každém případě platí, že organismus by měl dostávat stravu, kde jsou všechny složky výživy zastoupeny ve vyváženém poměru, který odpovídá věku a potřebám organismu. (14, 15)

1.3.1 Základní složky stravy

Mezi základní složky potravy patří bílkoviny (proteiny), které jsou základními stavebními kameny všech tkání a podílí se na jejich tvorbě i na eventuelní obnově tkání (příloha 1). Bílkoviny jsou složité molekuly, jež tvoří různé aminokyseliny. Mohou sloužit i jako zdroj energie, a to tak, že si je organismus rozkládá na potřebnou energii a toxický dusík. Nevýhodou je, že dusík pak zatěžuje především játra a ledviny, jež musí formou močoviny toxické látky z těla vyloučit. Toto získávání energie není tudíž pro organismus příliš výhodné a v době nemoci dokonce zaměstnává organismus na úkor léčebného procesu. Nedostatek bílkovin v dětském věku znamená zpomalení až zastavení růstu a má za následek i horší schopnost obnovy tkání. Hodnotnější pro organismus jsou bílkoviny živočišného původu, protože neobsahují tolik vláknin a škrobů jako rostlinné bílkoviny, ale obsahují všechny nezbytné aminokyseliny důležité pro organismus. (13, 16)

Druhou základní složku stravy tvoří cukry (sacharidy). Tvoří nejlepší zdroj

energie pro organismus, její získání je mnohem jednodušší než u bílkovin (příloha 1). Glukóza je základním zdrojem energie pro mozek a přebytečné množství glukózy organismus mění na glykogen, který slouží v případě potřeby jako rychlý zdroj energie. Cukry známe jako monosacharidy nebo jako disacharidy. Pro organismus znamená přísun cukru v jednoduché podobě tedy snadný zdroj energie, a tak z hlediska výživy je lepší, pokud tuto energii získává v podobě polysacharidů, jako jsou škroby obsažené v bílkovinách a bramborech, které musí teprve rozkládat, a tak získávání energie je pomalejší a organismus není tolik zatížen. Nadměrná konzumace sladkého v dětském věku vede ke zvýšené kazivosti zubů a k obezitě, a naopak nedostatek cukru se projevuje nadměrnou štíhlostí až přehnanou hubeností. Nedostatek cukru se také projevuje nervozitou, špatnou náladou, může vést k hypoglykémii a ta způsobí pocit nevolnosti a slabosti. V případě hypoglykémie je vhodné podat jednoduchý cukr, který okamžitě upraví situaci, ale nemá dlouhodobý výživný účinek. Organismus umí nadbytečnou energii uchovat tak, že ji přemění na tuky. (14, 17)

Mezi základní složky potravy patří i tuky (lipidy). Tuky v potravě přináší organismu esenciální mastné kyseliny a vitamíny rozpustné v tucích (příloha 1). Pro organismus mají tuky význam hlavně z hlediska jakési zásobárny energie, neboť organismus si nadměrnou zásobu cukrů přetváří na tuky. Nepřehlédnutelný význam je i z hlediska termoregulace a ochrany některých orgánů, které obalují tukové polštáře. Tuky obsahují nenasycené a nasycené mastné kyseliny. Zdrojem nasycených mastných kyselin jsou především živočišné tuky a nenasycené mastné kyseliny naopak najdeme v rostlinných a rybích tucích. Tyto tuky bývají při pokojové teplotě v tekutém stavu. Dalším rozdílem mezi živočišnými a rostlinnými tuky je, že rostlinné tuky snižují hladinu špatného cholesterolu (LDL) a tím snižují riziko aterosklerózy a srdečně-cévních onemocnění. (7, 16)

1.3.2 Minerální látky

Nedílnou součástí naší výživy jsou i vitamíny a minerály. Jsou pro organismus důležité, protože jsou součástí metabolismu. Nadbytek sodíku může způsobit hypertenzi. Také se po přesolených jídlech často objevuje žízeň, neboť sodík na sebe

váže vodu. (13, 15)

Na krevní tlak působí i draslík, hořčík a vápník (příloha 2). Tyto 3 minerály, pokud jsou v přijímané stravě bohatě přítomny, snižují krevní tlak. Draslík je též nutný pro činnost svalů a nervů. Draslík (kalium) je velmi důležitý prvek pro správnou činnost srdce – snižuje krevní tlak, je důležitý i pro svalový tonus, pro činnost mnoha enzymů, pro přeměnu glukózy v glykogen, pro udržení rovnováhy tekutin v organismu – působí jako diuretikum, odstraňuje únavu, užívá se při alergiích, pomáhá snášet vysoké klimatické teploty, podporuje dýchání a vytváří pocity uvolnění a pohody. Organismus si draslík ukládá do svalů, mozku, nervů, kostního morku, pokožky, žaludeční a střevní sliznice, ledvin a jater, je ho však schopen udržet pouze tehdy, má-li dostatek hořčíku. (16, 17)

Vápník je prvek, který je v lidském organismu zastoupen v nejhojnější míře (příloha 2). Je důležitý pro činnost a funkci svalů, nervů, kostí, enzymů a hormonů. Nejvíce se vyskytuje v kostech, zubech a nervech. (14, 16)

Pro lidský organismus je důležitý i hořčík neboli magnezium (příloha 2). Jde o minerál, který je obsažen v kostech, zubech, krvi, nervové a svalové tkáni, zúčastní se všech metabolických dějů v organismu, podporuje využití vápníku v těle, je nezbytný pro normální funkci svalů, pro činnost srdce, pro imunitu. (15, 18)

Nepostradatelný je také fosfor (příloha 2). Je druhým nejčastějším minerálem v lidském těle, vyskytuje se většinou jako sloučenina s vápníkem. Množství fosforu je přibližně 1 % celkové hmotnosti těla a jeho rozložení je 70 % v zubech a kostech a 30 % jako součást krve, srdce, ledvin, mozku a svalů, přičemž v krvi udržuje acidobazickou rovnováhu. Fosfor je tedy odpovědný za správnou stavbu kostí a zubů, působí preventivně proti zubnímu kazu, je nutný pro tvorbu nukleových kyselin, uplatňuje se při metabolizaci tuků a proteinů, podporuje asimilaci vitamínů B₂ a B₃, je nepostradatelný pro pravidelnou činnost srdce, zmírňuje bolesti žil, má protizánětlivý účinek u hnisavých zánětů. Nedostatek i nadbytek fosforu se objevuje jen ojediněle a potíže má organismus pouze pokud je tento stav déle trvajícím. (13, 14)

Pro naši krev je důležité také železo, neboť je součástí červených krvinek, a to hemoglobinu (příloha 2). Organismus si železo ukládá do jater, sleziny a kostní dřeně.

Železo se v potravinách dělí na dvě formy – na hem železo a na non-hem železo. Název hem železo znamená, že dříve bylo součástí hemoglobinu jiných živočichů. Toto železo organismus zpracovává snadněji a bez ohledu na zásoby železa, které má, či na potravinách, které jsou současně s hem železem konzumovány. U non-hem železa je vstřebávání ovlivněno množstvím železa v organismu, pokud je železa málo, je vstřebávání snadnější, než když je železa nadbytek. Železo je minerál, který se velmi špatně vstřebává, organismus vstřebá jen asi 10 % veškerého železa, které přijme potravou. Nejvíce železa potřebují lidé těžce fyzicky pracující, těhotné a kojící ženy a také mladiství. (7, 18)

Dalším důležitým prvkem je jód (příloha 2). Najdeme ho ve všech tkáních lidského těla, i když největší množství je přece jenom ve štítné žláze, kde je jód důležitý pro tvorbu hormonů štítné žlázy. Tyto hormony regulují rychlost metabolismu v buňkách. Organismus neumí jód dlouhodobě skladovat, a tak je závislý na jeho denním přísunu. Jód je v těhotenství zodpovědný za správný mentální vývoj plodu a jeho nedostatek může způsobit i potrat. (13, 15)

Nesmíme zapomenout ani na fluór (příloha 2), který je stavební látkou kostí a zubní skloviny a chrání tak zuby před zubním kazem. Nachází se zde v zastoupení 95 %. Nejdůležitější je přísun fluóru v dětském věku, kdy se zuby i kosti vyvíjí. (16, 17)

Další důležitý prvek je zinek (příloha 2). Je vstřebáván sliznicí tenkého střeva a je to prvek, který je velmi důležitý pro náš imunitní systém, neboť se podílí na tvorbě T-lymfocytů. Je důležitý také pro trávení, neboť se účastní na metabolismu cukrů, tuků a bílkovin, a to účastí v inzulínovém enzymatickém systému. Jeho zásluhou je také snižována hladina cholesterolu v krvi a účastní se i syntézy DNA a tvorby nových tkání. Jeho dalším úkolem je zajištění dostatečné koncentrace vitamínu A v krvi a s tím souvisí i dobré vidění. Dostatek zinku má vliv na naši krásu, máme potom čistou, zdravou pleť a zdravé vlasy. S nedostatkem zinku se můžeme setkat u malnutričních osob, zejména u alkoholiků, nebo u vegetariánů, těhotných či kojících žen a u osob s poruchou vstřebávání. (7, 14)

Pro náš organismus je důležitá i měď (příloha 2). Je důležitá pro tvorbu kostní hmoty a krvetvorbu, pro správné fungování nervového systému. Organismus vstřebává

měď po celé délce tenkého střeva a částečně i v žaludku. Přítomnost vitamínu C a železa zhoršuje vstřebávání mědi, naopak nedostatek mědi v organismu toto vstřebávání zvyšuje. Měď se vylučuje žlučí do gastrointestinálního traktu a pak odchází z těla stolicí. (13, 16)

Pro správnou látkovou výměnu je nutný také křemík (příloha 2). Je to prvek, který podporuje růst, pomáhá při stavbě kostí a pojivové tkáně, kůže, vlasů, nehtů či zubů, kterým dodává pevnost a pružnost, a to vazbou s vápníkem. Podporuje i pružnost cév a tím oddaluje aterosklerózu nebo vysoký krevní tlak. (16, 17)

Důležitým prvkem je i selen (příloha 2). V organismu je zastoupen asi 0,2 mikrogramy, ve větších dávkách je totiž jedovatý. Jeho význam pro organismus je v tom, že zvyšuje obranyschopnost organismu, zpomaluje stárnutí, brání vzniku mutací a nádorových onemocnění, zmenšuje bolest v kloubech a zpomaluje průběh artritidy. Je nezbytný pro srdeční i cévní oběh, ovlivňuje činnost jater, štítné žlázy, kůže a podílí se i na růstu a rozmnožování. Selen se dobře váže na těžké kovy, jako je například měď, a tím zmírňuje poškození, které vyvolá nadbytek těchto kovů. (14,15)

Posledním prvkem, o kterém bych se chtěla zmínit, je chrom (příloha 2). Jeho působením se zesiluje účinek inzulínu a to znamená, že se podílí na vstřebávání glukózy a na odbourávání tuku z krve. Používá se jako potravinový doplněk pouze u seniorů, při srdečně-cévním onemocnění a u osob s diabetickým onemocněním, a to tehdy, pokud se objeví příznaky nedostatečné výživy s nízkým obsahem chromu ve stravě za současné zvýšené hladiny cukru v krvi, při prudkém úbytku tělesné hmotnosti nebo při blíže neurčeném nervovém onemocnění. Chrom se lépe vstřebává za přítomnosti vitamínu C, vlákniny a šřavelanů. Naopak soli železa, manganu, vápníku a zinku vstřebávání chromu snižují. (16, 18)

1.3.3 Vitamíny

Součástí zdravé výživy jsou i vitamíny (příloha 3). Některé jsou rozpustné v tucích, některé ve vodě. Mezi vitamíny rozpustné v tucích patří vitamín A, D, E a K. Do skupiny vitamínů rozpustných ve vodě řadíme vitamín C, P a skupinu vitamínů B. U vitamínů rozpustných v tucích může dojít k hypervitaminóze, protože se ukládají

v játrech a tucích a jejich nadměrná koncentrace může vést až k poškození jater. U vitamínů rozpustných ve vodě se přebytečné množství vyloučí ledvinami. (13, 16)

Vitamín A potřebujeme pro dobrý zrak, správný růst a vývoj kostí, pro zdravou pleť i dobrou funkci pohlavních žláz. Vitamín D je důležitý pro správnou stavbu kostí, neboť umožňuje vstřebávání vápníku a hořčíku. Vitamín E má hojivý vliv na rány a jizvy, zpomaluje rozvoj nemocí krevního oběhu, zabraňuje sterilitě a chrání organismus před nádorovým onemocněním. Účinek vitamínu E je silnější, pokud je podáván současně s vitamínem A, naproti tomu současné podání vitamínu E a železa vitamín E ničí. Vitamín K je velmi důležitý při srážení krve. Organismus jej získává nejen potravou, ale i činností střevních bakterií. Vstřebávání vitamínu K (příloha 3) je závislé na produkci žlučových kyselin. (16, 17)

Velkou skupinu tvoří skupina vitamínů B (příloha 3). Vitamín B je znám v podobě několika různých druhů. Chtěla bych uvést ty nejznámější, ke kterým patří vitamín B₁ (thiamin), jehož prostřednictvím se uvolňuje energie ze sacharidů. Pokud se v organismu tento vitamín nevyskytuje vůbec, může dojít k těžkému nervovému onemocnění. Vitamín B₂ (riboflavin) se znehodnocuje působením světla. Je to vitamín, který podporuje růst a obnovu buněk a tlumí chuť na sladké. Vitamín B₃ (niacin, kyselina nikotinová, popřípadě vitamín PP) je důležitý při získávání energie ze sacharidů, tuků a bílkovin, snižuje hladinu cholesterolu v krvi a chrání před kožní nemocí zvanou Pelagra. Vitamín B₅ (kyselina pantotenová) má význam při tvorbě protilátek, stimuluje obnovu kožních buněk a zabraňuje zánětům a zarudnutí pleti, proto má velký význam při hojení ran, zánětech horních cest dýchacích, dutiny ústní nebo hltanu. Také hydratuje a obnovuje poškozené vlasy, účastní se na syntéze mastných kyselin, cholesterolu, žlučových kyselin, provitaminu D a některých hormonů. Vitamín B₆ (pyridoxin) se účastní na metabolismu aminokyselin a sacharidů, má preventivní a podpůrný účinek při léčbě nervových a revmatických onemocněních, například zmírňuje příznaky syndromu karpálního tunelu, účastí na metabolismu cholesterolu působí preventivně proti ateroskleróze, je nezbytný pro syntézu nukleových kyselin a používá se i u premenstruačního syndromu. Napomáhá také tvorbě dopaminu, tyraminu, noradrenalinu či serotoninu. Vitamín B₁₂ (kobalamin) je důležitý pro tvorbu

a obměnu červených krvinek, udržuje ochranné obaly nervových vláken (myelin), podílí se na tvorbě nukleových kyselin DNA a RNA a účastní se přeměny živin v energii. Jeho přítomnost v organismu snižuje riziko chudokrevnosti, vzniku depresí, Alzheimerovy nemoci, srdečních onemocnění a dokáže také svým působením na nervy zmírnit hučení v uších. Vitamín B₁₂ je vstřebáván v žaludku a částečně se na jeho tvorbě podílí i střevní bakterie. Pro nás je důležité to, že kvůli vstřebávání v žaludku je tato schopnost značně omezena při poruše žaludeční sliznice, snížené tvorbě kyseliny solné a ostatních trávicích enzymů nebo po operaci žaludku, kdy je část žaludku odebrána. V takových případech se potom vitamín B₁₂ podává injekčně. K ničení vitamínu B₁₂ dochází požitím alkoholu, tablet na spaní či antikoncepčních pilulek. Posledním vitamínem skupiny B, o kterém bych se chtěla zmínit, je vitamín H (biotin, koenzym R). Tento vitamín se podílí na metabolismu aminokyselin, uhlovodanů, tuků, vstřebávání kyseliny listové, vitamínu B₁₂ a zinku, produkuje v lidském organismu střevní bakterie a je důležitý pro vylučování rozpadlých produktů bílkovin, také ulevuje při bolesti kloubů a svalů. (16, 17)

Neméně důležitým je i vitamín C (kyselina askorbová), který zvyšuje obranyschopnost organismu (příloha 3), regeneruje buňky a zvyšuje aktivitu leukocytů, podporuje hojení ran a má ochranný vliv na sliznici trávicího ústrojí. A posledním vitamínem, o kterém bych se chtěla zmínit, je vitamín P (flavonoid, bioflavonoid). Je to vlastně soubor cca 20 000 látek, které se chemicky řadí mezi flavonoidy a v přírodě fungují jako barviva. Patří mezi ně například hesperin, citrin, rutin, což jsou ve vodě rozpustné fenoly. Tyto látky mají antioxidační charakter a pozitivně působí na cévy a cévní systém, kde způsobují vyšší propustnost stěn (odtud název vitamínu P). Tělo jej nutně nepotřebuje, ale jeho přítomnost je prospěšná pro prevenci i léčbu specifických onemocnění. Pomáhá při léčbě křečových žil, hemeroidů a bércových vředů. Nedostatek nebo špatné vstřebávání vitamínu P může způsobit užívání antikoncepčních pilulek, Acylpyrinu nebo léků na spaní, případně kouření. (16, 17)

1.3.4 Vlákniiny

Další významnou složkou potravy je vláknina. Je to v podstatě nestravitelná část

potravy, která má vysokou bobtnavost a tím dochází k pocitu nasycení, zlepšuje stav střevní flóry, neboť je pro bakterie zdrojem potravy, v tlustém střevě vstřebává vodu a odpadní látky, které pak vyloučí z organismu, vychytává tuky a tím snižuje hladinu cholesterolu v krvi, chrání proti rakovině tlustého střeva a konečníku, brání vzniku zácpy a působí detoxikačně. Vláknina se dělí na rozpustnou a nerozpustnou. Rozpustná vláknina (viskózní, fermentovatelná) prodlužuje vyprazdňování žaludku, snižuje glykemický index potravy (snižují se tak výkyvy hladiny insulínu v krvi, a čím menší výkyvy, tím menší snaha organismu ukládat si energii z potravin do tuků) a reguluje vstřebávání tuků. Nerozpustná vláknina (nefermentovatelná) je nestravitelná, zkracuje průchod potravy střevem a tím zabraňuje zácpě. Zdrojem rozpustné vlákniny je pektin v ovoci, zelenina, luštěniny a brambory. Nerozpustnou vlákninu najdeme v zrnech u ova, ječmene, žita, kukuřice, rýže a pohanky. Nadbytečný příjem vlákniny může zhoršit vstřebávání minerálů a vitamínů, může zpomalit účinky některých léků, vyvolat nadýmání a může způsobit dehydrataci. Doporučená denní dávka vlákniny je 25g. (15, 18)

1.3.5 Voda

Při vyjmenovávání byť jen některých složek potravy určitě nesmíme zapomenout na vodu. Jde vlastně o udržování dostatečného množství tekutin v organismu. Průměrně člověk vydá denně 2-2,5 litru vody, a to 1-1,5 litru močí, 600 ml pocením a 300-400 ml spotřebují metabolické pochody. Toto je ovšem průměr, který se samozřejmě zvyšuje sportem, pobytem v horkém prostředí či onemocněním s horečnatými stavy. Nedostatečný příjem tekutin má za následek tvorbu ledvinových kamenů, revmatické potíže, popřípadě dnu, snížení objemu krve a tím zpomalení zásobení buněk organismu kyslíkem, načež reagujeme podrážděním a unaveností, sníží se pocení a tím se v horkém prostředí přestane tělo ochlazovat a může dojít k přehřátí organismu. Naopak při nadměrných ztrátách tekutin se z těla odplavují minerály, a to močí převážně draslík a potem sodík. Tyto minerály je třeba potom organismu dodat ve zvýšené míře. Některé tekutiny našemu tělu místo zavodnění způsobí spíše odvodnění, jedná se o kávu s kofeinem, silný čaj, silné kakao, slazené a alkoholické

nápoje. Posledně jmenované při dlouhodobější konzumaci poškozují játra a mozek. (3, 19)

1.4 Nutriční výživa

Výživa člověka je důležitou složkou pro úspěšnou regeneraci tkání a pro zachování zdraví. Je nutná pro tvorbu a obnovu energie organismu a v neposlední řadě plnohodnotná strava přispívá k rychlejšímu hojení ran. S nedostatečnou výživou se setkáváme u lidí s onemocněním gastrointestinálního traktu, u některých duševních chorob a u zanedbaných dětí nebo u starých osamělých lidí. (1, 19)

Výživa klientů je jedním ze základních úkolů ošetrovatelské péče. Pokud se u klienta objeví stav, kdy dlouhodobě jeho výživa nepokrývá všechny potřeby organismu, mluvíme nejčastěji o malnutrici. Malnutrice je podle definice odborných společností stav výživy, kdy deficit, přebytek nebo nerovnováha energie, proteinů a ostatních nutrientů způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáně, tvar těla, funkce organismu i na výsledný klinický stav. Nedostatek jednotlivých nutrientů, jako jsou například vitamíny, se nazývá karence. (4, 16)

Prvotní zajištění výživy ze strany ošetrovatelského personálu je zajištění výživy kvalitní a vyváženou stravou. Pokud toto není možné zajistit nebo je tento příjem živin nedostatečný, je možno využít speciální doplňující přípravky. Existuje celá řada výrobků pro dočasnou či trvalou parenterální, perorální, nasogastrickou, jejunální či gastrostomickou výživu. (1, 15)

1.4.1 Malnutrice způsobená nemocí

Riziko malnutrice lze zjistit u klienta odebráním anamnézy, fyzikálním vyšetřením, laboratorním vyšetřením, či antropometrickým měřením. Pomocí všech těchto metod se kompletně vyhodnotí stav výživy klienta. (3, 19)

Malnutrice neboli podvýživa způsobená nemocí představuje pro organismus velkou zátěž. Tělo se totiž vždy snaží chovat ekonomicky a ze všech sil bojuje s nemocí. Boj s nemocí ale vyžaduje hodně energie, a tak tělo energií šetří při spalování

živin z potravy a raději získává energii a bílkoviny ze svalové hmoty. Toto hospodaření vede k celkovému oslabení organismu, snížení hladiny bílkovin v krvi a tím i celkovému zhoršení obranyschopnosti organismu. To má za následek větší náchylnost ke vzniku infekcí, jako je třeba zápal plic, močová infekce nebo sepse organismu. Také hojení ran se prodlouží a mohou se objevit i hnisavé komplikace. (4, 14)

Nedostatečný přísun živin pro organismus může zapříčinit i probíhající léčba, ať už chirurgická, nebo následná onkologická. K tomu se pojí i pocity nechutenství, bolesti při konzumaci jídla, změny chuťových i čichových vjemů a v neposlední řadě i samotné psychické rozpoložení klienta. (1, 16)

Tady je důležitý přístup zdravotnických pracovníků, hlavně sester, které jsou s klientem nejčastěji v kontaktu, a neustálá edukace v oblasti výživy při onemocnění gastrointestinálního traktu. Dobrá výživa a udržení hmotnosti je totiž velmi dobrým předpokladem k úspěšné léčbě. (14, 19)

Ke zlepšení výživy pomohou nejen přípravky z oblasti nutriční výživy, ale i léky ke zlepšení chuti nebo ke zmírnění negativních vlivů požívání stravy a především spolupráce s rodinou klienta, kdy si klient může u rodiny objednat jídlo, které má rád a které mu pomůže najít, ve spolupráci se sestrou, znovu chuť ke správnému a plnohodnotnému stravování. (2, 12)

1.4.2 Přípravky enterální výživy

Enterální výživa do jejunální sondy nebo do gastrostomie je svým složením rozdělena pro klienty s diabetem, bez diabetu nebo s potřebou zvýšeného energetického příjmu. Úkolem sestry je přesné dávkování výživy dle ordinace lékaře, zajištění aseptického ošetřování a průchodnosti dávkovacích setů, sondy i gastrostomie. O všem sestra vede přesný záznam do zdravotnické dokumentace. Pokud klient odchází domů s gastrostomií, sestra jej naučí péči o gastrostomii, seznámí jej s nutností vést si záznam o podávání stravy (příloha 8), edukuje klienta o uchovávání nutričních přípravků a seznámí jej s možností návštěvy ordinace nutriční výživy. Klienti mají také od některých zdravotních pojišťoven nárok na příspěvek na nutriční výživu, ten ale souvisí s nutností evidence v ordinaci nutriční výživy. (14, 18)

Sipping se podává formou nutričních přípravků, které jsou dnes již příjemně ochuceny, a existuje poměrně velké množství chuťových úprav. Vyrábí se ve 250mililitrových lahvičkách, které obsahují vyváženou výživovou hodnotu poloviny hlavního jídla. Pro klienty, kterým činí problém polykání a nezvládli by vypít takové množství, existuje menší objemové balení, které má ovšem stejnou výživovou hodnotu. Sipping se dělí nejen podle chuti, ale přípravky jsou vyráběny i podle požadovaných parametrů pro diabetiky, pro klienty s dekubity, pro klienty se zvýšenou potřebou bílkovin nebo se zvýšenou potřebou energie. I zde platí, že sestra klienty edukuje o správném uchovávání sippingu, o jeho správném užívání, o evidenci přijímané stravy a o návštěvě ordinace nutriční výživy, (13, 14)

1.4.3 Sledování klientů v ordinaci nutriční výživy

Ordinace nutriční výživy slouží jako poradna pro klienty, jejichž zdravotní stav si vyžádal změnu hmotnosti, a to ať směrem nahoru nebo dolů. Klienti se zde učí sledovat svůj příjem potravy, upravit si základní skladbu jídelníčku a pravidelnost ve stravování. Za pomoci nutričního terapeuta se naučí vybudovat si správné návyky ve stravování a stolování. Sestra i lékařka klientům radí, jak si upravit jídlo, aby bylo vhodné pro klientovo onemocnění, a jak správně dodržovat požadovanou dietu. Také se zde pravidelně kontroluje hmotnost klienta a sleduje se Body mass index (BMI). Pokud klient vykazoval známky podvýživy nebo se jeho zdravotní stav zhoršuje, provádí se i pravidelné kontroly biochemického screeningu. Sipping nemůže vynahradit normální běžnou stravu, ale určitě je dobrým pomocníkem k navrácení klienta do kondice a u chronicky nemocných pacientů výrazně zlepší kvalitu života. (1, 20)

1.5 Operace střev a dopad na klienta

Onemocnění střev bývá téměř vždy spojeno s operací a každá operace je pro organismus zátěží. Není výjimkou, že k základnímu onemocnění, vyžadujícímu operační zákrok, je přidruženo i nějaké jiné, třeba interní onemocnění, jako je diabetes nebo onemocnění srdce či ledvin. Klient je samotným diskomfortem počínajícího onemocnění rozladěný, nejistý a podrážděný a nyní jej čeká řada vyšetření, která jsou

sama o sobě pro organismus zátěží. Tento stav vede ke zhoršení celkového zdravotního stavu, k úbytku hmotnosti, úbytku svalové i tukové tkáně, snižuje se odolnost organismu vůči infekcím a zpomalují se procesy hojení ran. Mohou se objevit i další zdravotní komplikace způsobené nedostatečnou výživou organismu a také následná rekonvalescence je mnohem pomalejší. Další neopomíjitelnou komplikací je samotný psychický stav klienta a reakce nejbližšího okolí na jeho onemocnění. Po operaci je snaha opět nabýt ztracenou kondici, ale je třeba pomalu zatěžovat trávicí systém, aby se předešlo nežádoucím komplikacím. (7, 21)

Aby tento hmotnostní úbytek byl co nejdříve napraven, podáváme klientovi již v prvních dnech po operaci nutriční výrobky, které jsou upraveny pro vstřebávání přímo střevní sliznicí, a posléze se podává normální strava, která je doplněna sippingem. Ne každý klient je ale ochoten po odeznění prvotních potíží změnit svou životosprávu a snažit se o navrácení do své původní kondice bez zbytečného přejídání. V tomto okamžiku je velmi důležitá úloha sestry, jež klientovi vysvětlí možnosti výživy, která je jednou z hlavních podmínek úpravy zdravotního stavu. Pomocníkem jí je nutriční výživa, která je přesně vyvážená a dnes i chutná. Důležitá je i spolupráce s nutričním terapeutem a nezbytná je i účast rodiny klienta. (14, 21)

1.6 Přípravná vyšetření k operaci střev

Aby klient mohl přistoupit k operaci střev, je třeba, pokud se nejedná o akutní operaci, podstoupit řadu vyšetření, která operatérům ukáží, jaké onemocnění a jaké anatomické překážky je čekají. Tato vyšetření bývají náročná na přípravu klienta a také samotné vyšetření mnohdy není příjemným zážitkem. Hodně záleží na sestře, jak ke klientovi přistupuje a jak jej dokáže zbavit obav z přicházejícího vyšetření a jak společně zvládnou přípravu na vyšetření, aby bylo provedeno a nebylo třeba jej opakovat. Mnohdy je sestra pro klienta jediným nejbližším zdrojem informací, protože informace od lékaře bývají klientem záhy po rozhovoru zapomenuty. (8, 22)

1.6.1 Rektoskopie

Rektoskopie je endoskopická vyšetřovací metoda konečníku, při které se do konečníku zavádí rigidní rektoskop. Tato metoda zobrazuje konečnou část tlustého střeva a konečník. Pomocí rektoskopu lze odebrat biopsii na histologické vyšetření i odstranit polypy. Toto vyšetření se používá u krvácení z konečníku, kdy je třeba zjistit, zda se jedná o krvácení z hemeroidů, nebo o krvácení z nádoru, při podezření na zavedené cizí těleso nebo u zánětů rekta, popřípadě při píštělích u konečníku. (22, 23)

Příprava na vyšetření se provádí pomocí očistných klyzmat, což je metoda, která není klienty příliš oblíbená. Lze použít i vyprazdňovací prostředek YAL. Tento způsob přípravy je šetrnější a využívá se hlavně, pokud se klient na vyšetření připravuje doma, ale vyžaduje minimálně 2 dny před přípravou šetrící bezzbytkovou dietu. Pro vyšetření je totiž nutné důkladné vyprázdnění konečného úseku tlustého střeva a konečníku. (22, 23)

Samotné vyšetření se provádí v kolenoprsní poloze, pokud má klient zdravotní problémy s kolenními klouby, provádí se vyšetření na levém boku. Při samotném vyšetření se může střevo trochu přifouknout vzduchem pro lepší přehlednost sliznice vyšetřované části střeva. (22, 23)

1.6.2 Kolonoskopie

Kolonoskopie je endoskopická vyšetřovací metoda střeva, při které se konečníkem do tlustého střeva zavádí ohebný kolonoskop. Pomocí tohoto přístroje se provádí nejen diagnostické vyšetření, ale lze provést i malé zákroky, jako například bezbolestné odstranění polypů. (22, 23)

Příprava tlustého střeva před vyšetřením je velmi důležitá, protože na vyčištění střeva závisí přehlednost vyšetřovaného úseku střev. Tato příprava ovšem není klienty příliš oblíbená, protože vyžaduje omezení jídla, pití vyprazdňovacího roztoku, popřípadě podání klyzmatu. (22, 23)

Pět dnů před vyšetřením je třeba vysadit léky obsahující železo, aby nebylo zabarvením střevního obsahu znehodnoceno prováděné vyšetření. Tři dny

před vyšetřením se ze stravy vysadí ovoce, zelenina, celozrnné pečivo – tyto potraviny jsou hůře rozložitelné a zrníčka mohou ucpat optiku a tím znehodnotit vyšetření. Jeden den před vyšetřením klient dostane jen lehkou snídani a k obědu pouze polévku (ne zeleninovou). Odpoledne pak začíná samotná příprava, nejdříve se podá jedno očistné klyzma a poté se pije 3-4 litry vyprazdňovacího roztoku. Během přípravy je možno pít i jakékoliv jiné tekutiny, mimo mléka nebo džusu. Množství tekutin je závislé na možnostech klienta, velké množství tekutin vyprazdňování ulehčí, ale pokud klient nedokáže vypít ani 3 litry vyprazdňovacího roztoku, je třeba přípravu přerušit a vyprázdnění provést pouze pomocí klyzmat. (22, 23)

Může se stát, že klient má ve střevech stenózu, a tak je třeba intenzivní přípravu rozložit na několik dní a po tuto dobu organismus klienta nezatěžovat stravou, ale zvolit dietní polévku a infúzní doplňkovou výživu. Při přípravě je třeba dbát i na chronické nemoci klienta a přípravu jim přizpůsobit (diabetici nebo klienti s onemocněním srdce, plic či pohybového aparátu). [22, 23]

Při dobré přípravě lékař může pečlivě vyšetřit sliznici a snižuje se tím riziko přehlédnutí předstupně zhoubného nádoru. Také není třeba tolik nafukovat střevo a celkově je tak vyšetření pro klienta snesitelnější. U nedostatečné přípravy se dá tekutá stolice odsát přímo při vyšetření. Pokud je ale příprava špatná, vyšetření nelze provést a musí se opakovat. (22, 23)

1.6.3 Irrigografie

Toto vyšetření se provádí k zobrazení polypů, tumorů, pozánětlivých změn při divertikulitidě, při chronickém průjmu nebo naopak při zácpě, při přítomnosti krve ve stolici, či při hubnutí z nejasných příčin. Příprava na vyšetření je stejná jako u kolonoskopie. Před vyšetřením od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit a nežvýkat žvýkačku. (22, 23)

Jde o vyšetření tlustého střeva, kdy se střevo zobrazí pomocí kontrastní látky a rentgenu. Jedná se o dvojkontrastní vyšetření tlustého střeva. Pomocí klyzmatu se do konečníku zavádí kontrastní látka – baryová suspenze a poté se střevo naplní vzduchem. Během vyšetření je třeba klienta polohovat, aby se kontrastní látka

rovnoměrně rozlila po celém tlustém střevě. Pokud se kontrastní látka objeví v terminální části ilea nebo v apendixu, došlo k naplnění celého tlustého střeva. (22, 23)

1.6.4 Enteroklýza

Vyšetření slouží k objasnění příčin střevní neprůchodnosti, ke zjištění příčin funkční neprůchodnosti, zánětlivých nebo nádorových změn, popřípadě při dlouhotrvajících průjmech nebo chudokrevnosti, u neobjasněných krvácení ze zažívacího traktu či u dlouhotrvajících bolestí břicha. Příprava klienta spočívá hlavně v úpravě jídla. Dva dny před plánovaným vyšetřením je třeba dodržovat bezezbytkovou dietu bez ovoce, zeleniny, luštěnin, celozrnného a kynutého pečiva, mléka a mléčných výrobků, žádnou tučnou a kořeněnou stravu. Naopak je nutno hodně pít. Od půlnoci je příprava stejná jako u irrigografie. (22, 23)

Enteroklýza je dvojkontrastní vyšetření tenkého střeva, kontrastní baryová suspenze se zavádí sondou až do tenkého střeva a pak se zavádí roztok metylcelulózy. (22, 23)

1.6.5 Další vyšetření zažívacího traktu

Kromě již zmiňovaných vyšetření se ještě provádí gastrokopie, CT kolonoskopie, vyšetření hltanu, jícnu, žaludku, duodena a pasáž střev. Při těchto vyšetřeních, kromě CT kolonoskopie, se podává kontrastní látka ústy. Při podání kontrastní látky jakýmkoli způsobem je třeba dbát na možnou alergii klienta, nepodává se při proděravění zažívacího traktu nebo po čerstvě provedené biopsii nebo je-li naplánována léčba radioaktivním jódem. (22, 23)

1.7 Operace střev

Operace gastrointestinálního traktu vůbec jsou i dnes, přes nové technické a šetrnější způsoby operací, velmi náročné pro organismus a je třeba zohlednit věk, fyzickou a psychickou kondici klienta, přidružená onemocnění i náročnost pooperační péče. Z těchto důvodů je velice dobře, pokud se nejedná o akutní operaci a klient

je o svém zdravotním stavu podrobně informován, je seznámen s typem operace a je poučen o následné pooperační péči. K pooperační péči určitě nezbytně patří i informace o výživě a o pozvolném nástupu k běžnému stravování. (22, 24)

K nejčastějším operacím patří například hemicolectomie. Jde o operaci, kdy se odstraní část - polovina tlustého střeva. Pravostranná hemicolectomie je operace prováděná u nádorů céka a vzestupného tračníku, nádorů jaterního ohbí nebo pravé poloviny příčného tračníku. Po resekci střeva se provádí následná rekonstrukce střeva formou ileotransversoanastomózy. Levostranná hemicolectomie se provádí u nádorů slezinného ohbí tračníku a proximálního úseku sestupného tračníku. Rekonstrukce střeva je provedena termino-terminální kolo-kolickou anastomózou. (22, 24)

Dalším typem operace je resekce příčného tračníku. Jde o operaci u nádorů příčného tračníku a resekce se provádí v jaterním a slezinném ohbí. Rekonstrukce střeva je formou termino-terminální kolo-kolické anastomózy. (22, 24)

V podstatě každý úsek poškozeného střeva lze odstranit resekcí a následná rekonstrukce střeva, pro zachování jeho funkce, je anastomózou pokračujících částí resekovaného střeva. Jde o takzvané jednoduché operace s resekcí střeva a anastomózou end to end. Anastomóza má být vždy na dobře prokrveném a zdravém konci střeva bez napětí, aby po dokončení šití nedošlo ke zúžení průsvitu střeva. Někdy ovšem je žádoucí, aby část střeva byla načas nebo trvale vyřazena z činnosti, a je nutno udělat vývod střeva na povrch dutiny břišní. V takovém případě se pak vyšívají různé typy stomií. (22, 24)

Operace střev, které plánovaně nebo neplánovaně končí stomií, a to buď dočasnou, nebo trvalou, jsou vždy pro klienta velmi stresující záležitostí. Taková operace může mít za příčinu i zcela nenádorové onemocnění, jako je třeba invaginace střev. Příprava na takové operace bývá pro klienta velmi náročná. Pokud jde o plánovanou operaci, přijímá klient po přípravných vyšetřeních i nadále bezezbytkovou dietu a den před operací je mu zavedena jejunální sonda, která v pooperačním období slouží k enterální výživě klienta. Po zaplavení sondy začíná samotná příprava, která je složená z očistných klyzmat a z konzumace vyprazdňovacího roztoku. (22, 24)

Mezi operace, jež klienta více zatěžují, patří dvoudobá operace zvaná Hartmann.

Jde o operaci při akutních komplikacích, jako je perforace střeva nebo peritonitida. Při této operaci se provede v první době (při první operaci) resekce postiženého úseku střeva, udělá se slepý uzávěr aborálního pahýlu spolu s terminální stomií a ve druhé době - při operaci po třech měsících - se provede zanoření stomie a anastomóza end to end. (22, 24)

K operacím na gastrointestinálním traktu patří i operace střev určená pro klienty se zvýšenou hmotností, u nichž je v zájmu zdraví tuto hmotnost snížit. Pokud je klient obézní a je mu doporučeno operativní snížení hmotnosti, může podstoupit bandáž žaludku, kdy se pomocí „kroužku“ zmenší objem žaludku a člověk dříve dosáhne pocitu nasycení. Nebo se začal provádět nový typ operace, a to takzvaná Scopinova operace. Jedná se o operaci, kdy se vyřadí část tenkého střeva z trávení. To znamená, že se část střeva přemostí a štěpící enzymy ze žlučníku a ze slinivky břišní rozkládají potravu až v nižším úseku střeva. Tím dochází k menšímu využití energie, kterou potrava poskytuje. Po této operaci je třeba, aby klient doplňoval stravu o minerálové a vitamínové přípravky, někdy je třeba doplnit i bílkovinné přípravky, aby nedošlo k rozvratu vnitřního prostředí. (25)

Tento zákrok se ve světě provádí od roku 1975. Dříve se operovalo otevřenou cestou, dnes se provádí laparoskopicky. U nás jej provádí klinické centrum Iscare, které je výukovým pracovištěm 1. lékařské fakulty University Karlovy. (25)

Žádaným výsledkem těchto operací je regulované snížení tělesné hmotnosti o 40% a udržení dosažené hmotnosti alespoň po dobu 5 let. Takovéto operace vyžadují ukázněnost klientů, co se týče stravování, protože ani sebelépe provedená operace bez spolupráce klienta s dietní sestrou nebo nutričním terapeutem nepovede ke kýženému výsledku. (25)

1.8 Úloha sestry při péči o klienta s onemocněním střev

Pokud přijde klient k lékaři, hledá u něho pomoc od svých potíží. Potřebuje ale také někoho, kdo by mu byl oporou v nejistotě a rádcem ve chvíli, kdy si sám neví rady. V té chvíli je zde sestra, která jej vyposlechne a která v něm vzbuzuje důvěru,

že je v dobrých rukou a že o něj bude dobře postaráno. (14)

Již první pohled na klienta nás upozorní, jestli jde o klienta obézního nebo naopak kachektického. Dále nás zajímá barva a vlhkost sliznic, stav dutiny ústní včetně zubů, kožní turgor a v neposlední řadě stravovací návyky. Při hospitalizaci hodnotíme nutriční stav klienta pomocí nutričního screeningu (příloha 4). Zde nám hodnota výšky a hmotnosti klienta slouží jako základ pro vypočítání Body mass indexu (příloha 5), což je statistický ukazatel míry podvýživy nebo obezity, dále je důležitý věk klienta, množství přijímané stravy, zažívací obtíže, případný váhový úbytek a v neposlední řadě i faktor stresu spojený s hospitalizací. Po sečtení bodů v tabulce se hodnotí výsledný nutriční index a ten je i východiskem pro sestru a nutričního terapeuta v další péči, kdy se sleduje příjem stravy (příloha 7) a bilance tekutin (příloha 6). Podle zjištěných hodnot se naplánuje další péče, která má za cíl uspokojit klientovy potřeby ohledně výživy. (14)

Pokud klient onemocní nemocí zažívacího traktu, projeví se to na jeho celkové tělesné vitalitě, chuti k jídlu, náladě a v neposlední řadě i na tělesné kondici. U každého organismu je možné stanovit příjem a výdej energie. Pokud je příjem větší než výdej, jedná se o pozitivní energetickou bilanci a organismus si z nadbytečných živin dělá zásoby. Jedná-li se ale o větší výdej než příjem, jde o negativní energetickou bilanci a organismus čerpá ze svých zásob a hubne. Jeho odolnost proti onemocnění a případná schopnost s nemocí bojovat klesá. Léčebným zájmem je, aby klient dobře zvládal léčbu a aby jeho hospitalizace a následná rekonvalescence trvaly jen nezbytně nutnou dobu. Pro klienta je nejbližším člověkem sestra, se kterou spolupracuje, která mu pomáhá překonat nepříjemná období nemoci a je pro něj i rádcem v období rekonvalescence. (8, 22)

1.9 Ošetřovatelský proces u klienta po operaci střev se zaměřením na výživu

1.9.1 Ošetřovatelská anamnéza

Již při prvním kontaktu s klientem hodnotí sestra jeho celkový stav výživy.

Součástí vstupního sběru informací při nástupu do nemocnice je i dotazník Nutričního screeningu (příloha 4). Sestra získává od klienta informace o jeho stravování, případných obtížích jako je nevolnost nebo zvracení, či používání zubní náhrady, popřípadě o úbytku na hmotnosti. Důležitou informací jsou i dietní omezení, pravidelnost stravování, stravovací zvyky klienta, co se týče prostředí a teploty jídla, dodržování pitného režimu a případná nesnášenlivost některých potravin. Při sběru informací je vhodná i spolupráce s rodinou, neboť rodinní příslušníci mohou nejlépe podat objektivní svědectví o stravování klienta. (1, 14)

1.9.2 Úloha sestry v předoperačním vyšetření a při přípravě na operaci střev

Předoperační vyšetření je soubor vyšetření, která pomohou upřesnit celkový zdravotní stav klienta. Jedná se o laboratorní vyšetření krevní skupiny, koagulačních faktorů, biochemického screeningu, kde se hodnotí hlavně stav jaterních testů, amyláz, glykémie, minerálů, renálních funkcí, albuminu a CRP, vyšetření moče a někdy se provádí i vyšetření krevních plynů. Sestra musí dbát na správný odběr za přísných aseptických podmínek, na správné vyplnění žádanky a na včasný transport do laboratoře. Součástí předoperačního laboratorního vyšetření může být i rozbor histologického materiálu, který byl odebrán dřívější biopsií. (8, 20)

Samotná předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, střednědobou a bezprostřední. V rámci dlouhodobé přípravy se provádí zobrazovací vyšetřovací metody, které potvrdí správnost navrhovaného operačního výkonu. Jedná se o rentgenová vyšetření, ultrazvukové vyšetření, vyšetření počítačovým tomografem nebo o endoskopická vyšetření. U těchto vyšetření je třeba zohlednit celkový zdravotní stav klienta, jeho schopnost spolupráce a časovou náročnost vyšetření. Neméně důležitou úlohu při těchto vyšetřeních hraje i schopnost klienta zvládnout přípravu na dané vyšetření. Jedná se totiž o vyšetření, která jsou zátěží pro organismus, a starší klienti nebo klienti s kardiálním, plicním, ledvinovým, diabetickým onemocněním nebo onemocněním pohybového aparátu mohou mít s přípravou nevladatelné potíže. Také u pacientů, jejichž celkový stav se blíží podvýživě, je třeba přípravu přizpůsobit jejich zdravotnímu stavu. I když je klient vždy s plánovaným vyšetřením seznámen lékařem,

je na sestře, aby klienta postupně, krok za krokem, přípravou provedla a byla vždy po ruce, jestliže má klient nějaké potíže. Může se jednat o slabost, nevolnost či nepříjemné potíže spojené s vyprazdňováním. O průběhu přípravy vede sestra záznam do dokumentace. Před každým vyšetřením klient podepisuje informovaný souhlas s vyšetřením. Aby vyšetření probíhala bez komplikací, drží klient bezezbytkovou dietu a sestra jej ve spolupráci s nutričním terapeutem seznámí s potravinami, které se nedoporučuje konzumovat. (1, 8)

Do střednědobé přípravy náleží edukace pacienta o průběhu přípravy před operací, o plánovaném výkonu a hlavně o výživě v pooperačním období. Klient s operací projeví souhlas podepsáním informovaného souhlasu. V této době je třeba zajistit také nativní rentgenový snímek srdce a plic a natočení základní křivky elektrokardiografu. Toto jsou vyšetření, která se provádí krátce před plánovanou operací. Laboratorní výsledky, pokud jsou hodnoty fyziologické, nesmí být starší než čtrnáct dní a rentgenový snímek tři měsíce. Se samotnou předoperační přípravou se začíná den před operací. Klient má normální snídani, k obědu již má jen polévku a odpoledne sestra zaplavuje nasojejunální sondu, která bude po operaci sloužit k výživě. Po zaplavení sondy začíná samotná ortográdní příprava, která svou náročností odpovídá typu operace a kondici klienta. Jejím cílem je vylučnění a vyčištění střev klienta před operací. Po celou dobu přípravy je sestra neustále v kontaktu s klientem a o celé přípravě vede přesný záznam. V rámci předoperační přípravy zajistí sestra oholení operačního pole a celkovou hygienu klienta. Od půlnoci je pak klient lačný a nepřijímá již nic per os a také platí zákaz kouření. Pokud je klient diabetik nebo je třeba mu dodat výživu, minerály, či nějaké léky, je mu toto podáno parenterální cestou. Úbytek hmotnosti klienta v předoperačním období bývá, v závislosti na onemocnění, v řádu někdy i desítek kilogramů, ale navrácení do žádoucí hmotnosti je záležitostí pooperační péče. U klienta se kontrolují biochemické hodnoty krve a chybějící minerály a bílkoviny se dodávají parenterální cestou. Den před operací se proto zavádí permanentní žilní katetr, pokud není zajištěn žilní přístup jinou cestou. (1, 20)

Bezprostřední příprava před operací zahrnuje zavedení permanentního močového katetru pro přesnější sledování bilance tekutin v pooperačním období,

zabandážování dolních končetin jako prevenci tromboembolických komplikací, vyndání zubní protézy, případné odlakování nehtů a sundání šperků včetně piercingu. Cennosti sestra ukládá na žádost klienta po dobu operace do trezoru oproti jeho podpisu. Dále sestra provede dezinfekci okolí pupku a zkontroluje oholení operačního pole. Před odjezdem na operační sál podá sestra klientovi léky určené anesteziologem, aplikuje premedikaci a klient si oblékne košili „anděl“ a nasadí operační čepici. Po celou dobu sestra klientovi poskytuje psychickou podporu a snaží se jej zbavit obav z operačního výkonu. (8, 14)

V rámci pooperační péče je - v závislosti na zdravotním stavu klienta - dávána přednost enterální výživě před parenterální. V prvních dnech po operaci je tato výživa dodávána organismu jejunální sondou, která se zaplavuje v rámci předoperační přípravy. Pokud z nějakého důvodu nelze sondu zaplavit před operací, zavádí se pomocí laryngoskopu přímo na operačním sále v době narkózy. (8, 15)

1.9.3 Ošetřovatelské diagnózy v předoperační přípravě související s výživou

V rámci předoperační přípravy sestra může stanovit několik ošetřovatelských diagnóz. Například - 00002 Nedostatečná výživa v souvislosti s onemocněním a přípravou na vyšetření projevující se úbytkem hmotnosti klienta. Při vzniku této diagnózy si sestra stanoví za cíl zajistit dostatečnou výživu klienta. Výsledná kritéria se zaměřují na znalosti klienta o příčinách úbytku hmotnosti a zajištění náhradní dostatečné výživy. K ošetřovatelským intervencím patří nutnost zjistit stravovací návyky klienta před nástupem hospitalizace, edukování klienta o nutnosti lačnění v rámci předoperačních vyšetření, zajištění vhodné stravy klientovi v souladu s průběhem vyšetření, zajištění pravidelného vážení klienta (příloha 4) a důležité je vedení záznamu o denním příjmu stravy klienta (příloha 7). [26, 27]

Další ošetřovatelskou diagnózou je 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s onemocněním a přípravou na vyšetření projevující se suchou sliznicí úst. Zde si sestra stanoví za cíl dostatečný příjem tekutin klienta. Výsledným kritériem je klientova znalost rizikových faktorů nedostatku tekutin a stabilizovaný objem tekutin u klienta. Ošetřovatelskou intervencí je zjištění zvyklostí klienta v oblasti pitného

režimu před nástupem hospitalizace, edukace klienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin, zajištění dostatečného přísunu tekutin klientovi a vedení záznamu o bilanci tekutin za 24 hodin (příloha 6). [26, 27]

Součástí předoperační přípravy je i zavedení permanentního žilního katetru, který slouží k podání léků, případně chybějící výživy intravenózní cestou, a proto lze vyhodnocovat i ošetrovatelskou diagnózu 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením permanentního žilního katetru. U této diagnózy si sestra stanoví za cíl zabránit vzniku infekce v místě vstupu permanentního žilního katetru. Výslednými kritérii je klientova znalost důvodů zavedení permanentního žilního katetru a znalost možných komplikací při zavedení permanentního žilního katetru. Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny na informování klienta o důvodech zavedení permanentního žilního katetru, edukaci klienta o možných komplikacích zavedení permanentního žilního katetru, kontrolu průchodnosti permanentního žilního katetru, kontrolu okolí místa vpichu nejméně třikrát denně, provádění aseptických převazů místa invazivního vstupu aspoň dvakrát denně, sledování možných známek infekce v důsledku invazivního vstupu po dobu zavedení permanentního žilního katetru a na zjištění formou dotazu, zda klient podaným informacím rozumí. (26, 27)

1.9.4 Úloha sestry v pooperační péči se zaměřením na výživu

Výživa v pooperačním období se řídí celkovým zdravotním stavem klienta. Energetické požadavky organismu ovlivňuje věk klienta, jeho současná hmotnost, tělesná aktivita, hojící procesy organismu, okolní teplota, pohlaví klienta a hlavně psychický stav. Pokud to zdravotní stav dovolí, dává se přednost enterální výživě před parenterální. Enterální výživa se podává pomocí žaludeční sondy, jejunální sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie nebo sippingu. (18, 20)

V den operace sestra aplikuje výživu převážně parenterální cestou, průchodnost jejunální sondy udržuje bolusovými pěti mililitrovými proplachy po šesti hodinách. První den po operaci, v závislosti na typu operace a celkovém zdravotním stavu klienta, podává sestra do jejunální sondy enterální výživu bolusově v množství deset až dvacet mililitrů po šesti hodinách. Průchodnost sondy sestra zajistí opakovanými proplachy

po každém podání výživy. Následující dny, v závislosti na zdravotním stavu klienta, podává enterální výživu kontinuálně s noční pauzou v množství od pěti set mililitrů do jednoho litru za dvacet čtyři hodin dle ordinace lékaře. Současně s podáváním enterální stravy, pokud to zdravotní stav dovolí, podává sestra tekutiny per os a třetí až pátý den po operaci může klient v poledne a večer dostat polévkový bujón. Pokud klient vše zvládá bez problémů a jeho zdravotní stav se lepší, zajistí sestra místo bujónu dietní polévku. Sestra veškerý příjem stravy pečlivě zaznamenává a vede i záznam bilance tekutin (příloha 7). Pátý až sedmý den po operaci se dieta mění na tekutou, a pokud klient nemá potíže s přijímáním stravy, lze jejunální sondu vytáhnout a přechází se na šetřící, kašovitou stravu, která je doplněná sippingem. V zásadě platí, že s příjmem stravy se po operaci musí začít postupně, aby organismus nebyl příliš rychle zahlcen množstvím stravy. Je to z toho důvodu, že jednak se jedná o zákrok na zažívacím traktu a jednak operaci předcházelo období lačnění. (13, 14)

1.9.5 Ošetrovatelské diagnózy v pooperační péči související s výživou

V rámci pooperační péče může sestra stanovit ošetrovatelské diagnózy týkající se příjmu stravy klientem a jeho postupného přechodu na normální stravovací režim, na nějž byl zvyklý před operací. Patří sem ošetrovatelská diagnóza 00003 Riziko nadměrné výživy v souvislosti s podáváním stravy jejunální sondou projevující se zvracením podávané výživy. Při stanovení této diagnózy sestra zajistí, aby množství výživy klienta bylo přiměřené jeho zdravotnímu stavu. Někdy se totiž stává, že klient po operaci není schopen přijímat stravu per os v dostatečné míře, má časté pocity nauzey a objevuje se i zvracení. V takovém případě je strava hrazena jejunální výživou a může u klienta vyvolat při podání většího objemu nežádoucí průjmy a zvracení. Výsledkem takové reakce je, že výživa klienta je nedostatečná a je třeba snížit dávky podávané enterální stravy. Výsledným kritériem je informovanost klienta o podávání výživy jejunální sondou, správné zavedení jejunální sondy, průchodnost jejunální sondy a příjem výživy klientem bez nežádoucích projevů. Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny na edukaci klienta o podávání výživy jejunální sondou, kontrolu délky zavedené jejunální sondy, kontrolu průchodnosti jejunální sondy, na nutnost

propláchnout jejunální sondu po podání výživy, na podávání výživy dle ordinace lékaře, na sledování reakce klienta na podávanou stravu, na vedení záznamu o denním příjmu stravy klienta (příloha 7, 8) a na vedení záznamu o bilanci tekutin za 24 hodin (příloha 6). [26, 27]

Další neméně důležitou ošetrovatelskou diagnózou je 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s onemocněním projevující se suchou sliznicí úst. Zde si sestra stanoví za cíl dostatečný příjem tekutin klienta. Výsledným kritériem je klientova znalost rizikových faktorů nedostatku tekutin a stabilizovaný objem tekutin u klienta. Ošetrovatelskou intervencí je zjištění zvyklostí klienta v oblasti pitného režimu před nástupem hospitalizace, edukace klienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin, zajištění dostatečného přísunu vhodných tekutin klientovi a vedení záznamu o bilanci tekutin za 24 hodin (příloha 6). [26, 27]

2. Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíle práce ke kvalitativní části výzkumného šetření

1. Zjistit stravovací návyky klientů před operací
2. Zjistit průměrný hmotnostní úbytek při přípravě na operaci střev
3. Zjistit informovanost klientů o nutriční výživě
4. Zmapovat přístup klientů k nutričním produktům

2.2 Výzkumné otázky ke kvalitativní části výzkumného šetření

1. Jaká jídla klienti konzumují?
2. Jaký je hmotnostní úbytek při přípravě na operaci střev?
3. Jaké mají klienti informace o nutriční výživě?
4. Jaký je přístup klientů k nutriční výživě?

2.3 Cíle práce ke kvantitativní části výzkumného šetření

1. Zjistit informovanost ošetřovatelského personálu o možnostech nutriční výživy

2.3 Hypotézy ke kvantitativní části výzkumného šetření

1. Sestry pracující na lůžkovém oddělení chirurgického oddělení jsou informované o nutriční výživě.
2. Sestry pracující na lůžkovém oddělení chirurgického oddělení monitorují vliv výživy na zdravotní stav klienta.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Jedná se o výzkumné šetření kvalitativní a kvantitativní. V kvalitativní části byla použita metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru s klientem. Jedná se o klienty hospitalizované na chirurgickém oddělení v nemocnici Tábor. Rozhovor vždy probíhal se souhlasem klienta v soukromí ve společenské místnosti nebo na pokoji klienta. Výzkumné šetření probíhalo v lednu, únoru a březnu 2012 a týkalo se klientů před propuštěním do domácího ošetřování. Rozhovor probíhal v příjemné atmosféře vzájemné důvěry a odpovědi klientů na otázky (příloha 9) byly zaznamenány písemně. Záznamy rozhovrů byly přepsány a poté převedeny do kategorizačních tabulek.

Kvantitativní část byla prováděna metodou dotazování za použití techniky dotazníku pro sestry lůžkových chirurgických oddělení nemocnice Tábor, Písek a České Budějovice (příloha 10). Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků, a to 40 v Nemocnici České Budějovice, a.s., 30 v Nemocnici Písek, a.s. a 30 v Nemocnici Tábor, a.s. Dotazníky byly rozdány se svolením hlavních sester nemocnic a po dohodě s vrchními sestrami chirurgických oddělení. Dotazník byl vždy předán staniční sestře jednotlivých lůžkových jednotek a ty jej rozdaly svým směnným sestrám. Šetření probíhalo v měsíci lednu 2012. V dotazníku byly tři identifikační otázky, devatenáct uzavřených otázek a pět otázek bylo otevřených. Z celkového množství rozdaných dotazníků bylo k dispozici pro vyhodnocení výzkumu 77 % vyplněných dotazníků. Z Nemocnice České Budějovice, a.s. se vrátilo 26 vyplněných dotazníků, což je 65% návratnost zde rozdaných dotazníků. Z Nemocnice Písek, a.s. se vrátilo 28 vyplněných dotazníků, což je 93,3% návratnost zde rozdaných dotazníků a z Nemocnice Tábor, a.s. 23, což je 93,3% návratnost zde rozdaných dotazníků. Dotazníky byly zpracovány v programu Microsoft Excel 2003 do přehledných grafů. Cílem výzkumného šetření bylo, potvrdit, že nejméně 70 % dotázaných respondentů je informováno o nutriční výživě. Druhým cílem bylo, potvrdit, že alespoň 70 % dotázaných respondentů monitoruje vliv výživy na zdravotní stav klienta.

3.2 Výzkumný soubor

Kvalitativní výzkum probíhal na chirurgickém oddělení Nemocnice Tábor, a.s. a výzkumný soubor tvořilo 5 klientů lůžkového oddělení, kteří přišli k hospitalizaci s bolestmi v oblasti zažívacího traktu a podstoupili zde operaci. Klienti byli ve věkovém rozmezí 49 – 89 let.

V kvantitativní části tvořilo výzkumný soubor 77 sester lůžkových chirurgických oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s., kde se nachází čtyři stanice, Písek, a.s., zde jsou dvě stanice, a Tábor, a.s. se dvěma stanicemi standardní lůžkové části chirurgického oddělení. Respondenty dotazníkového šetření byli muži i ženy. Ženy byly v mnohem větším zastoupení než muži. Nejmladší respondenti byli ve věkové skupině od 21 let a nejstarší – více než 50 let. Ve sledovaných nemocnicích byly tyto skupiny poměrně stejnoměrně zastoupeny, jen v nemocnici v Českých Budějovicích převažují mladší sestry. Délka praxe respondentů na chirurgických odděleních je ve všech třech sledovaných nemocnicích zastoupena stejnoměrně.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory s klienty

Rozhovor 1

První dotazovanou klientkou je žena ve věku 76 let, která je hospitalizována s diagnózou adenocarcinom sigmoidei stenozans inoperabile. Této klientce byla provedena laparoskopickou operací transversostomia paliativa.

Před operací byla zvyklá jíst 3x denně. Dietu žádnou nedrží. Má ráda sladké i tučné jídlo a také zelenina a ovoce je součástí jejího jídelníčku. Neřestí ve stravování je nedostatečný přísun tekutin, její denní příjem je 0,5 – 1 l tekutin. Občasné kruté bolesti břicha se objevují již rok, bývají spojeny s průjmy a krví ve stolici. Je hubené, vitální postavy, takže hmotnostního úbytku, který činil asi 10 kg, si příliš nevšimla a na vyšetření do nemocnice ji přivedla rodina, která si hubnutí všimla. V nemocnici podstoupila před operací řadu vyšetření, která způsobila další úbytek na hmotnosti, jež činil 6 kg. V pooperačním období přibyl další hmotnostní úbytek, který dosahoval 5 kg. Pod pojmem nutriční výživa si představí výrobky enterální výživy a sipping, s kterými se setkala při hospitalizaci a které zde i ochutnala. Vzhledem k tomu, že ji sipping chutná, hlavně ten s příchutí džusu, a že, dle jejích slov : „Děti tvrdí, že je to dobrá věc, která urychlí uzdravování.“ bude si sipping kupovat i v době rekonvalescence v domácím ošetřování.

Rozhovor 2

Druhou dotazovanou klientkou je žena ve věku 89 let, jež je hospitalizována s prasklým duodenálním vředem. Operačním zákrokem byla omentoplastika, sutura vředu, peritonea a fascie.

Klientka se před operací stravovala 3x denně. Dietu žádnou nedrží. V jejím jídelníčku chybí ovoce a zelenina v syrovém stavu, neboť jak tvrdí : „Ovoce a zelenina není žádné jídlo, to člověka nezasytí, a proto je není nutné jíst.“ Den před hospitalizací se jí udělalo velmi zle, zvracela a měla velké bolesti břicha. Vzhledem k tomu, že potíže trvaly krátkou dobu a před operací nepodstoupila žádné vyšetření spojené s náročnou

dlouhodobou přípravou, k žádnému hmotnostnímu úbytku před operací nedošlo. V pooperačním období se objevil hmotnostní úbytek 3 kg. Pod pojmem nutriční výživa si představí sipping, s nímž se seznámila v době hospitalizace svého bratra, který měl podobné obtíže a jemuž sipping kupovali i v době rekonvalescence. Jí samotné byl sipping podáván po operaci pro rychlejší návrat do kondice. I když ji sipping chutnal, určitě ho do svého jídelníčku nezařadí, protože jeho konzumace u ní vyvolává průjemovité stolice.

Rozhovor 3

Třetí dotazovaný klient je muž ve věku 59 let. Jeho hospitalizace souvisí s diagnózou hidrosadenitis glutei at eprianalís. Byla u něj provedena operace rozsáhlého pilonidálního sinu dermoidní cysty, kdy byla provedena excize tří ložisek.

Stravování klienta začíná až obědem nebo malou svačinou v průběhu dopoledne, snídaně zásadně vynechává. Dietu žádnou nedrží. Co se týče složení stravy, tak se nevyhýbá žádné složce a jí vše, co mu manželka připraví nebo na co má chuť. Toto onemocnění je dlouhodobé a provedená operace je opakovaná, obtíže má již 3 roky. V předoperačním ani v pooperačním období k žádnému úbytku hmotnosti nedošlo. Pod pojmem nutriční výživa si představí výrobky enterální výživy a sipping. S těmito výrobky se poprvé seznámil v době své hospitalizace a nejvíce mu chutná sipping s příchutí kávy. „Ten jediný má totiž normální chuť.“ Nutriční výživu považuje za dobrý doplněk stravy, který pomáhá rychlejší rekonvalescenci, ale do svého jídelníčku jej určitě nezařadí.

Rozhovor 4

Čtvrtým dotazovaným klientem je muž ve věku 73 let. Je hospitalizován s diagnózou carcinom sigmatu a laparoskopickou operací byla provedena resekce rektosigmoidea a anastomóza end to end.

Stravování klienta je velmi nepravidelné a většinou se jedná o jídla z bufetu nebo o polotovary, které si doma upraví. Dietu žádnou nedrží. Ve svém jídelníčku dává přednost tučným jídlům. Asi tři týdny před hospitalizací trpěl nevolností, bolestmi

břicha, objevovala se krev ve stolici a občas zvracel. Před operací byla provedena řada vyšetření a celkový úbytek hmotnosti v předoperačním období činil 22 kg. Po operaci byl další úbytek 4 kg. Pod pojmem nutriční výživa si představuje sipping, s kterým se setkal za své hospitalizace. Sipping mu moc nechutnal. „Jediný, který se dal trochu pít, byl ten s příchutí jogurtu.“ Sipping považuje za vhodný zdravotní doplněk stravy a do svého jídelníčku ho zařadí, pokud se u něj objeví zdravotní obtíže. Jinak ho konzumovat ale nebude.

Rozhovor 5

Pátým dotazovaným klientem je muž ve věku 49 let. Jeho diagnóza zní - tumor transversa stenožující. V anamnéze má vředovou chorobu gastroduodena. Operačním zákrokem bylo provedeno rozrušení adhezí a resekce transversa.

Stravování klienta je velmi nepravidelné. Jeho prvním jídlem je oběd a jídlo je sněženo vždy ve spěchu v bufetu nebo v restauraci. Pokud si vaří sám, jde o polotovary, které si doma tepelně upraví. Přednost dává tučnému a sladkému jídlu. Ovoce ani zeleninu nevyhledává. Jeho pracovní vytížení je hektické a hodně stresující, takže svým obtížím dlouho nevěnoval pozornost, ale myslí si, že jej obtíže provází střídavě asi 2 roky. K lékaři jej přivedl hmotnostní úbytek 26 kg. V nemocnici podstoupil řadu vyšetření a další hmotnostní úbytek činil 10 kg. V bezprostředním pooperačním období byl úbytek hmotnosti dalších 5 kg. „Co si mám představit pod pojmem nutriční výživa? Tak to opravdu nevím. Možná by mohlo jít o výrobky enterální výživy a sippingu, s kterými jsem se setkal zde v nemocnici.“ Sipping mu chutná, nejvíce mu chutná sipping s příchutí čokolády. Do svého jídelníčku sipping zařadí. Určitě aspoň v době své rekonvalescence.

4.1.1 Výsledky rozhovorů s klienty kategorizované do tabulek

Tabulka 1 Stravovací návyky před operací

	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5
3x denně	X	X			
Bez snídaně			X		X
Polotovary, bufet				X	X
Sladké jídlo	X	X	X		X
Tučné jídlo	X	X	X	X	X
Ovoce, zelenina	X		X		

Výsledkem rozhovorů s klienty o jejich stravovacích zvycích během dne bylo, že klient 1 jedl pravidelně 3x denně a jeho jídelníček obsahoval jak sladké, tak tučné jídlo a bylo v něm místo i na ovoce a zeleninu. Klient 2 také jedl 3x denně, ale jeho strava byla chudá na ovoce a zeleninu. Klient 3 nesnídal, ale má rád sladká i tučná jídla a rád si dá i ovoce a zeleninu. Klient 4 se stravuje většinou v bufetu a při výběru jídla dává přednost tučným jídlům. Sladká jídla, ovoce a zeleninu do svého jídelníčku nezařazoval. Klient 5 nesnídal, stravování probíhalo většinou v bufetu, pokud se stravoval doma, připravoval si polotovary. Jeho strava obsahovala sladká i tučná jídla, ale ovoce a zelenina v ní chyběla.

Tabulka 2 Hmotnostní úbytek v souvislosti s operací střev

		Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5
Délka trvání obtíží	do týdne		X			
	do měsíce				X	
	do 1 roku	X				
	více než rok			X		X
Hmotnostní úbytek v předoperačním období	bez úbytku		X	X		
	10-20 kg	X				
	více než 20 kg				X	X
Hmotnostní úbytek v souvislosti	s onemocněním	X			X	X
	s vyšetřeními	X			X	X
Hmotnostní úbytek v pooperačním období	bez úbytku			X		
	do 10 kg	X	X		X	X

V rozhovoru byla i otázka, jak dlouho trvaly obtíže, jež klienta přivedly do nemocnice. Na tuto otázku klient 1 odpověděl, že délka obtíží nepřesáhla jeden rok. Klient 2 měl obtíže méně než týden, klient 3 více než rok, u klienta 4 trvaly obtíže několik týdnů a klient 5 měl obtíže déle než 1 rok. Hmotnostní úbytek před operací byl u klienta 1 10-20 kg a vznikl v souvislosti s onemocněním i s předoperačními vyšetřeními. V pooperačním období byl hmotnostní úbytek do 10 kg. U klienta 2 k žádnému hmotnostnímu úbytku v předoperačním období nedošlo. Po operaci se objevil hmotnostní úbytek do 10 kg. Klient 3 neměl žádný hmotnostní úbytek ani v předoperačním, ani v pooperačním období. Klient 4 měl v předoperačním období hmotnostní úbytek více než 20 kg, tento úbytek vznikl v souvislosti s onemocněním i s vyšetřeními v předoperační přípravě. Po operaci byl úbytek do 10 kg. U klienta 5 byl v předoperačním období hmotnostní úbytek více než 20 kg a vznikl v souvislosti s onemocněním i s předoperačními vyšetřeními. V pooperačním období se objevil hmotnostní úbytek do 10 kg.

Tabulka 3 Informovanost klientů o nutriční výživě

	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5
Sipping	X	X	X	X	
Enterální výživa	X		X		
Nevím					X

Pod pojmem nutriční výživa si klient 1 představí sipping a enterální výživu. Klient 2 si představí sipping a klient 3 sipping a enterální výživu. Klient 4 si pod tímto pojmem představí sipping a klient 5 neví, co si má pod tímto pojmem představit.

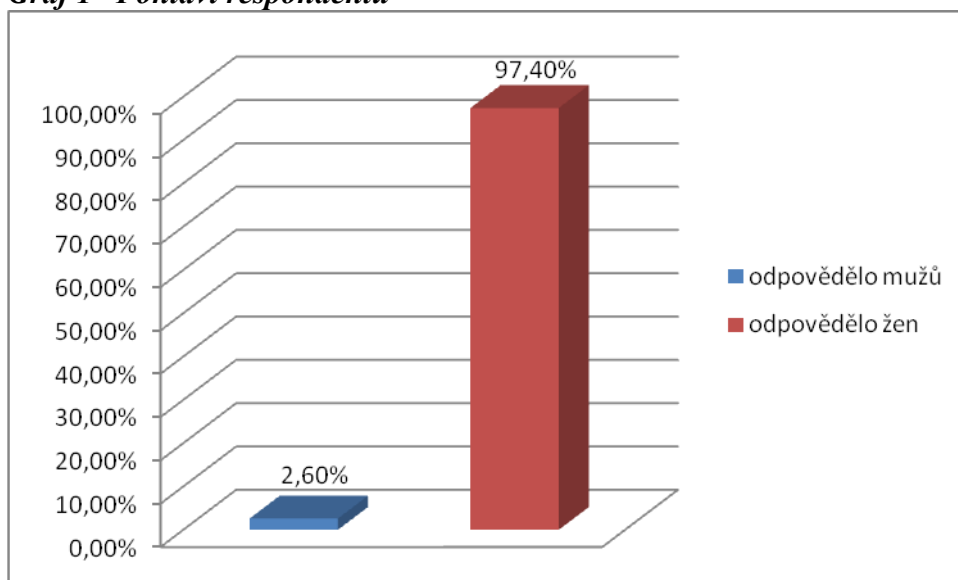
Tabulka 4 Přístup klientů k nutričním produktům

		Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5
Ochutnání sippingu	ano	X	X	X	X	
	nevím					X
Chut' sippingu	je dobrý	X		X		X
	nechutná mi				X	
	mám po něm průjmy		X			
Sipping v jídelníčku	ano	X				X
	ne		X	X		
	pokud bude potřeba				X	

Na otázku, zda někdy ochutnal sipping, odpověděl klient 1 ano a uvedl, že je dobrý a že jej zařadí do svého jídelníčku. Klient 2 uvedl, že sipping ochutnal, ale má po něm průjmy, a proto jej do svého jídelníčku nezařadí. Klient 3 sipping ochutnal a uvádí, že je dobrý, ale do svého jídelníčku jej nezařadí. Klient 4 sipping ochutnal, ale nechutná mu a do svého jídelníčku jej zařadí pouze tehdy, pokud si to jeho zdravotní stav vyžádá. Klient 5 neví, zda sipping někdy ochutnal. Po vysvětlení, co sipping je, uvádí, že je dobrý a že jej do svého jídelníčku zařadí.

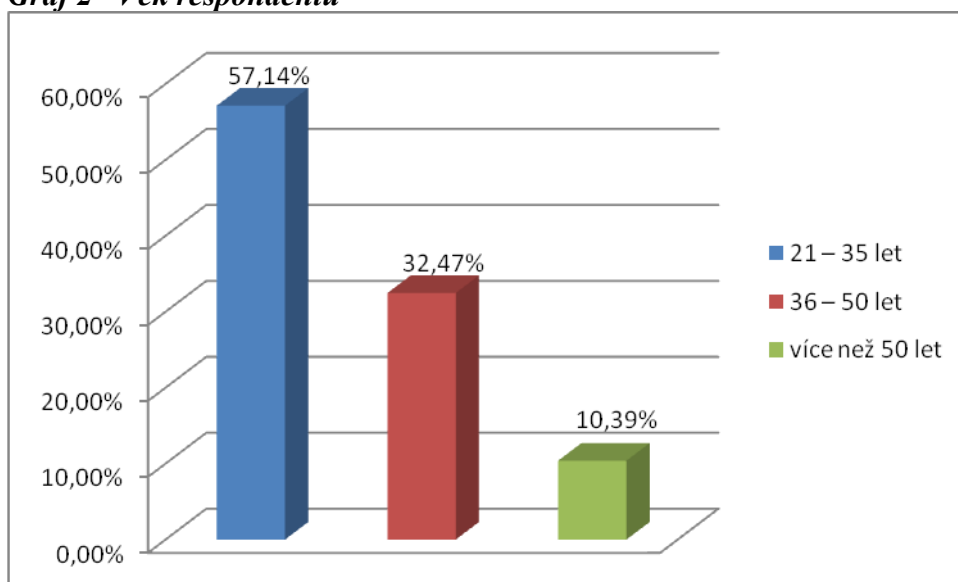
4.2 Výsledky dotazníkového šetření

Graf 1 Pohlaví respondentů



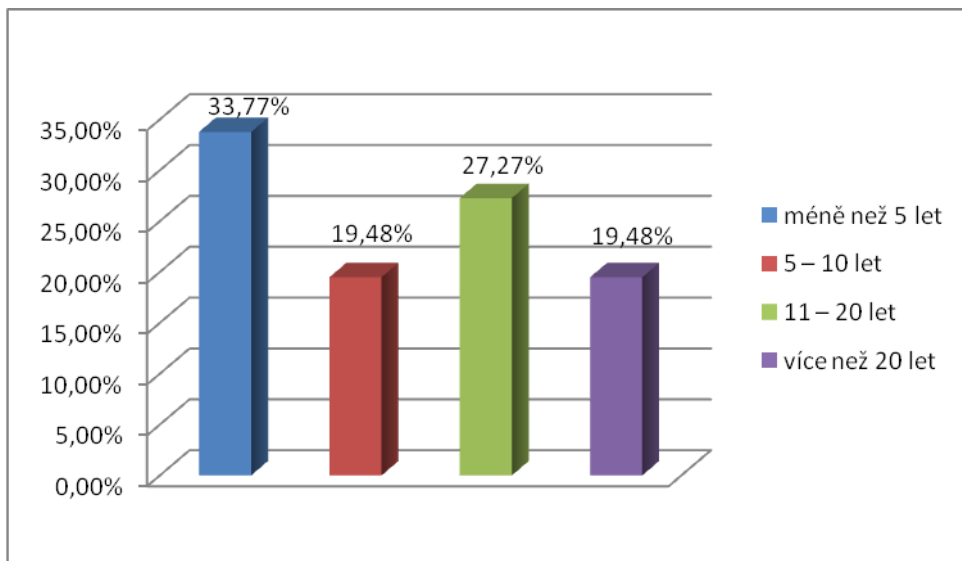
Dotazník vyplnilo celkem 77 respondentů (100 %) ze tří nemocnic. Z celkového počtu byli 2 muži (2,60 %) a 75 žen (97,40 %).

Graf 2 Věk respondentů



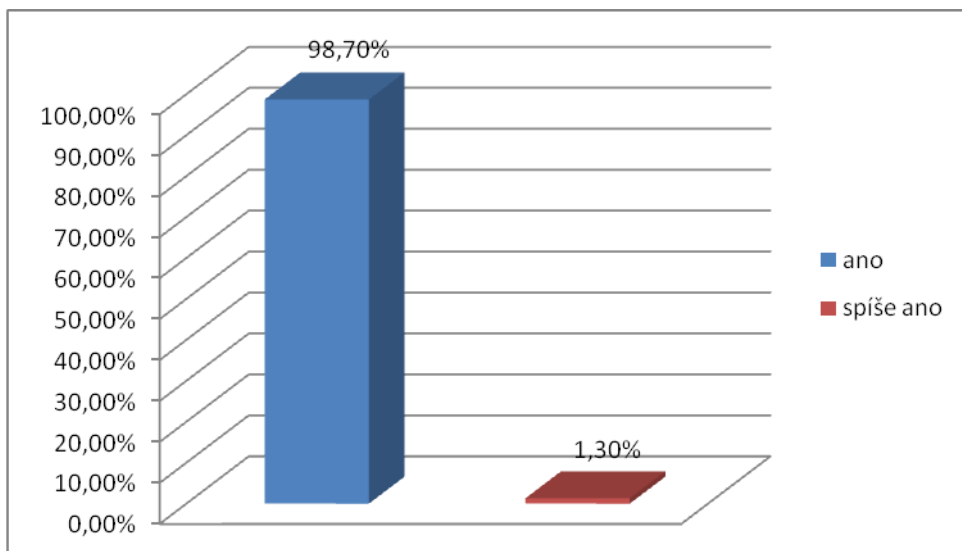
Z celkového počtu 77 respondentů (100 %) není žádný mladší 21 let, 44 respondentů je ve věku od 21 do 35 let (57,14 %), 25 respondentů (32,47 %) je ve věku 36 až 50 let a 8 respondentů (10,39 %) je starších 50 let.

Graf 3 Délka praxe



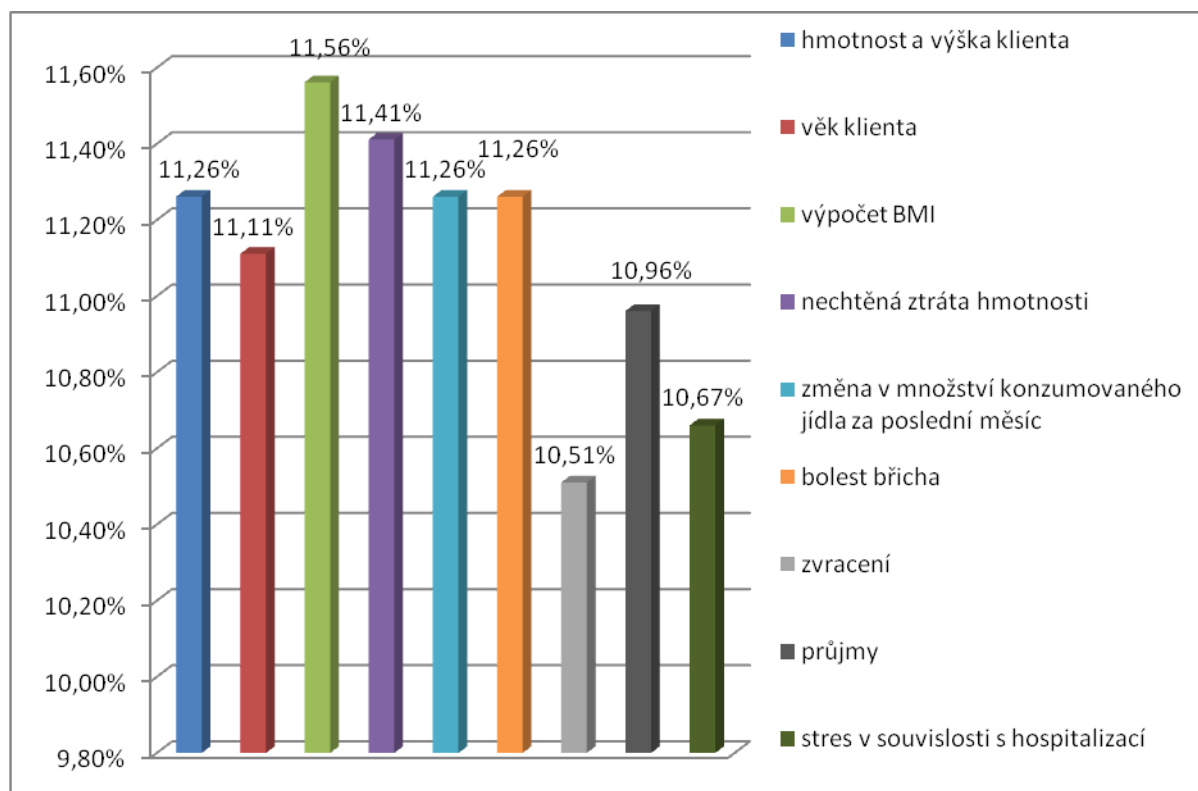
Z celkového počtu 77 respondentů (100 %) pracuje na chirurgickém oddělení méně než 5 let 26 respondentů (33,77 %), 5 – 10 let 15 respondentů (19,48 %), 11 – 20 let 21 respondentů (27,27 %) a více než 20 let 15 respondentů (19,48 %).

Graf 4 Nutriční screening při příjmu pacienta



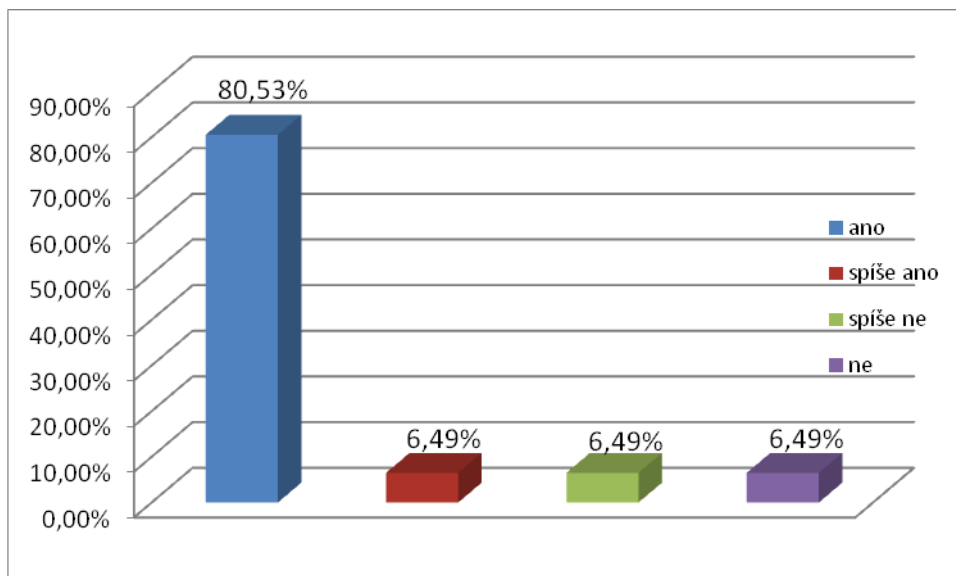
Výsledky dotazníkových odpovědí ukázaly, že ve všech třech nemocnicích se provádí nutriční screening při příjmu pacienta. Na otázku odpovědělo 77 respondentů (100 %). 76 respondentů (98,70 %) odpovědělo ano a 1 respondent (1,30 %) odpověděl spíše ano. Spíše ne a ne neodpověděl žádný z respondentů.

Graf 5 *Nutriční screening zahrnuje*



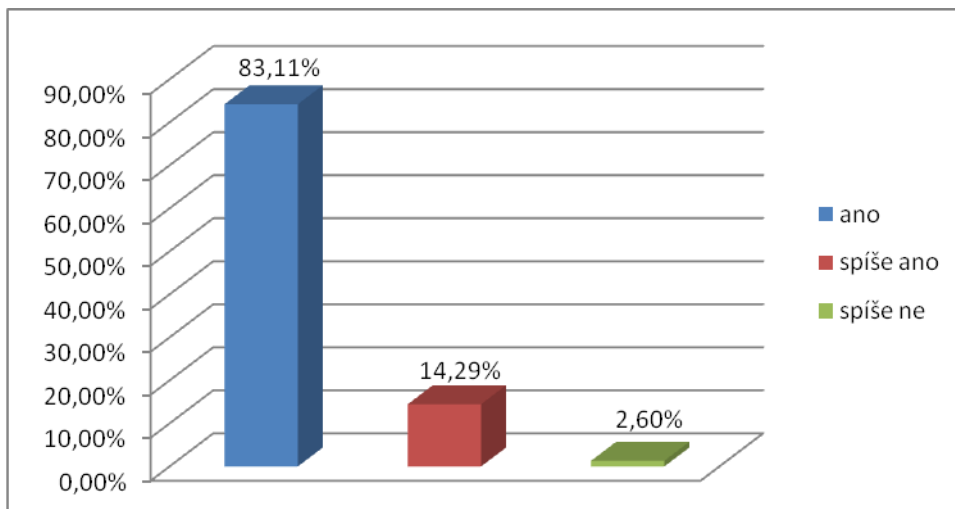
Na otázku, co vše zahrnuje nutriční screening, měli respondenti možnost více odpovědí. Celkem bylo 666 odpovědí (100 %). Že do nutričního screeningu patří hmotnost a výška klienta si myslí 75 respondentů (11,26 % odpovědí), že sem patří věk klienta si myslí 74 respondentů (11,11 % odpovědí), výpočet BMI – 77 respondentů (11,56 % odpovědí), nechtěná ztráta hmotnosti klienta – 76 respondentů (11,41 % odpovědí), změna množství konzumovaného jídla klientem za poslední měsíc – 75 respondentů (11,26 % odpovědí), bolest břicha – 75 respondentů (11,26 % odpovědí), zvracení – 70 respondentů (10,51 % odpovědí), průjmy – 73 respondentů (10,96 % odpovědí), stres vzniklý v souvislosti s hospitalizací - 71 respondentů (10,67 % odpovědí). Jinou možnost, kromě nabízených možností neuvedl nikdo z odpovídajících.

Graf 6 Edukace klientů před operací střev o úpravě stravy před operací



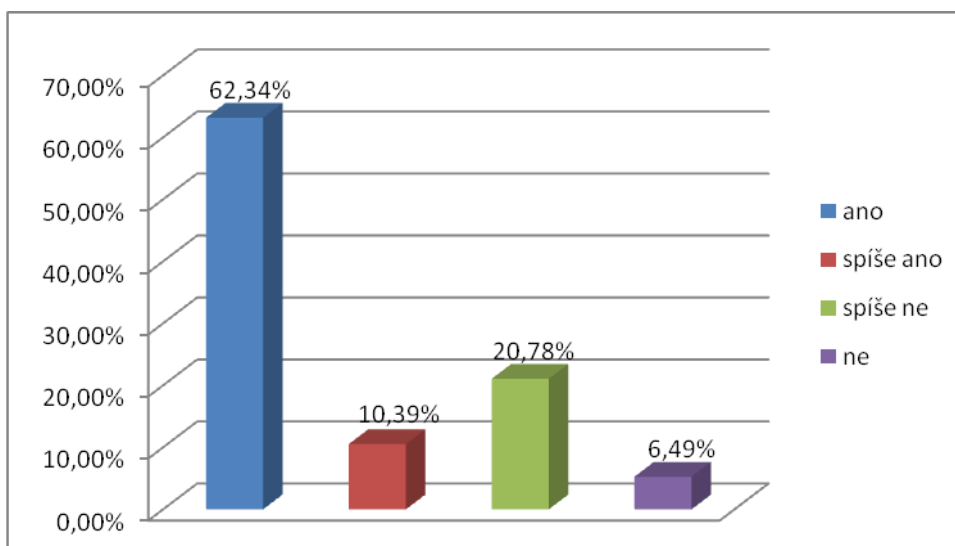
77 odpovídajících respondentů tvoří pro tento graf 100 %. Odpověď na otázku, zda se na oddělení provádí před operací edukace klientů o úpravě stravy před operací, odpovědělo 62 respondentů (80,53 %) ano, spíše ano odpovědělo 5 respondentů (6,49 %), spíše ne také 5 respondentů (6,49 %) a ne odpovědělo také 5 respondentů (6,49 %).

Graf 7 Edukace klientů před operací střev o úpravě stravy po operaci



Podle dotazníkového šetření na otázku o edukaci klientů před operací střev o úpravě stravy po operaci odpovědělo 77 respondentů (100 %). Většina respondentů – 64 (83,11 %), odpovědělo, že edukaci o úpravě stravy po operaci u klientů v předoperačním období provádí, 11 respondentů (14,29 %) odpovědělo spíše ano, 2 respondenti (2,60 %) odpověděli spíše ne a odpověď ne uvedl žádný respondent.

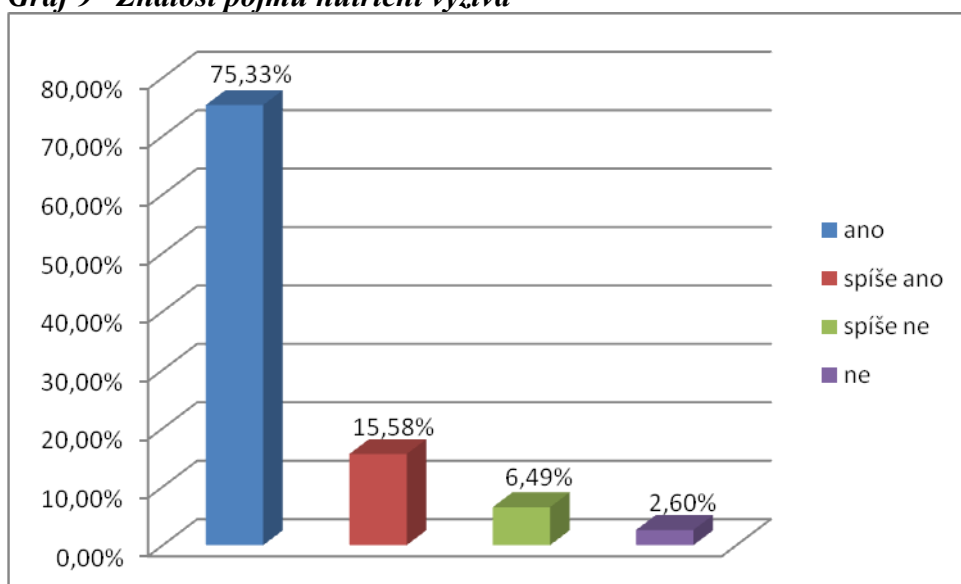
Graf 8 Poskytování klientům vzorových jídelníčků



I na tuto otázku odpovídalo 77 respondentů (100 %). 48 respondentů (62,34 %) odpovědělo ano, 8 respondentů (10,39 %) odpovědělo spíše ano, 16 respondentů

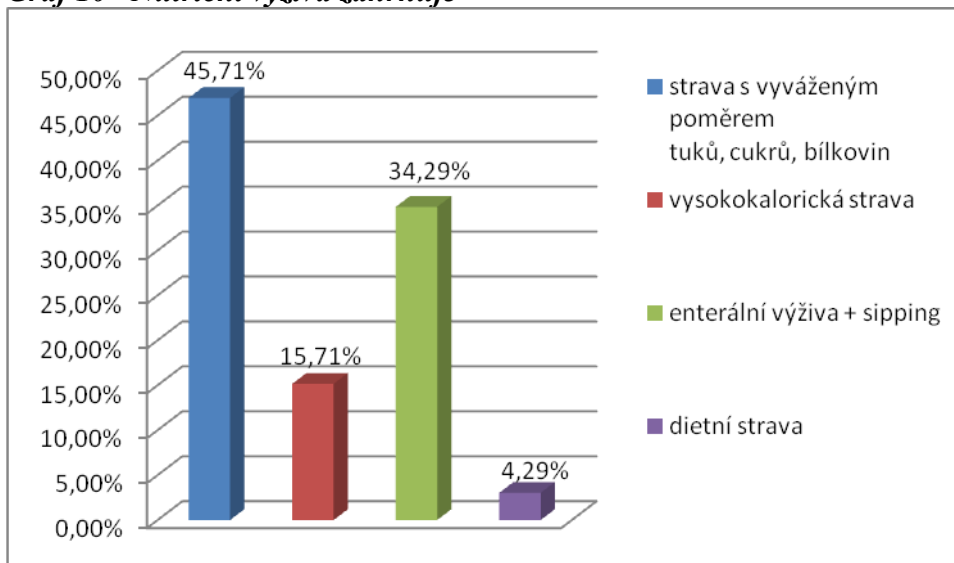
(20,78 %) odpovědělo spíše ne a 5 respondentů (6,49 %) odpověděli ne.

Graf 9 Znalost pojmu nutriční výživa



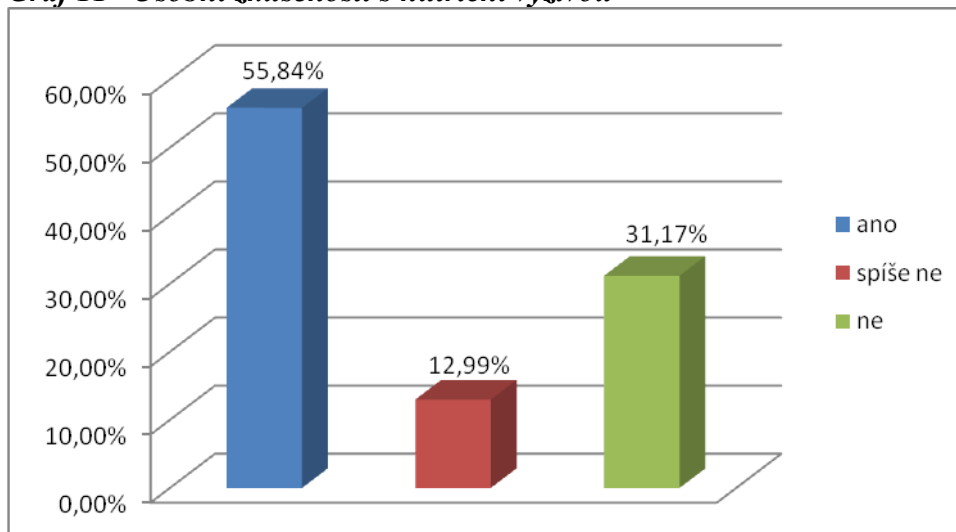
Na dotaz, zda respondenti vědí, co je nutriční výživa, odpovídalo 77 respondentů (100 %). 58 respondentů (75,33 %) odpovědělo ano, 12 respondentů (15,58 %) odpovědělo spíše ano, 5 respondentů (6,49 %) odpovědělo spíše ne a 2 respondenti (2,60 %) odpověděli ne.

Graf 10 *Nutriční výživa zahrnuje*



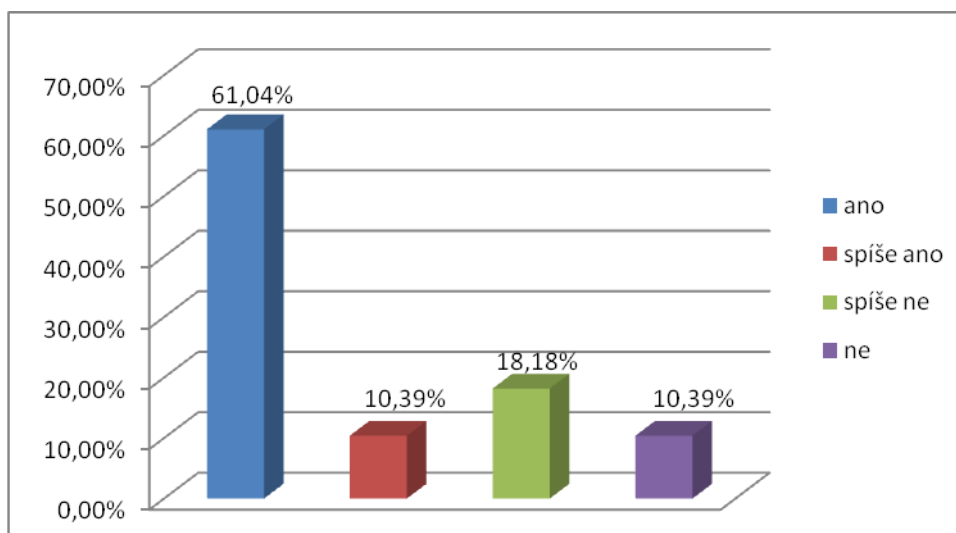
Tento graf znázorňuje odpovědi na otázku, co zahrnuje nutriční výživa. Jednalo se o otevřenou otázku a odpovídalo na ni 70 respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli ano a spíše ano a pro tento graf tvoří 100 %. 32 respondentů (45,71 %) si myslí, že jde o stravu s vyváženým poměrem tuků, cukrů a bílkovin. 11 respondentů (15,71 %) se domnívá, že jde o vysokokalorickou stravu. 24 respondentů (34,29 %) si myslí, že nutriční výživa je pojem pro enterální výživu a sipping a 3 respondenti (4,29 %) jsou přesvědčeni, že jde o dietní stravu.

Graf 11 Osobní zkušenosti s nutriční výživou



Na otázku, zda respondenti ochutnali někdy nutriční stravu, odpovědělo celkem 77 respondentů (100 %), Ano odpovědělo 43 respondentů (55,84 %). Žádný neodpověděl spíše ano, 10 respondentů (12,99 %) odpovědělo spíše ne a 24 respondentů (31,17 %) odpovědělo ne.

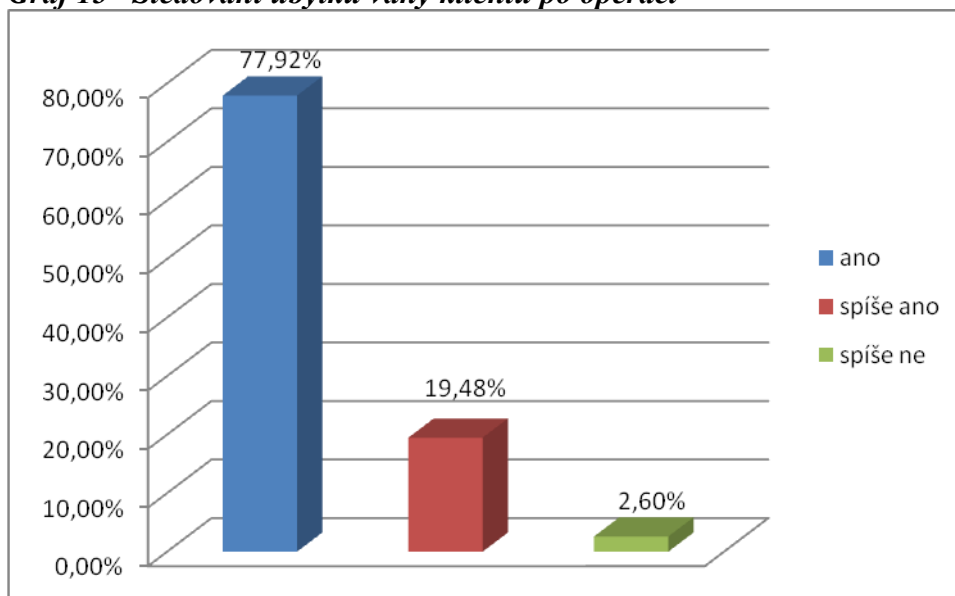
Graf 12 Sledování úbytku váhy klientů před operací



Zda se sleduje úbytek váhy klientů před operací, byla otázka, na kterou odpovídalo 77 respondentů (100 %). Výsledkem bylo, že většina – 47 respondentů (61,04 %), odpověděla ano, 8 respondentů (10,39 %) spíše ano, 14 respondentů (18,18 %) spíše ne

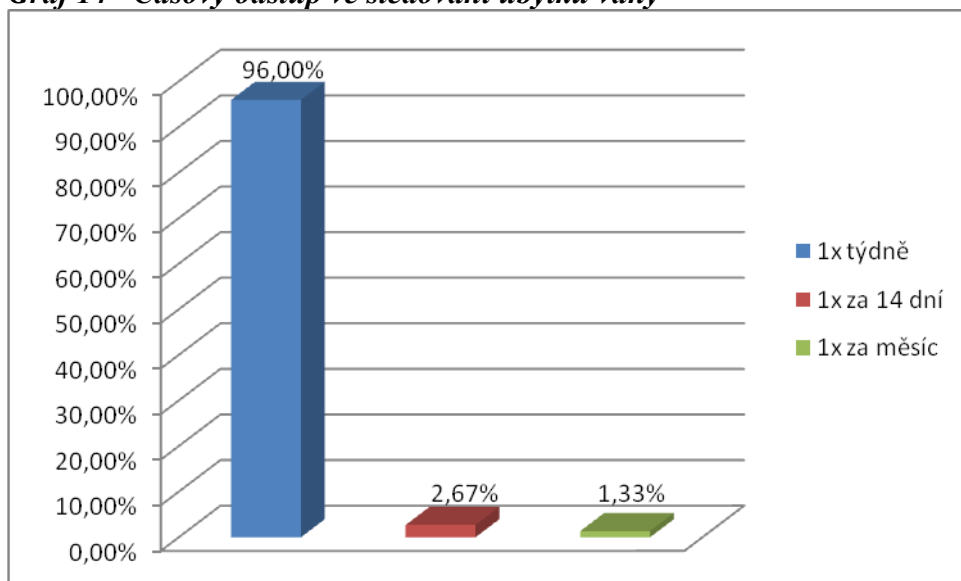
a 8 respondentů (10,39 %) odpovědělo ne.

Graf 13 Sledování úbytku váhy klientů po operaci



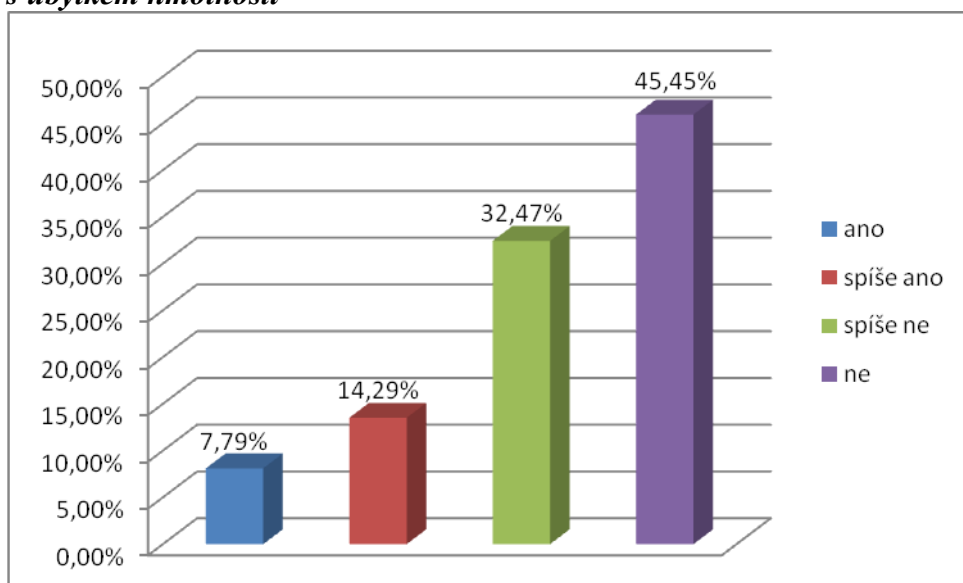
V dotazníku o sledování úbytku váhy klientů po operaci odpovídalo 77 respondentů (100 %). 60 respondentů (77,92 %) odpovědělo ano, 15 respondentů (19,48 %) spíše ano, 2 respondenti (2,60 %) spíše ne a ne neodpověděl nikdo.

Graf 14 Časový odstup ve sledování úbytku váhy



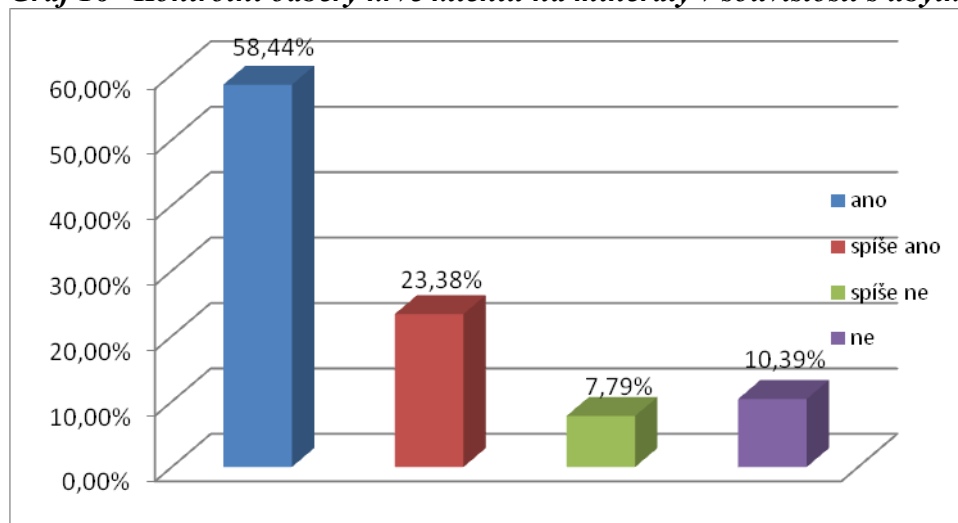
Na otázku, v jakém časovém odstupu se sleduje hmotnostní úbytek klientů, odpovídalo 75 respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli ano a spíše ano a to je pro tento graf 100 %. Možnost každý den nevyužil žádný z respondentů, 72 respondentů (96,00 %) odpovědělo, že úbytek sledují 1x týdně, 2 respondenti (2,67 %) odpověděli, že 1x za 14 dní, možnost 1x za 3 týdny nevyužil žádný z respondentů a 1x za měsíc uvádí 1 respondent (1,33 %).

Graf 15 Kontrolní odběry krve klientů na albumin a prealbumin v souvislosti s úbytkem hmotnosti



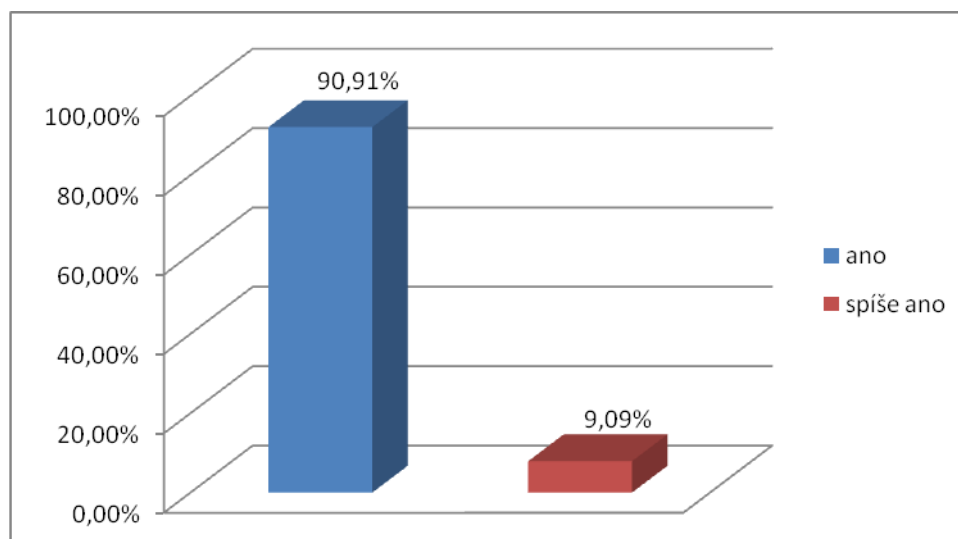
Výsledkem dotazníkového šetření, zda se na oddělení provádí kontrolní odběry klientů na albumin a prealbumin v souvislosti s úbytkem hmotnosti, bylo, že spíše ne. Odpovědělo 77 respondentů (100 %). 6 respondentů (7,79 %) odpovědělo ano, 11 respondentů (14,29 %) spíše ano, 25 respondentů (32,47 %) spíše ne a 35 respondentů (45,45 %) ne.

Graf 16 Kontrolní odběry krve klientů na minerály v souvislosti s úbytkem hmotnosti



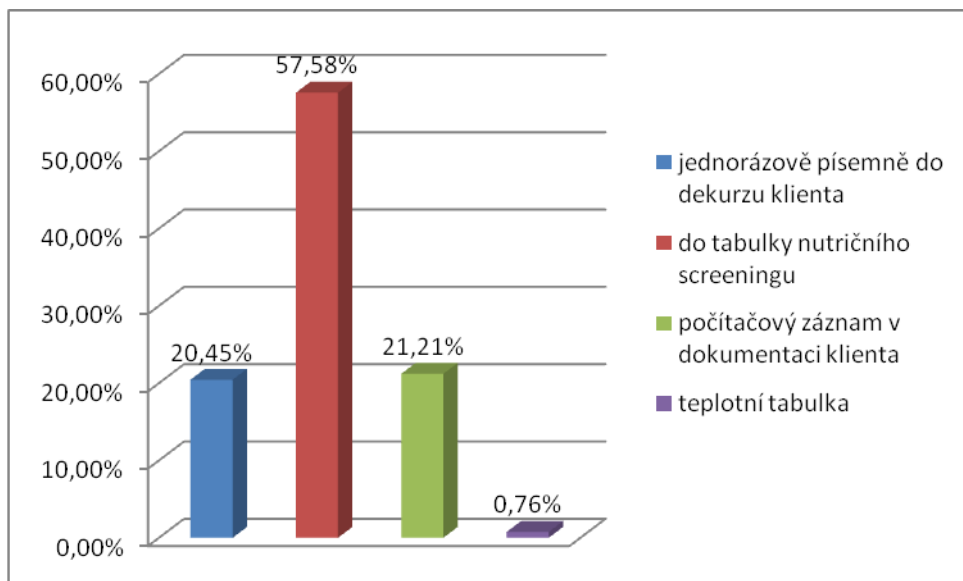
Kontrolní odběry krve klientů na minerály, v souvislosti s úbytkem hmotnosti, se na oddělení provádí ve všech třech dotazovaných nemocnicích. Na otázku odpovědělo 77 respondentů (100 %). 45 respondentů (58,44 %) odpovědělo ano, 18 respondentů (23,38 %) odpovědělo spíše ano, 6 respondentů (7,79 %) spíše ne a 8 respondentů (10,39 %) ne.

Graf 17 Záznam o hmotnosti klienta



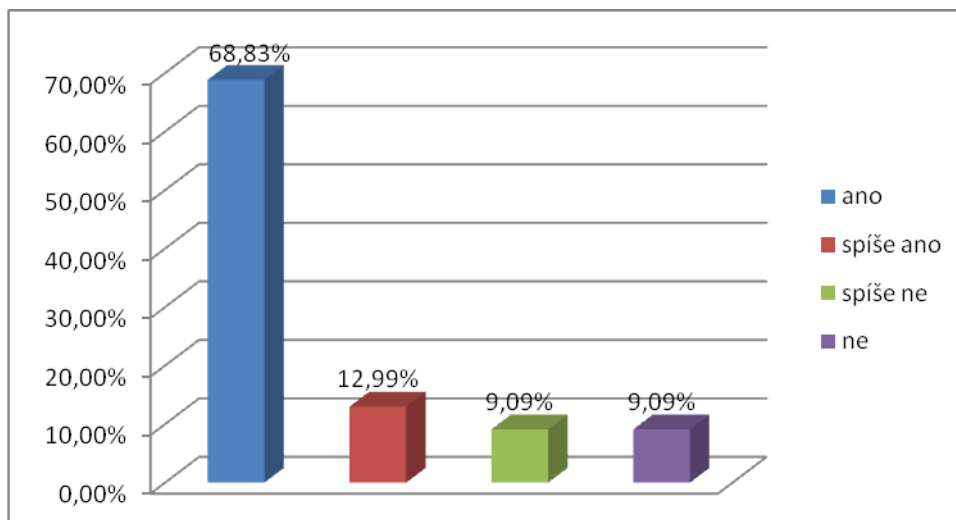
Na otázku, zda se vede záznam o hmotnosti klienta, odpovědělo 77 respondentů (100 %). 70 respondentů (90,91 %) odpovědělo ano, 7 respondentů (9,09 %) spíše ano a spíše ne a ne neodpověděl nikdo.

Graf 18 Vedení záznamu o hmotnosti klienta



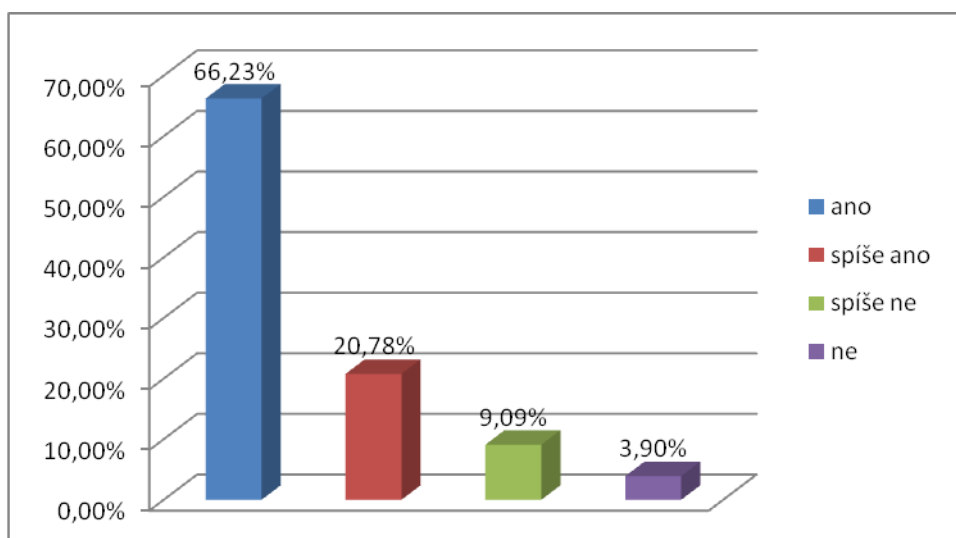
Při odpovědi na otázku, jak je veden záznam o hmotnosti klienta, měli respondenti více možností odpovědí. Odpovědělo 77 respondentů a celkem bylo 132 odpovědí (100 %), 27 respondentů (20,45 % odpovědí) odpovědělo, že záznam provádí jednorázově písemně do dekurzu klienta, 76 respondentů (57,58 % odpovědí) uvedlo, že do tabulky nutričního screeningu, žádný z respondentů neuvedl možnost zapsání na tabuli na vyšetřovně se seznamem hospitalizovaných klientů. 28 respondentů (21,21 % odpovědí) uvedlo počítačový záznam v dokumentaci klienta a 1 respondent (0,76 % odpovědí) uvedl, že se záznam provádí do teplotní tabulky.

Graf 19 Poskytování letáků o nutriční výživě



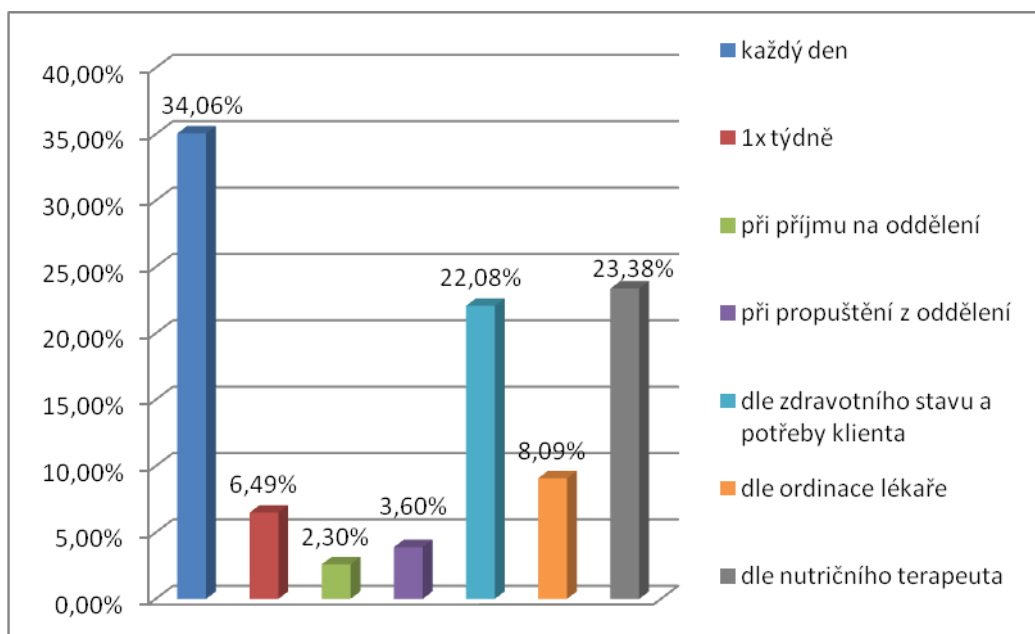
Zda se na oddělení poskytují letáky o nutriční výživě, byla další dotazníková otázka. Odpovědělo 77 respondentů (100 %). 53 respondentů (68,83 %) odpovědělo ano, 10 respondentů (12,99 %) odpovědělo spíše ano, 7 respondentů (9,09 %) spíše ne a 7 respondentů (9,09 %) ne.

Graf 20 Nabízení nutričních výrobků klientům



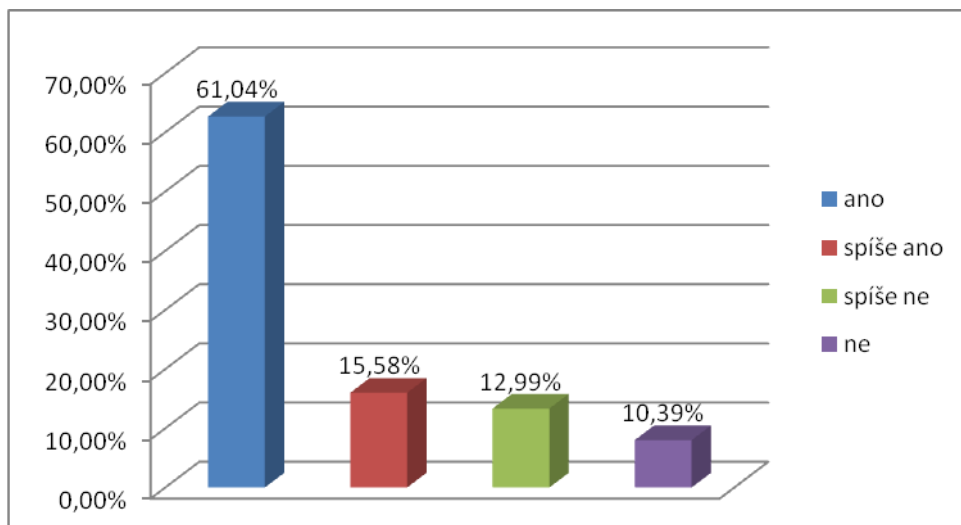
Dle dotazníkového šetření se klientům, ve všech třech dotazovaných nemocnicích, nabízí nutriční výrobky. Na otázku odpovídalo celkem 77 respondentů (100 %). 51 respondentů (66,23 %) uvedlo ano, 16 respondentů (20,78 %) spíše ano, 7 respondentů (9,09 %) spíše ne a 3 respondenti (3,90 %) uvedli ne.

Graf 21 Častost nabízení nutričních výrobků



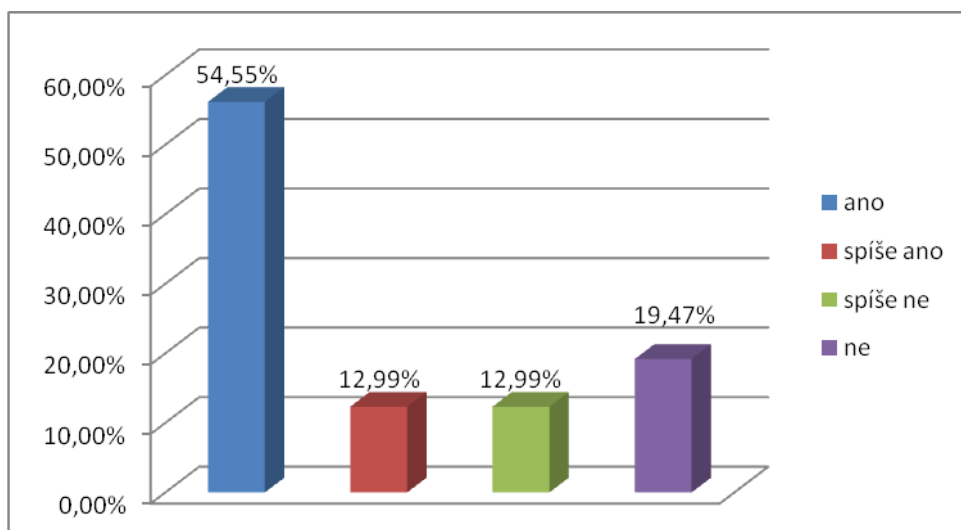
Na otázku, jak často jsou na oddělení klientům nabízeny nutriční výrobky, byl výběr z více možností a byla zde i možnost uvést jiné, než nabízené možnosti. Odpovídalo 67 respondentů, kteří na předchozí odpověděli ano a spíše ano a uvedli 77 odpovědí (100 %). Možnost každý den uvedlo 27 respondentů (34,06 % odpovědí), 1x týdně 5 respondentů (6,49 % odpovědí). Možnost 1x za 14 dní, 1x za 3 týdny a 1x za měsíc neuvedl nikdo z dotazovaných. Možnost při příjmu na oddělení uvedli 2 respondenti (2,30 % odpovědí), při propuštění z oddělení 3 respondenti (3,60 % odpovědí), dle zdravotního stavu a potřeby klienta 17 respondentů (22,08 % odpovědí), dle ordinace lékaře 7 respondentů (8,09 % odpovědí) a dle nutričního terapeuta 18 respondentů (23,38 % odpovědí).

Graf 22 Podávání enterální výživy na oddělení



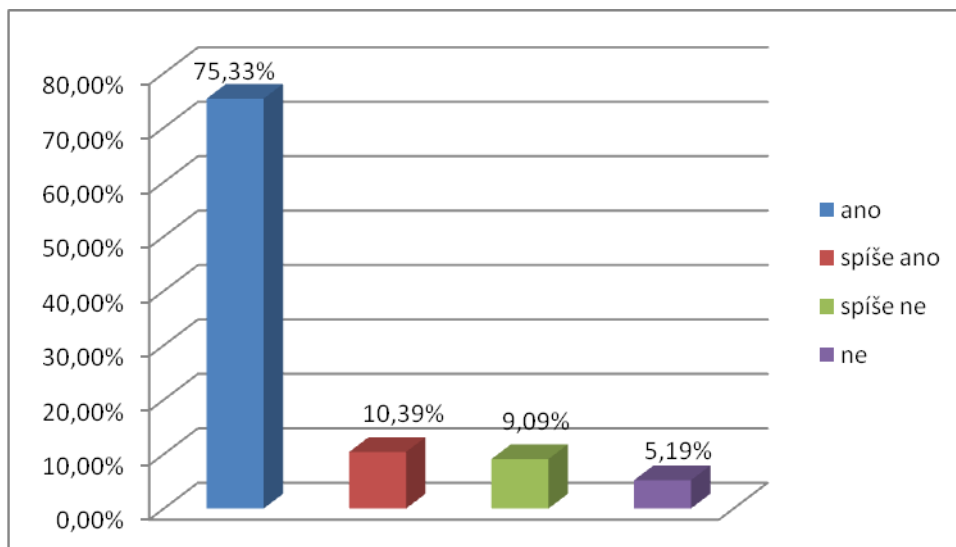
Enterální výživa se na oddělení podává ve všech dotazovaných nemocnicích. Odpovídalo 77 respondentů (100 %). 47 respondentů (61,04 %) odpovědělo ano, 12 respondentů (15,58 %) odpovědělo spíše ano, 10 respondentů (12,99 %) spíše ne a 8 respondentů (10,39 %) odpovědělo ne.

Graf 23 Podávání sippingu na oddělení



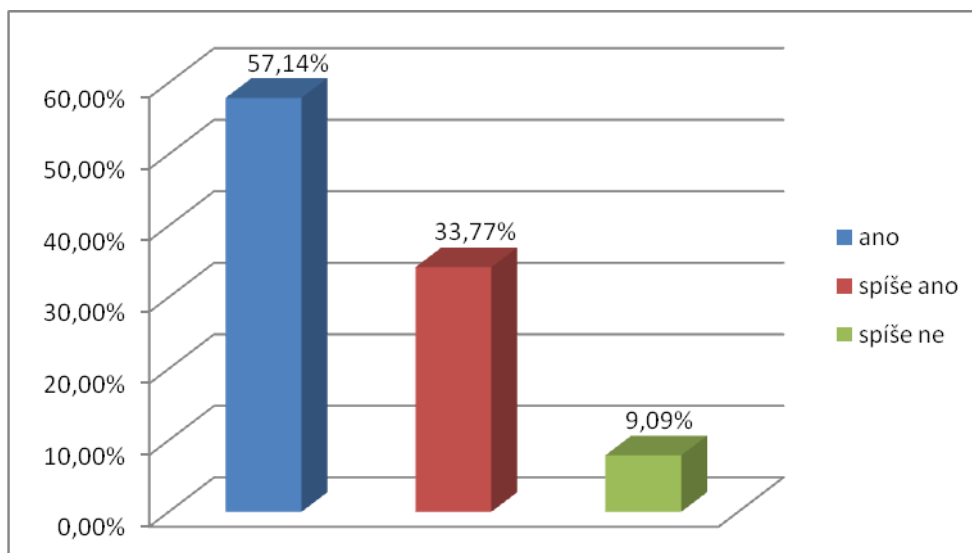
Při odpovědi na otázku, zda se podává na oddělení sipping, odpovědělo celkem 77 respondentů (100 %). 42 respondentů (54,55 %) odpovědělo ano, 10 respondentů (12,99 %) spíše ano, 10 respondentů (12,99 %) spíše ne a 15 respondentů (19,47 %) odpovědělo ne.

Graf 24 Spolupráce s nutričním terapeutem



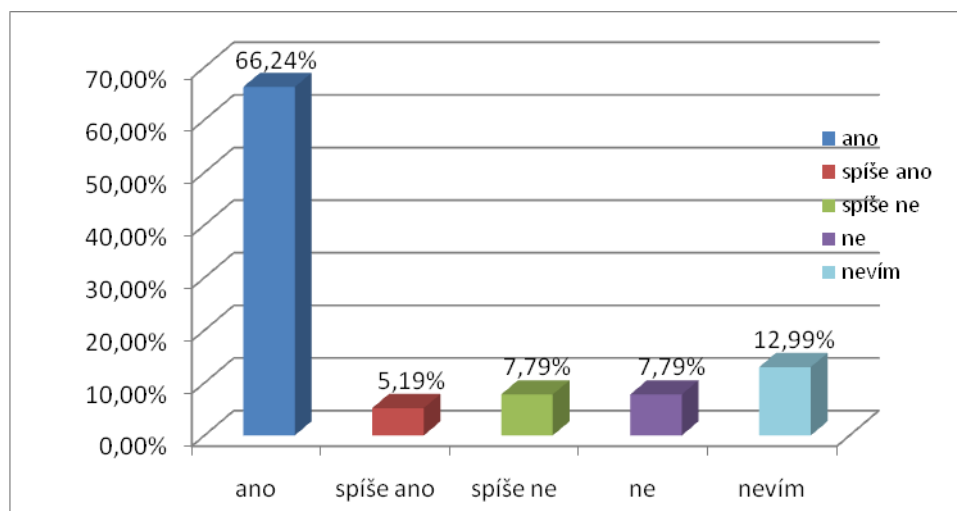
Tento graf vypovídá o spolupráci s nutričním terapeutem. Na otázku odpovědělo 77 respondentů (100 %), 58 respondentů (75,33 %) odpovědělo ano, 8 respondentů (10,39 %) spíše ano, 7 respondentů (9,09 %) spíše ne a 4 respondenti (5,19 %) odpověděli ne.

Graf 25 Spolupráce s rodinou v otázce výživy



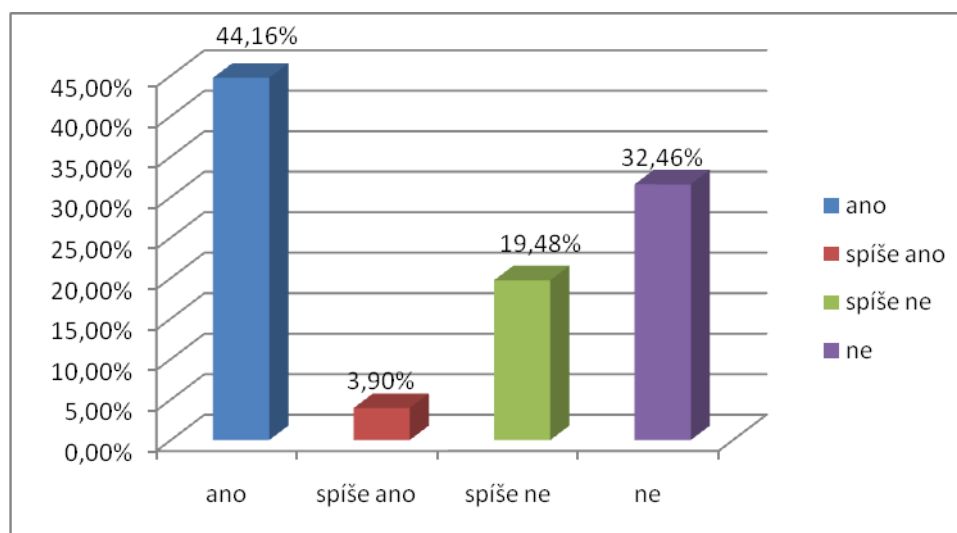
Na otázku odpovídalo 77 respondentů, to je 100 % pro tento graf. 44 respondentů (57,14 %) uvedlo ano, 26 respondentů (33,77 %) uvedlo spíše ano, 7 respondentů (9,09 %) spíše ne a odpověď ne nevyužil žádný respondent.

Graf 26 *Ambulance nutriční výživy v nemocnici*



Na otázku, zda je v nemocnici ambulance nutriční výživy odpovídalo 77 respondentů (100 %). 51 respondentů (66,24 %) odpovědělo ano, 4 respondenti (5,19 %) odpověděli spíše ano, 6 respondentů (7,79 %) spíše ne, 6 respondentů (7,79 %) ne a 10 respondentů (12,99 %) odpovědělo nevím.

Graf 27 *Dávání klientům kontaktu na ambulanci nutriční výživy*



Jestli klienti dostávají na oddělení kontakt na ambulanci nutriční výživy, to byla poslední otázka dotazníku pro sestry. Odpovídalo 77 respondentů (100 %). 34 respondentů (44,16 %) uvedlo ano, 3 respondenti (3,90 %) uvedli spíše ano, 15 respondentů (19,48 %) spíše ne a 25 respondentů (32,46 %) uvedlo ne.

5. Diskuze

Už když se člověk narodí, začne mít své potřeby, které jsou nutné pro život, který právě započal. A i když v tuto chvíli projevuje jen svou libost a nelibost a je otázkou okolí, zda jeho potřeby nutné pro život, dokáže splnit, organismus přesně ví, co pro svůj růst potřebuje a reaguje na dostatek i nedostatek. Téma bakalářské práce se zabývá potřebou výživy organismu. Je to potřeba, která je pro život nezbytná, ale lidé si jí začnou všimnout teprve tehdy, když se objeví zdravotní obtíže. Pokud organismus hladoví kratší dobu, dokáže se s tím vypořádat, ale pokud se objeví onemocnění zažívacího traktu a je třeba provést několik vyšetření, nebo je narušen příjem stravy, projeví se to na celkové kondici organismu a mnohdy se naruší i správná funkce vnitřních orgánů. Aby zátěž organismu byla co nejmenší a aby se předešlo většímu poškození, je třeba ve výživě doplnit chybějící látky.

Pracuji na septické chirurgii a mými pacienty jsou často klienti s potížemi trávicího traktu. Všichni tito klienti mají společné to, že jejich zdravotní stav má vliv na výživu organismu a většinou dochází i k potížím při přijímání běžné stravy. Pro tyto klienty je velice vhodná nutriční výživa podávaná buď enterální cestou nebo formou sippingu (14).

Bakalářská práce na téma „Úloha sestry ve výživě klientů po vybraných operacích střev“ se zaměřuje především na úpravu životosprávy klientů po operacích střev, na znalosti klientů i ošetrovatelského personálu o nutriční výživě a na využívání nutričních výrobků v praxi. Provedený výzkum měl dvě části – kvalitativní a kvantitativní.

V kvalitativní části bylo cílem práce zjistit stravovací návyky klientů před operací, průměrný hmotnostní úbytek klientů při přípravě na operaci střev, informovanost klientů o nutriční výživě a zmapovat přístup klientů k nutričním produktům. K těmto cílům byly stanoveny tyto výzkumné otázky : 1 - Jaká jídla klienti konzumují?, 2 - Jaký je hmotnostní úbytek při přípravě na operaci střev?, 3 - Jaké mají klienti informace o nutriční výživě? A 4 - Jaký je přístup klientů k nutriční výživě? Výzkumného šetření se účastnilo pět klientů a to tři muži a dvě ženy. To ukazuje na vyšší výskyt onemocnění zažívacího traktu u mužů než u žen (17). Klienti byli

ve věkové skupině od 49 do 89 let. I tento údaj vypovídá o věkové skupině, kde se nejčastěji podobné obtíže vyskytují. Toto tvrzení se shoduje s tvrzením Švába, které publikoval ve své knize (8). Nutno ale připustit, že za poslední léta se tyto obtíže vyskytují i u mladších ročníků. Je to způsobeno stresovými situacemi, úrovní prostředí, ve kterém se klienti vyskytují a upouštěním od návyků správného a klidného stravování. Většina klientů nevěnuje stravování pozornost, a proto ze svého jídelníčku vypouští třeba snídani – na to ukázal rozhovor s klienty, kteří své obtíže řeší poprvé, nebo je jejich strava chudá na zeleninu a ovoce a to se projeví nedostatkem vlákniny, minerálů a vitamínů v organismu. Klienti také přijímají méně tekutin, než organismus potřebuje, a to vede ke ztížené defekaci a může to také vyvolat závažné obtíže na zažívacím traktu. Obtíže, které přivedou klienta k lékaři, trvají pár dní, 2 až 3 týdny, několik měsíců, či několik let. Mé zkušenosti z praxe ukazují, že toto rozmezí je způsobeno jednak intenzitou bolesti při obtížích, jednak remisemi a opětovným nástupem obtíží. Největší úlohu v tom ale hraje podceňování obtíží ze strany klientů a neochota obětovat svůj čas návštěvě lékaře a dodržování doporučení ošetřovatelského personálu, pokud se zdravotní stav zlepší.

Hmotnostní úbytek je vázán na snížený příjem živin a zvýšené nároky organismu. Před operací je důvodem úbytku onemocnění, kterému se snaží organismus bránit a také vyšetření, která vyžadují lačnění klienta. Po operaci zvýšené nároky na výživu vyžaduje radikální zákrok a hojení operační rány, na což ve své knize poukazuje i Zadák (18). Dle rozhovorů s klienty byl nejvyšší hmotnostní úbytek u klienta 5, kde dosahoval hodnoty 36 kg před operací a dalších 5 kg v pooperačním období.

S nutriční výživou se, dle rozhovorů výzkumného šetření, klienti seznámili v nemocnici při vlastní hospitalizaci, kdy jim byla podávána ve formě nutričních výrobků, a kdy o ni získali potřebné informace. Z dotazovaných klientů si jen klient 5 nebyl jistý, co si pod pojmem nutriční výživa má představit, ostatní (čtyři klienti) si pod pojmem nutriční výživa představí výrobky enterální výživy a sipping. Z vlastní zkušenosti si klient 1, 3 a 5 myslí, že je chuťově dobrá, klientovi 4 nechutná a klientovi 2 její užívání přivodí průjemovité potíže. Co se týče zařazení sippingu do běžného

jídelníčku, všichni dotazovaní klienti ji berou jen jako doplněk stravy, který pomáhá, ale není nutný. Podobný názor zastává i Urbánek ve své knize, když tvrdí, že enterální výživa se podává tehdy, pokud není perorální příjem potravy dostatečný (4). Klient 1 a 5 určitě sipping do svého jídelníčku zařadí, klient 2 a 3 jej určitě nezařadí a klient 4 si ho přidá do jídelníčku tehdy, pokud se u něj objeví potíže se stravováním, a to jen na přechodnou dobu. Dotazovaní klienti jsou všichni rádi, že možnost sippingu existuje, dává jim možnost trávit méně času v nemocničním zařízení. Všech pět klientů také využívá pomoc a rady nutriční ambulance, která se nachází v nemocnici Tábor.

V kvantitativní části bylo cílem výzkumného šetření zjistit informovanost ošetrovatelského personálu o možnostech nutriční výživy. K tomuto cíli byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza 1 : Sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení jsou informované o nutriční výživě. Hypotéza 2 : Sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení monitorují vliv výživy na zdravotní stav klienta. V kvantitativní části výzkumu byl dotazován ošetrovatelský personál chirurgických oddělení tří nemocnic – v Českých Budějovicích, Písku a v Táboře. Na dotazník odpověděli dva muži (2,60 %) a 75 žen (97,40 %). Tato čísla vypovídají velmi zřetelně o tom, že ve zdravotnictví mezi sestrami pracuje mnohem více žen než mužů. Všechny označené věkové skupiny jsou ve všech třech sledovaných nemocnicích stejnoměrně zastoupeny. Jen v nemocnici v Českých Budějovicích je větší převaha mladších sester. Také délka praxe respondentů je ve všech třech sledovaných nemocnicích srovnatelná a je rovnoměrně rozložena v rozmezí od méně než 5 let až po více než 20 let.

Hypotéza, že sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení jsou informované o nutriční výživě, byla potvrzena. Dokazuje to výsledek dotazníkového šetření, kdy na otázku, zda znají pojem nutriční výživa, odpovědělo 90,91 % respondentů ano a spíše ano. Pod tímto pojmen si ze sedmdesáti respondentů, kteří odpověděli na otázku, představuje 32 respondentů (45,71 % odpovědí), že jde o stravu s vyváženým poměrem tuků, cukrů a bílkovin a 24 respondentů (34,29 % odpovědí) si myslí, že jde o enterální výživu a sipping. Druhá hypotéza, že sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení monitorují vliv výživy na zdravotní stav klienta, byla také potvrzena. Nutriční screening se, dle dotazníkového šetření, provádí při

příjmu k hospitalizaci na všech dotazovaných odděleních, jak dokládá 100 % kladných odpovědí u grafu 4. Sestry monitorují vliv výživy na zdravotní stav klienta, to dokazuje výsledek dotazníkového šetření se 71,43 % kladnými odpověďmi a graf 12. Další graf dokládá, že úbytek hmotnosti klientů po operaci se sleduje v 97,4 %, jak vyplývá z odpovědí respondentů. Podle odpovědí respondentů, se nejčastěji vede záznam o hmotnosti klientů v tabulce nutričního screeningu – 57,58 %. Otázka, co zahrnuje nutriční screening, byla otázkou s více možnostmi odpovědí. Téměř všichni respondenti odpověděli, že do nutričního screeningu patří hmotnost a výška klienta, věk klienta, výpočet BMI, nechtěná ztráta hmotnosti a bolesti břicha. O možnostech zvracení, průjmů a stres v souvislosti s hospitalizací už všichni přesvědčeni nebyli, ale i tak tuto možnost uvedla většina respondentů. Stres má velký vliv na kolísání hmotnosti, protože ovlivňuje psychiku jedince a ten pak podlehne nechutenství nebo naopak má potřebu neustále jíst (3). Další otázkou dotazníku bylo, zda se provádí edukace klientů před operací střev o úpravě stravy před operací. Dle dotazníkového šetření se tato edukace provádí, jak uvedlo 67 respondentů (87,02 %). Tato edukace je důležitá, pro snadnější přípravu klienta na operační zákrok. Edukace klientů o úpravě stravy po operaci se též provádí ještě v předoperačním období, potvrzují to výsledky odpovědí v dotazníku, kdy jen 1 respondent uvedl spíše ne, jinak všichni respondenti odpovídali ano a spíše ano.

Dle mého názoru je třeba v souvislosti s výživou sledovat i změny hodnot hmotnosti klienta. Období před a po operaci zažívacího traktu bývá na změny hmotnosti velmi bohaté. Je to období, kdy klient stravu per os téměř nepřijímá a organismus má při tom vysoké nároky na energii (13).

S výživou organismu souvisí i hodnoty albuminu a prealbuminu v krvi a hodnoty minerálů v krvi. Kontrolní odběry se provádí srovnatelně ve všech třech sledovaných nemocnicích. Zatímco odběry na albumin a prealbumin se téměř nenabírají – ze 77 respondentů jen 17 (22,08 %) odpovědělo spíše ano a ano, tak odběry na hodnoty minerálů se nabírají ve všech sledovaných nemocnicích. Zde odpovědělo ne a spíše ne 14 respondentů (18,18 %) ze 77 odpovídajících respondentů.

Se správným a plnohodnotným zásobováním organismu živinami, souvisí i výrobky nutriční výživy. Letáky o těchto výrobcích jsou poskytovány, na všech

dotazovaných odděleních, vyplynulo to z výzkumného dotazníkového šetření, kdy ze 77 odpovídajících respondentů, jich 63 (81,82 %) odpovědělo ano a spíše ano. Tyto letáky a výrobky nutriční výživy, jsou klientům nejčastěji nabízeny každý den (27 odpovědí = 34,06 %), dle určení nutričního terapeuta (18 odpovědí = 23,38 %), dle zdravotního stavu klienta (17 odpovědí = 22,08 %), dle ordinace lékaře (7 odpovědí = 8,09 %), či 1x týdně (5 odpovědí = 6,49 %). Další otázka dotazníku zjišťovala, zda se na oddělení podává enterální výživa. Ze 77 odpovídajících respondentů, odpovědělo 59 ano a spíše ano. Z toho se dá usuzovat, že sestry na oddělení nepřicházejí s enterálním podáváním výživy do styku často. Další typ podávání umělých živin je formou sippingu. Na otázku, na podávání sippingu na oddělení odpovědělo 52 respondentů kladně a 23 respondentů záporně. Dle výsledků odpovědí si nemyslím, že by se na oddělení nepodával sipping, spíše odpovědi respondentů svědčí o tom, že ne všichni respondenti vědí, co si pod pojmem sipping mají představit.

V otázce výživy klientů spolupracuje ošetrovatelský personál s nutričními terapeuty. Dle dotazníkového šetření tato spolupráce probíhá na všech dotazovaných odděleních. Ze 77 odpovídajících respondentů odpovědělo 66 respondentů (85,72 %) ano a spíše ano. Tato spolupráce není ovšem tak intenzivní jako spolupráce s rodinou klienta. Při otázce na spolupráci s rodinou v oblasti výživy odpovědělo 70 respondentů (90,91 %) kladně. S výživou souvisí i ambulance nutriční výživy, kam mohou klienti po ukončení hospitalizace docházet, a kde se mohou o svém stravování poradit. Strava totiž úzce souvisí se zdravím organismu a může jej velmi ovlivnit (3). Dle provedeného výzkumu většina odpovídajících respondentů o existenci ambulance nutriční výživy v nemocnici věděla – ze 77 odpovídajících respondentů si 10 respondentů nebylo jistých a 12 uvedlo, že ambulance nutriční výživy v nemocnici není. V souvislosti se znalostí o fungování ambulance nutriční výživy a její náplní je i poslední dotazníková otázka, která svědčí o malé informovanosti ošetrovatelského personálu v této otázce. Kontakt na ambulanci nutriční výživy poskytuje ošetrovatelský personál klientům ve sledovaných nemocnicích s téměř 50% pravděpodobností. Na otázku odpovídalo 77 respondentů a 37 respondentů (48,06 %) odpovědělo ano nebo spíše ano a 40 respondentů (51,94 %) odpovědělo ne nebo spíše ne.

6 Závěr

Téma bakalářské práce „Úloha sestry ve výživě klientů po vybraných operacích střev“ mě velice zajímá, protože pracuji na septické chirurgii a zde jsou klienti po operaci střev hospitalizováni. Chtěli jsme zjistit stravovací návyky klientů před operací, průměrný hmotnostní úbytek klientů při přípravě na operaci střev, informovanost klientů o nutriční výživě a zmapovat přístup klientů k nutričním produktům. Také jsme chtěli zjistit informovanost ošetrovatelského personálu o možnostech nutriční výživy.

Výzkumné šetření probíhalo formou kvalitativního výzkumu za použití hloubkového rozhovoru s hospitalizovanými klienty, kteří byli po operaci v oblasti zažívacího traktu, a kteří byli před propuštěním do domácího ošetřování.

Druhá část výzkumného šetření probíhala formou kvantitativního šetření za použití dotazníkové techniky. Cílovou skupinou byl ošetrovatelský personál lůžkových chirurgických oddělení ve třech nemocnicích.

V kvalitativním výzkumu na výzkumnou otázku : „Jaká jídla klienti konzumují?“ vyplynulo z rozhovorů, které byly s klienty vedeny, že klienti před vznikem obtíží velký důraz na svou stravu nekladli. Jejich denní stravovací režim byl bez snídaně (2 klienti), strava byla složena převážně z polotovarů, nebo jídla zakoupeného v bufetu (2 klienti). Pakliže denní stravovací režim sestával ze stravy 3x denně, pak byl jídelníček ochuzen o ovoce a zeleninu nebo byl denní příjem tekutin nízký. Ovoce a zelenina chyběly v přijímané stravě třem klientům. Pravidelnost stravování a klidná atmosféra při jídle chyběla všem pěti dotazovaným klientům.

Na výzkumnou otázku : „Jaký je hmotnostní úbytek při přípravě na operaci střev?“ v rozhovorech dva klienti uvedli, že u nich před operací žádný hmotnostní úbytek nevznikl, tři klienti uvedli úbytek hmotnosti v souvislosti s onemocněním a další pak i v souvislosti s předoperačními vyšetřeními. U jednoho klienta byl tento úbytek do 10 kg a u dvou klientů byl nad 20 kg. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že hodně záleží na době trvání obtíží před návštěvou lékaře. Čím delší doba trvání obtíží, tím větší hmotnostní úbytek. Organismus je totiž zesláblý bojem s probíhajícím onemocněním a proto přípravná vyšetření, která vyžadují lačnění klienta, vyvolávají

i větší hmotnostní úbytek.

„A jaké mají klienti informace o nutriční výživě?“ Z výzkumného šetření vyplynulo, že si klienti pod pojmem nutriční výživa představují pouze přípravky enterální výživy a sipping. S nutriční výživou se, dle rozhovorů, klienti seznámili v nemocnici při vlastní hospitalizaci, kdy jim byla podávána ve formě nutričních výrobků, a kdy o ni získali potřebné informace z letáků a z rozhovorů se sestrami. Z dotazovaných klientů si jen jeden nebyl jistý, co si pod pojmem nutriční výživa má představit.

Klienti se poprvé setkávají s pojmem a výrobky nutriční výživy v nemocnici a to ať již za své hospitalizace nebo za hospitalizace někoho známého (1 klient), zde ji poprvé ochutnají a pokud jim chutná a nemají-li po její konzumaci zažívací potíže, koupí si přípravky nutriční výživy i v době mimo hospitalizaci. Z odpovědí klientů v rozhovorech lze říci, že klienti nutriční výrobky považují za vhodný „zdravotní“ doplněk stravy.

V kvantitativní části výzkumného šetření byla potvrzena hypotéza, že „Sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení jsou informované o nutriční výživě“ a to odpověďmi respondentů na dotazníkové otázky, kdy jen 9,09 % respondentů uvedlo neznalost pojmu nutriční výživa, jak dokládá graf 9. Hypotéza, že „Sestry pracující na lůžkové části chirurgického oddělení monitorují vliv výživy na zdravotní stav klienta“ byla potvrzena dotazníkovými otázkami, kdy 100 % dotázaných uvedlo, že vede záznam o hmotnosti klientů. Sledování úbytku váhy klientů před operací se vede dle odpovědí v 71,43 % a v pooperačním období v 97,4 %.

Výstupem z bakalářské práce je brožura pro sestry o nutriční výživě pro klienty a ošetřovatelský personál chirurgických oddělení (příloha 11). Tato brožura bude poskytnuta k dispozici sestrám na lůžkových chirurgických odděleních nemocnic v Českých Budějovicích, Písku a v Táboře.

7. Literatura

- 1 ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*, Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- 2 PODBĚHLÁ, L. Výživa onkologicky nemocných, *Sestra*, 2011, č.2, str.62 – 64, ISSN 1210-0404.
- 3 SVAČINA, Š. a kol. *Klinická dietologie*, Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
- 4 URBÁNEK, L., P. URBÁNKOVÁ a kol. *Klinická výživa v současné praxi*, Brno : Mikadapress, 2008. ISBN 978-80-7013-473-3.
- 5 DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*, Olomouc : Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.
- 6 FIALA, P., J. Valenta a L. EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1491-5.
- 7 KOHOUT, P. a kol. *Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty*, Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
- 8 ŠVÁB, J. a kol. *Chirurgie vyššího věku*, Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2604-5.
- 9 UZIS. *Co říká o nemocnosti statistika* [on line] srpen 2003 [cit. 2011-10-15]. Dostupné z : <www.uzis.cz/system/files/zeny_muzi_cisl_zdr_stat.pdf>.
- 10 UZIS. *Zhoubné nádory v roce 2008* [on line] 10.5.2011 [cit. 2011-11-20]. Dostupné z : <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2009-statisticky-udajich>>.
- 11 J. Natl Cancer Institut, 2004. *Vápník snižuje riziko vzniku polypů v tlustém střevě* [on line] 20.10.2008 [cit.2011-10-10]. Dostupné z : <<http://www.ulekare.cz/clanek/vapnik-snizuje-riziko-vzniku-polypu-v-tlustem-streve-2422>>.
- 12 KRCH, F., D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*, Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- 13 SVAČINA, Š. a A. BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologický slovník*, Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-062-1.

- 14 KŘEMEN, J., E. KOTRLÍKOVÁ a Š. SVAČINA a kol. *Enterální a parenterální výživa*, Praha : Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-2070-1.
- 15 MUSIL, D. *Klinická výživa a intenzivní metabolická péče*, Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0566-0.
- 16 KOHOUT, P. a E. KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*, Praha : Krigl, 2005. ISBN 80-86912-08-6.
- 17 CHARVÁT, J., M. KVAPIL a kol. *Praktikum umělé výživy*, Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1303-4.
- 18 ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*, Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.
- 19 GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*, Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
- 20 TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2008. ISBN 80-7013-324-4.
- 21 ZADÁK, Z., L. SOBOTKA a Z. RUŠAVÝ. *Klinická výživa a metabolická péče u těžce nemocných*, Hradec Králové : Nucleus HK, 2000. ISBN 80-86225-02-X.
- 22 ZEMAN, M. *Speciální chirurgie*, Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-260-9.
- 23 VYHNÁLEK, F. *Chirurgie I*, Praha 2003. ISBN 80-7333-005-9.
- 24 HOCH, J., J. LEFFLER a kol. *Speciální chirurgie*, Praha : Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-06-6.
- 25 ČTK. *Obézním lidem pomůže operace střeva* [on line] 21.8.2008 [cit.2011-11-20]. Dostupné z :< <http://www.tribune.cz/clanek/4624>>.
- 26 DOENGES, M., E. a M. F. MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha : Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
- 27 MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*, Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3
- 28 Evropský parlament a Rada. *Zdravý životní styl, Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1924/2006 o výživových a zdravotních tvrzeních při označování potravin* [on line] [cit.2011-10-15]. Dostupné z :< <http://www.foodnet.cz/slozka/?jmeno=Informace&id=8>>.

- 29 ČESKO. Vyhláška č. 450/2004 Sb., *o označování výživové hodnoty potravin* [on line] [cit. 2011-10-25]. Dostupné z : <<http://www.mizici.com/article.php?aid=63>>.
- 30 Mizera, D. *Doporučené denní dávky vitamínů a minerálů* [on line] 1.10.2006 [cit.2011-10-10]. Dostupné z : <<http://www.mizici.com/article.php?aid=63>>.
- 31 ČESKO. Předpis č. 225/2008 Sb., *Vyhláška, kterou se stanoví požadavky na doplňky stravy a na obohacování potravin* [on line] 26.10.2011 [cit.2011-11-18]. Dostupné z : <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-225>>.
- 32 Nemocnice Tábor. *Nutriční screening a nutriční péče*, vnitřní předpis nemocnice Tábor. NT SM 002 03.

8. Klíčová slova

ošetřovatelská péče

klient

operace střev

nutriční výživa

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Základní složky potravy

Příloha 2 Minerály

Příloha 3 Vitamíny

Příloha 4 Nutriční screening

Příloha 5 Tabulka BMI

Příloha 6 Bilance tekutin

Příloha 7 Denní záznam příjmu stravy

Příloha 8 Sledování denního příjmu potravy pacientem

Příloha 9 Otázky k rozhovoru s klienty

Příloha 10 Dotazník pro sestry

Příloha 11 Brožura o nutriční výživě pro klienty a ošetřovatelský personál
chirurgických oddělení

Příloha 1 – Základní složky potravy

	Zdroj	Doporučená denní spotřeba u zdravého jedince
Bílkoviny	<p><i>ze živočišné stravy</i> – maso (hovězí, vepřové, drůbeží, ryby...), mléko a mléčné výrobky</p> <p><i>z rostlinné stravy</i> – luštěniny, obiloviny a některé ořechy</p>	1 g bílkovin na 1 kg tělesné hmotnosti
Cukry	<p><i>monosacharidy</i> – glukóza a fruktóza</p> <p><i>disacharidy</i> – sacharóza (řepný cukr), laktóza, maltóza...</p>	<p>Sacharidy - 10%, což činí asi 200 kcal nebo, převedeme-li to na gramy, 50 g cukrů</p> <p>Polysacharidy (škroby a vlákniny) - 50-55% denního energetického příjmu.</p>
Tuky	<p><i>živočišné tuky</i> - v tučném mase, ve vnitřnostech, mléce a mléčných výrobcích, vaječném žloutku, palmovém a kokosovém oleji</p> <p><i>rostlinné tuky</i> - olivový, kukuřičný, slunečnicový nebo sojový olej, oleje obsažené v ořechách a margarínech, rybí olej z ryb a mořských plodů</p>	zastoupení tuků v potravě by mělo být asi 25%

Zdroj: (30)

Příloha 2 – Minerály

	Nadbytek minerálů	Nedostatek minerálů	Zdroj	Doporučená denní spotřeba u zdravého jedince
Draslík	způsoben většinou nadměrným příjmem draslíku do organismu formou popíjení minerálních vod bohatých na draslík nebo při selhání ledvin <i>projevuje se zpomalenou srdeční činností, svalovou paralýzou a ochablostí dýchacích orgánů</i>	<i>bývá způsoben</i> dehydratací, průjmy, nebo nadměrným požíváním stravy bohaté na bílkoviny <i>projevuje se</i> únavou, závratěmi, hučením v uších, mravenčením končetin, zácpou, plynatostí, bolestmi svalů a hlavy, či nespavostí. Dlouhodobý nedostatek draslíku zvyšuje krevní tlak a mohou se objevit i obrny nohou	<i>ovoce</i> – nejvíce meruňky, jablka, banány, citróny, pomeranče, hroznové víno <i>zelenina</i> - brambory, karotka, luštěniny, květák, kapusta mléko, ořechy, obilné klíčky, pažitka, houby, losos, sledř, drůbeží maso	1 800 mg
Vápník	organismus ukládá vápník do jednotlivých orgánů, může se projevit zácpou	<i>bývá způsoben</i> poruchou činnosti příštítných tělísek, onemocněním ledvin nebo slinivky břišní, nedostatkem vitamínu D a hořčíku, dále nadměrným pitím alkoholu, které urychluje ztrátu vápníku z kostí, nebo konzumací příliš slaných jídel, která zvyšují vylučování vápníku močí. Také cukr, bílá mouka, káva, kola a šumivé nealkoholické nápoje obsahující kyselinu fosforečnou způsobují zvýšené uvolňování vápníku z kostního aparátu <i>způsobuje</i> osteomalacii a osteoporózu, může se objevit i křivice a malý vzrůst. Nedostatek je příčinou patologických zlomenin a zvýšené kazivosti zubů, neurologických poruch jako je ztráta paměti a deprese, brnění rtů, jazyka, celkové bolesti svalů, jež mohou vést k tetanickým křečím obličeje, dochází ke zhoršení zraku, které může vyvolat i šedý zákal	mléko a mléčné výrobky, sardinky, kaviár, sójové boby, fazole, brokolice, kapusta, celer, pistácie, hlávkový salát, oves, špenát, tmavé pečivo, pažitka	1000mg
Hořčík	<i>způsobuje</i> průjmy,	<i>projevuje se</i> jako tetanický	mandle,	300mg

	<p>které mohou vést až k zástavě střevní peristaltiky, poruchám srdečního rytmu a mohou končit smrtí. Předávkování hořčíkem při normálním stravování nehrozí, to vznikne pouze předávkováním tabletami.</p>	<p>syndrom – nervově svalová podrážděnost, svalový třes, pocit nedostatku vzduchu, který vede ke zrychlenému dýchání, pocit brnění jazyka a konečků prstů, poruchy vidění, pocit sucha v ústech, nervozita, úzkost až hysterie, bolest hlavy, kterou způsobuje křeč hladkého svalstva cév, noční křeče lýtek. Při nedostatku se také zrychluje srdeční činnost a zvyšuje se krevní tlak a hladina tuků v krvi.</p> <p>V těhotenství může nedostatek hořčíku způsobit vrozené vady dítěte.</p>	<p>paraorechy, humři, celozrné obilniny, sojové boby, luštěniny, zelenina, ovoce, brambory, fíky, arašídý, zelí, rýže, pивní kvasnice</p>	<p>tato dávka se zvyšuje s věkem, při fyzické zátěži, v těhotenství a při onemocnění srdce nebo při diabetu</p>
Fosfor	<p>potlačuje vstřebávání vápníku a železa a podílí se na kalcifikaci tkání. Jeho vysoká hladina v krvi svědčí o nedostatečné funkci ledvin a je typická pro dialyzované pacienty.</p>	<p><i>způsobuje</i> růstové poruchy a lomivost kostí a zubů, ztrátu chuti k jídlu, zhoršuje přeměnu cukrů, způsobuje únavu a celkovou tělesnou slabost, případně narušení činnosti svalů a nervů, bolesti a ztuhlost kloubů a zvýšenou náchylnost k infekcím</p>	<p>mléko a mléčné výrobky, hlavně tavené sýry, žloutky, oříšky, kapusta, mořské ryby, drůbeží maso, obilné klíčky, pivo, med, celozrná mouka, droždí, sója, zelí, pomeranče, kakao, brambory</p>	<p>800 – 1200 mg</p>
Železo	<p><i>bývá způsoben</i> uměle, a to předávkováním železa v tabletách, může být i příčinou smrti neboť poškodí především buňky jater a srdce</p>	<p><i>projeví se</i> lámavostí vlasů a nehtů</p> <p><i>způsobuje</i> anémii, únavu, malátnost, závratě a poruchy soustředění, nechutenství a následné hubnutí, bledost kůže i sliznic.</p> <p>K nedostatku železa může dojít velkou ztrátou krve, poškozením sliznice tenkého střeva (celiakii, Crohnovou chorobou, operačním zákrokem), kde dochází k vstřebávání železa, nadměrným pitím kávy nebo čaje, či nedostatkem železa v přijímané stravě.</p>	<p><i>hem železo</i> - potraviny živočišného původu (červené nebo drůbeží maso, vnitřnosti, vaječné žloutky, ryby)</p> <p><i>non-hem železo</i> - strava rostlinného původu (pistácie, rozinky, špenát, červená řepa, kešu oříšky, meruňky, chřest, borůvky, jahody, kukuřice, čočka, hrách, fazole, zelí, brambory, rýže, kukuřice, celer)</p>	<p>14 mg</p>
Jód	<p><i>způsobuje</i></p>	<p><i>může se projevit</i> mentální</p>	<p>ryby, mořské</p>	<p>1-2 mikrogramy</p>

	hypertyreózu, jež se projevuje zvýšenou únavností, hubnutím, třesem, neklidem, úzkostí, opocenou kůží, vypadáváním vlasů a v neposlední řadě i poruchami srdeční činnosti	retardací, poruchou růstu, celkovou apatii, neschopností normálního pohybu a vyjadřování	plody a řasy, vepřové vnitřnosti, špenát, citron, ale hlavně z jodidované soli	na kg tělesné hmotnosti Množství jódu pro organismus závisí na aktivitě, pohlaví, věku a teplotě prostředí organismu.
Fluór	<i>Projeví se</i> změnou barvy zubní skloviny a to od žluté až k šedé barvě, nadbytek fluóru se ukládá do šlach a kloubů a tak dochází k tvorbě kostních výrůstků a k poruchám hybnosti. Nadbytek fluóru může způsobit i degenerativní změny ledvin, jater a nervové soustavy.	<i>způsobí</i> slabou vrstvu zubní skloviny a křehčí kosti, což může vést až k deformaci kostí	mořské ryby a průmyslově je přidáván do zubních past, pitné vody a do kuchyňské soli	1,5 – 4 mg
Selen	Nebezpečný je dlouhodobý nadbytek selenu, protože selen je toxický, a tudíž rakovinotvorný, také zvyšuje krevní tlak a podporuje vznik arteriosklerózy.	<i>objevuje se</i> u vegetariánů nebo lidí, kteří nemají vyvážený jídelníček (například senioři) <i>způsobuje</i> poškození srdečních, nervových a svalových buněk, buněk slinivky břišní, jater, očí, žaludku, střev	maso, sójové boby, paraořechy, krabí maso, obilné klíčky, rajčata, fazole, cibule, citrusové plody	55-70 mg
Chrom	vyvolávající příčina astmatu	zvyšuje hladinu cholesterolu a usazování tuků v cévním řečišti	pivovarské kvasnice, naklíčená pšenice, černý pepř, zelené fazolky, ovesné vločky	100 mikrogramů
Křemík	<i>způsobuje</i> vznik močových kamenů, silikózu až rakovinu plic (toto nebezpečí je nejčastější u lidí pracujících v kamenolomech)	<i>projeví se</i> zvýšenou lámavostí vlasů, nehtů a při dlouhodobém nedostatku i kostí	mandle, ořechy, obiloviny, minerální vody, pivo, kuřecí kůže a kořenová zelenina	5 – 20 mg
Měď	nadbytek mědi je možný pouze při požití 250 mg mědi	<i>projeví se</i> vznikem anémie, zpomalenou duševní činností a zhoršením metabolismu	játra, kakao, ořechy, houby, měkkýši a korýši	okolo 1 mg

	<p>jednorázově, jde o otravu, neboť měď pak působí jako jed a vzniklé zdravotní problémy způsobí smrt</p> <p>Výjimku tvoří pouze Wilsonova choroba, což je onemocnění, při němž organismus nedokáže měď vylučovat do žluči a ta se potom hromadí v játrech, mozku, ledvinách, rohovkách. Projevem jsou prstence v rohovkách, poškození jater, neurologické poruchy – demence, křeče, třes a poruchy pigmentace.</p>	<p>cukrů, vypadáváním vlasů a ztrátou pigmentace, také dochází k poruše stavby a pevnosti kostí a vaziva</p>		
Zinek	<p><i>projeví se závratěmi, zvracením, průjmy, snížením imunity, poklesem bílých krvinek a hladiny HDL cholesterolu. Dlouhodobý nadbytek vede ke vzniku anémií mikrocytárního typu (snižuje se vstřebávání mědi a železa), poruchám trávení a vstřebávání cukrů. Toxické projevy nadbytku zinku se objeví, až když je denní doporučená dávka zinku překročena 10-30x.</i></p>	<p><i>způsobuje pomalé hojení ran, nápadné vyrážky, poruchy vidění a sluchu, zhoršení paměti, psychické poruchy a nežádoucí úbytek na váze. Dlouhodobější nedostatek zinku má na svědomí neplodnost, poškození spermií a porušenou funkci varlat.</i></p>	<p>hovězí a vepřové maso, hovězí játra, ovesné vločky, fazole, hrách, mrkev, meruňky, houby, listová zelenina, vejce, pšeničné klíčky a otruby, paraořechy, arašídy, ústřice, parmazán</p>	15-20 mg

Zdroj : (26)

Příloha 3 – Vitamíny

	Hypervitaminóza	Hypovitaminóza	Zdroj	Doporučená denní spotřeba u zdravého jedince
Vitamín A	praskání a krvácení rtů a podrážděnost U žen v těhotenství může způsobit poruchy vývoje plodu	přecitlivělost na světlo, šeroslepost a noční slepota, pálení pod víčky, poškození kůže, sliznic, zubů a kostí	játra, žloutek, máslo, mléko, meruňky, mrkev, špenát, chřest, kapusta, rajčata	800 mikrogramů
Vitamín D	poškození ledvin	rachitida u dětí nebo osteoporóza u dospělých	Organismus si vitamín D vytváří v pokožce za pomoci slunečního záření, tam, kde je slunce nedostatek, je třeba dodávat vitamín obsažený v rybím tuku, játrech, semenech, či sýrech.	5 mikrogramů
Vitamín E	přechodné žaludeční potíže a průjem	velká únava, porucha růstu, vývoje, nedokrevnost a ztráta tělesného tuku	obilné klíčky, ovesné vločky, vejce, rostlinné oleje, ořechy, slunečnicová semena, kapusta, špenát, chřest	10 mg
Vitamín K	možná pouze předávkováním vitamínovými preparáty a projeví se pocením, návaly do hlavy a zvýšenou produkcí bilirubinu s příznaky žloutenky	špatná srážlivost krve, to vede ke zvýšenému krvácení při poranění, při dlouhodobém nedostatku může docházet i k samovolnému krvácení ze sliznic a do vnitřních orgánů	činnost střevních bakterií zeli, špenát, květák, kapusta, luštěniny, játra, ryby, mléko	75 mikrogramů
Vitamín B ₁		únava, nechutenství a zácpa	obiloviny, luštěniny, kvasnice, vnitřnosti, ryby	1,4 mg

Vitamín B ₂		vznik boláků na rtech a v ústech, chudokrevnost, křehkost nehtů a onemocnění oční sítnice	mléko, listová zelenina, ryby, vnitřnosti a maso vepřové či hovězí, vejce, kvasnice	1,6 mg
Vitamín B ₃		ztráta chuti k jídlu, špatné trávení, slabost, nespavost, bolesti hlavy, revmatismus, deprese, schizofrenie, či vznik Pelagry	celozrnná mouka, listová zelenina, houby, kvasnice	10-20 mg
Vitamín B ₅	nevolnost a průjem	křeče nohou, nechutenství, nespavost, deprese, snížená odolnost vůči infekcím, výskyt akné	vejce, ryby, cereálie, celozrnné pečivo, kapusta, zelí, včelí mateří kašička	10-20 mg
Vitamín B ₆	alergická kožní reakce, neurologické problémy, zvýšená hladina jaterních testů	cukání víček, mravenčení končetin, zapomnětlivost, únava, nespavost, vznik podélných rýh na nehtech, záněty jazyka, rtu nebo nervů U dětí může nedostatek vitamínu B ₆ vyvolat až křeče.	játra, vepřové maso, vejce, kvasnice, banány, brambory, zelí, špenát, kapusta, mrkev, pšeničná a kukuřičná zrna, makrely, avokádo, ořechy, obiloviny, celozrnný chléb	2 mg
Vitamín B ₁₂		anémie, kožní a nervová onemocnění, která se projevují bolavými ústy a jazykem, pocity brnění a snížení citlivosti v končetinách, potíže při chůzi, zánět nervů, bolesti a tuhost v zádech, nervozita, nadměrné vypadávání vlasů, menstruační potíže a nadměrný tělesný pach Při dlouhodobém nedostatku může dojít i k obrnám, které jsou způsobeny porušením míchy.	játra, ledviny, srdce, maso, vejce, mléko, sýry, mléčné výrobky, zakvašená zelenina, mořské řasy i spirulina (sladkovodní řasa)	1 mikrogram

Vitamín H = biotin		slabost, únava, bolesti kloubů a svalů, nechutenství, vypadávání vlasů, vznik ekzémů, deprese	pivovarské kvasnice, játra, ořechy, boby, květák, žloutky, mléko, ovoce, rýže	150 mikrogramů
Vitamín C		Nedostatek vitamínu C se projevuje hlavně v zimě a na jaře, a to onemocněním horních cest dýchacích, únavou, depresemi, malátností a ospalostí. Dlouhodobý nedostatek vitamínu C způsobuje kurděje.	čerstvá zelenina a ovoce, brambory, vojtěška Nejvíce vitamínu C obsahují šípky.	60 mg
Vitamín P	nevolnost, bolesti žaludku, zvracení a průjem Velmi vysoké dávky mohou poškodit ledviny.	nádory na mozk, lámavost kapilár (projevem jsou snadné modřiny a krevní podlitiny na stehnech, hlavně u žen)	citrusové ovoce, švestky, hrozny, višně, jahody, meruňky, borůvky, černý rybíz, třešně, pohanka, cibule, brokolice, mrkev, obiloviny, červené víno, čaj, čokoláda	Doporučená denní dávka vitamínu P nebyla stanovena, ale doporučuje se 50 mg vitamínu P na každých 300 mg vitamínu C. Je to proto, že lepší propustnost cévních stěn umožňuje i lepší vstřebávání vitamínu C, a proto je léčba, zejména křečových žil, účinnější.

Zdroj : (18, 26)

Příloha 4 – Nutriční screening

Nutriční screening

hmotnost :

výška :

BMI :

1 Pacienta nelze změřit a zvážit	<input type="checkbox"/>	nevyplňovat body 4,5,6	2
2 Nelze získat informace	<input type="checkbox"/>	nevyplňovat body 4,5,6	3
3 Věk	<input type="checkbox"/>	do 65 let	0
	<input type="checkbox"/>	nad 65 let	1
	<input type="checkbox"/>	nad 70 let	2
4 BMI	<input type="checkbox"/>	20 – 30	0
	<input type="checkbox"/>	18 – 20, nad 30	1
	<input type="checkbox"/>	pod 18	2
5 Ztráta hmotnosti (nechtěná)	<input type="checkbox"/>	žádná	0
	<input type="checkbox"/>	více než 3 kg/ 3 měsíce (<i>volné šaty</i>)	1
	<input type="checkbox"/>	více než 6 kg/ 3 měsíce	2
6 Množství jídla (za poslední měsíc)	<input type="checkbox"/>	beze změn	0
	<input type="checkbox"/>	poloviční porce	1
	<input type="checkbox"/>	občas nejí	2
7 Projevy nemoci	<input type="checkbox"/>	žádné	0
	<input type="checkbox"/>	bolesti břicha, nechutenství	1
	<input type="checkbox"/>	zvrací, průjem nad 6/den	2
8 Faktor stresu	<input type="checkbox"/>	žádný	0
	<input type="checkbox"/>	střední (<i>chronické onemocnění, DM, menší plán. oper. výkon</i>)	1
	<input type="checkbox"/>	vysoký (<i>akut. dekomp. onemocnění, rozsáhlý nebo akut. oper. výkon, poop. komplikace, umělá plic. ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO</i>)	2
Součet bodů:			

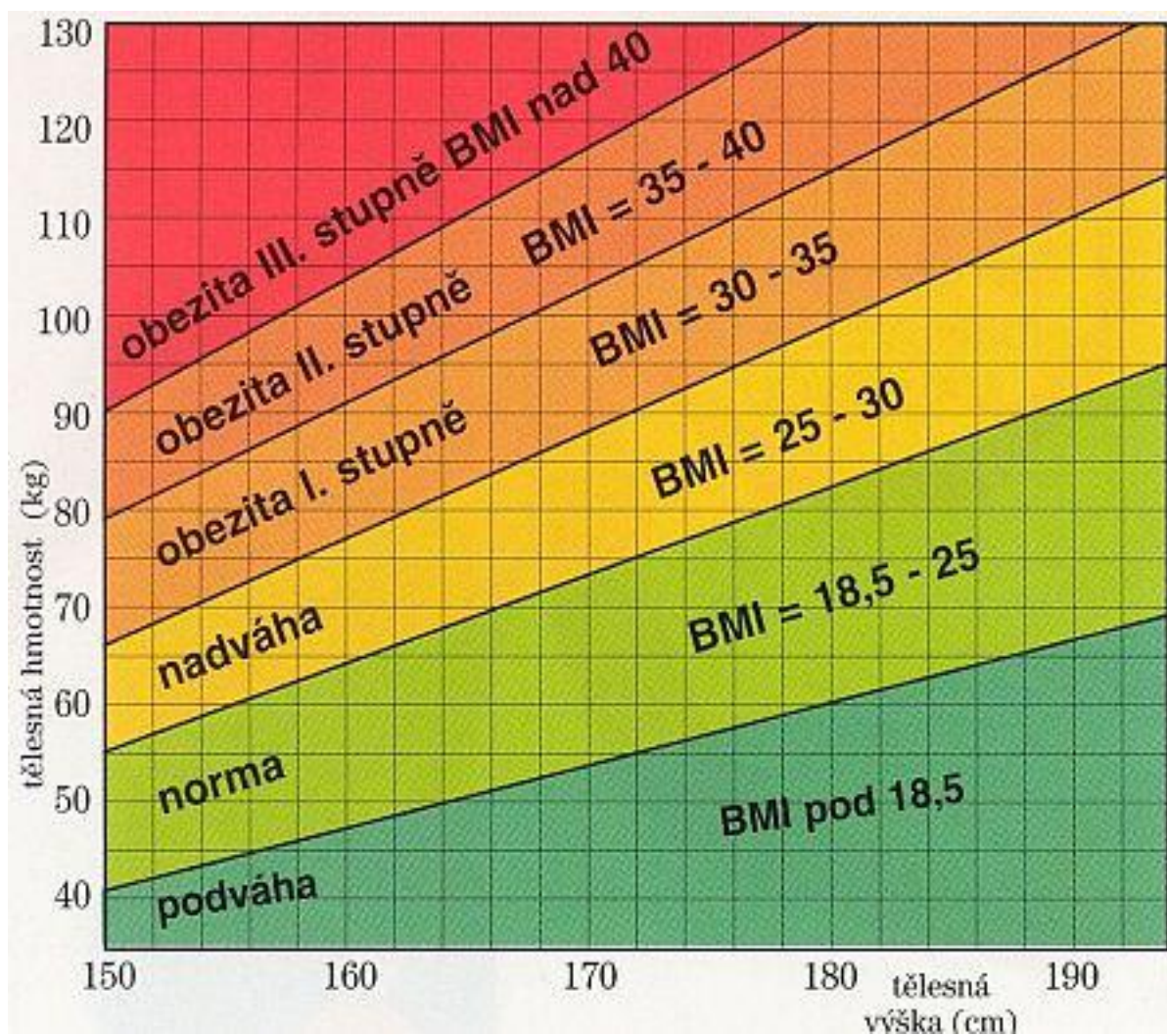
INDEX	Potřebná opatření	Nutriční terapeut
0 až 3 body		bez nutnosti zvláštní intervence
4 až 7 bodů	ohlásit nutričního terapeuta	Nutné vyšetření, speciální dieta, doporučení
8 a více bodů BMI nad 30	ohlásit nutričního terapeuta	Stav ohrožující život či průběh choroby!!! Nutná speciální nutriční léčba!!!

Vyhotovil :

Dne :

Zdroj : (15)

Příloha 5 – Tabulka BMI



Zdroj : (15)

Příloha 6 – Bilance tekutin

Bilance tekutin

identifikační štítek



list č.

oddělení:

datum	Příjem tekutin			Výdej tekutin				
	per os	i.v.		diuresa	NGS			
celkem								

datum	Příjem tekutin			Výdej tekutin				
	per os	i.v.		diuresa	NGS			
celkem								

datum	Příjem tekutin			Výdej tekutin				
	per os	i.v.		diuresa	NGS			
celkem								

Zdroj : (15)

Příloha 7 – Denní záznam příjmu stravy

Denní záznam příjmu stravy

identifikační štítek



datum	Oddělení - stanice							
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka	
Snídaně								
Oběd								
Večeře								

datum	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

Zdroj : (15)

Příloha 8 – Sledování denního příjmu potravy pacientem

SLEDOVÁNÍ DENNÍHO PŘÍJMU STRAVY, TEKUTIN A SIPPINGU

Týden č.

Návod na vyplnění formuláře

Příjem běžné stravy Vzor: 1/4 porce, 1/2 porce, 3/4 porce, celá porce



Komentář: Vybarvte dle vzorníku velikost snědené porce. Např. snědl-li klient 1. den polovinu jídla k snídani, vybarvte 1/2 z příslušného kolečka. V celkovém hodnocení za každý den vybarvte dle vzorníku tu část kolečka, která nejvíce vystihuje celodenní příjem stravy.

Pitný režim

Vzor:



Komentář: Do spodní části kolonky запиšte čárku za každou skleničku, kterou klient v daném dnu vypil, do horní části kolonky uveďte celkový počet za den vypitých skleniček. 1 sklenička = 200 ml.

Nutriční podpora

Komentář: Do kolonky nutriční podpora zaznamenejte počet zkonzumovaného sippingu (Nutridrinku, Fortimelu, Cubitanu) v daném dnu.

Den	Snídaně	Svačina	Oběd	Svačina	Večere	Celkové hodnocení denního příjmu	Pitný režim 200 ml	Nutriční podpora		
								NUTRIDRINK	FORTIMEL	CUBITAN
1. den										
2. den										
3. den										
4. den										
5. den										
6. den										
7. den										
VYHODNOCENÍ průměrný příjem stravy a tekutin v daném týdnu							<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						Vybarvte tu část kolečka, která nejvíce vystihuje průměrný celodenní příjem stravy v daném týdnu.	Zaznamenejte průměrný počet daně vypitých skleniček v daném týdnu.	Zaznamenejte celkový počet zkonzumovaného sippingu (Nutridrinku, Fortimelu, Cubitanu) v daném týdnu.		

Zdroj : (15)

Příloha 9 – Otázky k rozhovoru s klienty

Otázky k rozhovoru s klienty

Identifikace klienta – věk, pohlaví, důvod hospitalizace, podstoupená operace

1. Před operací jste jedl pravidelně? Jak máte rozvržené jídlo v průběhu dne?
2. Držíte nějakou dietu, a pokud ano, jakou?
3. Jaká jídla máte radši – sladké jídlo, tučné jídlo, maso nebo zeleninu?
4. Jak dlouho máte potíže?
5. Jaký byl u Vás hmotnostní úbytek před operací?
6. Byl tento hmotnostní úbytek chtěný, nebo vznikl v souvislosti s onemocněním, popřípadě s vyšetřeními před operací?
7. Jaký byl u Vás hmotnostní úbytek po operaci?
8. Co si představujete pod pojmem nutriční výživa?
9. Ochutnal jste ji někdy? Jaké s ní máte zkušenosti?
10. Zařadíte nutriční výrobky do svého jídelníčku, a pokud ano, jaký k tomu máte důvod?

Zdroj : vlastní zdroj

Příloha 10 – Dotazník pro sestry

Vážený kolego, vážená kolegyně,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit sledování hmotnostního úbytku klientů po operaci střev a využívání nutriční výživy na chirurgických odděleních. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro bakalářskou práci. Vaše odpovědi prosím zaškrtněte nebo vypište.

Děkuji za váš čas

studentka 3. ročníku VS-KS Zdravotně sociální fakulty

Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích

Alena Máchová

1 Vaše pohlaví

muž žena

2 Váš věk:

méně než 21 let 21-35 let 36 - 50 let více než 50 let

3 Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?

méně než 5 let 5-10 let 11-20 let více než 20 let

4 Provádíte při příjmu klienta na oddělení nutriční screening?

ano – spíše ano – spíše ne – ne

Pokud jste odpověděli ne a spíše ne, pokračujte prosím otázkou číslo 6.

5 Co podle Vás nutriční screening zahrnuje? (možnost více odpovědí)

- hmotnost a výšku klienta
- věk klienta
- výpočet BMI
- údaj o nechtěné ztrátě hmotnosti

- změna množství v konzumaci jídla za poslední měsíc
- údaj o bolestech břicha
- údaj o zvracení
- údaj o průjmech
- údaj o stresu, v kterém se klient nachází v souvislosti s hospitalizací

jiné údaje:.....
.....
.....
.....

- 6 Edukujete klienty přicházející k operaci střev o úpravě stravy před operací?
ano – spíše ano – spíše ne - ne
- 7 Edukujete klienty přicházející k operaci střev o úpravě stravy po operaci?
ano – spíše ano – spíše ne - ne
- 8 Poskytujete klientům vzorové jídelníčky?
ano – spíše ano – spíše ne - ne
- 9 Víte, co je to nutriční výživa?
ano – spíše ano – spíše ne – ne

Pokud jste odpověděli ne a spíše ne, pokračujte prosím otázkou číslo 11.

10 Co podle Vás nutriční výživa zahrnuje? (vypište vlastními slovy)
.....
.....
.....

- 11 Ochutnali jste ji někdy?
ano – spíše ano – spíše ne - ne
- 12 Sledujete úbytek váhy klientů před operací?
ano – spíše ano – spíše ne - ne
- 13 Sledujete úbytek váhy klientů po operaci?
ano – spíše ano – spíše ne – ne

Pokud jste odpověděli ne a spíše ne, pokračujte prosím otázkou číslo 15.

14 S jakým časovým odstupem sledujete úbytek váhy klientů ?

- každý den 1x týdně 1x za 14 dní 1x za 3 týdny 1x za měsíc
 jiné

15 Provádíte u klientů v souvislosti s úbytkem hmotnosti kontrolní odběry krve na albumin a prealbumin?

ano – spíše ano – spíše ne – ne

16 Provádíte u klientů v souvislosti s úbytkem hmotnosti kontrolní odběry krve na hodnoty minerálů?

ano – spíše ano – spíše ne – ne

17 Vedete záznam o hmotnosti klientů?

ano – spíše ano – spíše ne – ne

Pokud jste odpověděli ne a spíše ne, pokračujte prosím otázkou číslo 19.

18 Jakým způsobem vedete záznam o hmotnosti klientů? (možnost více odpovědí)

- jednorázově písemně do dekurzu klienta
 do tabulky nutričního screeningu, který je součástí dokumentace klienta
 na tabuli na vyšetřovně se seznamem hospitalizovaných klientů
 počítačový záznam v dokumentaci klienta
 jiné

19 Máte na oddělení k dispozici letáky o nutriční výživě?

ano – spíše ano – spíše ne – ne

20 Nabízíte klientům nutriční výrobky?

ano – spíše ano – spíše ne – ne

Pokud jste odpověděli ne a spíše ne, pokračujte prosím otázkou číslo 22.

- 21 Pokud ano, v jakém časovém intervalu? (možnost více odpovědí)
- každý den 1x týdně 1x za 14 dní 1x za 3 týdny 1x za měsíc
 - při příjmu na oddělení při propuštění z oddělení
 - jiné
- 22 Podáváte na oddělení klientům enterální výživu?
- ano – spíše ano – spíše ne – ne
- 23 Podáváte na oddělení klientům sipping?
- ano – spíše ano – spíše ne – ne
- 24 Spolupracujete s nutričním terapeutem?
- ano – spíše ano – spíše ne – ne
- 25 Spolupracujete s rodinou v otázce výživy klientů?
- ano – spíše ano – spíše ne – ne
- 26 Je ve vaší nemocnici ambulance nutriční výživy?
- ano – spíše ano – spíše ne – ne
- 27 Dáváte klientům kontakt na ambulanci nutriční výživy?
- ano – spíše ano – spíše ne – ne

Zdroj : vlastní zdroj

Příloha 11 – Brožura o nutriční výživě pro klienty a ošetrovatelský personál chirurgických oddělení



Strava = výživa organismu. Je to jeden ze stavebních kamenů pro růst a obnovu organismu, pro boj s únavou i s nemocí. Ke vzniku onemocnění vede jak nedostatek, tak nadbytek stravy. A důležité je nejen množství, ale i složení stravy. Živiny, které organismus potřebuje musí být obsaženy ve vyváženém poměru. Pokud se organismu něčeho nedostává, bere si z vlastních zásob a tak dochází k úbytku tukové a svalové tkáně. Tím dochází k celkovému oslabení organismu, zhoršuje se imunita, hůře se hojí rány, snižuje se soběstačnost a prodlužuje se pobyt v nemocnici.

Nemoc = ovlivňuje výživu – nechutenství, zvracení, průjemy, nadýmavost, zácpa, špatné vstřebávání



Dieta = snížení pestrosti stravy, jednotvárnost nejen vzhledová ale i v obsahu živin

Energie z potravy = má být rovna výdeji, je ovlivněna zdravotním stavem, věkem, pohlavím a tělesnou aktivitou

dospělá žena 2000 – 2200 kcal

dospělý muž 2400 – 2600 kcal

Malnutrice = podvýživa – nemoc, nedostatečná výživa, oslabený organismus, komplikace onemocnění, ztráta soběstačnosti

Krátkodobá podvýživa = hubnutí, nechutenství, odmítání stravy, únava, nespavost, zvýšená citlivost na chlad, otoky dolních končetin z nedostatku bílkovin

Dlouhodobá podvýživa = dechová nedostatečnost a poruchy krevního oběhu, záněty, abscesy, zápal plic, ztráta soběstačnosti

Plánovaná operace

před operací = Pokud má klient nežádoucí hmotnostní úbytek, je vhodné 1 – 2 týdny před plánovaným operačním výkonem podávat nutriční výrobky ve formě sippingu
nutný dostatečný pitný režim



po operaci = enterální výživa, pitný režim a po vysazení enterální výživy sipping s vyšším obsahem bílkovin (Nutridrink protein, Cubitan)



v domácím prostředí = nutriční doplňky až do zhojení rány



onemocnění trávicího traktu = potraviny se zvýšeným obsahem bílkovin (mléčné výrobky, tvrdé sýry), Nutridrink Multi Fibre (zvýšený obsah vlákniny) – nepodávat v době probíhajícího zánětlivého procesu

výživa pro seniory = potřeba energie se snižuje jen o 5 % za 10 let, li se objem stravy, dochází k úbytku svaloviny, zhoršuje se pohyb, riziko infekce a komplikací onemocnění



sníží-
vyšší

výživa u nádorových onemocnění = nutridrink je třeba popíjet po malých doušcích mezi jídly, existuje několik příchutí, nutridrink lze využít i při vaření (rozmixovat s ovocem, marmeládou, použít do mléčných polévek, omáček, lze jej též zmrazit a konzumovat jako zmrzlinu), existuje i v menším obsahovém balení – Nutridrink compact



Nutridrink je pro ošetřující personál velkou výhodou, je připraven k okamžitému použití a šetří čas při přípravě jídla. Pokud je to možné, měl by ale být jen potravinovým doplňkem a nenahrazovat přirozenou stravu.

Zdroj : (14, 19)