



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Výživa pacientů s ileostomií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Markéta Votavová

Vedoucí práce: MUDr. Jitka Pokorná

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Výživa pacientů s ileostomií* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. května 2018

Markéta Votavová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat MUDr. Jitce Pokorné nejen za odborné vedení mé bakalářské práce, ale také za praktické připomínky a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, díky nimž mohl být výzkum realizován.

Výživa pacientů s ileostomií

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat stav výživy u pacientů s ileostomií a jejich stravovací preference a omezení.

Výzkumný soubor se skládal z 11 dospělých respondentů, z nichž 9 respondentů mělo ileostomii, 1 žena měla kolostomii a 1 žena měla jejunostomii. Výzkum byl zpracován kvalitativně formou řízeného rozhovoru, záznamu týdenního jídelníčku a antropometrického měření (BMI, obvod paže a obvod pasu).

Pro rozhovor bylo připraveno 48 otázek zaměřených na osobní údaje, stravovací zvyklosti a konzumaci jednotlivých druhů nápojů a potravin. Zaznamenané odpovědi byly doslovně přepsány a poté vyhodnoceny individuálně u každého respondenta.

Pro respondenty byly vypracovány formuláře pro záznam jídelníčku, které byly po vyplnění zpracovány v programu Nutriservis. Zjištěné průměrné výživové hodnoty byly porovnány s doporučenou denní potřebou energie a živin.

Většina respondentů měla v jídelníčku nedostatek energie i živin. Hodnoty BMI ukázaly, že většina respondentů má nadváhu nebo obezitu prvního stupně a hodnoty obvodu pasu ukazovaly u většiny respondentů vysoké riziko kardiovaskulárního onemocnění. Podle hodnot obvodu paže nebylo zjištěno riziko malnutrice u žádného respondenta.

Z odpovědí vyplynulo, že stravování u ileostomie je zcela individuální a neexistuje striktní dietní režim. Velký vliv na stravování měly osobní chuťové preference, doba od operace a příčina ileostomie.

Výsledky tohoto výzkumu by mohly sloužit pracovníkům ve zdravotnických zařízeních k informování pacientů s ileostomií, ale především by mohly být výsledky využity samotnými pacienty, kteří by se tak mohli lépe zorientovat ve stravování a tím předejít možnému vzniku zdravotních komplikací.

Klíčová slova

Ileostomie; výživa; výživový stav; jídelníček; živiny; omezení

Nutrition of patients with ileostomy

Abstract

The aim of this bachelor thesis was to determine a nutritional condition of patients with ileostomy and preferences and restrictions of their nutrition.

The research ensemble was consisted of 11 adult respondents, of whom 9 respondents had ileostomy, 1 woman had colostomy and 1 woman had jejunostomy. The research was processed qualitatively in the form of structured interview, a weekly food diary record and an anthropometric measurement (BMI, arm circumference and waist circumference).

For the interview was prepared 48 questions focused on personal data, eating habits and a consumption of individual types of beverages and food. The recorded responses were literally rewritten and then were individually evaluated for each respondent.

The food diary forms were prepared for the respondents and after filling were processed in the Nutriservis program. The identified average nutritional values were compared with the recommended daily need of energy and nutrients.

Most of the respondents had a lack of energy and nutrients in the food diary. BMI values showed that most respondents were overweight or had the first degree obesity and the waist circumference values showed a high risk of cardiovascular disease for most respondents. Depending on the values of the arm circumference, there was found no risk of malnutrition for any respondents.

The responses showed that an eating option for ileostomy patients is completely individual and there is no strict dietary regime. A big influence on eating had personal taste preferences, elapsed time from surgery and a cause of ileostomy.

The results of this research may serve employees in healthcare facilities to inform patients with ileostomy but, above all, the results may be used by patients themselves, who may improve their orientation in eating and thus may prevent a possible occurrence of health complications.

Key words

Ileostomy; nutrition; nutritional condition; food diary; nutrients; restriction

Obsah

1	Úvod	9
2	Tenké střevo	10
2.1	Anatomie tenkého střeva.....	10
2.1.1	Duodenum.....	10
2.1.2	Jejunum a ileum	10
2.2	Funkce tenkého střeva.....	11
2.2.1	Střevní peristaltika a sekrece	11
2.2.2	Trávení a vstřebávání.....	11
2.2.3	Imunita	13
3	Tlusté střevo	13
3.1	Anatomie tlustého střeva.....	13
3.2	Funkce tlustého střeva.....	13
3.2.1	Střevní peristaltika a sekrece	14
3.2.2	Resorpce vody a elektrolytů	14
3.2.3	Bakteriální činnost	14
4	Stomie.....	15
4.1	Současný stav dané problematiky	15
4.2	Dělení	15
4.3	Historie.....	15
4.3.1	Péče o stomie	16
4.4	Komplikace	17
4.4.1	Časné komplikace	17
4.4.2	Pozdní komplikace.....	18
5	Ileostomie	18
5.1	Rozdělení ileostomie.....	18
5.1.1	Terminální ileostomie	18
5.1.2	Dvuhlavňová ileostomie	19
5.2	Indikace k založení ileostomie	19
5.2.1	Ileus (střevní neprůchodnost).....	19
5.2.2	Kolorektální karcinom	19
5.2.3	Nespecifické střevní záněty	20
5.2.4	Familiární adenomatózní polypóza.....	21
5.2.5	Traumata	21

5.2.6	Vrozené vývojové vady	21
6	Syndrom krátkého střeva	22
6.1	Typy syndromu krátkého střeva	22
6.2	Poruchy vstřebávání	23
7	Výživa a pitný režim pacientů po operaci střeva	23
7.1	Stravování po založení stomie	23
7.2	Dietní opatření	24
7.3	Zásady ve stravování a technologické postupy	25
7.4	Umělá výživa	26
7.4.1	Enterální výživa	26
7.4.2	Parenterální výživa	27
8	Organizace péče o pacienty se stomií	28
8.1	České ILCO	28
9	Organizace péče o pacienty se syndromem krátkého střeva	29
10	Cíl práce a výzkumné otázky	31
10.1	Cíl práce	31
10.2	Výzkumné otázky	31
10.3	Operacionalizace pojmů	31
11	Metodika výzkumu	32
11.1	Použité metody	32
11.2	Charakteristika výzkumného souboru	32
11.3	Sběr dat	32
11.4	Analýza dat	33
12	Výsledky	36
12.1	Respondent 1	36
12.2	Respondent 2	39
12.3	Respondent 3	42
12.4	Respondent 4	45
12.5	Respondent 5	48
12.6	Respondent 6	51
12.7	Respondent 7	54
12.8	Respondent 8	58
12.9	Respondent 9	61
12.10	Respondent 10	64
12.11	Respondent 11	67

12.12	Zhodnocení jídelníčků a hodnot antropometrického měření.....	70
12.13	Zhodnocení rozhovorů.....	70
13	Diskuze	73
14	Závěr	80
15	Seznam použitých zdrojů.....	82
16	Seznam tabulek	87
17	Seznam příloh	88
19	Seznam použitých zkratk	95

1 Úvod

Výživa má zásadní vliv na funkci tenkého i tlustého střeva, kterou je mimo jiné také trávení a vstřebávání jednotlivých složek výživy.

V současné době se stále zvyšuje počet pacientů s onemocněním střev, mezi která se řadí především kolorektální karcinom, střevní neprůchodnost a nespecifické střevní záněty, jako je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Tato onemocnění vedou také k nárůstu počtu pacientů se střevními vývody, včetně ileostomie. Délka zbylého střeva má zásadní vliv na jeho funkci a odvíjí se od ní požadavky na skladbu výživy, jež se liší v závislosti na druhu stomie. Důležitou roli zde hrají i stomické sestry, které edukují pacienty kromě péče o stomii také o stravování. V České republice existují sdružení pacientů se stomií.

Téma Výživa pacientů s ileostomií jsem si vybrala, jelikož si myslím, že je tato problematika v současnosti velice aktuální a dle mého názoru je potřeba, aby každý pacient se střevním onemocněním a následnou stomií věděl, že dodržováním zásad správné výživy může předejít vzniku vážných zdravotních komplikací.

Cílem mé práce je zjistit stav výživy u pacientů s ileostomií a jaké mají osobní stravovací preference a omezení. Výzkum bude zpracován kvalitativně formou řízeného rozhovoru, záznamu týdenního jídelníčku a antropometrického měření (BMI, obvod paže a obvod pasu).

2 Tenké střevo

2.1 Anatomie tenkého střeva

Tenké střevo se skládá ze 3 úseků – duodena, jejunu a ilea (Elišková, 2009). Jeho délka je v rozmezí 2,8-8,5 m, kdy záleží na mnoha faktorech (např. etnický původ, pohlaví, způsob měření). Muži mají tenké střevo delší než ženy a je to dáno nižším podílem tukové složky těla (Zadák, 2017).

Mesenterium je dvojité blána pobřišnice, na které je zavěšeno tenké střevo. Obsahuje vyživující cévy a nervy a různé množství tuku. Pobřišnice kryje vnější povrch tenkého střeva, výjimku tvoří jen duodenum (Kachlík, 2013). To je pokryté pouze z přední strany, protože zadní plocha duodena je umístěna za pobřišnicí (Dylevský, 2009).

Sliznici pokrývá jednovrstevný cylindrický epitel obsahující enterocyty (Kachlík, 2013). Enterocyty jsou střevní buňky s absorpčním účinkem, které se vyskytují na střevních klcích (Zadák, 2017). Jejich životnost je jen několik dnů, proto se sliznice střeva musí neustále obnovovat (Mourek, 2012). Mikroklky pokrývají enterocyty a tvoří kartáčový lem a spolu s klky výrazně zvětšují absorpční povrch tenkého střeva (Zadák, 2017).

2.1.1 Duodenum

První částí tenkého střeva je duodenum. Měří asi 20-28 cm a jeho poloha se nemění, jelikož je z větší části pevně přirostlý k zadní břišní stěně, jeho horní část je volná. Duodenum má tvar podkovy a obkružuje hlavu slinivky břišní (Kachlík, 2013).

Rozšíření horní části duodena je méně cévně zásobené, a proto se zde vyskytují často vředy. Hlavní pankreatický vývod a žlučovod ústí do sestupné části duodena, kde se sliznice vyvyšuje ve Vaterovu papilu (Elišková, 2009).

2.1.2 Jejunum a ileum

Řasa, která ohraničuje jejunum od duodena se nazývá Treitzova. Na jejunum navazuje ileum, které je od tlustého střeva odděleno Bauhinovou chlopní (Zadák, 2017). Tato chlopeň brání návratu střevního obsahu zpět do ilea (Elišková, 2009). V břišní dutině je jejunum umístěno zejména vlevo nahoře, zatímco ileum je lokalizováno spíše v pravé dolní části, přičemž zasahuje i do pánevní dutiny (Zadák, 2017).

Jejunum je v několika ohledech od ilea odlišné. Má širší průsvit, silnější stěnu a vyvinutější svalovinu. Také má delší klky, díky kterým se látky lépe vstřebají (Zadák, 2017).

2.2 Funkce tenkého střeva

2.2.1 Střevní peristaltika a sekrece

Střevní peristaltika zajišťuje, že se chymus (trávenina) promíchá s trávicími šťávami a žlučí. Dostává se tak na střevní sliznici, kde se setkává s klky a mikroklky a poté je posouván dále do tlustého střeva (Mourek, 2012). Chymus projde tenkým střevem za několik hodin (Jandová et al., 2011).

Za den se vytvoří asi 1,5-2,6 l střevní šťávy. V duodenu a v jejunu ji produkují enterocyty a pohárkové buňky, přičemž v duodenu se na sekreci podílí i Brunnerovy žlázy. Střevní šťáva má zásadité pH, jelikož obsahuje především bikarbonáty (HCO_3^-). Tím chrání střevní sliznici před kyselým pH žaludeční šťávy, kterou následně neutralizuje žluč s pankreatickou šťávou. Ve střevní šťávě je přítomen i hlen (Jandová et al., 2011). Ten také chrání sliznici a je důležitý při posouvání chymu (Mourek, 2012).

2.2.2 Trávení a vstřebávání

V duodenu je spolu se střevní šťávou i žluč a pankreatická šťáva (Jandová et al., 2011). Šťáva pankreatu obsahuje enzymy pro štěpení sacharidů (α -amyláza), tuků (lipáza, fosfolipáza) a bílkovin (peptidázy) (Ryšavá a Stránský, 2014). Žluč obsahuje soli žlučových kyselin a lecitin, které slouží k emulgaci tuků (Jandová et al., 2011). Žluč má vliv i na střevní peristaltiku (Ryšavá a Stránský, 2014).

Enterocyty tenkého střeva produkují trávicí enzymy, pro jejichž působení je nutné, aby pH chymu bylo zásadité. To zajišťuje NaHCO_3 (Jandová et al., 2011). Především se jedná o enzymy peptidázy, disacharidázy a lipázu (Ryšavá a Stránský, 2014). Tyto enzymy se podílí na trávení spolu s enzymy vylučovanými slinivkou břišní (Mourek, 2012).

2.2.2.1 Sacharidy

V duodenu probíhá štěpení sacharidů působením enzymu α -amyláza, která je štěpí na disacharidy (sacharózu, maltózu a laktózu). Ty jsou dále štěpeny enzymy sacharázou, maltázou a laktázou na vstřebatelné molekuly - glukózu, fruktózu a galaktózu (Ryšavá a Stránský, 2014).

Sacharidy jsou z větší části (75%) vstřebávány v jejunu. Rezistentní škrob a vláknina se dostávají do tlustého střeva, kde je štěpí bakterie (Zadák, 2017).

2.2.2.2 Tuky

Potravou se tuky přijímají převážně v podobě triacylglycerolů (Jandová et al., 2011). Jejich emulgací se tvoří malé tukové kapénky, které mají velký povrch a díky tomu mohou být štěpeny pankreatickou lipázou (Pokorný, 2009).

Štěpením vznikají monoglyceridy, glycerol a mastné kyseliny, které tvoří tzv. micely. Ty jsou přenášeny na střešní sliznici a tam podléhají reesterifikaci na triacylglyceroly, které se vážou na cholesterol, estery cholesterolu, fosfolipidy a bílkoviny. Tyto triacylglyceroly jsou poté transportovány ve formě tukových kapének (chylomikronů) lymfatickým oběhem do jater. Mastné kyseliny s krátkým řetězcem nejsou vstřebávány v podobě chylomikronů, protože jsou ve vodě rozpustné. Díky tomu jsou krví přímo transportovány do jater (Ryšavá a Stránský, 2014). Vstřebávání tuků probíhá hlavně v duodenu a v jejunu a zbylé žlučové kyseliny se vstřebávají především v ileu (Jandová et al., 2011). Z ilea se žlučové kyseliny dostávají do krve a poté jsou transportovány portálním oběhem do jater, kde jsou opět vylučovány do žluče spolu s nově vytvořenými žlučovými kyselinami (Pokorný, 2009).

2.2.2.3 Bílkoviny

Bílkoviny se začínají štěpit již působením peptidáz žaludeční šťávy. V duodenu pokračují ve štěpení peptidázy slinivky břišní a vznikají polypeptidy a peptidy. Ty se následně štěpí na jednotlivé aminokyseliny působením specifických enzymů aminopeptidáz a dipeptidáz (Ryšavá a Stránský, 2014). Vstřebávání jednotlivých aminokyselin probíhá v duodenu a v jejunu a nakonec se transportují krví do jater (Mourek, 2012).

2.2.2.4 Vitaminy

Vitaminy rozpustné v tucích (A, D, E, K), stejně jako ostatní produkty vznikající při trávení tuků, jsou ve formě micel transportovány k enterocytům a jsou součástí chylomikronů (Jandová et al., 2011). Vstřebávání vitaminů A, D, E, K probíhá tedy převážně v duodenu a v jejunu (Zadák, 2017). Žlučové kyseliny napomáhají vstřebávání vitamínu E (Pokorný, 2009).

V horní části tenkého střeva se vstřebávají vitaminy rozpustné ve vodě (Ryšavá a Stránský, 2014). Výjimku tvoří vitamin B₁₂, který se vstřebává v ileu ve formě komplexu B₁₂ (Zadák, 2017).

2.2.2.5 Voda a minerální látky

Do tenkého střeva se denně vylučuje asi 9 l tekutin. Kromě tekutin přijatých nápoji a potravou se tekutiny vylučují také slinami, žaludeční šťávou, žlučí a pankreatickou šťávou a střešní šťávou (Jandová et al., 2011). Na vstřebávání vody v tenkém střevě je závislý sodík, který se zároveň podílí na vstřebávání glukózy a aminokyselin. Dále zlepšuje vstřebávání vitaminů a žlučových solí, ale důležitý je i pro vstřebávání a transport chloridů, vodíku, draslíku a bikarbonátu (Zadák, 2017).

Vstřebávání vody i její propustnost je největší v jejunu. V tlustém střevu je vstřebávání a propustnost pro vodu naopak nejmenší (Zadák, 2017).

Vápník se vstřebává především v duodenu a v jejunu. Na jeho vstřebání se podílí vitamin D (kalcitriol) a parathormon (Jandová et al., 2011). Kalcitriol vytváří specifickou bílkovinu, díky níž je vápník transportován do krve (Mourek, 2012).

V potravě se železo většinou vyskytuje ve formě trojmocné, ale pro vstřebání je nezbytná redukce na dvojmocnou formu. Redukce probíhá působením HCl a také za přítomnosti redukujících složek potravy jako je např. vitamin C (Mourek, 2012). Železo se vstřebává v horní části tenkého střeva a v krvi se váže na transportní bílkovinu (transferin) (Ryšavá a Stránský, 2014).

2.2.3 Imunita

Sliznice tenkého střeva je významná i z hlediska imunity. Obsahuje lymfatické uzliny a velké množství lymfocytů, které vylučují imunoglobuliny. Střevní flora účinně chrání organismus před působením patogenních bakterií v trávicím traktu (Mourek, 2012).

3 Tlusté střevo

3.1 Anatomie tlustého střeva

Ileum se napojuje na slepé střevo v místě ileocekální chlopně (Dylevský, 2009).

Kromě slepého střeva je tlusté střevo složeno také z tračníků (vzestupný, příčný, sestupný a esovitý). Esovitý tračník přechází v konečník, který je místem shromažďování stolice (Dylevský, 2009).

Délka tlustého střeva je přibližně 1,2-1,4 m a na jeho stěně se objevují vyklenutí (haustra), tukové přívěsky a podélná vrstva svaloviny se zužuje do tří pruhů (taeniae). Těmito znaky se výrazně odlišuje od tenkého střeva (Dylevský, 2009).

Sliznice je již bez klků a je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem. Dále jsou zde roztroušeny lymfatické uzlíky. Pobřišnice pokrývá vnější povrch střeva, kromě zadních ploch vzestupného a sestupného tračníku naléhajících přímo k zadní břišní stěně (Kachlík, 2013).

3.2 Funkce tlustého střeva

Bakterie tlustého střeva štěpí nestrávenou vlákninu a rezistentní škrob a dále v tlustém střevě probíhá resorpce vody a elektrolytů, přičemž se zahušťuje střevní obsah (Ryšavá a Stránský, 2014).

3.2.1 Střevní peristaltika a sekrece

Peristaltika tlustého střeva není tak výrazná jako v tenkém střevě, proto se zde střevní obsah pohybuje pomalu (Pokorný, 2009). Na rychlosti peristaltiky se podílí také vláknina. Pokud se ve střevním obsahu vláknina vyskytuje, střevní obsah zůstává v tlustém střevě asi 35 hodin. Pokud se tam vláknina nevyskytuje, střevní obsah zůstává v tlustém střevě 48-70 hodin (Mourek, 2012).

Tlusté střevo produkuje zásaditý sekret, který obsahuje vodu, elektrolyty a hlen. Bikarbonáty slouží k neutralizaci kyselých produktů tvořených bakteriemi. Hlen působí jako ochrana střevní sliznice, urychluje peristaltiku a podílí se na formování stolice (Jandová et al., 2011).

3.2.2 Resorpce vody a elektrolytů

Do tlustého střeva se přesouvá asi 1,5 l tekutin z tenkého střeva, z nichž se resorbuje až 90% vody a elektrolytů. Stolicí se tak vylučuje asi jen 60-120 ml vody (Mourek, 2012).

3.2.3 Bakteriální činnost

Bakterie tlustého střeva se dělí na kvasné a hnilobné a jsou z větší části anaerobní. Pouze 1% tvoří aerobní bakterie *Escherichia coli* (Jandová et al., 2011). Jejich působením se vláknina a rezistentní škrob štěpí na jednoduché organické kyseliny, metan, CO₂ a vodík (Ryšavá a Stránský, 2014). Vytvořené plynné látky podporují peristaltiku střeva a kyseliny brání vzniku hnilobných reakcí (Jandová et al., 2011). Mastné kyseliny s krátkým řetězcem (octová, propionová, máselná) jsou částečně využívány buňkami tlustého střeva (kolonocyty) jako energetický zdroj. Tyto kyseliny mohou sloužit i jako energetický zdroj pro syntézu glukózy a tuků v játrech (Zadák, 2017). Navíc kyselina máselná působí v prevenci proti rakovině tlustého střeva a konečníku a kyselina propionová snižuje tvorbu cholesterolu v játrech (Ryšavá a Stránský, 2014).

Hnilobné bakterie vytvářejí z uvolněných aminokyselin látky (sirovodík, indol, skatol a merkaptany), které jsou po vstřebání transportovány do jater a tam jsou detoxikovány (Jandová et al., 2011).

Díky bakteriální fermentaci bílkovin a sacharidů se denně získá až 500 kcal (Kohout et al., 2017).

Bakterie tlustého střeva vytvářejí také vitaminy. Jedná se hlavně o vitamin K, který je důležitý pro syntézu faktorů srážlivosti krve v játrech (Mourek, 2012). Dále vytvářejí i vitaminy skupiny B (B₁, B₃ a B₁₂) (Jandová et al., 2011).

4 Stomie

Stomie znamená vyvedení dutého orgánu na povrch těla, nejčastěji na břišní stěnu. Funkcí stomie (např. kolostomie, ileostomie nebo nefrostomie) je odvádění obsahu orgánu z těla ven, ale může sloužit i jako vstup pro přívod výživy do žaludku nebo do tenkého střeva - gastrostomie, jejunostomie (Coufal et al., 2012).

Umožňuje pacientům žít delší a kvalitnější život, ale uplatňuje se i při zhojení postižené části trávicí trubice pod stomií, protože zamezuje posouvání střevního obsahu (Škochová a Zachová, 2011).

4.1 *Současný stav dané problematiky*

Stomie je každý rok založena u mnoha pacientů. Dle Adamové et al. (2015) žije na Slovensku se stomií asi 4 tisíce pacientů, v Německu 160 tisíc, v Rakousku 12 tisíc a ve Velké Británii je asi 102 tisíc pacientů se stomií. Burešová a Ředinová (2012) zmiňují, že v České republice žije 8-10 tisíc pacientů se stomií, přičemž dodávají, že je toto číslo nepřesné z hlediska toho, že stomie nepatří mezi diagnózy, ale je to východisko vážných zdravotních komplikací.

4.2 *Dělení*

Stomii tenkého střeva rozdělujeme dle jeho částí na duodenostomii, jejunostomii a ileostomii (Zachová, 2016a). Odváděná stolice je charakterizována jako řídká, vodnatá a agresivní (Slezáková et al., 2012b).

Kolostomie je vývod tlustého střeva. Dále se dělí na cékostomii, transverzostomii nebo sigmoideostomii. Odváděná stolice je méně agresivní, protože bývá již definitivní (Škochová a Zachová, 2011).

Vyprazdňování u stomie je stejně časté jako při fyziologické defekaci, ale není ovlivnitelné vůlí a pacientovi chybí fyziologická potřeba vyprazdňování (Škochová a Zachová, 2011).

4.3 *Historie*

Již v době starověkého Řecka se pokusil Praxagoras z Kosu vytvořit stomii zraněnému a zachránit mu tak život (Zachová, 2016c). V roce 1710 navrhl Littré založení cékostomie u pacienta s nevyvinutým řitním otvorem, kterou ale provedl až Pillore v roce 1776 u pacienta s karcinomem sigmoidea. Pacient operaci přežil pouze jeden měsíc (Majšíková et al., 2012).

V roce 1817 navrhl anatom Callisen, po řadě neúspěchů se založením stomií v pobřišniční dutině, levostrannou retroperitoneální lumbální kolostomii, kdy se stomie

zakládá mimo pobřišniční dutinu a snižuje se tak riziko infekce (Balíková et al., 2009). Tuto kolostomii úspěšně provedl až v roce 1839 Amussat. V roce 1888 český chirurg Karel Maydl jako první zrealizoval dvouhlavňovou sigmoideostomii, která se téměř totožně provádí i dnes (Majšíková et al., 2012).

4.3.1 Péče o stomie

Téma stomie bylo v minulých dobách tabu, což vedlo k nedostatečnému informování veřejnosti o problematice stomiků, kteří tak byli izolováni od společenského života. Péče o stomie, a především o ileostomie, znamenala medicínský i společenský problém a stomie byly ošetřovány velmi omezeně. Až v 60. letech 20. století se v Československu objevily předměty, které se podobaly stomickým pomůckám. Patřily mezi ně různé sáčky, které se na stomii upevnily pomocí pásku (Škočová, 2015).

Lepicí sáčky, jejichž otvor mohl kopírovat tvar stomie, zlepšily péči o stomie. Tyto sáčky byly snáze vyměnitelné, izolovaly zápach a především byly pro pacienta diskrétní (Majšíková et al., 2012). Avšak lepicí vrstva sáčků byla pro mnohé pacienty dráždivá, a proto bylo velkým pokrokem vyvinutí nedráždivých, bezpečných lepidel na kůži a současně sáčků se samostatnou podložkou, díky které se mohly vyměňovat jen samotné sáčky (Škočová, 2015).

V roce 1960 v Dánsku byl praktickými sestrami předveden první adhezivní kolostomický sáček na jedno použití, na jehož popud vznikla dnes již známá společnost Coloplast. V roce 1972 byla na trh uvedena nová pomůcka Stomahesive firmou ConvaTec a v různých úpravách se využívá dodnes (Majšíková et al., 2012).

Až po roce 1989 se v Československu podařilo zajišťovat základní pomůcky pro stomiky (Škočová, 2015). Organizace stomiků začaly vznikat v polovině 80. let 20. století díky usilování samotných pacientů se stomií o lepší dosažitelnost pomůcek (Majšíková et al., 2012). Později převzaly svou roli stomické sestry, které zajišťují pacientům se stomií komplexní systém péče (Škočová, 2015).

Stomická sestra je zpravidla členem ošetrovatelského týmu na chirurgii, onkologii nebo urologii a edukuje pacienta v péči o stomii. Některé stomické sestry pořádají přednášky a kurzy pro své kolegyně, čímž se snaží zdokonalovat své dovednosti a vědomosti. Své zkušenosti ze setkání s pacienty poté předávají dalším pacientům, kterým tak chtějí usnadnit vstup do života se stomií (Drlíková, 2016b).

4.4 Komplikace

Prevence komplikací záleží na elánu a sebedůvěře každého pacienta. To je problematické zejména v brzkém pooperačním období. Komplikace se rozlišují na časné a pozdní (Majšiková et al., 2012).

4.4.1 Časné komplikace

Nevhodná lokalizace stomie vede nejen ke zhoršení kvality života pacienta, ale i k velké spotřebě pomůcek, které na stomii nedrží. Proto může být pacientovi indikována reoperace (Balíková et al., 2009).

Psychosociální komplikace v souvislosti se stomií vyvolávají u nemocného stresovou zátěž. Kromě samotné stomie jsou příčinou stresu také okolnosti jejího vzniku (celkový charakter onemocnění, jeho léčba i operační výkon). Sobeštětačnost v ošetřování stomie a zajištění vhodných pomůcek dává nemocnému pocit jistoty a bezpečí. Proto jsou pacienti aktivně zváni na kontroly do stomických poradn, kde jim sestry radí mimo jiné také s výběrem vhodných pomůcek k ošetřování stomie (Zachová, 2009).

K dehydrataci a elektrolytové nevyváženosti dochází především u ileostomie, jelikož je vylučován tekutý střevní obsah. U pacienta dochází ke ztrátě sodíku a tím i ke ztrátě vody, ale časem se tyto problémy lepší. U pacientů s dlouhodobou ileostomií se často vyskytuje hypomagnezemie, snížená absorpce vitamínu B₁₂ a mohou být přítomny i konkrementy ve žlučníku a v ledvinách. Proto je prevence a edukace pacienta s ileostomií velmi důležitá (Adamová et al., 2015).

Peristomální dermatitida vzniká podrážděním kůže a je častým jevem nejen bezprostředně po operaci, ale i v pozdější době. Převážně se vyskytuje u ileostomie, protože stolice má vodnatý charakter a zásaditou reakci na rozdíl od stolice u kolostomie. Tato komplikace má různé příčiny, může to být např. stenóza či prolaps stomie, kožní řasy a nerovnosti, alergie na materiály, mykotická infekce, zanedbaná hygienická péče nebo nevhodné ošetrovatelské postupy (Adamová et al., 2015).

U 2-3% pacientů se bezprostředně po operaci objevuje ischemie vedoucí až k nekróze, což může být indikací k reoperaci. Riziko nekrózy je zvýšené u obézních pacientů a u akutně operovaných pacientů (Adamová et al., 2015).

Při retrahované stomii dochází k podráždění kůže unikající stolicí a příznakem je vtažení stomie pod úroveň břišní stěny (Škořochová a Zachová, 2011). Retrakce se nejčastěji objevuje u obézních pacientů a u pacientů s nedostatečně vyvedeným střevem na břišní stěnu (Majšiková et al., 2012).

4.4.2 Pozdní komplikace

Prolaps je vyhrěznutí střeva nad úroveň břišní stěny (Škochová a Zachová, 2011). Nejčastěji se objevuje u obézních pacientů nebo pokud je příliš velký otvor v břišní stěně, ale i při vysokém nitrobřišním tlaku a zrychlené peristaltice. Pokud se objeví ischemie a nekróza, je nutná reoperace (Adamová et al., 2015).

U 2-15% pacientů se stomií se objevuje stenóza. Riziko jejího vzniku je časté u Crohnovy choroby. Stolice je tužkovitá a současně odcházejí i plyny. Řešením je dilatace nebo reoperace stomie (Adamová et al., 2015).

Parastomální kýla vzniká následkem vysokého nitrobřišního tlaku způsobeného fyzickou námahou. Dochází ke špatné fixaci stomických pomůcek, a proto jsou pacienti vybaveni pásem, který slouží jako opora při fyzické aktivitě. Uplatňuje se i při nachlazení, kdy je impulsem pro zvýšení nitrobřišního tlaku kašláni. Jako prevence vzniku parastomální kýly je vhodné po operaci posilovat břišní svalstvo (Škochová a Zachová, 2011).

Krvácení se může objevit při navrácení primárního onemocnění, u traumatu nebo při výskytu parastomálních varixů, které vznikají při portální hypertenzi (Adamová et al., 2015).

Perforace střeva je závažnou komplikací vznikající při výplachu stomie. Výplach musí indikovat lékař a provádět ho může pouze vyškolený profesionální pracovník nebo edukovaný stomik (Škochová a Zachová, 2011).

5 Ileostomie

5.1 Rozdělení ileostomie

5.1.1 Terminální ileostomie

Na břišní stěnu ústí terminální ileum a nejčastější umístění je ve střední nebo dolní části pravé poloviny břicha, ale může být umístěna i na levé polovině břicha, jestliže se jedná o další vývod (Balíková et al., 2009). Její tvar je kulatý a pravidelný (Zachová, 2016a).

Důvodem indikace terminální ileostomie bývá nejčastěji odstranění tlustého střeva i s konečníkem (totální proktokolektomie). Příčinou je především ulcerózní kolitida a polypóza tlustého střeva, která je současně prekancerózou (Balíková et al., 2009).

Terminální ileostomie může pacientovi sloužit jako dočasné řešení, než se pacientovi zhotoví tzv. pouch (umělý konečník) nebo může být trvalá (Balíková et al., 2009).

5.1.2 Dvouhlabňová ileostomie

Při této stomii se na břišní stěnu vyvede celá klička střeva (Slezáková et al., 2012b). Umístění je, stejně jako u terminální ileostomie, v pravé polovině břicha, přičemž má jednu odvodnou a jednu přívodnou kličku (Balíková et al., 2009).

Dočasně je vytvořena především kvůli zhojení vytvořených střevních spojek (anastomóz) nebo při akutním ileu (Balíková et al., 2009).

Trvalá dvouhlabňová ileostomie je indikována u neoperovatelných nádorů tračníku, kdy se provádí jen jako paliativní výkon (Balíková et al., 2009).

5.2 Indikace k založení ileostomie

5.2.1 Ileus (střevní neprůchodnost)

Ileus se řadí mezi náhlé příhody břišní a může ohrozit život pacienta, protože má velmi rychlý průběh. Rozděluje se na 3 základní typy, jejichž příčiny jsou podstatně odlišné (Slezáková et al., 2010).

Mechanický ileus může být způsoben např. překážkou ve střevě (nádor, potrava), která brání posunu střevního obsahu, dále otočením části střeva kolem své osy nebo sevřením střeva srůsty po předchozích operacích (Slezáková et al., 2010).

Ileus neurogenní (funkční) je vzácný a může se objevovat např. při přerušení střevní peristaltiky po operacích nebo může vznikat při peritonitidě. Další příčinou mohou být onemocnění nervového systému (úrazy míchy, meningitida) nebo užití dráždivé látky (Slezáková et al., 2010).

Cévní ileus se vyskytuje při onemocnění srdce nebo při ateroskleróze, jelikož vzniká v důsledku embolie nebo trombózy cév mesenteria. Rizikem tohoto ileu je následná ischemie střeva a vznik peritonitidy (Slezáková et al., 2010).

Cílem léčby u pacienta se střevní neprůchodnosti je znovu obnovit vyprazdňování (Zachová, 2016d).

5.2.2 Kolorektální karcinom

V české populaci patří kolorektální karcinom k nejčastějším nádorovým onemocněním. Ze všech nádorových onemocnění představuje 13-14% a rizikovými faktory jsou, kromě dědičnosti, i další nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku (polypy a nespecifické střevní záněty) a nebo např. nevhodné stravovací návyky, které způsobují obezitu (Abrahámová, 2012).

Příznakem je především krvácení do stolice, ale může to být i chudokrevnost, hubnutí, změna vyprazdňování (zácpa nebo průjem) a změna vzhledu stolice. Dalšími projevy jsou pocity plnosti a plynatost s bolestí břicha (Barkmanová et al., 2012).

Indikací k založení stomie není jen samotné nádorové onemocnění, ale i příprava na radioterapii. Záření v přilehlých oblastech může poškozovat střevní sliznici a význam stomie nad ozařovaným místem tak spočívá v prevenci subjektivních potíží pacienta (bolestivé nutkání na stolici) a dalších komplikací způsobených ozařováním (krvácení, průjem, riziko perforace) (Majšíková et al., 2012).

Prevence kolorektálního karcinomu je důležitá a dělí se na primární a sekundární. Primární prevence se zaměřuje na dietu a životní styl a jejím úkolem je snížit nebo zcela odstranit rizikové faktory. Screeningový program je sekundární prevencí. U osob ve věku 50-54 let se provádí každoroční test na okultní (skryté) krvácení do stolice. Pokud je test pozitivní, provádí se kolonoskopie. Od 55 let věku se buď opět provádí test na okultní krvácení každé dva roky, a nebo lze provést tzv. primární screeningovou kolonoskopii, kterou lze znovu podstoupit po 10 letech (Barkmanová et al., 2012).

5.2.3 Nespecifické střevní záněty

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou zánětlivá onemocnění střevní sliznice, která zhoršují kvalitu života nemocného (Botsios et al., 2011). Jsou pro ně charakteristická období vzplanutí a zklidnění. Crohnova choroba může postihovat kteroukoliv část trávicí trubice, ale nejčastěji je postižené ileum. Naopak ulcerózní kolitida postihuje především tlusté střevo, zejména konečník (Lomer, 2011).

5.2.3.1 Crohnova choroba

Mechanismus vzniku tohoto onemocnění není zcela prozkoumán a ani příčina není známa (Kohout, 2010). U Crohnovy choroby se střídají části zdravého střeva s částmi postiženými a tento stav se nazývá segmentální charakter onemocnění (Slezáková et al., 2012a).

Protože se zánět může objevit kdekoliv na trávicí trubici, mohou být i příznaky různé. Při zánětu tenkého i tlustého střeva se objevují křečovitě bolesti břicha a průjemy, postižení tlustého střeva zahrnuje i mimostřevní projevy (kožní změny, záněty kloubů), u postižení tenkého střeva hrozí hubnutí a chudokrevnost a pokud Crohnova choroba zasáhne konečník, objevují se abscesy, píštěle nebo vředy (Červenková, 2009).

Jizva, kterou se hojí střevní sliznice postižená vředy, může způsobit stenózu střeva a to se poté musí resekovat. Pokud se vyskytují mezi střevem a okolními orgány píštěle a abscesy, je indikována rozsáhlejší chirurgická operace (Zachová, 2016d). Riziko výskytu malnutrice hrozí zejména u pacientů s postiženým tenkým střevem (Donnellan et al., 2013).

5.2.3.2 *Ulcerózní kolitida*

Také u ulcerózní kolitidy není zcela prozkoumán mechanismus vzniku a není známa příčina. Zánět se vždy objevuje na konečniku, ale poté proniká i do dalších částí tlustého střeva. Výjimkou není ani postižení celého tračníku (Kohout, 2010).

Příznaky jsou určeny intenzitou zánětu, jeho celkovým rozsahem, ale i doprovodnou poruchou střevní funkce. U nemocného se vyskytují v různé intenzitě, ale mají stejný charakter (Červenková, 2009).

Existují 3 formy ulcerózní kolitidy. První formou je proktitida, při níž zánět postihuje konečník a projevuje se bolestivým nutkáním na stolicí s přítomností krvavého hlenu nebo jen krve, ale stolice není průjmovitá. Dalším formou zánětu může být tzv. ohraničený tvar, jež postihuje konečník a proniká do dalších částí střeva až k oblasti slezinného ohbí tračníku. Projevem jsou průjmy, bolestivé nutkání na stolicí a krvácení z konečníku, někdy i bolesti v levém podbříšku. Třetí je tzv. rozsáhlý (extenzivní) tvar, který může postihnout celé tlusté střevo. Projevem jsou krvavé průjmy s příměsí hlenu. Pacienti jsou vystaveni riziku dramatického průběhu nemoci doprovázeného horečkou, vzniku toxického megakolonu a v některých případech i perforace střeva (Červenková, 2009).

Při tomto zánětu je střevní stěna oslabená a je prekancerózou. Řešením je odstranění tlustého střeva (totální kolektomie) a založení terminální stomie (Zachová, 2016d). Dalším východiskem může být zhotovení ileopouchanální anastomózy, při níž se z ilea vytvoří pouch (Kohout, 2010).

5.2.4 *Familiární adenomatózní polypóza*

Dědičnost hraje roli v rozvíjení růstu mnohonásobných polypů, adenomů vyrůstajících nejen ze sliznice tlustého střeva, ale i z dalších částí trávicí trubice (Zachová, 2016d). Po určité době mohou z polypů vznikat zhoubné nádory, a proto je nezbytné odstranit celé tlusté střevo (totální kolektomie) a vytvořit ileostomii nebo pouch (Balíková et al., 2009).

5.2.5 *Traumata*

Stomie může být založena i kvůli poranění břicha (autonehody, sportovní úrazy), mezi která patří zranění konečníku, úrazy způsobené pádem na předměty nebo úrazy ostrými předměty (Zachová, 2016d).

5.2.6 *Vrozené vývojové vady*

Indikací k dočasné stomii u novorozenců je vývojová vada konečníku nebo porucha střevní motility (Zachová, 2016d).

Hirschsprungova nemoc nejčastěji postihuje koncovou část tlustého střeva, přičemž dochází k poruše nervového zásobení, avšak rozsah postižení může být větší. Při této nemoci se vyskytují části stenotického a dilatovaného střeva (Bartušek a Petrášová, 2017).

6 Syndrom krátkého střeva

Resekce tenkého střeva v délce zhruba 100-150 cm ještě nevede k vážným následkům. Ty má pacient až při rozsáhlejších resekcích střeva (Balíková et al., 2009).

O syndromu krátkého střeva se hovoří, když je tenké střevo kratší než 200 cm, případně pokud je kratší než 150 cm, ale musí být zachováno funkční tlusté střevo. Jestliže není možné stanovit délku tenkého střeva, měří se střevní výdej (z konečníku, píštěle nebo stomie), přičemž za syndrom krátkého střeva je považován denní výdej větší než 1 500 ml (Kohout et al., 2017).

Na funkci zbylého střeva nemá vliv pouze jeho délka, ale záleží i na kvalitě a na typu onemocnění, z čehož vyplývá, že zdravé střevo o délce 75 cm může fungovat lépe než postižené střevo o délce 150 cm (Kohout et al., 2017).

Při syndromu krátkého střeva dochází k malabsorpci, ale následně i ke střevní adaptaci, která však závisí na délce zbylého střeva. Ke snazší adaptaci střeva dochází při zachovaném tračníku a trvá přibližně 1-2 roky, přičemž k ní dojde asi u 50% dospělé populace a 73% dětské populace. Projevuje se zvětšením absorpčního povrchu (strukturální adaptace) a zpomalením průchodu chymu tenkým střevem (funkční adaptace) (Kohout et al., 2017). Kromě malabsorpce se objevují také průjmy, hubnutí a rozvíjí se malnutrice (Křížová, 2016b).

Nejčastější příčinou (40%) syndromu krátkého střeva u dospělých jsou rozsáhlé resekce střeva následkem ischemie, ale mohou to být i komplikace břišních operací (20%) (Kohout et al., 2017).

6.1 Typy syndromu krátkého střeva

Rozlišují se 3 typy syndromu krátkého střeva s ohledem na resekovanou část střeva a přítomnou stomii. Rozdělení je významné i pro průběh onemocnění (Křížová, 2016b).

Typem I je terminální jejunostomie při délce střeva kratší než 100-150 cm, přičemž dochází k dehydrataci, rozvratu vnitřního prostředí a střevo se neadaptuje (Křížová, 2016b).

Typem II je jejunoko-anoanastomóza při délce střeva kratší než 60-100 cm a typem III je jejunoko-ileoanastomóza při délce střeva asi 40-60 cm (Křížová, 2016b).

U typu III je resekována část tenkého střeva, ale je zachována Bauhinská chlopeň a terminální ileum (Křížová, 2016b).

6.2 Poruchy vstřebávání

Při rozsáhlých resekcích tenkého střeva, kdy je zachována pouze proximální část jejunu, dochází k větší produkci žaludeční šťávy, která zvyšuje ztráty tekutin a ostatních živin, poškozuje střevní sliznici a navíc potlačuje aktivitu pankreatických enzymů. Při poruše vstřebávání dochází k dalším vysokým ztrátám, které se projevují nejčastěji při jednorázové konzumaci velkého množství jídla nebo tekutin s následným zvýšením odpadu do stomie nebo průjmem s dehydratací a hyponatremií. U nepoučených pacientů může dojít ke zhoršení stavu, který je způsoben žízní a nedostatečným přívodem soli (Kohout et al., 2017).

Resekce v oblasti jejunu vede k poruchám vstřebávání jednotlivých živin (Balíková et al., 2009). Díky zvýšenému počtu řas se může zdravé ileum adaptovat a převzít funkci jejunu (Bartušek a Petrášová, 2017).

Resekce ilea je funkčně nenahraditelná (Bartušek a Petrášová, 2017). Dochází k poruchám vstřebávání žlučových kyselin a vitamínu B₁₂. Žlučové kyseliny jsou důležité pro trávení tuků, a proto dochází i k poruchám jejich vstřebávání (Kohout et al., 2017). Mastné kyseliny a žlučové kyseliny přecházejí do tlustého střeva, kde se vstřebají pouze mastné kyseliny s krátkým řetězcem, ale ke vstřebání mastných kyselin s dlouhým řetězcem nedochází (Bretšnajdrová a Svačina, 2008). Tuk se poté objevuje ve stolici (steatorea) a ztrácejí se i vitaminy A, D, E a K (Kohout et al., 2017).

Resekce Bauhinské chlopně vede k rychlému posouvání chymu. Bauhinská chlopeň má podstatnou roli i v ochraně tenkého střeva před vstupem mikroorganismů z tlustého střeva, kteří způsobují poruchy vstřebávání (Kohout et al., 2017).

Odstraněním tlustého střeva dochází ke zhoršenému vstřebávání vody a minerálních látek (Drlíková, 2016a). Navíc se zhoršuje vstřebávání krátkých mastných kyselin a vitaminů, které produkují bakterie tlustého střeva (Kohout, 2017a). K poruchám krevní srážlivosti může docházet kvůli snížené tvorbě vitamínu K (Balíková et al., 2009).

7 Výživa a pitný režim pacientů po operaci střeva

7.1 Stravování po založení stomie

Z ileostomie odchází po operaci asi 1200-2000 ml tekutin denně. Po 6 až 8 týdnech se však ileum tenkého střeva adaptuje a začne tekutiny vstřebávat, díky čemuž se denní ztráty tekutin sníží na 400-600 ml (Bretšnajdrová a Svačina, 2008).

Z jejunostomie odchází po operaci asi 4000 ml tekutin denně, ale časem se množství sníží na 2000 ml denně (Balíková et al., 2009).

Pokud je odchod stolice příliš častý, mohou se podávat látky zpomalující posouvání střevního obsahu (např. opiáty – kodein) nebo látky zahušťující střevní obsah jako jsou např. soli vápníku (Balíková et al., 2009). Zahušťovadla se mohou do stomického sáčku sypat nebo vkládat a některé z nich potlačují zápach (Drlíková, 2016a).

Kromě tekutin dochází ke ztrátám bílkovin, vitamínů a minerálních látek (zejména železa, vápníku, hořčíku a draslíku), a proto musí být doplňovány. Jejich dostatečný přívod je nezbytný i z hlediska podpory procesů hojení (Balíková et al., 2009).

Bezprostředně po založení stomie není možný perorální příjem, proto je indikována parenterální výživa (Balíková et al., 2009). Po obnovení peristaltických pohybů jsou podávány tekutiny v podobě čajů či neperlivých vod (Zachová, 2016e). Obvykle to bývá 2. až 3. den po operaci, přičemž se už mohou současně podávat přípravky enterální výživy (Balíková et al., 2009).

Poté může začít pacient konzumovat tekutou stravu bez mléčných výrobků (Zachová, 2016e). Kvůli pomalé adaptaci laktázy se mléko zařazuje do stravy až později (Bretšnajdrová a Svačina, 2008). Poté se přidává mléčná strava s piškoty a suchary (Zachová, 2016e). Dále pacient přechází na kašovitou stravu a nakonec na stravu bezzbytkovou (Balíková et al., 2009).

Při bezzbytkové stravě, která má šetřící charakter, je vhodné omezit dráždivé koření, přepalované tuky a tuhé, těžce stravitelné pokrmy. Důraz se klade na omezení nerozpustné vlákniny, jako je celozrnné pečivo, semínka, ořechy a slupky. Strava by měla být mechanicky šetřící (bez zrníček, slupek a tuhých kůrek), do měkka upravená a lehce stravitelná. Výhodné je naopak zařazovat vlákninu rozpustnou, protože váže vodu, a tím pomáhá střevní obsah zahušťovat (Dědečková et al., 2009).

Po 6 týdnech od operace by měl pacient přejít z bezzbytkové stravy na běžné složení stravy. Strava by měla být stále lehce stravitelná, šetřící mechanicky, chemicky i termicky a pacient by měl mít dostatek bílkovin, vitamínů a minerálních látek (Matějová a Veselá, 2015). Tato dietní opatření se týkají pacientů se všemi druhy stomií (Zachová, 2016e).

Asi po 1 roce by měl být pacient schopen běžné konzumace potravin a nápojů s mírným omezením dle typu stomie (Matějová a Veselá, 2015).

7.2 Dietní opatření

Resekce tlustého střeva nevede u pacienta tak k přísným dietním opatřením, jako je tomu při resekci tenkého střeva (Balíková et al., 2009).

U pacienta s resekovaným tenkým střevem se navyšuje energetický příjem potravou dle snášenlivosti a délky tenkého střeva na 30-40 kcal/kg/den nebo i více, a to i za cenu častějšího vyprazdňování, pokud je zajištěna nezávislost pacienta na parenterální výživě. Navyšuje se i příjem bílkovin na 1,5-2,0 g/kg/den a často se doplňují minerální látky (především vápník, hořčík a železo) ve formě organických solí, které jsou lépe vstřebatelné. Z vitaminů se doplňují vitaminy řady B a také vitamin D (Kohout, 2017a).

Pacienti se syndromem krátkého střeva (zejména po resekcii v akutní fázi a s jejunostomií) jsou ohroženi dehydratací způsobenou zvyšováním množství přijímaných tekutin, kdy dochází ke zvyšování ztrát trávicí trubici s negativní bilancí tekutin (Kohout, 2017a).

Při přítomném tračníku se dieta obohacuje o rozpustnou vlákninu, která zvyšuje množství sacharolytických bakterií. Tyto bakterie produkují mastné kyseliny s krátkým řetězcem, kdy butyrát slouží k výživě kolonocytů, zatímco propionát a acetát pomáhají navyšovat energetický příjem (Kohout, 2017b). Dále jsou zachovalý tračník a střevní mikrobiom významné pro snížení rizika závislosti pacienta na parenterální výživě. Rizikem pro pacienta se syndromem krátkého střeva, který má zachovalý tračník, je steatorea, a proto by se energetický příjem u takového pacienta měl skládat především ze sacharidů a bílkovin (Kohout, 2017a).

Pacientovi s odstraněným tračníkem (zejména u jejunostomie, ale i u ileorektoanastomózy) se v dietě navyšuje složka tuku a musí mu být podán izotonický roztok (Kohout, 2017a). Výhodné je užívání orálního rehydratačního roztoku, který obsahuje vyšší množství kuchyňské soli (NaCl) a glukózy zlepšující vstřebávání vody v tenkém střevu (Balíková et al., 2009).

7.3 Zásady ve stravování a technologické postupy

Především je důležité stravovat se pravidelně a pestře s dostatkem ovoce a zeleniny, protože zdravá výživa a pitný režim jsou prevencí nejen potíží, jako je nadýmání, průjem, zácpa nebo zápach, ale zabraňuje i ucpaní stomie (Matějová a Veselá, 2015).

Vhodné je stravovat se 5-7x denně a konzumovat malé porce, přičemž by strava neměla obsahovat nerozpustnou vlákninu (Balíková et al., 2009). Strava by se měla dobře rozkousat, nemělo by se mluvit při jídle a ani žvýkat s otevřenými ústy, aby nedocházelo k polykání vzduchu (Vybíhalová, 2012).

Pacientům se doporučuje vaření, dušení a pečení bez tuku pod poklicí, aby se nevytvořila kůrka. Vyvarovat by se měli smažení, pečení na tuku a přidání jíšky (Vybíhalová, 2012).

Maso by se mělo zbavit nestravitelných zbytků, opéct na sucho, podlít netučným vývarem a dusit nebo péct. Šťávu či omáčku na maso zahušťovat moukou opraženou na sucho a rozmíchanou ve vodě (Vybíhalová, 2012). Tuk se přidává až do hotového pokrmu (Balíková et al., 2009).

Některé potraviny způsobují zápach (např. chřest, houby, vejce nebo ryby), který naopak tlumí např. jogurt, petržel nebo šťáva z brusinek. Nadýmání způsobují luštěniny, zelí, pivo nebo cibule. Proti nadýmání účinkuje např. jogurt nebo brusinky. Průjem může způsobit káva, cukr, kapusta nebo mléko, a tak se doporučuje konzumace čokolády, bílého chleba, rýže nebo banánů (Vybíhalová, 2012). Potraviny způsobující potíže nemusí pacient zcela vyřadit z jídelníčku, pouze je musí konzumovat ve vhodnou dobu (Dědečková et al., 2009).

Pacienti by měli denně vypít alespoň 2,0-2,5 l tekutin, aby předešli zácpě nebo ucpání stomie. Dále by měli omezit nápoje s obsahem CO₂ a přísun tekutin oddělovat od konzumace pevné stravy (Balíková et al., 2009).

Pro upravení mikrobiální střevní rovnováhy se používají probiotika, která navíc snižují hladinu cholesterolu, pomáhají léčit infekci a podporují trávení po léčbě antibiotiky. Probiotika se nacházejí např. v jogurtech nebo v tvarohových sýrech (Balíková et al., 2009).

7.4 Umělá výživa

Pokud není možné zajistit dostatečný přísun živin a ostatních složek výživy stravou, uplatňuje se enterální a parenterální výživa (Kohout, 2017a). Rozsah podání umělé výživy závisí na délce zbylého tenkého střeva, na zachování Bauhinské chlopně, tračníku, konečníku nebo na založení stomie (Kohout, 2017b).

7.4.1 Enterální výživa

Při enterální výživě se do trávicího traktu podávají výživné roztoky, které jsou připravené farmaceuticky (Kohout, 2017a). Podávání této výživy je možné ve formě sippingu, modulové výživy, sondou nebo stomií (Balíková et al., 2009).

Hlavními výhodami enterální výživy, na rozdíl od parenterální výživy, je zachování fyziologické cesty podání výživy, zrychlení hojení ran po operaci, menší riziko vzniku vážných komplikací, nižší cena a kratší doba hospitalizace (Abunnaja et al., 2013). Dále podporuje růst střevní sliznice, jejíž bariérová funkce je ochranou před průnikem nežádoucích mikroorganismů (Arribas et al., 2014).

Nejrozšířenější formou aplikace enterální výživy je tzv. sipping a většinou se jedná o doplňkovou výživu (Dastyh, 2012). Při sippingu se popíjejí přípravky, které se mohou

lišit obsahem energie, bílkovin a ostatních složek výživy a jejich dávkování záleží na zdravotním stavu pacienta. Výhodou sippingu je velký obsah energie i bílkovin v malém objemu a snadné podávání (Grofová, 2009).

Tzv. modulová enterální výživa zahrnuje přípravky, které se přidávají do tekutin, nápojů nebo dalších pokrmů a obsahují jednu určitou složku výživy (bílkoviny, sacharidy nebo tuky). Pacienti se syndromem krátkého střeva užívají např. přípravky obsahující maltodextriny a přípravky s obsahem bílkovin (Balíková et al., 2009).

Plná enterální výživa se podává sondou nebo stomií do žaludku či do tenkého střeva (Dastych, 2012). Do žaludku se podává výživa nejčastěji nazogastrickou sondou nebo endoskopickou gastrostomií (PEG, perkutánní endoskopická gastrostomie). Do tenkého střeva se může aplikovat výživa nasojejunální sondou nebo jejunostomií, která je buď endoskopická (PEJ, perkutánní endoskopická jejunostomie) nebo chirurgická (výživná jejunostomie) (Grofová, 2009).

Přípravky enterální výživy se mohou dělit na polymerní (vysokomolekulární, nutričně definované diety), které obsahují živiny v původní formě (polysacharidy, LCT tuky, intaktní proteiny), dále modifikované přípravky vycházející z polymerní výživy, oligomerní (nízkomolekulární, chemicky definované diety), které obsahují rozštěpené živiny, ale i přípravky pro sipping či modulovou enterální výživu (Kohout, 2009).

7.4.2 Parenterální výživa

Pokud je resekované tenké střevo příliš krátké, musí být výživa podána i parenterálně (Balíková et al., 2009). Parenterální výživa se podává mimo trávicí trakt, do žilního systému. Existuje úplná a doplňková parenterální výživa. Při úplné parenterální výživě se doplňují všechny živiny a při doplňkové parenterální výživě, která je podávána ke stravě nebo k enterální výživě, se doplňují jen některé živiny. Nezbytné doplnění tekutin a mikronutrientů, z důvodu zvýšení účinku těchto složek výživy, se nazývá parenterální hydratace (Kohout, 2017b).

Parenterální výživa se dále rozlišuje dle cesty vstupu výživy na periferní a centrální. Periferní výživa se může podávat jako doplňková výživa jen krátkodobě (asi 7-10 dní) bez koncentrovaných roztoků, které způsobují flebitidu nebo je podávána při vysokém riziku podání centrální výživy. Ta naopak umožňuje dlouhodobé podávání koncentrovaných roztoků při úplné parenterální výživě (Češka et al., 2010).

Výhodou parenterální výživy je rychlá úprava rozvratu metabolismu, přesně určený přísun živin a možnost indikace při úplném chybění tenkého střeva (Kotrlíková et al., 2009).

V současné době se parenterální výživa podává systémem all-in-one, kdy jsou v jednom vaku obsaženy všechny složky výživy, ale existuje i tzv. multi-bottle systém, kde jsou jednotlivé živiny obsaženy v samostatných lahvích (Češka et al., 2010).

Parenterální výživa může být podávána i v domácích podmínkách (domácí parenterální výživa), ale jen za předpokladu, že to umožňuje pacientův zdravotní stav (Balíková et al., 2009).

8 Organizace péče o pacienty se stomií

Ve větších nemocnicích se uplatňují stomické sestry, které pečují o pacienty se stomií a tím zlepšují úroveň péče o tyto pacienty (Balíková et al., 2009).

3 týdny po propuštění z nemocnice by měl pacient navštívit svoji stomickou sestru. To by měl udělat dříve, než mu praktický lékař poprvé předepíše pomůcky k ošetřování stomie. Kontrola stomie je důležitá, jelikož po 3 týdnech se většinou vstřebávají pooperační otoky v oblasti břicha, dochází k ustálení tělesné hmotnosti (pacient přestane na váze ubývat a může naopak postupně přibírat) a velikost stomie se zmenšuje asi o 1/3, tudíž by se měl zmenšit i průměr dané pomůcky (Drlíková, 2016b).

Pacient se od stomické sestry dozví, jak získat pomůcky od praktického lékaře a dostane propouštěcí zprávu s kódy pomůcek, aby byl informovaný. Dále mu sestra poradí, jak by mohl získat časopisy pro stomiky, které informují o novinkách ve světě stomiků a také o nejbližším klubu, do kterého se může pacient aktivně připojit (Drlíková, 2016b).

Stomická sestra edukuje v oblasti ošetřování stomie i rodinu pacienta, zaměřuje se nejen na stravování, fyzickou zátěž, rehabilitaci, ale i na vztahy a zajímá se také o schopnost adaptace pacienta v domácím prostředí. Další kontrola pacienta by měla proběhnout asi po 3 měsících a poté by měl pacient navštívit svoji stomickou sestru alespoň 1x ročně, aby předešel možnému vzniku komplikací (Drlíková, 2016b).

8.1 České ILCO

České ILCO je organizace, která nyní sdružuje asi 20 spolků stomiků (Ředinová, 2016). Dobrovolnická činnost Českého ILCO je pořádána samotnými stomiky, kteří pomáhají pacientům se stejným znevýhodněním (Majšiková et al., 2012).

Regionální spolky stomiků pomáhají novým pacientům s návratem do běžného života, přičemž jednotlivé spolky vzájemně spolupracují, podporují se a předávají si zkušenosti. Ochota a schopnost členů se odráží na aktivitách spolků, přičemž i velikost

spolků je různá. V malých spolcích může být 10 členů, ale v těch největších může být více než 100 členů (Ředinová, 2016).

Mezi aktivity Českého ILCO patří organizování pravidelných setkání stomiků, lékařů a sester v rámci rekondičních pobytů či ve městech a stomici se tak dozvídají nové trendy nejen v medicíně a ošetřovatelství, ale i v sortimentu pomůcek (Majšíková et al., 2012). Dále má České ILCO podíl na kampaních k rakovině tlustého střeva, usiluje o lepší informovanost veřejnosti a hájí zájmy pacientů i při jednání se státními orgány (Burešová a Ředinová, 2012). Spolky poskytují pacientům důležité informace např. o získání průkazů tělesně postižených nebo o pracovních příležitostech (Balíková et al., 2009).

V roce 1993 se České ILCO začlenilo do Evropské asociace stomiků (EOA) a Světové asociace stomiků (IOA). Čeští zástupci navštěvují veškeré akce, které pořádají mezinárodní organizace. Schůze členů EOA probíhá jednou za 3 roky, přičemž mezinárodní kongres je organizován některou členskou zemí. České ILCO pořádalo kongres v Brně v roce 2008 (Ředinová, 2016).

Stomici mají také vlastní Chartu práv, kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace v 90. letech 20. století, ale byla již několikrát upřesněna. Charta se zaměřuje na speciální potřeby a péči stomiků, kdy každému pacientovi musí být umožněno žít nezávislý život podle vlastních rozhodnutí (Ředinová, 2016).

Tzv. Světový den stomiků je vyhlašován pravidelně každé 3 roky Světovou zdravotnickou organizací a jeho smyslem je upozornit na potřeby a úsilí pacientů i jejich rodin vedoucí k návratu do běžného života a plné rehabilitaci (Ředinová, 2016).

9 Organizace péče o pacienty se syndromem krátkého střeva

Pacienti se syndromem krátkého střeva, kteří potřebují enterální či parenterální výživu dlouhodobě, musejí být vyškoleni o aplikaci této výživy i v domácích podmínkách, případně jsou vyškoleni příbuzní pacienta, přátelé či ošetřovatel. Pacienti mohou využívat i agentur domácí péče (Balíková et al., 2009).

Lékař, který umělou výživu předepisuje, musí mít pro její podávání a předpis licenci. V případě komplikací s domácí umělou výživou je nezbytné, aby pracoviště, které pacienta propustilo do domácího ošetřování, bylo připravené se o pacienta postarat (Balíková et al., 2009).

Edukace pacienta začíná již při hospitalizaci a zajišťují ji speciálně vyškolené sestry. V případě domácí enterální výživy záleží na jejím druhu (Balíková et al., 2009).

Domácí parenterální výživa je pro pacienta složitější, a tak je edukace při hospitalizaci nezbytná především pro zaučení pacienta v aseptické péči o centrální katétr, podávání parenterální výživy a pro časnou kontrolu příznaků komplikací. Po propuštění do domácího prostředí navštěvuje pacient poradnu pro domácí parenterální výživu, kde jsou sledovány např. laboratorní testy a péče o katetr (Balíková et al., 2009).

10 Cíl práce a výzkumné otázky

10.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat stav výživy u pacientů s ileostomií, jejich stravovací preference a omezení.

10.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou rozdíly ve stravování u pacientů s ileostomií před operačním zákrokem a po operačním zákroku?
2. Jaké jsou osobní stravovací preference a omezení u pacientů s ileostomií?

10.3 Operacionalizace pojmů

Výživa: Výživa se definuje jako soubor dějů, kdy se do organismu dodávají látky, mající význam pro udržování životních funkcí a pro stavbu a obnovu orgánů. Tyto látky se do organismu dostávají v tekuté nebo pevné formě (Ryšavá a Stránský, 2014).

Strava: Stravou se rozumí materiál výživy, který organismus přijímá v tekuté i pevné formě a způsob jeho dodání do organismu může být cestou orální, rektální, parenterální nebo přes placentu. Strava člověka má původ živočišný nebo rostlinný a organismus ji musí metabolizovat na látky, které jsou pro něho vlastní (Ryšavá a Stránský, 2014).

Ileostomie: Při ileostomii vyúsťuje na povrch břišní stěny terminální část tenkého střeva (ileum). Lokalizace ileostomie je nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny (Slezáková et al., 2012b).

11 Metodika výzkumu

11.1 Použité metody

Výzkumnou část práce jsem zpracovala kvalitativní metodou formou řízeného rozhovoru, záznamu týdenního jídelníčku a antropometrického měření (BMI, obvod paže a obvod pasu).

Pro rozhovor jsem připravila 48 otázek (viz Příloha 1), které jsem rozdělila na obecné otázky zaměřené na stravovací zvyklosti, ale týkaly se i osobních údajů a na otázky zaměřené na konzumaci jednotlivých druhů nápojů a potravin.

Také jsem pro respondenty vypracovala vzor záznamu jídelníčku a formuláře pro záznam jídelníčku (viz Přílohy 2, 3a, 3b).

Veškeré tabulky jsem vytvořila v Microsoft Word.

11.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 11 dospělých respondentů z různých částí České republiky, z nichž bylo 6 žen a 5 mužů. 9 respondentů mělo ileostomii, 1 žena měla kolostomii a 1 žena měla jejunostomii. Nejmladší byla žena ve věku 22 let a nejstarší byl muž ve věku 70 let.

Všichni respondenti po oslovení souhlasili se spoluprací, přičemž byla zachována jejich anonymita. V mé práci jsou dále uváděni jako R1-R11.

11.3 Sběr dat

Výzkum probíhal od listopadu 2017 do dubna 2018 a komunikace s respondenty byla buď osobní, telefonická a nebo elektronická (zejména přes e-mail).

Seznámila jsem respondenty s cíli výzkumu a podala jsem jim dostatek informací o zaznamenávání jídelníčku. Pro případ potřeby měli k dispozici moji osobní e-mailovou adresu i telefonní kontakt.

4 respondenty (R3, R4, R5 a R11) jsem oslovila na základě jejich předchozího kontaktování stomickou sestrou z Nemocnice České Budějovice, a. s., přičemž R4 jsem oslovila osobně na oddělení následné péče (ONP), kde byla hospitalizována. R3, R5 a R11 jsem oslovila telefonicky.

Další respondenty jsem vyhledala tzv. metodou sněhové koule. Na doporučení R5 jsem oslovila uzavřenou skupinu stomiků s názvem *Stomici – i stomici mají májové dny* na sociální síti Facebook. Díky tomu jsem vyhledala dalších 5 respondentů (R2, R6, R7, R8 a R10), se kterými jsem dále komunikovala přes e-mail.

Dále jsem na doporučení stomické sestry z Nemocnice Strakonice, a. s. telefonicky oslovila R1.

A díky telefonickému hovoru se staniční sestrou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) v Nemocnici Český Krumlov, a. s. jsem vyhledala R9, kterého jsem byla osobně na oddělení navštívit.

11.4 Analýza dat

V první části výzkumu jsem použila osobní údaje respondentů k výpočtu optimální denní potřeby energie a živin (bílkovin, tuků a sacharidů). Záznamy jídelníčků (viz Přílohy 4-14 na CD ROM) jsem zpracovala v programu Nutriservis a zjištěné průměrné výživové hodnoty jsem porovnávala s výpočtem optimální potřeby energie a živin.

Pro stanovení optimální denní potřeby energie jsem nejprve musela vypočítat bazální energetickou potřebu podle Harris-Benedictovy rovnice (viz Tab. 1). Celkovou energetickou potřebu jsem vypočítala vynásobením bazální energetické potřeby stupněm fyzické aktivity (physical activity level, PAL). Hodnoty PAL u dospělých pro různé fyzické aktivity jsou uvedeny v Tabulce 2. Výslednou potřebu energie jsem uvedla v kcal i v kJ, přičemž Společnost pro výživu (2011) uvádí, že 1 kcal je rovna 4,184 kJ.

Tabulka 1 Harris-Benedictova rovnice

Muži	$13,75 * \text{hmotnost (kg)} + 5,003 * \text{výška (cm)} - 6,775 * \text{věk} + 66,5$
Ženy	$9,563 * \text{hmotnost (kg)} + 1,85 * \text{výška (cm)} - 4,676 * \text{věk} + 655,1$

Zdroj: Křížová (2016a)

Tabulka 2 Hodnoty PAL u dospělých

Pracovní zátěž a zátěž ve volném čase	PAL	Příklady
výhradně sedící nebo ležící způsob života	1,2	staří, nemocní lidé
výlučně sedavý způsob života bez volnočasové aktivity nebo upoutání na lůžko	1,4-1,5	úředníci, mechanici
sedavá činnost s občasnou lehkou činností ve stoje nebo chůzi	1,6-1,7	laboranti, řidiči, studenti, práce u běžícího pásu
činnost převážně ve stoje a v chůzi	1,8-1,9	prodavači, čističi, mechanici, řemeslníci
fyzicky náročná pracovní činnost	2,0-2,4	stavební dělníci, zemědělci, lesníci, výkonní sportovci

Zdroj: Společnost pro výživu (2011)

Křížová (2016b) uvádí, že po střevních resekcích dochází sekundárně k malabsorpčnímu syndromu, a proto se doporučuje navýšit přísun bílkovin na 1,0-1,5 g/kg/den. Se zohledněním stavu výživy a fyzické aktivity jsem u 8 respondentů stanovila optimální potřebu bílkovin na 1,2 g/kg/den. U R3 jsem ji zvýšila na 1,4 g/kg/den vzhledem k nízkému BMI a u R10 jsem ji navýšila na 1,5 g/kg/den vzhledem k nízkému BMI a větší fyzické aktivitě.

Podle Kohouta (2017a) by měl být přísun bílkovin u syndromu krátkého střeva navýšen na 1,5-2,0 g/kg/den. Vzhledem k menší fyzické aktivitě R4 jsem její optimální potřebu bílkovin stanovila na 1,5 g/kg/den. Společnost pro výživu (2011) uvádí, že energetická hodnota 1 g bílkovin je rovna 4 kcal.

Optimální denní potřebu tuků jsem stanovila na 30 % z celkové energetické potřeby podle obecného doporučení pro dospělé Společností pro výživu (2011), která také uvádí, že energetická hodnota 1 g tuků je rovna 9 kcal.

Optimální denní potřebu sacharidů jsem vypočítala sečtením denní potřeby bílkovin a tuků v kcal a součet jsem poté odečetla od celkové potřeby energie. Společnost pro výživu (2011) uvádí, že energetická hodnota 1 g sacharidů je rovna 4 kcal.

V další části výzkumu jsem provedla analýzu hodnot BMI, obvodu paže a obvodu pasu. Nejprve jsem vyhodnotila BMI (tělesná hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou tělesné výšky v metrech) podle Tabulky 3 a porovnála jsem hodnotu BMI v současnosti s hodnotou BMI před založením ileostomie.

Tabulka 3 Hodnoty BMI

Podvýživa	Norma	Nadváha	Obezita 1. stupně	Obezita 2. stupně	Obezita 3. stupně
< 18,5	18,5-24,9	24,9-29,9	30,0-34,9	35,0-39,9	> 40

Zdroj: Křížová a Zlatohlávek (2016)

Poté jsem vyhodnotila obvod pasu a obvod paže podle Tabulky 4 a Tabulky 5. Křížová a Zlatohlávek (2016) uvádějí, že měření obvodu pasu se využívá k vyhledávání rizika kardiovaskulárního onemocnění a měření obvodu paže se využívá k vyhledávání rizika malnutrice. Podle Kohouta a Kužely (2011) vzniká malnutrice, pokud je v organismu nerovnováha mezi energetickou spotřebou živin a jejich skutečnou potřebou.

Tabulka 4 Hodnoty obvodu pasu

	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
Muži	> 94 cm	> 102 cm
Ženy	> 80 cm	> 88 cm

Zdroj: Křížová a Zlatohlávek (2016)

Tabulka 5 Hodnoty obvodu paže

	Muži	Ženy
Norma	29,3 cm	28,5 cm
Těžká malnutrice	pod 19,5 cm	pod 15,5 cm

Zdroj: Křížová a Zlatohlávek (2016)

Třetí, poslední částí výzkumu byl rozhovor s respondenty, jehož záznam jsem doslovně přepsala do textové podoby. Z důvodu počtu respondentů a množství otázek jsem ve výsledcích uvedla pouze odpovědi, které jsem poté vyhodnotila individuálně u každého respondenta.

12 Výsledky

12.1 Respondent 1

Pohlaví: muž

Věk: 65 let

Fyzická aktivita: 1,6 (sedavá činnost s občasnou lehkou činností ve stoje nebo chůzi)

Tělesná výška: 180 cm

Tělesná hmotnost (současná): 77 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 88 kg

BMI (současný): 23,77

BMI (před ileostomií): 27,16

Obvod paže: 31 cm

Obvod pasu: 94 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 6 Průměrné výživové hodnoty za týden R1

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
9225,10	2201,76	79,35	72,54	307,20

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 7 Optimální denní potřeba energie a živin pro R1

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
10613,39	2536,66	92,40	84,56	351,52

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondent zapisoval od 7. 12. 2017 do 13. 12. 2017 a poté mi jej zaslal elektronicky přes e-mail.

Množství přijatých živin v jídelníčku R1 (viz Tab. 6) je oproti optimální potřebě (viz Tab. 7) nedostatečné, a proto je i průměrný přísun energie nedostatečný.

BMI ukazuje nyní u R1 normální tělesnou hmotnost, ale před provedením ileostomie ukazoval nadváhu. Od provedení ileostomie zhubl R1 na tělesné hmotnosti 11 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R1 malnutrice, naopak je podle hodnoty obvodu pasu na hranici mezi normou a zvýšeným rizikem KVO.

Rozhovor:

Odpovědi mi respondent zaslal elektronicky přes e-mail 9. 12. 2017.

Obecné otázky

1. *„Je mi 65 let.“*
2. *„Nyní 77 kg a před operací 88 kg.“*
3. *„Měřím 180 cm.“*
4. *„Paže 31 cm a pas 94 cm.“*
5. *„Moje fyzická aktivita je nyní velice slabá. Mám za sebou sedm sérií chemoterapie a ještě pět mě čeká. Děláám doma jen běžné práce spojené s topením v kotli, nakrmení králíků, práce na počítači atp. Do žádné velké práce se nepouštím, natož sportování, protože jsem neustále jako na vodě. Chodíme pouze každý den večer se ženou na krátkou procházku po městě.“*
6. *„14.11.2017 a příčinou byl nádor na tlustém střevu.“*
7. *„Ano – nutriční terapeutka.“*
8. *„Ano.“*
9. *„Ano - Nutridrink (vanilka 200 ml, 300 kcal, 12 g B, 0 g vláknina).“*
10. *„Ne.“*
11. *„Ne.“*
12. *„Ne.“*
13. *„Občas. Jedl jsem často jogurty, hodně ovoce a zeleniny. Navečer pouze lehká jídla (tvaroh, smetanové sýry atd.).“*
14. *„Ne.“*
15. *„Nepozoruji.“*
16. *„Ano – doma.“*
17. *„Velikost porcí se výrazně nezměnila, nic nevážím.“*
18. *„Ano – 5x denně.“*
19. *„Ne.“*

Konzumace nápojů

20. *„Cca 2 až 2,5 l.“*
21. *„Minerální vody skoro denně - Magnesia, Mattoni, Dobrá voda, Poděbradka, střídám to, někdy i vodu z kohoutku. Denně vypiju cca 1,5 až 2 l + ještě další pití (černý a ovocný čaj, někdy pivo).“*
22. *„Ne.“*
23. *„Ne, pouze mám doporučené plzeňské pivo 12°. Pivo piju, když na něj dostanu chuť. Někdy 2x v týdnu, jindy třeba tři dny za sebou, vždy jedno.“*
24. *„Tak tři za týden a piji pouze rozpustné bez cukru a bez mléka.“*

25. „Ano - denně šálek cca 300 ml. Piju čaje všeho druhu, mimo černého také 8 bylin, heřmánek, mátový, průduškový, na pročištění, uklidňující, meduňku, zázvorový, jahodový malinový, citronový, šípkový atd., dá se říci skoro denně, někdy dopoledne a někdy k večeru.“
26. „Minerálky, vodu z kohoutku, všechny druhy čajů, pivo, ovocné džusy 100% (Fructal Natura 100% ovocné a zeleninové šťávy - červená řepa, jablko, mrkev a pomeranč).“
27. „Perlivé minerálky, coca-cola a kofolu.“
28. „Ne.“

Konzumace potravin

29. „Nevím o žádné.“
30. „Polévky přímo miluju. Vyřadil jsem pouze velmi ostré a pikantní, jinak ostatní jím. Budete je mít v jídelníčku.“
31. „Ano – pečivo.“
32. „Přílohy pochopitelně konzumuji. Jen ale běžné druhy. Pohanku a ostatní nesmysly ne. Z úpravy bramborových příloh jsem musel vyřadit hranolky, krokety a americké brambory.“
33. „Ano - nyní preferuji pouze bílé pečivo (rohlíky a housky), dříve jsem jedl pouze chléb. Celozrnný chléb ani rohlíky jsem nejedl, jsou barvené. Mám nejraději kmínový a podmáslový chléb (Pekárny Rendl a CU PE KO).“
34. „Ano konzumuji všechny druhy a všechny tučnosti.“
35. „Ano vynechávám pouze majonézy.“
36. „Ano - nyní preferuji vše většinou vařené nebo pečené v halogenové troubě bez omastku. Maso konzumuji všeho druhu i paštiku konzumuji, vynechávám pouze tvrdé a kořeněné salámy a klobásy.“
37. „Ano - musel jsem úplně vyřadit dužnaté plody, jinak jím banány, strouhaná jablka a kompoty všech druhů.“
38. „Zeleninu zatím pouze v polévkách, nic jiného jsem zatím nezkoušel.“
39. „Ne.“
40. „Ne.“
41. „Zatím ne.“
42. „Nyní preferuji olivový olej, máslo a občas ramu, sádlo zatím úplně vynechávám.“
43. „Nesladím již léta.“
44. „Ne - pouze čokoládu v malém množství např. jako polevu na cukroví.“
45. „Sladkosti vůbec.“

46. „Zatím jsem měl pouze třenou bábovku.“

47. „Ano - z koření např. jen drcený kmín, musel jsem úplně vyřadit ostré kořenící směsi, v minulosti jsem totiž miloval vše ostré, skoro mexickou kuchyni.“

48. „K rozdílům mezi stravovacími zvyklostmi před operací a po Vám můžu napsat jen to, že jsem všežravec, nemám jídlo, které bych do zákroku nejedl. Když to vyjádřím jednou větou, tak všechno, co jsem měl rád (ostré, česnek, cibuli, hodně pepřeno a pálivou papriku všeho druhu) nyní nesmím konzumovat. Vše, na co se ptáte jsem před tím běžně jedl. Piva jsem pil také více, tvrdý alkohol příležitostně. Nedá se jednoznačně určit kdy a kolik.“

12.2 Respondent 2

Pohlaví: muž

Věk: 62 let

Fyzická aktivita: 1,4 (výlučně sedavý způsob života bez volnočasové aktivity nebo upoutání na lůžko)

Tělesná výška: 169 cm

Tělesná hmotnost (současná): 76 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 69 kg

BMI (současný): 26,61

BMI (před ileostomií): 24,16

Obvod paže: 30 cm

Obvod pasu: 105 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 8 Průměrné výživové hodnoty za týden R2

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
12993,75	3083,53	111,81	125,76	347,01

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 9 Optimální denní potřeba energie a živin pro R2

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
9002,88	2151,74	91,20	71,72	285,36

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondent zapisoval od 15. 1. 2018 do 21. 1. 2018 a poté mi jej zaslal elektronicky přes e-mail.

Množství přijatých bílkovin a sacharidů v jídelníčku R2 (viz Tab. 8) je vyšší oproti optimální potřebě (viz Tab. 9). Naopak zvýšené je přijaté množství tuků. Průměrný přísun energie převyšuje optimální potřebu.

BMI ukazuje nyní u R2 nadváhu, ale před provedením ileostomie ukazoval normální tělesnou hmotnost. Od provedení ileostomie přibral R2 na tělesné hmotnosti 7 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R2 malnutrice, naopak je podle hodnoty obvodu pasu vysoce ohrožen KVO.

Rozhovor:

Odpovědi mi respondent zaslal elektronicky přes e-mail 16. 1. 2018.

Obecné otázky

1. *„Je mi 62 let.“*
2. *„Nyní 76 kg a před operací 69 kg.“*
3. *„Měřím 169 cm.“*
4. *„Paže 30 cm a pas 105 cm.“*
5. *„Pokud jde o mou fyzickou aktivitu, tak to je celkem jednoduché. Ta odpovídá tomu, co mi dovoluje mé primární postižení. Mým největším "sportovním" výkonem je, když si jednou týdně zajedu na velký nákup a obejdu hypermarket Globus. Co se týká denních fyzických aktivit, tak ty spočívají v běžných činnostech, které vyžaduje chod domácnosti. Jak jsem Vám asi psal, tak jsem vdovec, žiji sám, takže vše si musím dělat sám. To znamená vaření, úklid, praní, žehlení... Jinak k mé mobilitě jen to, že doma se pohybuji bez holí, venku na kratší vzdálenosti o dvou francouzských holích a na větší vzdálenost používám elektrický vozík.“*
6. *„V září 2012 pro rozsáhlý zánět tlustého střeva a masivní krvácení komplikované těžkou formou hemofilie A.“*
7. *„Informován jsem nebyl.“*
8. *„Ne.“*
9. *„Ne.“*
10. *„Ne.“*
11. *„Ne.“*
12. *„Ne.“*
13. *„Zastávám názor zlaté střední cesty.“*
14. *„Ne.“*

15. „Ne.“
16. „Vařím si sám.“
17. „Nezměnila, porce odhaduji, nevážím.“
18. „Snažím se o pravidelnost, ale někdy se to nedaří. Stravuji se 4 – 5x denně.“
19. „Pouze výjimečně a to pouze pokud jsem někde na cestách.“

Konzumace nápojů

20. „Záleží na ročním období. V průměru tak 1,5 – 2,5 litru.“
21. „Ano, jemně perlivé přírodní minerální vody (Mattoni, Magnesia, a podobně), odhadem za den 0,2 - 0,5 litru.“
22. „Pouze přírodní minerální vody neperlivé, nebo spíše jemně perlivé.“
23. „Pivo 0,5 – 1 litr denně (hlavně po jídle), příležitostně kvalitní červené víno, občas fernet.“
24. „Ano, rozpustnou (Velvet) a to 2 – 3 denně. Výjimečně „turka“.“
25. „Občas zelený, nebo ovocný.“
26. „Minerální přírodní vody, pivo.“
27. „Nemusel.“
28. „Ano, piji minimálně 30 minut po jídle, nebo se napiji před jídlem.“

Konzumace potravin

29. „Nemám.“
30. „Ano polévky mám rád, ale nejím je denně. Preferuji vývary (hovězí, nebo kuřecí) a dále klasika bramboračka, gulášová. Vyřadil jsem čočkovou a fazolovou.“
31. „Konzumuji pouze výrobky z pšeničné, nebo žitné mouky (chleba, bílé pečivo).“
32. „Ano. Knedlíky, brambory na všechny úpravy, rýži, těstoviny. Ostatní ne.“
33. „Ano konzumuji tmavý chléb, bílé pečivo, jemné pečivo. Nejím pečivo sypané různými semínky.“
34. „Ano. Jogurty, sýry, tvaroh, smetana a to spíše tučné. Vyřadit jsem nemusel žádné.“
35. „Ano konzumuji na všechny způsoby a vyřadit ani omezit jsem nemusel žádné.“
36. „Ano, jsem masový, takže jím všechny druhy a vyřadit jsem nemusel nic. Úprava na všechny způsoby.“
37. „Ano, nejraději mám jablka, jahody, banán, a mango a to čerstvé. Omezil jsem citrusy (pomaranč, mandarinky).“
38. „Ano konzumuji a v zelenině a v její úpravě si nevybírám. Může být čerstvá, dušená, vařená... Vyřadit jsem nemusel žádnou, ale omezil jsem zeli.“
39. „Z luštěnin jím pouze červenou čočku.“

40. „Semínka a výrobky z nich nejím. Ořechy pouze výjimečně v zákuscích, případně ve vánočním cukroví (to samé kokos), mák občas v koláči.“
41. „Ano houby jím, nejraději v polévce, nebo omáčce. Mohou být různé.“
42. „Přednost dávám sádлу, máslu, slunečnicovému a olivovému oleji.“
43. „Cukr používám pouze při pečení a to klasický bílý, nebo třtinový. Kávu nesladím, čaj pouze medem. Jiná sladidla nepoužívám.“
44. „Občas ano.“
45. „Hořkou čokoládu, oplatky (tatranka, dellisa, apod.). Vyřadit jsem nemusel nic.“
46. „Občas ano, především koláče.“
47. „Ano, používám různé druhy koření do vařených pokrmů. Nedávám přednost žádnému, záleží co zrovna vařím. Z bylinek používám bazalku, tymián, rozmarýn, mátu... Vyřadit jsem nemusel nic.“
48. „Musím říct, že v mém stravování ani pitném režimu nedošlo k žádnému zásadnímu rozdílu před a po ileostomii. Takže žádné omezení při výběru potravin a nápojů, ani technologickém postupu přípravy stravy nedošlo.“

12.3 Respondent 3

Pohlaví: žena

Věk: 54 let

Fyzická aktivita: 1,6 (sedavá činnost s občasnou lehkou činností ve stoje nebo chůzi)

Tělesná výška: 155 cm

Tělesná hmotnost (současná): 43 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 68 kg

BMI (současný): 17,90

BMI (před ileostomií): 28,30

Obvod paže: 21,5 cm

Obvod pasu: 70 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 10 Průměrné výživové hodnoty za týden R3

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
8575,40	2045,90	99,77	77,39	240,38

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 11 Optimální denní potřeba energie a živin pro R3

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
7367,61	1760,90	60,20	58,70	247,96

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondentka zapisovala od 8. 1. 2018 do 14. 1. 2018 a poté mi jej osobně předala.

Množství přijatých tuků a bílkovin v jídelníčku R3 (viz Tab. 10) je vyšší než optimální potřeba (viz Tab. 11). Nedostatečné je množství přijatých sacharidů. Průměrný přísun energie je vyšší než optimální potřeba.

BMI ukazuje nyní u R3 podvýživu, ale před provedením ileostomie ukazoval nadváhu. Od provedení ileostomie zhubla R3 na tělesné hmotnosti 25 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R3 malnutrice a podle hodnoty obvodu pasu není R3 ohrožena KVO.

Rozhovor:

Rozhovor s respondentkou proběhl 30. 1. 2018 u ní doma.

Obecné otázky

1. *„Je mi 54 let.“*
2. *„Nyní 43 kg a před operací 68 kg.“*
3. *„Měřím 155 cm.“*
4. *„Paže 21,5 cm a pas 70 cm.“*
5. *„Jsem doma, nepracuji a starám se o domácnost, s manželem chodíme na procházky a máme také zahrádku. Chodím také pěšky nakupovat a jezdí k nám na návštěvu děti, takže mám někdy na starost i vnučku, hlavně o prázdninách. Větší aktivity nepodnikám.“*
6. *„V dubnu 2016 mi byla vyvedena ileostomie, kvůli nádoru na tlustém střevu. Od září 2017 mám kolostomii.“*
7. *„Ne.“*
8. *„Ne.“*
9. *„Při ileostomii jsem popíjela Nutridrink (různé příchutě) 1-2x denně, teď nemám žádný.“*
10. *„Ne.“*
11. *„Ne.“*
12. *„Každý den si беру draslík (Kalnormin), železo (Tardyferon) a hořčík.“*

13. „Ne.“
14. „Ne.“
15. „Ano – Při ileostomii jsem měla větší chuť na maso a uzeniny, sladké moc ne.“
16. „Ano - doma.“
17. „Nezměnila.“
18. „Snažím se, ale kvůli zdravotním obtížím to někdy nejde.“
19. „Ne.“

Konzumace nápojů

20. „Asi 1,5 litru.“
21. „Ano, piju ochucené (různé druhy).“
22. „Ano – ochucené minerální vody.“
23. „Občas si dám pivo (Kozel 10°).“
24. „Ano, obden tureckou nebo rozpustnou.“
25. „Mám ráda všechny druhy – každý den.“
26. „Čaje, čistou vodu, kávu.“
27. „Džusy jsem musela vynechat.“
28. „Ano, ale to nesouvisí se stomií, vždy jsem to dělala.“

Konzumace potravin

29. „Ne.“
30. „Ano, nejraději jsem měla dršťkovou.“
31. „Ano, kroupy mám ráda.“
32. „Ano – mám ráda těstoviny, rýži, brambory i knedlíky.“
33. „Ano – kupujeme bílé i tmavé pečivo. Nic jsem nevyřadila.“
34. „Ano – jím spíše jogurty, nechutná mi samotné mléko, ale nic jsem nevyřadila, mléčné výrobky jsem nikdy moc nejedla.“
35. „Ano – vejce mám ráda ve všech variantách.“
36. „Ano, maso přímo miluju, chutná mi vše.“
37. „Ano – nevadí mi v žádné úpravě a žádný druh jsem nevyřadila.“
38. „Ano, můžu všechny druhy, především salátové okurky.“
39. „Ano, ale spíše jen čočku.“
40. „Ořechy mi nevadily, ale nejedla jsem je moc ani před operací.“
41. „Ano, houby miluju.“
42. „Používám máslo, sádlo, slunečnicový i řepkový olej.“
43. „Používám cukr a med odjakživa.“

44. „Ano.“

45. „Ano, nevadí mi žádné, ale na sladké moc nejsem.“

46. „Ano, cokoliv si dám, ale ne často.“

47. „Používám především sůl, pepř a kmín, tedy jen ten základ, jinak koření a bylinky moc nepoužívám.“

48. „Když jsem ještě měla ileostomii, bylo to se stravováním lepší než teď. Mohla jsem si dát cokoliv, i lékaři se mi divili, že sním vepřo knedlo zelo a nic mi není. Opravdu jsem nic nevyřadila a jedla jsem to, na co jsem měla zrovna chuť a na co jsem byla zvyklá. Teď když mám kolostomii, jsem na tom se stravováním hůře.“

12.4 Respondent 4

Pohlaví: žena

Věk: 66 let

Fyzická aktivita: 1,3 (výhradně sedící nebo ležící způsob života)

Tělesná výška: 159 cm

Tělesná hmotnost (současná): 70,7 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 60 kg

BMI (současný): 27,97

BMI (před ileostomií): 23,73

Obvod paže: 37 cm

Obvod pasu: 103 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 12 Průměrné výživové hodnoty za týden R4

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
10380,60	2479,02	85,22	88,48	324,54

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 13 Optimální denní potřeba energie a živin pro R4

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
7161,96	1711,75	106,05	57,06	193,51

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondentky jsem si zapisovala sama a s pomocí zdravotnického personálu od 27. 11. 2017 do 3. 12. 2017.

Množství přijatých tuků a sacharidů v jídelníčku R4 (viz Tab. 12) je vyšší oproti optimální potřebě (viz Tab. 13). Množství přijatých bílkovin je nedostatečné. Průměrný přísun energie je oproti optimální potřebě zvýšený.

BMI ukazuje nyní u R4 nadváhu, ale před provedením ileostomie ukazoval normální tělesnou hmotnost. Od provedení ileostomie přibrala R4 na tělesné hmotnosti 10,7 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R4 malnutrice, naopak je podle hodnoty obvodu pasu vysoce ohrožena KVO.

Rozhovor:

Rozhovor s respondentkou i se zdravotnickým personálem proběhl 29. 11. 2017 a 1.12.2017 na ONP. Se souhlasem respondentky i zdravotnického personálu jsem některé odpovědi doplnila informacemi ze zdravotnické dokumentace.

Obecné otázky

1. *„Je mi 66 let.“*
2. *„Nyní 70,7 kg a před operací 60 kg.“*
3. *„Měřím 159 cm.“*
4. *„Paže 37 cm a pas 103 cm.“*
5. *„Jsem hospitalizovaná v nemocnici, takže nemám skoro žádný pohyb, jen se občas procházím po chodbě a nebo chodím kouřit s ostatními pacienty ven.“*
6. *„První operaci tlustého střeva jsem podstoupila v roce 2012, ale ileostomie mi byla provedena v březnu roku 2017 a příčinou byla střevní neprůchodnost. Teď už mám jejunostomii, kvůli zánětu pobřišnice.“*
7. *„Ano byla. Informoval mě lékař.“*
8. *„Ne.“*
9. *„Ne.“*
10. Respondentka měla zaveden PICC katetr, do kterého jí byla každý den kromě soboty podávána infuzní emulze Olimel N7E 1000 ml, ampule elektrolytů (Addaven) a ampule multivitaminového doplňku (Cernevit). Dále byl respondentce podáván infuzní roztok F1/1 1000 ml, 7,45 KCl 40 ml, 10 % MgSO₄ 10 ml a 10 % NaCl 30 ml.
11. *„Ne.“*
12. Respondentka užívala Vigantol kapky (cholekalCIFerol-vitamín D₃).
13. *„Neměla, vařili jsme s manželem klasickou českou kuchyni.“*
14. *„Ano, asi 7 cigaret za den.“*

15. „Nezměnila.“

16. „Stravuji se v nemocnici.“

17. „Stravuji se v nemocnici a velikost porcí se nezměnila, vždy jsem jedla malé porce.“

18. „Podle stravování v nemocnici. Takže snídaně, oběd a večeře, někdy něco malého mezi hlavními jídly.“

19. „Stravuji se pouze v nemocnici.“

Konzumace nápojů

20. „Vypiji asi 2 litry tekutin za den.“

21. „Ano, piju každý den Mattoni ochucenou.“

22. „Nevadí mi, obden mám perlivou nebo jemně perlivou Mattoni ochucenou.“

23. „Nepiju alkohol vůbec.“

24. „Ano piju, asi 3x za týden černou kávu s mlékem z nemocničního automatu.“

25. „Ano piju, ale preferuji ovocné, které v nemocnici nejsou. Asi 2x týdně si dám černý čaj.“

26. „Preferuji ochucené minerální vody, čaj nebo šťávu s vodou.“

27. „Vadí mi džusy, ty jsou moc ostré.“

28. „Neřeším to.“

Konzumace potravin

29. „Nemám žádnou alergii.“

30. „Ano a preferuji vývary. Smetanové polévky raději nejím, bojím se, že mi z nich bude špatně.“

31. „Sním všechno.“

32. „Mám ráda vařené brambory nebo bramborovou kaši, ale i těstoviny, knedlíky, rýži. Nejsem vybíravá.“

33. „Celozrnné pečivo nejím, jinak všechno sním, i to sladké, pokud mi ho donese neteř.“

34. „Sním všechno, kromě smetanových výrobků, ty mi zakázali v nemocnici.“

35. „Večce jsem měla vždy ráda, ale od té doby, co jsem v nemocnici, tak jsem je neměla, tak nemůžu říct, jestli mi vadí.“

36. „Maso ani masné výrobky mi nevadí. Vyhýbám se masovým pomazánkám.“

37. „Ovoce se bojím jíst kvůli stomii. Banán ale sním.“

38. „Zeleninu mám ráda, ale nadýmá mě. Vyhýbám se hrášku nebo kukuřici.“

39. „Nekonzumuji nic raději, bojím se, že mi bude špatně.“

40. „Od té doby, co mám stomii, tak je nejím, bojím se.“

41. „Houby jsem nikdy nejedla.“

42. „Žádný tuk mi nevádí, nevím na čem v nemocnici vaří.“
43. „Vždy jsem sladila jen cukrem nebo medem.“
44. „Ano, ale čokoládu pouze mléčnou bez dalších přísad, jakou jsou například oříšky a podobně.“
45. „Raději mám maso než sladkosti. Jinak mi sladké ale nevádí a sním všechno.“
46. „Vyhýbám se těžkým moučnickům, jako je například kynuté pečivo, jinak mi nic nevádí.“
47. „V nemocnici nic nepoužívám, tak nevím, ale nevádí mi zatím nic.“
48. „Od té doby, co mám stomii, tak nejím raději smetanové produkty, všechno ovoce kromě banánů, nepiju džusy a nejím celozrnné pečivo a vůbec luštěniny a semínka a oříšky. Bojím se i zeleniny, takže tu taky jen v malém množství. Vlastně pořádně nevím, co můžu jíst a co ne, stomie mě často bolí a nevím z čeho to je. Jinak jím podle nemocničního jídelníčku, takže záleží co je v nabídce, vybírám si ze třech jídel, jinak nic navíc nesním, pokud mi něco nepřinese neteř, to si pak dáme spolu.“

12.5 Respondent 5

Pohlaví: žena

Věk: 43 let

Fyzická aktivita: 1,8 (činnost převážně ve stoje a v chůzi)

Tělesná výška: 164 cm

Tělesná hmotnost (současná): 75 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 55 kg

BMI (současný): 27,89

BMI (před ileostomií): 20,45

Obvod paže: 26 cm

Obvod pasu: 90 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 14 Průměrné výživové hodnoty za týden R5

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
6323,09	1505,47	58,69	52,30	204,55

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 15 Optimální denní potřeba energie a živin pro R5

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
11105,97	2654,39	90,00	88,48	374,52

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondentka zapisovala od 11. 12. 2017 do 17. 12. 2017 a poté mi jej zaslala elektronicky přes e-mail.

Množství přijatých živin v jídelníčku R5 (viz Tab. 14) je nedostatečné oproti optimální potřebě (viz Tab. 15), a proto i průměrný přísun energie je nedostatečný.

BMI ukazuje nyní u R5 nadváhu, ale před provedením ileostomie ukazoval normální tělesnou hmotnost. Od provedení ileostomie přibrala R5 na tělesné hmotnosti 20 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R5 malnutrice, naopak je podle hodnoty obvodu pasu vysoce ohrožena KVO.

Rozhovor:

Odpovědi mi respondentka zaslala elektronicky přes e-mail 11. 12. 2017 a pro upřesnění některých informací jsme spolu také hovořily telefonicky 15. 12. 2017.

Obecné otázky

1. *„Je mi 43 let.“*
2. *„Nyní 75 kg a před operací 55 kg.“*
3. *„Měřím 164 cm.“*
4. *„Paže 26 cm a pas 90 cm.“*
5. *„3x týdně rychlochůze 80 minut, a dále 4 hodiny denně úklid v penzionu (to je má práce). Od května do konce září je to 8 hodin denně. Jinak mám běžný režim vdané ženy s dětmi.“*
6. *„29.11.2016 a příčinou byla ulcerózní kolitida, kterou mám již od roku 2002.“*
7. *„Ano staniční sestra, protože stomická sestra tam nebyla. Popravdě jsem moc rad nedostala a první schůzku se staniční sestrou jsem měla až 11.01.2017, což je skoro 2 měsíce po operaci. Do té doby jsem měla dost velké trápení bez rad. Staniční sestra byla milá a vstřícná, ale bez výsledku, protože mi dietu moc nevysvětlila, spíše jen, jak mám o stomii pečovat.“*
8. *„Ne (nedělá mi dobře) – povolené potraviny mi nevyhovují.“*
9. *„Nedoplňuji.“*
10. *„Nedoplňuji.“*
11. *„Neužívám.“*

12. „Ano - Centrum, Viaderm a kyselinu listovou.“
13. „Neměla, protože mi z většiny potravin bylo špatně.“
14. „Nikdy.“
15. „Ano, můžu nyní jíst bezbolestně.“
16. „Ano vařím doma.“
17. „Jídlo si nevážím, ale mohu si dovolit větší porce bezbolestně.“
18. „Ano, nyní pravidelně 3-5x denně, ale před operací jsem nejedla pravidelně z důvodu častého chození na wc, takže jsem jedla podle práce, dětí..a také jen, pokud byla jistota wc poblíž.“
19. „Někdy restaurace, asi tak 2x za měsíc.“

Konzumace nápojů

20. „Vypiji asi 2 litry.“
21. „Ne, je mi z nich špatně.“
22. „Ne, ani před ileostomií (výjimečně si dám coca-colu).“
23. „Ne (ani před ileostomií).“
24. „Ne (ani před ileostomií).“
25. „Ne (ani před ileostomií).“
26. „Preferuji čistou vodu, mléko a výjimečně coca-colu.“
27. „Nic jsem nevyřadila. Já piji dlouho vodu a nevadí mi to. Z ostatního je mi špatně (vůbec nemůžu bublinky, džusy atd.).“
28. „Ano, jsem tak naučená z nemocnice.“

Konzumace potravin

29. „Nemám.“
30. „Polévky mám ráda a žádnou jsem nemusela vyřadit, pouze zelenina musí být měkká nebo rozmixovaná.“
31. „Konzumuji akorát krupičnou kaši.“
32. „Ano, ale nemusím smažené, jinak rýži, těstoviny i knedlíky a brambory na všechny způsoby. Nic jsem nemusela vyřadit.“
33. „Pečivo pouze z bílé mouky, vadí mi celozrnné, jemné pečivo (např. vánočka ano, ale bez rozinek). Nemusela jsem nic vyřadit.“
34. „Mléko mi nevadí, ale mléčné výrobky moc nemusím, maximálně občas tvrdé sýry a občas krupičková kaše.“
35. „Ano konzumuji – musela jsem vyřadit míchaná a smažená, mám ráda vařená natvrdo, pomazánky výjimečně, majonézu nejím.“

36. „Maso moc mít nemusím, např. 1x za 2 týdny. Jinak mi nic nevadí - kuřecí, králičí, ryby – zbožňuji, mám ráda i šunku a někdy tvrdý salám.“
37. „Ovoce moc nejím a když, tak bez slupek a semínek, nebo kompot výjimečně – bez dužiny.“
38. „Ano, jen vařenou a nejlépe rozmixovanou. Papriku ne a vše bez slupek.“
39. „Málokdy hrách, čočka. Velmi rozvařené a rozmixované.“
40. „Nic nejím, ze všeho mi je těžko a špatně. Maximálně rozdrčené lískové oříšky a to cca 5 kusů max.“
41. „Ano velmi rozvařené a rozmixované v polévce, v omáčce.“
42. „Jím vše v pohodě.“
43. „Cukr a med používám, ale to už odjakživa.“
44. „Mám je ráda velmi.“
45. „Chutnají mi - vysadila jsem vše s oříšky atd..Jím sušenky a spíše vše suché - piškoty, Bebe, máslové věnečky..atd.“
46. „Jen domácí a suché - bábovka, perník, bublanina. V cukrárně kremrole, 1x za rok větrník, ale jen půlku, je mi těžko.“
47. „Používám: majoránka, pepř, sůl, kmín mletý, bazalka výjimečně, skořice. Vysadila jsem grilovací a ostatní dráždivé koření.“
48. „Po provedení ileostomie se mi velmi ulevilo. Do té doby jsem měla kvůli ulcerózní kolitidě velké bolesti a měla jsem omezený výběr potravin a jen malé porce. Dnes jsem za ileostomii ráda a v podstatě můžu jíst vše, omezeně jím semínka a ořechy, majonézy a těžká jídla (smažená, smetanová). Také se vyhýbám potravinám s vlákninou: tvrdá zelenina a ovoce s dužinou či slupkou a malé plody, luštěniny, celozrnné pečivo.“

12.6 Respondent 6

Pohlaví: žena

Věk: 22 let

Fyzická aktivita: 1,8 (činnost převážně ve stoje a v chůzi)

Tělesná výška: 171 cm

Tělesná hmotnost (současná): 95 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 80 kg

BMI (současný): 32,49

BMI (před ileostomií): 27,36

Obvod paže: 37 cm

Obvod pasu: 112 cm

Analyza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 16 Průměrné výživové hodnoty za týden R6

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
9106,99	2175,00	78,63	82,41	277,70

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 17 Optimální denní potřeba energie a živin pro R6

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
13383,49	3198,73	114,00	106,62	445,78

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondentka zapisovala od 31. 1. 2018 do 6. 2. 2018 a poté mi jej zaslala elektronicky přes e-mail.

Množství přijatých živin i energie v jídelníčku R6 (viz Tab. 16) je nedostatečné oproti optimální potřebě (viz Tab. 17).

BMI ukazuje nyní u R6 obezitu prvního stupně, ale před provedením ileostomie ukazoval nadváhu. Od provedení ileostomie přibrala R6 na tělesné hmotnosti 15 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R6 malnutrice, naopak je podle hodnoty obvodu pasu vysoce ohrožena KVO.

Rozhovor:

Odpovědi na otázky mi respondentka zaslala 13. 2. 2018 elektronicky přes e-mail.

Obecné otázky

1. „Je mi 22 let.“
2. „Nyní 95 kg a před operací 80 kg.“
3. „Měřím 171 cm.“
4. „Paže 37 cm a pas 112 cm.“
5. „Co se týče mé aktivity. Mám sedavé zaměstnání (podatelník v ČSOB), ale fyzickou aktivitu mám. Má práce totiž obnáší roznos a sběr pošty, kdy musím třikrát za den oběhnout všechna oddělení, která v ČSOB jsou, a kdy udělám min. 700 kroků za každou "obchůzku", plus chodím na poštu, ale každý pracovní den je jiný, někdy je klid, někdy je hektický, kdy nachodím i 3000 kroků za jednu pracovní dobu (od 8:45 do 14:30), kvůli vyřizování požadavků ostatních zaměstnanců. Moje každodenní aktivita je tedy hlavně chůze. Nachodím kolem 3.000 kroků denně. Někdy jich nachodím i 5.000 a výš, záleží na náročnosti dne. Na cvičení mi takřka nezbyvá čas,

popravdě si na to netroufnu, kvůli stomii. Co se týče víkendů, tak ty jsou vždycky jiné. Ať už jde o výlety, procházky s neteří, nákupy s kamarádkou nebo relax v podobě postele a seriálů. Každou sobotu též uklízím - vysávám, myju vanu, občas dělám velký úklid.“

6. *„Úplně první stomie (kolostomie) mi byla vyvedena v roce 1997, z důvodu opakovanému zánětu a četným abscesům v dutině břišní. Druhá stomie (ileostomie) mi byla vyvedena v roce 1999, z důvodu úplného odstranění tlustého střeva. No, a v roce 2015 mi byla, po 16 letech, ileostomie upravena.“*
7. *„Nevím jak v letech 97 a 99, ale v roce 2015, po úpravě stomie, mě lékařka pouze okrajově informovala o dietě.“*
8. *„Ne.“*
9. *„Ne.“*
10. *„Ne.“*
11. *„Ne, neužívám.“*
12. *„Ne.“*
13. *„Ano.“*
14. *„Ne.“*
15. *„Ano, sním menší porce.“*
16. *„Ne.“*
17. *„Ano, a spíše odhaduji.“*
18. *„Snažím se jíst 5x denně.“*
19. *„Velmi zřídka (1-2x měsíčně).“*

Konzumace nápojů

20. *„Určitě něco málo přes 2l.“*
21. *„Minerálky piji, akorát neperlivé.“*
22. *„Ano - velmi zřídka piji energetický drink, limonády piji každý den, ale jen určité množství (v tom smyslu, že za den nevypiji celou 2l láhev). Piji hlavně Freeway Colu Zero, jinak se tomu snažím spíše vyhnout.“*
23. *„Ne.“*
24. *„Ano, rozpustnou, 1x denně – vždy ráno.“*
25. *„Občas, většinou černý čaj s citronem.“*
26. *„Nealkoholické - preferuji více džusy, minerálky a ze sycených nápojů je to Freeway Cola.“*
27. *„Snažím se vyhnout syceným. Nic jsem úplně nevyřadila“*

28. „Ani moc ne.“

Konzumace potravin

29. „Ne.“

30. „Ano, preferuji spíše vývary. Musela jsem vyřadit polévky z luštěnin – čočková polévka např.“

31. „Ano, preferuji vše, krom otrub, které jsem vyřadila ze svého jídelníčku.“

32. „Ano. Preferuji vše.“

33. „Ano. Též preferuji vše.“

34. „Ano. Preferuji vše, krom jogurtů, ty jsem přímo nevyřadila, ale nemusím je.“

35. „Ano, ale z nabídky preferuji spíše jen míchané, jinak vejce nekonzumuji.“

36. „Ano. Preferuji vše.“

37. „Ano. Z jídelníčku jsem vyřadila akorát jablka.“

38. „Ano. Preferuji vše. Není nic, co bych preferovala více či méně.“

39. „Ano, z jídelníčku jsem vyřadila akorát fazole.“

40. „Ano. Preferuji vše.“

41. „Ne.“

42. „Ano, poreferuji spíše margarín.“

43. „Ano, preferuji spíše cukr, ale snažím se jej omezit.“

44. „Ano.“

45. „Ano, ale v malé míře. Není nic co bych preferovala méně či více.“

46. „Ano. Preferuji vše stejně, není nic co bych preferovala méně či více.“

47. „Ano. Preferuji vše stejně, není nic co bych preferovala méně či více.“

48. „Ohledně rozdílů, to Vám bohužel neřeknu, jelikož mám stomii už od dítěte, a upřímně to nedokáži odhadnout.“

12.7 Respondent 7

Pohlaví: žena

Věk: 35 let

Fyzická aktivita: 1,6 (sedavá činnost s občasnou lehkou činností ve stoje nebo chůzi)

Tělesná výška: 166 cm

Tělesná hmotnost (současná): 87 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 70 kg

BMI (současný): 31,57

BMI (před ileostomií): 25,40

Obvod paže: 26 cm

Obvod pasu: 99 cm

Analyza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 18 Průměrné výživové hodnoty za týden R7

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
5388,27	1261,17	73,91	36,26	184,20

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 19 Optimální denní potřeba energie a živin pro R7

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
10915,34	2608,83	104,40	86,96	352,20

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondentka zapisovala od 15. 1. 2018 do 21. 1. 2018 a poté mi jej zaslala elektronicky přes e-mail.

Množství přijatých živin i energie v jídelníčku R7 (viz Tab. 18) je nedostatečné oproti optimální potřebě (viz Tab. 19).

BMI ukazuje nyní u R7 obezitu prvního stupně, ale před provedením ileostomie ukazoval nadváhu. Od provedení ileostomie přibrala R7 na tělesné hmotnosti 17 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R7 malnutrice, naopak je podle hodnoty obvodu pasu vysoce ohrožena KVO.

Rozhovor:

Odpovědi na otázky mi respondentka zaslala 7. 2. 2018 elektronicky přes e-mail.

Obecné otázky

1. „Je mi 35 let.“
2. „Nyní 87 kg a před operací 70 kg.“
3. „Měřím 166 cm.“
4. „Paže 26 cm a pas 99 cm.“
5. „Každé ráno jdu pěšky do práce 15 minut chůze (po cestě asi 15 schodů uličkou), pak jsem do 12 hodin v práci kde spíše sedím. Pracuji ve škole jako asistentka na zkrácený úvazek. Pak jdu zase těch 15 minut z práce domů. Každou středu chodíme v 18:00 h na squash a jinak žádný sport nedělám pravidelně. Občas si jdu zaplavat do bazénu. Jinak přes den pak běžné domácí práce ale ne každý den. O víkendu jdeme většinou na procházku. Myslím že toho pohybu moc nemám no.“

6. „Ileostomii mám od 22.9.2017. Díky Crohnově chorobě už bylo postiženo celé tlusté střevo včetně konečníku. Byl mi tedy odoperován zbytek tlustého střeva co jsem měla i konečník a ileostomii mám tedy již na trvalo.“
7. „Informována jsem byla velmi málo, stomickou sestrou.“
8. „Dietu nijak zvláštní nedodržuji, jen se po roce zkoumání (Crohnova choroba) vyhýbám některým potravinám, které vám napíšu dále.“
9. „Ne.“
10. „Ne.“
11. „Ne.“
12. „ANO – Spektrum Gumies a Magnesium a občas vitamín C.“
13. „Dá se říct, že trochu.“
14. „Ne.“
15. „ANO – po operaci mám větší chuť k jídlu.“
16. „Ano vařím si sama doma.“
17. „Jídlo si vážím na doporučení nutriční poradkyně.“
18. „ANO – 5x denně, někdy ještě mezisvačinka.“
19. „ANO, ne často, ale občas si zajdeme normálně do restaurace i kavárny.“

Konzumace nápojů

20. „Asi 2 litry.“
21. „Ne.“
22. „Piju občas doma dělanou minerální vodu, ale ne moc často.“
23. „Ano, příležitostně bílé víno, někdy při oslavě vodku s džusem a na vánoce a silvestra šampaňské.“
24. „Kávu piju každý den ráno, Nescafé crema s mlékem bez cukru, někdy si dám jednu ještě odpoledne.“
25. „Ano, čaj piju jakýkoli, černý s citronem, ovocný nebo bylinkový prakticky každý den.“
26. „Ředěný džus jablkový nebo pomerančový.“
27. „Colu a Tonic.“
28. „Ne.“

Konzumace potravin

29. „Rajčata.“
30. „Polévky mám velmi ráda - nejím čočkovou, fazolovou, držitkovou, boršč ale jinak asi všechny.“

31. „Občas si dávám vločky do jogurtů a dělám si vločkovou kaši, jím žitný chléb ale jinak nic.“
32. „Preferuji rýži, br. Kaši, těstoviny a cous-cous, brambory můžu na všechny způsoby, knedlíky a už vůbec ne bramborové nejím, pohanku a jáhly nic takového.“
33. „Bílé pečivo nejím vůbec, jen žitný chléb, knackebrot nebo tmavý toustový chléb občas.“
34. „Z mléčných výrobků mi nevadí nic a nevadilo nikdy, jím vše, ráda a hodně jogurty, přibináčky, tvaroh, plnotuč. Mléko.“
35. „Vejsce ano vařené a jednou za čas míchané k snídani ale ne často, majonézu a pomazánky vůbec.“
36. „Z masa jím vše ale libové, ryby NE a salámy jen šunku, pomazánku si dělám domácí tvarohovou - polotovary nekupuji. Většinou vařím a dusím, méně pak pečů a co nejméně restuji jinak nic.“
37. „Ovoce většinou zavařené – čili kompoty (jahodový, mandarinky nebo broskve), čerstvé jím občas jablka, kaki, meloun, banán můžu v jakémkoli množství, jahody, vůbec nemůžu ananas, mandarinky a pomeranče čerstvé.“
38. „Čerstvou jím okurku někdy papriku ale ne moc, dušenou pak můžu mrkev, hrášek ale ne moc, a grilovanou třeba cuketu, brokolici a lilek.“
39. „Nejím čočku a fazole, a kukuřici vůbec v jakémkoli stavu vůbec nestrávím, oříšky jakékoli taky vůbec.“
40. „Ne.“
41. „Ne vůbec.“
42. „Olivový olej a někdy máslo.“
43. „Med do čaje.“
44. „Kakao ano čokoládu moc ne, ale to proto že jsem ji nejedla nikdy.“
45. „Tak jednou za 14 dní si dělám sladký oběd – zemičák, buchtičky se šodo, krupicová kaše, jinak sladké nejím (kromě vánoc - cukroví).“
46. „Občas doma upeču bábovku nebo perník, nebo dělám ovocný nepečený dort ze zakysané smetany.“
47. „Koření normálně požívám, kromě česneku ten můžu pouze sušený.“
48. „Jinak asi ve stravování ani v pitném režimu nevidím nijaký zvláštní rozdíl. Vzhledem k tomu že mám ileostomii kvůli Crohnově chorobě, tak jsem se vlastně stravovala už před operací trochu jinak, než kdybych byla zdravá.“

12.8 Respondent 8

Pohlaví: muž

Věk: 34 let

Fyzická aktivita: 1,7 (sedavá činnost s občasnou lehkou činností ve stoje nebo chůzi)

Tělesná výška: 176 cm

Tělesná hmotnost (současná): 79 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 65 kg

BMI (současný): 25,50

BMI (před ileostomií): 20,98

Obvod paže: 28,5 cm

Obvod pasu: 86 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 20 Průměrné výživové hodnoty za týden R8

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
9760,50	2336,04	74,51	79,32	332,74

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 21 Optimální denní potřeba energie a živin pro R8

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
12823,88	3064,98	94,8	102,17	441,57

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondent zapisoval od 5. 2. 2018 do 11. 2. 2018 a poté mi jej zaslal elektronicky přes e-mail.

Množství přijatých živin i energie v jídelníčku R8 (viz Tab. 20) je nedostatečné oproti optimální potřebě (viz Tab. 21).

BMI ukazuje nyní u R8 nadváhu, ale před provedením ileostomie ukazoval normální tělesnou hmotnost. Od provedení ileostomie přibral R8 na tělesné hmotnosti 14 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R8 malnutrice a podle hodnoty obvodu pasu není ohrožen KVO.

Rozhovor:

Odpovědi na otázky mi respondent zaslal 29. 1. 2018 elektronicky přes e-mail.

Obecné otázky

1. *„Je mi 34 let.“*
2. *„Nyní 79 kg a před operací 65 kg.“*
3. *„Měřím 176 cm.“*
4. *„Paže 28,5 cm a pas 86 cm.“*
5. *„Každý čtvrtek 1 hodina badminton. Jsem za něho moc rád. Kdysi jsem ještě k tomu hrál 1x týdně 1,5h futsal a 1x týdně 2h v zimě halový volejbal a v létě plážový volejbal. Občas plavání, asi 1x měsíčně, nic pravidelného. Po každém sportu jsem byl dost vyčerpaný, až jsem musel sportování vypustit, zkusil jsem zůstat u badmintonu. Po operaci a zavedení stomie se mi úplně změnil život. Chodím raději pouze na badminton 1x týdně 1 hodina a i po něm se cítím dobře. Dále pracuji na částečný úvazek jako Správce řídicího systému v Brně (při plném úvazku jsem byl i Technik) - v práci převážně u PC, občas v provozu chodím, ale žádná těžká manuální práce, mám na to lidi. Nejčastěji chodím do práce pondělky a čtvrtky na cca 8 hodin. Jinak skoro každý den, včetně víkendu dělám po večerech na NB cca 2 hodky, výjimečně i dopoledne. Občas po badmintonu chodíme s klukama na pivo. Dost energie spálím i výchovou 22 měsíčního syna.“*
6. *„Ileostomii mám od 4.9.2017 a příčinou bylo odstranění celého tlustého střeva kvůli zánětu (Crohn).“*
7. *„Ano, nutriční poradkyně a i dietoložka.“*
8. *„První 2 měsíce velmi přísnou dietu – mixovaná strava, bezzbytková; nyní bezzbytková + omezení nadýmaných potravin a rafinovaného cukru.“*
9. *„Ne.“*
10. *„Ne.“*
11. *„Ne.“*
12. *„Milgamma – 2x měsíčně; kyselina listová; vitamín D.“*
13. *„Ano.“*
14. *„Ne, už 2 roky.“*
15. *„Ne.“*
16. *„Většinou ano, teda manželka doma; občas menu restaurace.“*
17. *„Ne.“*
18. *„Snažím se min. 5x denně.“*
19. *„Zřídka.“*

Konzumace nápojů

20. „Snažím se alespoň 2,5 litru.“
21. „Občas neperlivá neslazená Korunní.“
22. „Ne.“
23. „Max 2x měsíčně celkem ½ litru bílého vína nebo 2 piva 11°.“
24. „Ne, pouze max 1x denně Caro bez mléka, trošku cukru.“
25. „Ano, denně min 2x – bylinný – heřmánkový, bylinný Žaludek a střeva.“
26. „Dávám si nejčastěji čaj a ředěný džus.“
27. „Perlivé vody, kávu, citrusové džusy.“
28. „Většinou ano.“

Konzumace potravin

29. „Ano, hraničně lískový oříšek, kravská bílkovina (Od puberty jsem měl ekzém v loketních a kolenních jamkách. Žádné masti mi nepomáhaly, pouze klasika kortikoidy, které jsem raději moc neaplikoval. Na vejšce ekzém z ničeho nic zmizel. Po vejšce jsem měl první příznaky s Crohnem a během léčby se mi rozjel ekzém po celém těle, nejvíce celé ruce, záda a hrud'. Doktoři mě furt posílali na kožní a ti jedině kortikoidy, ale já si řekl ne, to neřeší příčinu a stejně ekzém mám z Crohna nebo léčby, žádný doktor to nepotvrdil. Časem jsem se odhodlal objednat k alergologii. Výsledkem kravské mléko, takže za vše by mohlo kravské mléko, jak za ekzém, tak i za Crohna. A za ty léta jsem jednoznačně nevypozoroval, co způsobuje zhoršení ekzému, ani roční období.) Preventivně jsem vynechal mléko a výrobky z něj, ale i tak jsem přišel o tlusté střevo, nyní pokračuji v prevenci a vynechávám mléčné výrobky.“
30. „Preferuji vývary; vyřadil luštěninové, mastné, tučné, se zelím.“
31. „Jím vše.“
32. „Preferuji vařené brambory a rýži; jím i šťouchané brambory, těstoviny, občas cous-cous, knedlíky, pohanku; Nejím pečené brambory, hranolky, bramborovou kaši.“
33. „Preferuji pečivo z bílé mouky; Nejím celozrnné a tmavé pečivo.“
34. „Preventivně nepiji mléko a mléčné výrobky, ale nekonsumoval jsem je často ani před tím; výjimečně tvaroh, plátkový sýr Eidam, Gouda.“
35. „Pouze zřídka vajíčka natvrdo; Nejím smažené, majonézu, pomazánky.“
36. „Preferuji kuřecí, krutí, dám si i králíčí, rybu; vařené nebo dušené, výjimečně pečené; Nejím salámy, pomazánky, paštiky; Nejím restované, uzené, syrové.“

37. „První 2 měsíce z odšťavňovače jablka, banány, borůvky; nyní oloupaná jablka, banány; zavařené třešně, broskve; Nejím jahody, hrušky, citrusové ovoce.“
38. „Jím vařené nebo dušené brambory, batáty, mrkev, celer, petržel; výjimečně dušený květák; Nejím grilovanou zeleninu. Nyní raději nekonzumuji syrovou, ale pocitově mi nevadila.“
39. „Ne, vše jsem vynechal.“
40. „Ne, vše jsem vynechal.“
41. „Ne, vše jsem vynechal.“
42. „Jím máslo a dýňový olej do hotového pokrmu; Nejím rostlinné oleje a margaríny.“
43. „Jím med, zředka sirupy; výrazně jsem omezil rafinovaný cukr.“
44. „Ne, vše jsem vynechal.“
45. „Ne, pouze piškoty, výjimečně obyčejné Bebe sušenky.“
46. „Občas si dám bábovku, bublaninu, tvarohový koláč, šáteček.“
47. „Preferuji jemné bylinky; vyřadil jsem ostrá koření.“
48. „I když jsem někde uvedl, že něco nejím, tak si velmi výjimečně něco dám, např. nějakou sladkost, ale neměl bych. Jinak stravování mám velice podobné před operací a teď. Začal jsem to řešit tak půl roku před operací. Po operaci cca 2 měsíce kašovitou a mixovanou stravu. Více než půl roku před operací jsem se moc neomezoval, jen jsem se moc necpal fasfoodama. A cca 2 roky před operací jsem stravování vůbec neřešil. Nyní mě dost omezuje stravování, ženu už moc nebaví vymýšlet co mi uvařit.“

12.9 Respondent 9

Pohlaví: muž

Věk: 61 let

Fyzická aktivita: 1,4 (výlučně sedavý způsob života bez volnočasové aktivity nebo upoutání na lůžko)

Tělesná výška: 175 cm

Tělesná hmotnost (současná): 67 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 82 kg

BMI (současný): 21,88

BMI (před ileostomií): 26,78

Obvod paže: 26 cm

Obvod pasu: 92 cm

Analyza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 22 Průměrné výživové hodnoty za týden R9

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
10624,07	2526,81	104,11	89,95	336,80

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 23 Optimální denní potřeba energie a živin pro R9

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
8493,52	2030	80,4	67,67	274,85

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondenta jsem si zapisovala sama a s pomocí zdravotnického personálu od 18. 12. 2017 do 24. 12. 2017.

Množství přijatých živin i energie v jídelníčku R9 (viz Tab. 22) je zvýšené oproti optimální potřebě (viz Tab. 23).

BMI ukazuje nyní u R9 normální tělesnou hmotnost, ale před provedením ileostomie ukazoval nadváhu. Od provedení ileostomie zhubl R9 na tělesné hmotnosti 15 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R9 malnutrice a podle hodnoty obvodu pasu není ohrožen KVO.

Rozhovor:

Rozhovor s respondentem i se zdravotnickým personálem proběhl 21. 12. 2017 v LDN. Se souhlasem respondenta i zdravotnického personálu jsem některé odpovědi doplnila informacemi ze zdravotnické dokumentace.

Obecné otázky

1. „Je mi 61 let.“
2. „Nyní 67 kg a před operací 82 kg.“
3. „Měřím 175 cm.“
4. „Paže 26 cm a pas 92 cm.“
5. „Nyní nemám skoro žádný pohyb, chodím se procházet pouze po chodbě v nemocnici, pak ležím a čtu si nebo si povídám s ostatními pacienty.“
6. „Od 17.10.2017.“ Příčinou byl ileus v oblasti ileocékálního přechodu.
7. „Ano, na chirurgii stomická sestra.“
8. „Ano mám teď dietu šetrící.“
9. „Teď nic, ale po operaci jsem pil Nutridrink.“

10. „Ne.“
11. „Ne.“
12. „Beru si Magne B6 – 1 tabletu 3x denně.“
13. „Neměl, nevařil jsem si, jedl jsem hlavně v hospodách.“
14. „Ano, před operací jsem vykouřil asi 10 cigaret denně.“
15. „Ne.“
16. „Stravuju se v nemocnici.“
17. „Teď v nemocnici sním celé velké porce, chuť k jídlu mám, ale těsně po operaci jsem neměl chuť na nic.“
18. „Ano 4x (snídaně, oběd, svačina, večeře) a občas jídlo od rodiny.“
19. „Teď ne, před operací ano, chodil jsem po hospodách.“

Konzumace nápojů

20. „Asi 2 litry.“
21. „Každý den piju neperlivé a ochucené (citron) minerálky.“
22. „Nepiju, protože mi nedělají dobře.“
23. „Před operací jsem si dal obden pivo Budvar 10°, teď nic, mám od lékaře dovoleno nealkoholické.“
24. „Černou ne, pouze cappuccino z automatu nebo kávu s mlékem, každý den si ji dávám k snídani.“
25. „Každý den. Tady piju černý čaj, ale doma i ovocný nebo zelený.“
26. „Mám rád čaj, bílou kávu a neperlivé minerální vody.“
27. „Perlivé nápoje.“
28. „Nevím, nehlídám to a nevadí mi to.“

Konzumace potravin

29. „Nemám.“
30. „Ano, žádná mi zatím nevadí, mám rád vývary.“
31. „Nemám rád.“
32. „Ano, brambory na všechny způsoby, rýže, těstoviny, knedlíky, nic jsem nevyřadil.“
33. „Ano, kromě celozrnného pečiva vše a nevadí mi ani koblihy či loupáky, když je dostaneme.“
34. „Teď ano, dříve moc ne, nemám rád kyselá mléka, ale ovocné jogurty ano, piju i mléko, mám rád sýry.“
35. „Ano, před operací jsem jedl na všechny způsoby, teď nevím, zatím jsem je neměl.“
36. „Ano, maso mám velmi rád, také mám rád salámy, zatím mi nic nevadí.“

37. „Ano, preferuji jablka, mandarinky, banány nebo kiwi, nic jsem nevyřadil.“
38. „Ano, nevadí mi ani syrová, mám rád saláty k obědu a zeleninu jako přílohu k obědu.“
39. „Ano, jedl jsem je dříve a nevadí mi ani v omáčce například.“
40. „Nemám zuby, takže je ani jíst nemůžu, ale i tak je nevyhledávám.“
41. „Houby mi nevadí, mám je rád.“
42. „V nemocnici mi zatím nic nevadí.“
43. „V nemocnici nic nepoužívám, doma jsem sladil cukrem.“
44. „Ano, mám rád i hořkou, ale jen pár kostiček, celou nesním.“
45. „Velmi, nevadí mi ani sušenky ani krémové dezerty.“
46. „Mám rád všechny druhy, podle toho, co mi přinese návštěva.“
47. „Zatím nevím, ale vynechal bych ostrá jídla.“
48. „Žádné výrazné změny ve stravování nemám, jen teď víc piju mléko a mléčné výrobky, vyhýbám se perlivým vodám a celozrnnému pečivu.“

12.10 Respondent 10

Pohlaví: žena

Věk: 39 let

Fyzická aktivita: 1,9 (činnost převážně ve stoje a v chůzi)

Tělesná výška: 161 cm

Tělesná hmotnost (současná): 48 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 48 kg

BMI (současný): 18,52

BMI (před ileostomií): 18,52

Obvod paže: 26 cm

Obvod pasu: 66 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 24 Průměrné výživové hodnoty za týden R10

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
9791,64	2336,89	92,55	88,04	296,85

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 25 Optimální denní potřeba energie a živin pro R10

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
9774,91	2336,26	72,00	77,88	336,85

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondentka zapisovala od 8. 1. 2018 do 14. 1. 2018 a poté mi jej zaslala elektronicky přes e-mail.

Množství přijatých bílkovin a tuků v jídelníčku R10 (viz Tab. 24) je zvýšené oproti optimální potřebě (viz Tab. 25). Množství přijatých sacharidů je nedostatečné, ale průměrný přísun energie se shoduje s optimální potřebou.

BMI ukazuje nyní i před provedením ileostomie u R10 hranici mezi normální tělesnou hmotností a podvýživou. Od provedení ileostomie zůstala tělesná hmotnost u R10 nezměněná. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R10 malnutrice a podle hodnoty obvodu pasu není ohrožena KVO.

Rozhovor:

Odpovědi na otázky mi respondentka zaslala 18. 1. 2018 elektronicky přes e-mail.

Obecné otázky

1. *„Je mi 39 let.“*
2. *„Nyní 48 kg a před operací 48 kg.“*
3. *„Měřím 161 cm.“*
4. *„Paže 26 cm a pas 66 cm.“*
5. *„Jsem aktivní, moc toho nenasedím...pořád popocházím a spočítat to nedokážu. Do práce nechodím, ale denně uklízím, vařím, jednou týdně žehlím atd. 2x týdně 1 hodina jógy ve fitku a nákup denně, chůze cca 1 km. Bydlíme ve 3. patře a 3x denně je jdu určitě. Když jsem psala jídelák, tak jsme byli 2x po 2 hodinách bruslit na ledě. V létě navíc kolo, brusle a túry, výlety.“*
6. *„V březnu 2016 na trvalo, v roce 2000 jsem měla stomii 9 měsíců a příčinou byla Crohnova choroba.“*
7. *„Byla jsem poučena sestrou.“*
8. *„Nedodržuji.“*
9. *„Ne.“*
10. *„Ne.“*
11. *„Občas Enterol.“*
12. *„Ne.“*

13. „Ano.“
14. „Ne.“
15. „Ne.“
16. „Ano, doma.“
17. „Nezměnila, odhaduji.“
18. „Dodržuji, 5-6x denně.“
19. „Ano navštěvuji občas (restaurace, jídelna)

Konzumace nápojů

20. „Asi 800 ml (přes léto i více).“
21. „Ne.“
22. „Ne.“
23. „Občas - Jagertee teplý v zimě a v létě bílé víno se spritem (příležitostně).“
24. „Ano - denně 4x 150ml Segafredo (čerstvě mleté s mlékem).“
25. „Ano - černý čaj Teekanne 2x denně.“
26. „Preferuju ne moc sladké a neperlivé nebo vodu se šťávou.“
27. „Žádné.“
28. „Piji při jídle.“

Konzumace potravin

29. „Ne.“
30. „Mám ráda veškeré polévky, nejvíce zeleninové, zelné a bramborové.“
31. „Ne.“
32. „Ano, preferuji vařené brambory, těstoviny, rýži.“
33. „Pečivo jím celozrnné i bílé, občas chléb, střídám to.“
34. „Sním tvaroh polotučný, tvarohové dezerty, jogurt. Jinak jím mléčné výrobky málo, protože mi nechutnají. Sýry jím jen tvrdé, uzené. Máslo a měkký sýr nejím vůbec, nechutná mi to.“
35. „Vajíčka nejím, jen v jídle, kde nejsou vidět.“
36. „Maso jím vepřové, kuřecí, hovězí a dále salámy. Preferuju maso restované, pečené.“
37. „Chutná mi meloun, jahody, kaki a sním i čerstvé ovoce (přes léto i více ovoce než v zimě).“
38. „Jím papriku, kapie, rajče, brokolici a především miluju zelí a často děláme i špenát.“
39. „Konzumuji fazole, čočku i cizrnu.“

40. „Konzumuji ve velmi malém množství, nebo u konzumace hodně piju. Musela jsem vyřadit kokos a lískové ořechy.“
41. „Ne, nechutnají mi.“
42. „Používám olivový a rostlinný olej.“
43. „Konzumuji cukr, med nebo přírodní sirup.“
44. „Ano.“
45. „Ano, jím čokoládové sladkosti a sušenky. Omezila jsem kokosové tyčinky.“
46. „Moc to nemusím. Když, tak makové a tvarohové buchty, koláčky nebo vafle a palačinky.“
47. „Používám masox, podravku, italské bylinky, sladkou papriku, kari.“
48. „Teď si můžu dovolit jíst a pít cokoliv a kdykoliv. Před stomií jsem si musela dávat pozor na jídlo, když jsem někam jela a podobně, ale to nebylo kvůli snášenlivosti, ale kvůli tomu, že mi nefungoval svěrač. Bála jsem se, aby se mi nestala někde nehoda. Jinak stravu jsem upravovat nemusela vůbec, jím to, co jsem vždycky jedla.“

12.11 Respondent 11

Pohlaví: muž

Věk: 70 let

Fyzická aktivita: 1,3 (výhradně sedící nebo ležící způsob života)

Tělesná výška: 183 cm

Tělesná hmotnost (současná): 108 kg

Tělesná hmotnost (před ileostomií): 123 kg

BMI (současný): 32,25

BMI (před ileostomií): 36,73

Obvod paže: 32 cm

Obvod pasu: 116 cm

Analýza jídelníčku a antropometrického měření:

Tabulka 26 Průměrné výživové hodnoty za týden R11

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
7979,18	1922,60	70,36	75,85	231,12

Zdroj: vlastní výzkum (Nutriservis, © 2017)

Tabulka 27 Optimální denní potřeba energie a živin pro R11

Energie (kJ)	Energie (kcal)	B (g)	T (g)	S (g)
10839,24	2590,64	129,60	86,35	323,76

Zdroj: vlastní výpočet

Jídelníček respondent zapisoval od 8. 12. 2017 do 14. 12. 2017 a poté mi ho sdělil telefonicky.

Množství přijatých živin i energie v jídelníčku R11 (viz Tab. 26) je nedostatečné oproti optimální potřebě (viz Tab. 27).

BMI ukazuje nyní u R11 obezitu prvního stupně, ale před provedením ileostomie ukazoval obezitu druhého stupně. Od provedení ileostomie zhubl R11 na tělesné hmotnosti 15 kg. Podle hodnoty obvodu paže nehrozí R11 malnutrice, naopak je podle hodnoty obvodu pasu vysoce ohrožen KVO.

Rozhovor:

Rozhovor s respondentem proběhl 24. 1. 2018 telefonicky.

Obecné otázky

1. *„Je mi 70 let.“*
2. *„Nyní 108 kg a před operací 123 kg.“*
3. *„Měřím 183 cm.“*
4. *„Paže 32 cm a pas 116 cm.“*
5. *„Jsem důchodce a moc fyzické aktivity už nemám. Vzhledem ke zdravotním potížím, bývám poslední dobou často v nemocnici, ale doma se rádi s manželkou staráme o naši zahrádku a o psa. Taky si rád čtu a pomáhám doma manželce.“*
6. *„Ileostomii mám od roku 1998 a příčinou byl nádor na tlustém střevě.“*
7. *„Ano byl, lékařem.“*
8. *„Ne, nedodržuju.“*
9. *„Ne.“*
10. *„Ne.“*
11. *„Ne.“*
12. *„Ano, vitamíny na podporu imunity – vitamín C.“*
13. *„Neměl.“*
14. *„Nekouřím.“*
15. *„Ne.“*
16. *„Ano doma, ale vařím jen když nevaří manželka.“*

17. „Jím furt stejně a jídlo jen odhaduji.“
18. „Ano, musím kvůli cukrovce jíst pravidelně 5x denně.“
19. „Skoro vůbec.“

Konzumace nápojů

20. „Asi 2,5 litru vypiju za den.“
21. „Ano, piju skoro denně neperlivé – i ochucené, ale musí být bez cukru (Dobrá voda, Prolinie).“
22. „Ne.“
23. „Piju diabetické pivo, někdy i víno, ale zřídka tvrdý alkohol (když už tak vodku).“
24. „Ano, teď piju skoro denně jen rozpustnou (Casablanca gold).“
25. „Piju je denně a přednost dávám černému s citronem, ale mám rád i bylinkové a ovocné.“
26. „Nejradši mám vodu, vodu s dia šťávou, neperlivé minerální vody, čaj s citronem nebo pivo.“
27. „Žádné.“
28. „Ano, piju až po jídle.“

Konzumace potravin

29. „Ne.“
30. „Ano, všechny druhy si dám.“
31. „Tohle nejím.“
32. „Ano, nejradši knedlíky, brambory na všechny způsoby, rýži i těstoviny. Nemusel jsem nic vyřadit, jen už nejím moc smažené.“
33. „Nevadí mi žádné, ale celozrnné moc nejím.“
34. „Jím skoro všechny mléčné výrobky. Jogurty, mléko, tvaroh i sýry a nic jsem nevyřadil.“
35. „Ano, na všechny způsoby, nic jsem nevyřadil.“
36. „Nejím vnitřnosti, jinak mám maso velmi rád na všechny způsoby i uzené, mám rád taky salámy, například šunkový a taky párky, dám si i ryby.“
37. „Kromě švestek a hrušek jím všechno, nic jsem nevyřadil.“
38. „Ano, na všechny způsoby až na mrkev, tu můžu jenom vařenou.“
39. „Jím pouze čočku, ale nic jsem nevyřadil.“
40. „Nevyřadil jsem nic, ale moc je nejím. Jen například ve sladkých náplních.“
41. „Ano, na všechny způsoby, nic jsem nevyřadil.“
42. „Používáme doma máslo a slunečnicový olej.“

43. „Používám stéviu nebo jiné umělé sladidlo.“

44. „Málo.“

45. „Ano, chutnají mi, nic jsem nevyřadil, jenom ty hodně sladké a ty, kde je cukr, takže jím například diabetické sušenky.“

46. „Ano, ale jen když nejsou moc sladké. Dám si dezerty s tvarohem nebo želatinou, ale nic jsem z jídelníčku nevyřadil.“

47. „Nevím, vaří hlavně manželka, ale sním všechno, i ostré jídlo.“

48. „Po operaci jsem nějakou dobu dietu dodržoval, ale teď už jím všechno normálně, protože mám ileostomii už 20 let, tak jsem si zvykl. Žádné rozdíly v jídle nemám, omezuju se spíš kvůli cukrovce.“

12.12 Zhodnocení jídelníčků a hodnot antropometrického měření

Energie – většina (6) respondentů má nedostatečný přísun energie

Bílkoviny – většina (7) respondentů má nedostatek bílkovin ve stravě

Tuky - většina (6) respondentů má ve stravě nedostatek tuků

Sacharidy - většina (8) respondentů má ve stravě nedostatek sacharidů

BMI – nejčastěji nadváha (4) a obezita prvního stupně (3)

Změna hmotnosti - většina (6) respondentů přibrala v rozmezí 7-20 kg

Obvod paže – všichni respondenti bez rizika malnutrice

Obvod pasu – většina (6) respondentů vysoké riziko KVO a 4 respondenti zcela bez rizika KVO

12.13 Zhodnocení rozhovorů

Příčina operace – nejčastěji nádor na tlustém střevu (3) a dále Crohnova choroba (3)

Dieta – většina (8) respondentů již dietu nedodržuje

Enterální výživa – většina (9) respondentů nedoplňuje

Parenterální výživa – většina (10) respondentů nedoplňuje

Probiotika – většina (10) respondentů neužívá

Vitamíny a minerální látky - většina (7) respondentů užívá doplňky výživy

Zájem o zdravé stravování před operací – většina (6) respondentů měla zájem

Kuřáci – většina (9) respondentů jsou nekuřáci

Chuť k jídlu – většina (7) respondentů nezaznamenala změny v chuti k jídlu

Vaření – většina (8) respondentů si vaří sama doma

Porce jídla – většina (8) respondentů konzumuje stále stejné množství jídla

Pravidelnost ve stravování – většina (8) respondentů alespoň 5x denně

Veřejné stravovací provozy – většina (7) navštěvuje, ale velmi zřídka

Množství tekutin - většina (9) respondentů vypije za den alespoň 2 litry tekutin
Nápoje s minerálními látkami – většina (8) respondentů je pije
Sycené nápoje – většina (6) respondentů je nepije
Alkohol – 4 respondenti upřednostňují pivo a 4 respondenti nepijí vůbec alkohol
Káva – 4 respondenti pijí černou kávu a 5 respondentů pije rozpustnou kávu
Čaj – 10 respondentů pije čaje různého druhu, 1 respondentka nepije čaj vůbec
Preferované nápoje - minerální vody a ředěné džusy nebo ovocné šťávy s vodou (7), čaj (6) a obyčejná voda (4)
Vyřazené nápoje - sycené nápoje (4), džusy (3), 4 respondenti uvedli, že nemuseli vyřadit nic
Oddělování konzumace nápojů od konzumace tuhé stravy – většina (6) respondentů neodděluje
Potravinové alergie – většina (9) respondentů žádnou nemá
Polévky – 4 respondenti vyřadili polévky z luštěnin
Obiloviny a výrobky z nich – preferenci pečiva uvedli 3 respondenti, 2 respondenti sní všechno
Přílohy - většina (9) respondentů preferuje rýži a těstoviny, 7 respondentů knedlíky
Pečivo – většina (10) respondentů konzumuje bílé pečivo, 6 respondentů konzumuje jemné pečivo a 7 respondentů nekonzumuje celozrnné pečivo
Mléko a jeho výrobky – 4 respondentům mléko a jeho výrobky celkově moc nechutnají, nejčastěji konzumovanými výrobky jsou jogurty, sýry a tvaroh
Vejce – naprostá většina (8) respondentů konzumuje vejce také samostatně
Maso a masné výrobky – většina (6) respondentů konzumuje veškeré druhy masa, 5 respondentů upravuje maso na všechny způsoby
Ovoce – většina (6) respondentů konzumuje banány a 4 respondenti vyřadili citrusy
Zelenina - 5 respondentů konzumuje vše bez omezení, z nichž 4 respondenti v jakékoliv úpravě
Luštěniny - 4 respondenti vůbec nekonzumují, 4 respondenti preferují čočku
Semena, ořechy a výrobky z nich – většina (6) respondentů výjimečně konzumuje
Houby – většina (6) respondentů nekonzumuje
Tuky a oleje – nejpoužívanější je máslo a olivový olej
Sladidla – nejpoužívanější je bílý cukr a med
Kakao a čokoláda – většina (9) respondentů konzumuje kakao a čokoládu
Sladkosti a sladké pochutiny – naprostá většina (10) konzumuje sladkosti

Moučníky – 4 respondenti konzumují suché moučníky (např. bábovka nebo koláč), 3 respondenti konzumují všechno a 3 respondenti konzumují lehké ovocné řezy

Koření, bylinky a dochucovadla – nejčastěji používaná je sůl, pepř, drcený kmín a bazalka. 4 respondenti vyřadili ostrá koření

Změny ve stravování – změny ve stravování před operací a po ní jsou zcela individuální a každý respondent má ve stravování jiné preference a omezení

13 Diskuze

V praktické části bakalářské práce jsem spolupracovala s 11 respondenty ve věku 22-70 let z různých částí České republiky, z nichž bylo 6 žen a 5 mužů. 1 žena měla již od září roku 2017 kolostomii a 1 žena měla již od března roku 2017 jejunostomii, ale všichni ostatní respondenti měli ileostomii.

Cílem této práce bylo zmapovat stav výživy, stravovací preference a omezení u pacientů s ileostomií. Potřebné informace od respondentů jsem zjistila pomocí záznamu týdenního jídelníčku a prostřednictvím rozhovoru, přičemž osobní rozhovor proběhl jen se 3 respondenty, s ostatními respondenty jsem se dohodla na e-mailové nebo telefonické komunikaci.

Optimální potřeba energie i živin není u pacientů se stomií přesně definována, protože je zcela individuální. Podle Balíkové et al. (2009) však musí přísun energie zajistit fyzickou aktivitu. Optimální potřebu bílkovin jsem vypočítala z doporučeného přísunu 1,0-1,5 g/kg/den pro pacienty po střevních resekcích, který uvádí Křížová (2016b). Také jsem vycházela z doporučení Kohouta (2017a), podle kterého by se měl přísun bílkovin navýšit na 1,5-2,0 g/kg/den u pacientů se syndromem krátkého střeva. Optimální potřebu tuků jsem stanovila na 30 % z celkové energetické potřeby podle obecného doporučení přísunu tuků pro dospělé, které uvádí Společnost pro výživu (2011).

Z analýzy jídelníčků vyplynulo, že většina respondentů má ve stravě nedostatečný přísun energie (6), bílkovin (7), tuků (6) i sacharidů (8) oproti stanovené potřebě. Někteří respondenti mají ve stravě naopak nadbytek energie (4), bílkovin (4), tuků (5) a sacharidů (3). Pouze u R10 se přísun energie shodoval se stanovenou potřebou. Nedostatečný energetický příjem i příjem živin je dán také tím, že někteří respondenti byli v týdnu, kdy zaznamenávali jídelníček, v nemocnici nebo na vyšetření (4) a zkonsumovali tak menší množství jídla nebo neměli chuť k jídlu. Dále je např. R8 omezený ve výběru nápojů a potravin kvůli alergii na bílkovinu kravského mléka, což by mohlo být dle mého názoru také příčinou nedostatečného příjmu energie a živin.

Kohout (2011) uvádí, že stav výživy se může zjišťovat anamnézou (např. stravovací zvyklosti), fyzikálním vyšetřením (např. kachexie), antropometrickým měřením (např. BMI), laboratorním vyšetřením (např. biochemické), speciálními metodami (např. bioimpedance), komplexním hodnocením stavu výživy (Blackburnovo schéma) nebo pomocí indexů nutričního stavu (např. NRI). Já jsem ve svém výzkumu využila pouze antropometrické měření (BMI, měření obvodu paže a obvodu pasu), jelikož se jedná

o metodu, která není pro respondenty náročná. Antropometrické údaje mi většina (8) respondentů sdělila v rozhovoru a 3 respondenty jsem s jejich dovolením změřila osobně.

Podle současného BMI mají respondenti nejčastěji nadváhu (4), pak obezitu prvního stupně (3) a normální tělesnou hmotnost (2). R3 má podvýživu a R10 je na hranici mezi podvýživou a normální tělesnou hmotností. Po srovnání současného BMI s BMI před ileostomií jsem došla k názoru, že od operace, kterou podstoupila většina (8) respondentů před méně než 2 lety, většina (6) respondentů přibrala v rozmezí 7-20 kg na tělesné hmotnosti, 4 respondenti zhubli v rozmezí 11-25 kg a jen u R10 zůstala tělesná hmotnost stále stejná. Dle mého názoru má velký vliv na vyšší tělesnou hmotnost také větší chuť k jídlu po operaci. Např. R5 u níž byla důvodem ileostomie ulcerózní kolitida, mi v rozhovoru na otázku týkající se změny ve stravování odpověděla: *„Po provedení ileostomie se mi velmi ulevilo. Do té doby jsem měla kvůli ulcerózní kolitidě velké bolesti a měla jsem omezený výběr potravin a jen malé porce. Dnes jsem za ileostomii ráda a v podstatě můžu jíst vše.“* Dalším důvodem přibírání po operaci je dle mého názoru snížená pohybová aktivita. Většina respondentů uvedla, že nemá pravidelné pohybové aktivity, protože je časově vytížená (např. práce, rodina) a nebo to nedovoluje zdravotní stav.

Po analýze hodnot obvodu paže a obvodu pasu mohu říci, že žádný z respondentů není ohrožen malnutricí. Naopak má většina (6) respondentů vysoké riziko KVO a R1 je na hranici mezi normou a zvýšeným rizikem KVO. 4 respondenti nemají žádné riziko KVO.

Další otázkou, kterou jsem si položila, byly rozdíly ve stravování u pacientů s ileostomií před operačním zákrokem a po něm. U této otázky bych ráda podotkla, že na stravování se významně podílí i příčina ileostomie, osobní chuťové preference a doba od operace. Např. R10, které byla ileostomie vyvedena z důvodu Crohnovy choroby uvedla: *„Teď si můžu dovolit jíst a pít cokoli a kdykoliv. Před stomií jsem si musela dávat pozor na jídlo, když jsem někam jela a podobně, ale to nebylo kvůli snášenlivosti, ale kvůli tomu, že mi nefungoval svěrač. Bála jsem se, aby se mi nestala někde nehoda. Jinak stravu jsem upravovat nemusela vůbec, jím to, co jsem vždycky jedla.“*

Balíková et al. (2009) uvádí, že po operaci by měla být strava bezezbytková. Dle Matějové a Veselé (2015) by měl být asi po 1 roce pacient schopen běžné konzumace potravin a nápojů s mírným omezením. To potvrzují výsledky mého výzkumu, protože dietu již většina (8) respondentů nedodrží. Výjimkou jsou 3 respondenti, přičemž R9

měl dietu šetřící, protože byl hospitalizován v nemocnici, R8 uvedl, že dodržuje stravu bezzbytkovou s omezením nadýmových potravin a u R4, která byla hospitalizována v nemocnici s jejunostomií, vedlo nedodržování doporučené stravy ke komplikacím, což se shoduje s tvrzením Zachové (2016e), podle které porušení stravovacích zásad u stomie může vést k zažívacím potížím.

Podle Kohouta (2017a) se umělá výživa uplatňuje, pokud není možné zajistit dostatečný přísun živin a ostatních složek výživy stravou. V mém výzkumu doplňovali výživu sippingem pouze 2 respondenti a pouze R4 s jejunostomií měla indikovanou doplňkovou parenterální výživu a užívala infuzní emulzi Olimel N7E, která obsahuje roztok glukózy s vápníkem, lipidovou emulzi a roztok aminokyselin s dalšími elektrolyty. K tomu jí byly podávány roztoky F1/1, KCl, MgSO₄ a NaCl a ampule elektrolytů s ampulí multivitaminového doplňku.

Z výsledků plyne, že respondenti užívají ke stravě navíc multivitaminové doplňky výživy (3), kyselinu listovou (2), vitaminy řady B (2), vitamin D (2), vitamin C (2), hořčík (2) a R3 užívá železo a draslík. To se shoduje s tvrzením Kohouta (2017a), který uvádí, že pacienti po střevních resekcích často doplňují vitaminy řady B a vitamin D.

Matějová a Veselá (2015) uvádějí, že pacienti se stomií by se měli stravovat pravidelně a pestře. Podle Balíkové et al. (2009) je vhodné jíst malé porce jídla, alespoň 5-7x denně. V mém výzkumu se všichni respondenti snaží o pravidelné stravování, přičemž R11 se snaží především kvůli cukrovce. Většina (8) respondentů se stravuje alespoň 5x denně, 2 respondenti byli hospitalizováni v nemocnici, kde se stravovali nejméně 3x denně, ale občas měli mezi jídly i svačinu od návštěvy.

Poslední otázkou mého výzkumu byly osobní stravovací preference a omezení. Výsledky ukazují, že většina (9) respondentů vypije za den alespoň 2 l tekutin a 2 respondenti uvedli, že pitný režim záleží na ročním období. Tento výsledek je v souladu s tvrzením Balíkové et al. (2009), která uvádí, že pacienti se stomií by měli denně vypít alespoň 2,0-2,5 l tekutin, aby předešli např. zácpě.

Podle Drlíkové (2016a) je vhodné, aby pacienti s ileostomií více solili a pili minerálky s vyšším obsahem sodíku a minerálů, přičemž doporučuje zejména ty neperlivé. Dle výsledků, pije neperlivé vody většina (8) respondentů a všichni je střídají. Navíc většina (6) respondentů také uvedla, že nepije sycené nápoje (R5 si dá výjimečně pouze Coca-colu), ale 2 respondenti pijí sycené nápoje bez omezení a R6 pije často Coca-colu bez cukru, limonády a občas také energetické nápoje.

Na otázku konzumace alkoholu, mi 4 respondenti odpověděli, že alkohol nepijí vůbec a 4 respondenti dávají přednost pivu. Podle Balíkové et al. (2009) závisí konzumace alkoholu na obtížích pacienta, přičemž varuje před pitím piva kvůli jeho sycení CO₂. Uvádí, že tolerovaná dávka jsou 1-2 drinky denně. V mém výzkumu byli pouze 2 respondenti, kteří pijí 0,5 l piva denně (R11 pije diabetické pivo), 2 respondenti pijí alkohol občas a 3 respondenti jen příležitostně. Navíc 2 respondenti pijí občas také víno nebo tvrdý alkohol.

Balíková et al. (2009) nedoporučuje při stomii pít černou kávu, naopak čaj je doporučován. Výsledky výzkumu ukazují, že pouze 4 respondenti pijí černou kávu, ostatní pijí rozpustnou kávu. Dokonce 2 respondenti nepijí kávu vůbec. Čaj pije v různém množství a různého druhu převážná většina (10) respondentů.

Nejpreferovanějšími nápoji jsou dle výsledků minerální vody a ředěné džusy nebo ovocné šťávy s vodou (7), čaj (6) a pitná voda (4). Tyto výsledky jsou ve shodě s tvrzením Balíkové et al. (2009), která doporučuje pít čaj, nesycené minerálky a slabé ovocné šťávy ředěné vodou.

Respondenti vyřadili z jídelníčku především sycené nápoje (4), džusy (3) a Coca-cola (2), ale 4 respondenti uvedli, že nemuseli vyřadit žádný nápoj. Tyto výsledky jsou v souladu s tvrzením Balíkové et al. (2009), která uvádí, že nevhodné nápoje při stomii jsou ostré ovocné a zeleninové šťávy, Coca-cola a Tonic a sycené nápoje.

Podle Bretšnajdrové a Svačiny (2008) je při ileostomii vhodné oddělovat konzumaci nápojů od konzumace tuhé stravy. V mém výzkumu však většina (6) respondentů uvedla, že pití při jídle buď neřeší, a nebo jim to vůbec nevadí.

Při stomii je vhodné konzumovat drůbeží či hovězí vývary se zavářkou, nastrouhanou zeleninou a mletým masem, dále polévky z obilovin (např. rýžovou) nebo polévku rajskou s těstovinou (Balíková et al., 2009). Všichni respondenti uvedli, že mají rádi polévky, přičemž k předchozím zmíněným druhům polévek uvedl např. R2 ještě bramborovou a gulášovou, R3 uvedla dršťkovou polévku a R10 má ráda i zelnou polévku.

Z příloh se nedoporučuje konzumovat kynuté knedlíky, vařené brambory, hranolky nebo krokety. Naopak je vhodné konzumovat rýži, těstoviny, jemný knedlík nebo bramborovou kaši (Balíková et al., 2009). Těstoviny a rýži uváděli respondenti nejčastěji (9), poté knedlíky (7), vařené brambory (5) a dokonce 4 respondenti uvedli, že mohou jíst brambory na jakýkoliv způsob (i smažené). Smažené a pečené přílohy 4 respondenti nekonzumují.

Balíková et al. (2009) uvádí, že je vhodné konzumovat z pečiva věku, netučné rohlíky nebo starší a méně tučnou vánočku a naopak nedoporučuje celozrnné pečivo, čerstvý chléb a smažené nebo máslové pečivo. Z výsledků však vyšlo, že jemné pečivo (vánočka, loupáky apod.) konzumuje většina (6) respondentů, R9 uvedl např. koblihy. Většina (10) respondentů konzumuje pečivo z bílé mouky (rohlíky, chléb), celozrnné pečivo nekonzumuje 7 respondentů, ale čerstvý chléb konzumují všichni respondenti.

Nejvíce preferovanými mléčnými výrobky byly jogurty, sýry a tvaroh, 2 respondenti navíc uvedli, že preferují výrobky s vyšší tučností, 4 respondenti mají rádi i mléko a R4 omezila smetanové výrobky. Balíková et al. (2009) však nedoporučuje konzumovat mléko, tučné sýry nebo tvarohy, ale naopak doporučuje nízkotučné mléčné výrobky nebo sýry do 30% tuku v sušině.

Vejsce by se neměla podávat jako samostatný pokrm vůbec a v přípravě jídel se doporučuje omezit jejich množství (Balíková et al., 2009). Dle výsledků však většina (8) respondentů vejce konzumuje samostatně. Navíc 3 respondenti uvedli, že konzumují vejce na jakýkoliv způsob. Jen R10 uvedla, že vejce konzumuje pouze v jídle, kde nejsou vidět a samostatně vůbec.

Většině (6) respondentů nevádí žádný druh masa a masných výrobků, dokonce 5 respondentů uvedlo, že upravuje maso na všechny způsoby. Vybíhalová (2012) však u stomie doporučuje pouze vařit, dusit a péct bez tuku pod poklicí, aby se nevytvořila na pokrmu kůrka.

Podle Balíkové et al. (2009) by neměli pacienti se stomií konzumovat ovoce s tvrdou slupkou a zrníčky a nevyzrálé ovoce (např. švestky, hrušky, jahody, kiwi, ananas, pomeranč a grapefruit), z kompotů pak nedoporučuje bobuloviny se zrníčky. Naopak je podle ní vhodné konzumovat pouze zralé banány a např. jablka, meruňky a broskve konzumovat jen oloupané a jen po tepelné úpravě. Z těchto druhů ovoce pak doporučuje i kompoty. Z výsledků je patrné, že většina (6) respondentů konzumuje banány, ale 3 respondenti snědí i syrová jablka a jahody, 2 respondenti konzumují také meloun a kompotované broskve. Vyřadit z jídelníčku museli citrusy (4) a hrušky (2), R5 konzumuje ovoce pouze bez slupek a semínek, ale R3 uvedla, že mohla při ileostomii konzumovat ovoce všeho druhu a v jakémkoliv úpravě.

Ze zeleniny je doporučované vyhýbat se syrové a nejsou vhodné ani luštěniny nebo houby. Doporučuje se konzumovat vařenou nebo strouhanou mrkev, nebo zeleninu v polévce. Někdy je povoleno zařazovat špenátový protlak a nakrájený hlávkový salát. Podle zdravotního stavu se mohou zařazovat i jiné druhy zeleniny, ale především vařené,

dušené nebo mixované (Balíková et al., 2009). V mém výzkumu konzumuje 5 respondentů všechny druhy zeleniny, přičemž 4 respondenti uvedli, že může být v jakékoliv úpravě. 4 respondenti odpověděli, že konzumují vařenou nebo dušenou mrkev a 2 respondenti mohou jíst i čerstvou salátovou okurku a papriku. Pouze R1 konzumuje zeleninu zatím jen v polévce. Houby většina (6) respondentů vůbec nekonzumuje a luštěniny nekonzumují pouze 4 respondenti, 4 respondenti preferují z luštěnin čočku a R6 vyřadila jen fazole. Drlíková (2016a) však uvádí, že luštěniny se rozkládají až v tlustém střevě, takže pro pacienty s ileostomií nejsou žádným energetickým příjmem a mohou způsobit bolest břicha. Zachová (2016b) pak zmiňuje, že je vhodné vyloučit i semínka, oříšky a klíčky, ale z výsledků vyšlo, že většina (6) respondentů konzumuje ořechy nebo semena v malém množství, rozdrčené nebo jako součást jiných pokrmů. R6 může konzumovat všechno bez omezení.

Z tuků se nedoporučuje sádlo, ale naopak je vhodné používat máslo nebo olivový olej (Balíková et al., 2009). Toto tvrzení je v souladu s výsledky, kdy máslo a olivový olej byly nejčastěji uváděnými tuky, přičemž 2 respondenti používají i sádlo.

U moučníků je vhodné nevybírat těžké máslové krémy, nevhodná jsou kynutá těsta a smažené moučníky. Vhodná jsou např. piškotová těsta, ovocné řezy, tvarohové krémy nebo sněhové pečivo (Balíková et al., 2009). Někteří respondenti uvedli, že konzumují suché moučníky (4), někteří vše bez omezení (3) a někteří uvedli ovocné řezy tvarohové nebo piškotové (3), R10 konzumuje i vafle nebo palačinky a jen R4 uvedla, že vyřadila kynuté moučníky.

Balíková et al. (2009) také doporučuje pokrmy prisolovat, používat kmín nebo vývar z kmínu, kopr, petrželovou nať, vanilku a nebo citronovou šťávu. Naopak nedoporučuje ochucovat pokrmy dráždivým a pálivým kořením (např. pepř a chilli) a nebo používat pochutiny jako je např. kečup a sójová omáčka. Pacienti se stomií by se podle ní měli také vyhýbat majonézám nebo polotovarům. Podle výsledků preferují respondenti především sůl, přičemž však neuvedli, jestli po operaci solí stejně, více či méně, dále byl často zmiňován pepř a drcený kmín, někteří uvedli i bazalku. Vyřadit museli ostré kořenící směsi (4), ale např. 2 respondenti uvedli, že jim nic nevádí a konzumují všechno koření bez omezení.

Ke stravování při ileostomii mohou říci, že nejde přesně určit, které potraviny a nápoje by pacient neměl konzumovat, a které jsou naopak vhodné, protože každému dovoluje jeho zdravotní stav jiné možnosti. Velký vliv na rozdíly ve stravování před operací a po ní má zcela jistě příčina ileostomie a také osobní preference chutí a doba od operace.

Výsledky mého výzkumu jsou tak v souladu s tvrzením Balíkové et al. (2009), podle které strava, která vyhovuje jednomu pacientovi, nemusí vyhovovat druhému a každý pacient si musí najít potraviny a nápoje, které bude konzumovat.

14 Závěr

Praktická část mé práce byla zaměřena na pacienty s ileostomií, u kterých jsem hodnotila jejich stav výživy a preference a omezení ve stravování. Zjišťovala jsem, jaké jsou rozdíly ve stravování před operačním zákrokem a po operačním zákroku a zaměřila jsem se na preferenci a omezení u jednotlivých druhů nápojů a potravin.

Z 11 respondentů měla 1 žena kolostomii a 1 žena jejunostomii. Výsledky ukázaly, že většina respondentů má ve stravě nedostatek energie i živin, což mohlo být způsobené zdravotním stavem respondentů, jelikož někteří byli v týdnu, kdy si zaznamenávali stravu, v nemocnici nebo na vyšetření.

Podle údajů antropometrického měření má většina respondentů buď nadváhu nebo obezitu prvního stupně a nikdo není ohrožen malnutricí. Naopak je většina respondentů vysoce ohrožena kardiovaskulárním onemocněním. Také jsem zjistila, že většina respondentů po operaci přibrala na tělesné hmotnosti. Domnívám se, že důvodem vyšší tělesné hmotnosti je snížená fyzická aktivita a také větší chuť k jídlu po operaci.

Z rozhovorů vyplynulo, že stravování respondentů s ileostomií je zcela individuální. Záleží na mnoha faktorech, především na tom, jaké osobní chuťové preference měli respondenti již před operací, protože pak nemusí být žádný rozdíl ve stravování. Velkou roli zde hraje také příčina ileostomie, protože někteří respondenti uvedli, že mají díky ileostomii větší chuť k jídlu a nejsou díky ní omezeni ve výběru nápojů a potravin.

Po vyhodnocení údajů a odpovědí od respondentů, bych budoucím pacientům s ileostomií doporučila pravidelné stravování, alespoň 5x denně a vypít denně alespoň 2 l tekutin (různé druhy neperlivých minerálních vod, ředěné džusy nebo ovocné šťávy s vodou, rozpustná káva a různé druhy čajů) a naopak nedoporučuji sycené nápoje nebo ostré džusy. Oddělování konzumace nápojů od konzumace tuhé stravy záleží na preferencích. Z polévek mohu doporučit masové či zeleninové vývary, z příloh těstoviny, rýži a knedlíky (a dávat si pozor na smažené přílohy), z pečiva bílé, jemné, i čerstvý chléb (a vyvarovat se celozrnnému pečivu), mléčné výrobky dle preferencí, ale mohu doporučit jogurty, sýry i tvaroh. Vejce mohu doporučit také jako samostatný pokrm, záleží na preferencích jejich úpravy, maso a jeho výrobky také dle vlastních preferencí, z ovoce mohu doporučit banány (a dávat pozor na citrusy nebo hrušky), zeleninu dle osobních preferencí, ale doporučuji vařenou nebo mixovanou, luštěniny bych nedoporučila, ale ořechy nebo semínka ano, pokud jsou rozmělněné a v malém množství,

z tuků mohu doporučit máslo a rostlinné oleje, z moučníků vybírat nekynuté a lehké tvarohové či ovocné krémy a z koření či ochucovadel pokrmů bych mohla doporučit sůl, drcený kmín nebo pepř a vyvarovat se ostrému a pálivému koření.

Výsledky mého výzkumu by mohly sloužit pracovníkům ve zdravotnických zařízeních k informování pacientů, kterým bude nebo byla založena ileostomie, ale především by mohly být výsledky využity samotnými pacienty, kteří by se tak mohli lépe zorientovat ve stravování a tím předejít možnému vzniku zdravotních komplikací.

15 Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHÁMOVÁ, J., 2012. Karcinom tlustého střeva a konečníku. In: ABRAHÁMOVÁ, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 276-79. ISBN 978-80-247-3742-3.
2. ABUNNAJA, S., CUVIELLO, A., SANCHEZ, J.A., 2013. Enteral and Parenteral Nutrition in the Perioperative Period: State of the Art. *Nutrients* [online]. 5(2), 608-23 [cit. 2018-02-21], doi: 10.3390/nu5020608. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3635216/>
3. ADAMOVÁ, Z., BÁR, T., JUŘICOVÁ, J., SLOVÁČEK, R., VLČEK, P., 2015. Stomie – jejich komplikace. *Medicína pro praxi* [online]. 12(1), 44-45 [cit. 2018-02-01]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/01/11.pdf>
4. ARRIBAS, L., ASHBAUGH, R., CREUS, G., CUERDA, C., FRÍAS, L., PAREJO, J., PÉREZ-PORTABELLA, C., URZOLA, C., 2014. Document of standardization of enteral nutrition access in adults. *Nutrición Hospitalaria* [online]. 30(1), 1-14 [cit. 2018-02-21], doi: 10.3305/nh.2014.30.1.7446. Dostupné z: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7446.pdf>
5. BALÍKOVÁ, M. et al., 2009. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vydání. Praha: Forsapi, s. 11-65. ISBN 978-80-87250-01-3.
6. BARKMANOVÁ, J. et al., 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku – Prevence zabírá* [online]. Praha: Mladá fronta, s. 11-13 [cit. 2018-02-05]. ISBN 978-80-204-2474-7. Dostupné z: https://www.mojemedicina.cz/content/dam/hcp-portals/czech-republic/files/moje-nemoc/jine-soubory/Rakovina_tlus_streva_2012_nahled.pdf
7. BARTUŠEK, D., PETRÁŠOVÁ, H., 2017. Zobrazovací metody. In: KOHOUT, P., OLIVERIUS, M. (eds). *Selhání střeva a transplantace tenkého střeva*. Praha: Mladá fronta, s. 109-12. ISBN 978-80-204-4088-4.
8. BOTSIOS, D., IOANNIDIS, O., PARASKEVAS, G., VARNALIDIS, I., 2011. Nutritional Modulation of the Inflammatory Bowel Response. *Digestion* [online]. 84(2), 89-101 [cit. 2018-02-05], doi: 10.1159/000323456. Dostupné z: <https://search.proquest.com/health/docview/898298922/fulltextPDF/F2A0C6A5966B4DA5PQ/9?accountid=9646>

9. BRETŠNAJDROVÁ, A., SVAČINA, Š., 2008. Dieta při onemocnění trávicího traktu. In: SVAČINA, Š. et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, s. 217-18. ISBN 978-80-247-2256-6.
10. BUREŠOVÁ, J., ŘEDINOVÁ, M., 2012. *Ukazujeme pacientům, že se stomí se dá žít* [online]. České ILCO [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: https://www.mojemedicina.cz/cs_cz/pruvodce-pacienta/pacientske-organizace-a-aktivita/ceske-ilco/ukazujeme-pacientum-ze-se-stomii-se-da-zit.html
11. COUFAL, O. et al., 2012. Chirurgická léčba zhoubných nádorů. In: ABRAHÁMOVÁ, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 94. ISBN 978-80-247-3742-3.
12. ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, s. 15-22. ISBN 978-80-7262-600-7.
13. ČEŠKA, R. et al., 2010. Metabolismus. In: ČEŠKA, R. et al. *Interna*. Praha: Triton, s. 294-95. ISBN 978-80-7387-423-0.
14. DASTYCH, M., 2012. Enterální výživa v klinické praxi. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14(4), 152-56 [cit. 2018-02-21]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>
15. DĚDEČKOVÁ, K. et al., 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi, s. 98-103. ISBN 978-80-87250-02-0.
16. DONNELLAN, C.F., LAL, S., YANN, L.H., 2013. Nutritional management of Crohn's disease. *Therapeutic Advances in Gastroenterology* [online]. 6(3), 231-42 [cit. 2018-02-21], doi: 10.1177/1756283X13477715. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625021/pdf/10.1177_1756283X13477715.pdf
17. DRLÍKOVÁ, K., 2016a. Praktické rady. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada, s. 143-44. ISBN 978-80-247-5712-4.
18. DRLÍKOVÁ, K., 2016b. Stomasestra jako partner a následná péče. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada, s. 166-67. ISBN 978-80-247-5712-4.
19. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 325-30 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
20. ELIŠKOVÁ, M., 2009. Trávicí systém. In: NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. 2. vydání. Praha: Galén, s. 157-59. ISBN 978-80-7262-612-0.

21. GROFOVÁ, Z., 2009. Přehled přípravků enterální výživy pro domácí použití. *Medicína pro praxi* [online]. 6(3), 169-71 [cit. 2018-02-21]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/03/12.pdf>
22. JANDOVÁ, K. et al., 2011. Fyziologie trávení a vstřebávání. In: KITTNAR, O. et al. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, s. 339-71. ISBN 978-80-247-3068-4.
23. KACHLÍK, D., 2013. *Úvod do preklinické medicíny: Anatomie*. Praha: Univerzita Karlova, s. 47-48. ISBN 978-80-87878-01-9.
24. KOHOUT, P., 2009. Enterální výživa. In: KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, s. 54-58. ISBN 978-80-87250-05-1.
25. KOHOUT, P., 2010. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. In: RUŠAVÝ, Z. et al. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I.* Praha: Forsapi, s. 66. ISBN 978-80-87250-08-2.
26. KOHOUT, P., 2011. Diagnostika malnutrice. In: KOHOUT, P. et al. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi, s. 14-21. ISBN 978-80-87250-12-9.
27. KOHOUT, P., 2017a. Dieta, enterální výživa, pitný režim. In: KOHOUT, P., OLIVERIUS, M. (eds). *Selhání střeva a transplantace tenkého střeva*. Praha: Mladá fronta, s. 180-92. ISBN 978-80-204-4088-4.
28. KOHOUT, P., 2017b. Parenterální výživa a domácí parenterální výživa. In: KOHOUT, P., OLIVERIUS, M. (eds). *Selhání střeva a transplantace tenkého střeva*. Praha: Mladá fronta, s. 137-41. ISBN 978-80-204-4088-4.
29. KOHOUT, P., KUŽELA, L., 2011. Malnutrice – definice, komplikace, ekonomické důsledky. In: KOHOUT, P. et al. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi, s. 9. ISBN 978-80-87250-12-9.
30. KOHOUT, P. et al., 2017. Klasifikace selhání střeva, získané selhání střeva. In: KOHOUT, P., OLIVERIUS, M. (eds). *Selhání střeva a transplantace tenkého střeva*. Praha: Mladá fronta, s. 65-69. ISBN 978-80-204-4088-4.
31. KOTRLÍKOVÁ, E. et al., 2009. Parenterální výživa. In: KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, s. 64. ISBN 978-80-87250-05-1.
32. KRÍŽOVÁ, J., 2016a. Energetický metabolismus. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, s. 50. ISBN 978-80-88129-03-5.

33. KRÍŽOVÁ, J., 2016b. Dieta a nutriční opatření u onemocnění gastrointestinálního traktu, jater a pankreatu. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, s. 241-43. ISBN 978-80-88129-03-5.
34. KRÍŽOVÁ, J., ZLATOHLÁVEK, L., 2016. Vyšetření stavu výživy. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, s. 61-62. ISBN 978-80-88129-03-5.
35. LOMER, M. C. E., 2011. Dietary and nutritional considerations for inflammatory bowel disease. *The Proceedings of the Nutrition Society* [online]. 70(3), 329-35 [cit. 2018-02-05], doi: 10.1017/S0029665111000097. Dostupné z: <https://search.proquest.com/health/docview/906479015/fulltext/F2A0C6A5966B4DA5PQ/10?accountid=9646>
36. MAJŠIKOVÁ, M., SOLNAŘOVÁ, L., ŠKOCHOVÁ, D., ZACHOVÁ, V., 2012. Problematika ošetřování stomií (se zaměřením na onkologické pacienty). *Postgraduální medicína* [online]. (4), 422-30 [cit. 2018-02-01]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-oseetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>
37. MATĚJOVÁ, H., VESELÁ, L., 2015. Potravinová pyramida v praxi u pacientů se stomií. *Výživa a potraviny*. 70(3), 74-76. ISSN 1211-846X.
38. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 102-106 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
39. NUTRISERVIS, © 2017. *Nutriservis* [online]. Forsapi s.r.o. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.nutriservis.cz/cs/>
40. POKORNÝ, J., 2009. Funkce trávicího traktu. In: LANGMEIER, M. et al. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada, s. 139-50. ISBN 978-80-247-2526-0.
41. RYŠAVÁ, L., STRÁNSKÝ, M., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. vydání. České Budějovice: ZSF JU. 5-86 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
42. ŘEDINOVÁ, M., 2016. Organizace stomiků. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomiká*. Praha: Grada, s. 95-97. ISBN 978-80-247-5712-4.
43. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, s. 39-41. ISBN 978-80-247-3130-8.
44. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012a. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I - Interna*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 75. ISBN 978-80-247-3601-3.
45. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012b. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy II – Pediatrie, chirurgie*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 188. ISBN 978-80-247-3602-0.

46. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU, 2011. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Společnost pro výživu. 16-52 s. ISBN 978-80-254-6987-3.
47. ŠKOCHOVÁ, D., ZACHOVÁ, V., 2011. Stomické pomůcky. In: KRŠKA, Z. et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, s. 209-18. ISBN 978-80-247-3815-4.
48. ŠKOCHOVÁ, D., 2015. Historie péče o stomie. *Ošetrovatelská péče*. (5), 22-24. ISSN 2336-1603.
49. VYBÍHALOVÁ, L., 2012. Výživa a pitný režim stomiků. *Sestra*. 22(6), 43-44. ISSN 1210-0404.
50. ZADÁK, Z., 2017. Fyziologie, patofyziologie a imunologie tenkého střeva. In: KOHOUT, P., OLIVERIUS, M. (eds). *Selhání střeva a transplantace tenkého střeva*. Praha: Mladá fronta, s. 22-39. ISBN 978-80-204-4088-4.
51. ZACHOVÁ, V., 2009. Průvodce komplikacemi stomií. *Florence*. 5(10), 26-27. ISSN 1801-464X.
52. ZACHOVÁ, V., 2016a. Druhy stomií. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada, s. 16-18. ISBN 978-80-247-5712-4.
53. ZACHOVÁ, V., 2016b. Když střevo chybí. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada, s. 150. ISBN 978-80-247-5712-4.
54. ZACHOVÁ, V., 2016c. Stomie v dobách minulých a nedávných. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada, s. 26. ISBN 978-80-247-5712-4.
55. ZACHOVÁ, V., 2016d. Stomie sama o sobě není nemoc. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada, s. 28-30. ISBN 978-80-247-5712-4.
56. ZACHOVÁ, V., 2016e. Vhodným jídelníčkem ke správné výživě. In: DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada, s. 137-38. ISBN 978-80-247-5712-4.

16 Seznam tabulek

Tabulka 1 Harris-Benedictova rovnice

Tabulka 2 Hodnoty PAL u dospělých

Tabulka 3 Hodnoty BMI

Tabulka 4 Hodnoty obvodu pasu

Tabulka 5 Hodnoty obvodu paže

Tabulka 6 Průměrné výživové hodnoty za týden R1

Tabulka 7 Optimální denní potřeba energie a živin pro R1

Tabulka 8 Průměrné výživové hodnoty za týden R2

Tabulka 9 Optimální denní potřeba energie a živin pro R2

Tabulka 10 Průměrné výživové hodnoty za týden R3

Tabulka 11 Optimální denní potřeba energie a živin pro R3

Tabulka 12 Průměrné výživové hodnoty za týden R4

Tabulka 13 Optimální denní potřeba energie a živin pro R4

Tabulka 14 Průměrné výživové hodnoty za týden R5

Tabulka 15 Optimální denní potřeba energie a živin pro R5

Tabulka 16 Průměrné výživové hodnoty za týden R6

Tabulka 17 Optimální denní potřeba energie a živin pro R6

Tabulka 18 Průměrné výživové hodnoty za týden R7

Tabulka 19 Optimální denní potřeba energie a živin pro R7

Tabulka 20 Průměrné výživové hodnoty za týden R8

Tabulka 21 Optimální denní potřeba energie a živin pro R8

Tabulka 22 Průměrné výživové hodnoty za týden R9

Tabulka 23 Optimální denní potřeba energie a živin pro R9

Tabulka 24 Průměrné výživové hodnoty za týden R10

Tabulka 25 Optimální denní potřeba energie a živin pro R10

Tabulka 26 Průměrné výživové hodnoty za týden R11

Tabulka 27 Optimální denní potřeba energie a živin pro R11

17 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru

Příloha 2: Vzor záznamu jídelníčku

Příloha 3a: Formulář pro záznam jídelníčku

Příloha 3b: Formulář pro záznam jídelníčku

Příloha 4: Záznam jídelníčku respondent 1

Příloha 5: Záznam jídelníčku respondent 2

Příloha 6: Záznam jídelníčku respondent 3

Příloha 7: Záznam jídelníčku respondent 4

Příloha 8: Záznam jídelníčku respondent 5

Příloha 9: Záznam jídelníčku respondent 6

Příloha 10: Záznam jídelníčku respondent 7

Příloha 11: Záznam jídelníčku respondent 8

Příloha 12: Záznam jídelníčku respondent 9

Příloha 13: Záznam jídelníčku respondent 10

Příloha 14: Záznam jídelníčku respondent 11

Z důvodu rozsahu bakalářské práce jsou Přílohy 4-14 přiloženy v elektronické podobě na CD ROM, které je součástí bakalářské práce.

Příloha 1: Otázky k rozhovoru

Obecné otázky

1. Kolik je Vám let?
2. Jaká je Vaše tělesná hmotnost? Jaká byla Vaše tělesná hmotnost před provedením stomie?
3. Jaká je Vaše tělesná výška?
4. Jaký je obvod Vaší paže a Vašeho pasu?
5. Jaká je Vaše fyzická aktivita během celého týdne?
6. Kdy Vám byla vyvedena stomie? Co bylo její příčinou?
7. Byl/a jste v nemocnici dostatečně informován/a o dietě v souvislosti s ileostomií? Kdo Vás o informoval?
8. Dodržujete nyní dietu?
9. Doplnujete výživu pomocí přípravků enterální výživy? Pokud ano, jakou formou doplňujete výživu a jaké přípravky užíváte? (například sipping)
10. Doplnujete výživu parenterálně? Pokud ano, jaké přípravky užíváte?
11. Užíváte probiotika? Pokud ano, jak často?
12. Užíváte navíc nějaké vitamíny a minerální látky? Pokud ano, jaké vitamíny a minerální látky užíváte?
13. Měl/a jste před operací zájem o zdravé stravování?
14. Kouříte? Pokud ano, kolik cigaret vykouříte za den?
15. Změnila se Vám chuť k jídlu?
16. Vaříte si sám/sama? Pokud ano, kde si stravu nejčastěji připravujete? (doma, sociální zařízení,...)
17. Změnila se velikost Vašich porcí jídla? Pokud ano, porci jídla odhadujete nebo si jídlo předem vážíte?
18. Dodržujete ve stravování pravidelnost? Kolikrát za den se stravujete?
19. Navštěvujete veřejné stravovací provozy? (rychlé občerstvení, jídelna, restaurace, kavárna)

Konzumace nápojů

20. Jaké množství tekutin za celý den vypijete?
21. Pijete nápoje s obsahem minerálních látek? Pokud ano, jaký druh, množství a jak často? (minerální vody, iontové nápoje)
22. Pijete perlivé nápoje? Pokud ano, jaký druh, množství a jak často? (sladké limonády, energetické drinky, minerální vody)

23. Pijete alkoholické nápoje? Pokud ano, jaký druh a jak často?
24. Pijete kávu? Pokud ano, jaký druh a jak často?
25. Pijete čaj? Pokud ano, jaký druh a jak často?
26. Jaké druhy nápojů preferujete?
27. Jaké druhy nápojů jste musel/a úplně vyřadit z jídelníčku?
28. Oddělujete konzumaci nápojů od konzumace tuhé stravy?

Konzumace potravin

29. Máte alergii na nějaké potraviny nebo složku potravin? Pokud ano, o které potraviny či složky potravin se jedná?
30. Konzumujete polévky? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku?
31. Konzumujete obiloviny a výrobky z nich? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (pšenice, žito, oves, proso, vločky, otruby, kroupy, kaše...)
32. Konzumujete přílohy? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (brambory vařené, brambory pečené, hranolky, bramborová kaše, rýže, těstoviny, knedlíky, pohanka, jáhly, cous-cous, bulgur,...)
33. Konzumujete pečivo? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (pečivo z bílé mouky, celozrnné, jemné pečivo,...)
34. Konzumujete mléko a mléčné výrobky? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (tučné/polotučné/nízkotučné mléko, sýry, jogurt, zákys, tvaroh, smetana,...)
35. Konzumujete vejce a výrobky z nich? Pokud ano, jakou technologickou úpravu preferujete a jakou jste musel/a omezit nebo vynechat úplně? (vařené naměkko/natvrdo/nahniličko, míchané, smažené, majonéza, pomazánky,...)
36. Konzumujete maso a masné výrobky? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (kuřecí, hovězí, vepřové, králičí, kachní, ryby, uzeniny, salámy, pomazánky, polotovary,...) Jakou technologickou úpravu preferujete a jakou jste musel/a omezit nebo vynechat úplně? (vařené, dušené, pečené, restované, mleté, uzené,...)
37. Konzumujete ovoce? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? Jakou technologickou úpravu preferujete a jakou jste musel/a omezit nebo vynechat úplně? (čerstvé, sušené, zavařované,...)

38. Konzumujete zeleninu? Pokud ano, jakou preferujete a jakou jste musel/a vyřadit z jídelníčku? Jakou technologickou úpravu preferujete a jakou jste musel/a omezit nebo vynechat úplně? (čerstvá, zavařovaná, pečená, dušená, grilovaná,...)
39. Konzumujete luštěniny? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (hrách, fazole, čočka, sója, cizrna, arašídy, pomazánky,...)
40. Konzumujete semena, ořechy a výrobky z nich? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (mák, lněné/sezamové/slunečnicové/dýňové semeno, vlašské ořechy, kokos, pomazánky, tyčinky,...) Jakou technologickou úpravu preferujete a jakou jste musel/a omezit nebo vynechat úplně? (syrové, pražené, mleté,...)
41. Konzumujete houby? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku? Jakou technologickou úpravu preferujete a jakou jste musel/a omezit nebo vynechat úplně? (dušené, smažené, pečené, zavařované, sušené,...)
42. Jaké jedlé tuky nebo oleje preferujete a jaké jste musel/a omezit nebo vynechat úplně? (másllo, sádlo, rostlinné oleje, margaríny,...)
43. Používáte sladidla? Pokud ano, jaká preferujete a jaká jste musel/a vyřadit z jídelníčku? (Cukr, med, přírodní sladidla (sirupy), náhradní sladidla,...)
44. Konzumujete kakao a čokoládu?
45. Konzumujete sladkosti a sladké pochutiny? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku?
46. Konzumujete moučníky? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku?
47. Používáte koření, bylinky a dochucovadla pokrmů? Pokud ano, jaké preferujete a jaké jste musel/a vyřadit z jídelníčku?
48. Mohl/a byste celkově říci, jaké změny nastaly ve zvyklostech Vašeho stravování po operačním zákroku a před ním?

Příloha 2: Vzor záznamu jídelníčku

Datum: 27.11.2017

Druh pokrmu	Pokrm + množství (g, ml, ks)	Poznámka	Nápoje + množství (ml, l)	Poznámka
Snídaně	Chléb pšeničný - 120 g Máslo - 1 lžice Jahodový džem – 60 g	Šumava	Kakao – 200 ml	Granko
Svačina	Ovocný jogurt – 150 g Jablko – 120 g	Smetanový	X	
Oběd	Hovězí vývar – 200 ml Zapečené těstoviny se šunkou a sýrem – ½ talíře Okurkový salát – 100 g	Slazený cukrem	Jablečný džus – 250 ml Pitná voda – 200 ml	100 % džus
Svačina	Chléb žitný – 60 g Cottage sýr – 100 g Červená paprika – 1/2	Penam Madeta	Meduňkový čaj – 200 ml	Slazený
Večeře	Rizoto s houbami – ¾ talíře Rajčata – 2 ks		Neperlivá minerální voda – 250 ml	Neochucená (Mattoni)
Další	Vanilková zmrzlina – 1 ks Čokoláda – 50 g	Točená Milka mléčná	Pivo 11° - 250 ml Pitná voda – 1 litr	Kozel

Příloha 3a: Formulář pro záznam jídelníčku

Datum:

Druh pokrmu	Pokrm + množství (g, ml, ks)	Poznámka	Nápoje + množství (ml, l)	Poznámka
Snídaně				
Svačina				
Oběd				

Příloha 3b: Formulář pro záznam jídelníčku

Datum:

Druh pokrmu	Pokrm + množství (g, ml, ks)	Poznámka	Nápoje + množství (ml, l)	Poznámka
Svačina				
Večeře				
Další				

19 Seznam použitých zkratk

A, D, E, K – vitaminy rozpustné v tucích

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

CO₂ – oxid uhličitý

České ILCO – dobrovolné sdružení stomiků v České republice

EOA – Evropská asociace stomiků

F1/1 – fyziologický roztok

HCl – kyselina chlorovodíková

HCO₃⁻ - hydrogenuhličitan (bikarbonáty)

IOA – Světová asociace stomiků

kcal – kilokalorie (jednotka energie)

KCl – chlorid draselný

kJ – kilojoule (jednotka energie)

KVO – kardiovaskulární onemocnění

LCT – long chain triglycerides (triacylglyceroly s dlouhým řetězcem v mastných kyselinách)

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MgSO₄ – síran hořečnatý

NaCl – chlorid sodný (kuchyňská sůl)

NaHCO₃ – hydrogenuhličitan sodný (jedlá soda)

ONP – oddělení následné péče

PAL - physical activity level (stupeň fyzické aktivity)

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ - perkutánní endoskopická jejunostomie

pH – potential of hydrogen (kyselost a zásaditost roztoků)