



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Výživa u chronických onemocnění zažívacího traktu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ](#)

Autor: Karolína Holánová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2018

.....

Karolína Holánová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu doc. MUDr. Pavlu Kohoutovi, Ph.D., za odborné vedení a poskytnutí cenných rad při zpracování bakalářské práce, a panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr. h. c. za poskytnutí cenných konzultací při zpracování práce.

Chtěla bych poděkovat i respondentům, kteří byli ochotní odpovídat na mé otázky a poskytli mi svůj záznam jídelníčku. Obzvlášť bych chtěla poděkovat rodině, která mě podporovala během celého studia.

Výživa u chronických onemocnění zažívacího traktu

Abstrakt

V mé práci se zabývám výživou u osob trpící Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou a sleduji, jak tyto osoby dodržují pravidelnost a pestrost stravy.

V teoretické části se věnuji charakteristice Crohnovy choroby i ulcerózní kolitidy, jejich příznakům, komplikacím a léčbě. Významnou součástí práce je také strava a dietní doporučení pro období remise a relapsu.

V praktické části bylo provedeno kvalitativní šetření, které mělo dvě části. První část tvořily týdenní jídelníčky od každého respondenta a jejich propočty v programu Nutriservis Professional a následné zhodnocení. V každém jídelníčku se sledoval příjem základních živin, bílkovin, tuků, sacharidů, dále i celkový energetický příjem a množství přijaté vlákniny. Všichni respondenti byli edukováni, jak jídelníček zapisovat. Druhou část tvořily polostrukturované rozhovory. Rozhovor byl tvořen 20 otázkami týkající se stravování a příznaků, které doprovázejí tyto onemocnění. Respondenti byli do výzkumu vybíráni pomocí metody „sněhové koule“. Celkový výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů, avšak podmínky pro zařazení do výzkumného šetření splnilo respondentů šest. Z toho polovinu tvořily osoby, jak muži, tak ženy, s Crohnovou chorobou a polovinu s ulcerózní kolitidou.

Výsledky propočtů jídelníčků jsem dále zpracovala do přehledných tabulek a porovnávala s optimálními hodnotami pro každého respondenta. Rozhovory byly zpracovány a roztříděny do jednotlivých kategorií.

Klíčová slova

Nespecifické střevní záněty; Crohnova choroba; ulcerózní kolitida; výživa; chronická onemocnění

Nutrition in patients with chronic diseases of gastrointestinal tract

Abstract

In my thesis I deal with the nutrition of people suffering from Crohn's disease and ulcerative colitis. I also observe, how these people abide by the regularity and diversity in nutrition.

In the theoretical part of the thesis I deal with the characteristics of Crohn's disease and ulcerative colitis, their symptoms, complications and treatment. Very important part of the thesis is also nutrition and diet recommendation for the periods of remission and relapse.

In the practical part, a qualitative research was made, which had two parts. The first part consisted of weekly menu of each respondent, its calculations in the Nutriservis Professional programme and subsequent evaluation. In each menu was tracked the intake of basic nutrients, proteins, fats, carbohydrates, as well as overall energy intake and the amount of fibers intake. All of the respondents were educated how to write the menu. The second part of the practical part of the thesis consisted of half-structured interviews. The interview consisted of 20 questions on the topic nutrition and symptoms following aforementioned diseases. The respondents were chosen for the research on the principle of "snowball" method. The whole research set consisted of 20 respondents, however the conditions for taking part in the research were fulfilled by only 6 respondents. Half of the set were people, both men and women, suffering from Crohn's disease and the second half were people suffering from ulcerative colitis.

I further elaborated on the results of the menu calculations and put them in coherent tables and compared them to the optimal numbers for each respondent. The results were processed and then divided into groups.

Key words

Inflammatory bowel diseases; Crohn's disease; ulcerative colitis; nutrition; chronic disease

Obsah

1. Současný stav	10
1.1. Idiopatické střevní záněty	10
1.2. Crohnova choroba	10
1.2.1. Příznaky	11
1.2.2. Komplikace.....	11
1.2.2.1. Syndrom krátkého střeva	11
1.3. Ulcerózní kolitida.....	12
1.3.1. Příznaky	12
1.3.2. Komplikace.....	12
1.4. Malnutrice	13
1.4.1. Diagnostika.....	13
1.4.2. Nutriční intervence	14
1.4.3. Refeeding syndrom.....	14
1.5. Léčba	14
1.5.1. Dieta s omezením zbytků	15
1.5.1.1. Vhodné a nevhodné potraviny	15
1.5.2. Zásady diety v relapsu	18
1.5.3. Zásady diety v remisi.....	18
1.5.4. Vlákna	19
1.5.5. Probiotika	19
1.5.6. Dieta FODMAP	20
1.6. Umělá výživa	20
1.6.1. Enterální výživa.....	20
1.6.1.1. Enterální výživa u pacientů s IBD	21
1.6.1.2. Enterální výživa-sipping	22

1.6.2.	Parenterální výživa	22
2.	Cíle a výzkumné otázky	23
2.1.	Cíle práce	23
2.2.	Výzkumné otázky.....	23
3.	Operacionalizace pojmů	24
4.	Metodika výzkumu.....	25
4.1.	Popis metodiky.....	25
4.2.	Popis výzkumného souboru	26
5.	Výsledky.....	28
5.1.	Vyhodnocení kvalitativního šetření	28
5.1.1.	Vyhodnocení jídelníčků u Crohnovy choroby	28
5.1.2.	Vyhodnocení jídelníčků u ulcerózní kolitidy	33
5.1.3.	Vyhodnocení rozhovorů - seznam kategorizačních skupin.....	38
5.1.4.	Kategorie 1 – Dieta v akutním stádiu	39
5.1.5.	Kategorie 2 – Dieta v klidovém stádiu	39
5.1.6.	Kategorie 3 – Definice bezzbytkové diety.....	40
5.1.7.	Kategorie 4 – Konzumace ovoce.....	41
5.1.8.	Kategorie 5 – Konzumace zeleniny.....	41
5.1.9.	Kategorie 6 – Konzumace pečiva.....	42
5.1.10.	Kategorie 7 – Konzumace masa	43
5.1.11.	Kategorie 8 – Konzumace masných výrobků	43
5.1.12.	Kategorie 9 – Konzumace mléka a mléčných výrobků	44
5.1.13.	Kategorie 10 – Četnost denních jídel.....	44
5.1.14.	Kategorie 11 – Pravidelnost stravy.....	45
5.1.15.	Kategorie 12 – Pitný režim	45
5.1.16.	Kategorie 13 – Technologické úpravy.....	46
5.1.17.	Kategorie 14 – Alternativní diety	46

5.1.18.	Kategorie 15 – Oblíbené tekutiny.....	47
5.1.19.	Kategorie 16 – Druhy čajů.....	47
5.1.20.	Kategorie 17 – Káva	47
5.1.21.	Kategorie 18 – Konzumace alkoholických nápojů.....	48
5.1.22.	Kategorie 19 – Mimo střevní příznaky.....	48
5.1.23.	Kategorie 20 – Problémy s výživou.....	49
6.	Diskuze.....	50
7.	Závěr.....	55
8.	Seznam literatury.....	56
9.	Seznam příloh.....	60
9.1.	Příloha 1 - Otázky k rozhovorům.....	60
9.2.	Příloha 2 – Informační letáček	60
9.3.	Příloha 3 – CD s rozhovory s respondenty.....	60
9.4.	Příloha 4 – CD s jídelníčky	60
10.	Seznam tabulek.....	61
11.	Seznam použitých zkratk.....	62

Úvod

Má bakalářská práce má být zaměřena na výživu u chronických onemocnění trávicího traktu. Vzhledem k tomu, že je toto téma velmi obsáhlé a spadá do něho mnoho onemocnění, která jsou ovlivnitelná výživou, bylo nutné výběr ještě blíže specializovat. Když jsem přemýšlela, o čem tedy budu psát, zjistila jsem, že nejvíce by mě zajímaly právě střevní záněty. Ale i ty jsou samy o sobě hodně obsáhlé a jsou způsobeny různými příčinami. Střevní záněty mohou být infekční, postantibiotické nebo mohou vznikat z příčin mechanických, exogenních a endogenních nebo nejasné etiologie. Zaujaly mě právě záněty nejasné etiologie neboli nespecifické (idiopatické) střevní záněty, tedy Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Při rozhodování mi pomohla i kamarádka, která má diagnostikovanou Crohnovu chorobu už delší dobu, a právě strava jí dělá hodně velký problém.

Chronická onemocnění jsou onemocnění, jež mají dlouhodobý průběh a většinou jsou už na celý zbytek života. Patří mezi ně právě výše zmíněné střevní záněty, dále zánět žaludku a duodena, vředová choroba, ale i zánět slinivky břišní nebo jater.

V teoretické části jsou popsány obě choroby, tedy Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, včetně jejich příznaků a dalších komplikací, které souvisejí s těmito chorobami. Teoretická část obsahuje i možnosti léčby, a to i včetně diet, které jsou doporučovány během akutního i klidového stádia obou chorob. Také obsahuje možnosti umělé výživy, tedy enterální a parenterální, a jejich indikaci během léčby akutního stádia.

Ve výzkumném šetření jsem se snažila zjistit, jak se pacienti stravují během klidového stádia choroby. Zda jim problém při konzumaci dělají některé druhy potravin, nebo jen jejich složky. Zjišťovala jsem tedy, jestli je jejich strava plnohodnotná a pestrá s dostatečným příjmem tekutin a jestli pacienti dodržují pravidelnost stravy během dne.

1. Současný stav

1.1. Idiopatické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou chronické zánětlivé choroby trávicího traktu, jež recidivují a probíhají ve vlnách. Řadíme mezi ně Crohnovu chorobu (MC) a ulcerózní kolitidu (UC), které se od sebe liší endoskopickým a histologickým nálezem a rozdílným postižením střeva. Pokud příznaky a nález neodpovídají ani jedné z chorob, jedná se o indeterminantní kolitidu (Stránský, Ryšavá, 2014). V současné době příčina obou chorob stále není známá, proto se užívá název idiopatické střevní záněty (Lukáš, 2016). Autor také píše, že v důsledku změn životního stylu, přípravy jídel, nadměrného stresu i používání antibiotik, se může jednat o vznikající civilizační nemoci. Dále se autor zabývá vlivem dědičnosti na vzniku obou chorob, a to u Crohnovy choroby až 50 % vliv dědičnosti a 20 % u ulcerózní kolitidy. Krejsek (2016) souhlasí s předchozím autorem, že příčina chorob stále není známá. Tvrdí také, že IBD jsou výsledkem komplexních interakcí vycházejících z genetické dispozice, které jsou zásadně ovlivněny střevním mikrobiomem a individuální reakcí imunitního systému. S tímto názorem souhlasí i Tomasello et al. (2016), který jako další faktory uvádí genetické a enviromentální.

Incidenci Crohnovy choroby v Evropě uvádí Stránský, Ryšavá (2014) okolo 5,2 – 8,6 nových případů na 100 000 obyvatel. Rendl a Tóthová (2013) uvádějí incidenci v České republice mezi 1,7 – 2 nových případů na 100 000 obyvatel za rok, což je mnohem více než před 20 lety. Autoři také uvádějí, že u ulcerózní kolitidy se incidence za posledních 20 let více než zdvojnásobila. Oba autoři uvádějí, že nejčastější výskyt idiopatických střevních zánětů je mezi 15. až 35. rokem věku a častější výskyt je u bílé rasy než rasy barevné. Frej a Kuchař (2016) uvádějí nejčastější výskyt mezi 20–30 rokem věku a souhlasí s častějším výskytem u bílé rasy. Stránský a Ryšavá (2014) dále uvádějí druhý nejčastější výskyt u lidí ve věku nad 65 let.

1.2. Crohnova choroba

Crohnova choroba je charakterizována zánětem celé střevní stěny a střídáním úseků zdravých s postiženými a obdobími relapsů a remisí, tedy zhoršení a zklidnění nemoci (Kohout, 2010b). Choroba může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice, avšak nejčastěji se vyskytuje v dolní části tenkého střeva a v horní části střeva tlustého (Stránský, Ryšavá, 2014). MC se vyskytuje ve dvou formách, a to stenožující a fistulující

(Kohout, 2010b). Mezi faktory, které ovlivňují vznik choroby, uvádí Lukáš (2016) dědičnost, kouření a užívání antibiotik.

1.2.1. Příznaky

Mezi nejčastější příznaky obou chorob řadí Stránský a Ryšavá (2014) průjmy a bolesti břicha, ale na rozdíl od ulcerózní kolitidy, se u Crohnovy choroby objevuje krev ve stolici jen zřídka. V důsledku častějšího výskytu v tenkém střevě se mohou spíše objevit příznaky malnutrice. Pokrivčák et al. (2014) uvádí artritidu jako nejčastější mimo střevní projev, dále aftózní stomatitidu, iritidu (zánět duhovky), episkleritidu, sklerozující cholangitidu a kožní projevy. Mezi nejvýznamnější kožní projevy IBD Shores a Bloomfeld (2010) řadí erythema nodosum a pyoderma gangrenosum. Lukáš a Jirásek (2007) se zmiňují ještě o postižení dutiny ústní (afity), jater a biliárním postižení.

U dětí se MC projevuje nechutenstvím, kolikovitými bolestmi břicha, průjmem, a hlavně opožděným růstem (Velemínský et al., 2009). Červenková (2009) píše, že první ataky choroby se podobají náhlé příhodě břišní. A po první dosažené remisi se relaps projeví rychleji a s agresivnějším průběhem.

1.2.2. Komplikace

Mezi komplikace řadíme píštěle, které se vyskytují v různých částech střeva, stenózy vedoucí až ke vzniku ileózního stavu a abscesy (Pokrivčák et al., 2014). Po rozsáhlé chirurgické resekcii tenkého střeva vzniká tzv. syndrom krátkého střeva (Kohout, 2010b). Mezi další komplikace MC Boulton et al. (2011) řadí problémy močové, a to hydronefrózu způsobenou obstrukcí ilea a enterovesickou trhlinu. Dále autoři uvádí renální a žlučové problémy, převážně tvorbu oxalátových a žlučových kamenů. Další mimo střevní komplikací je malabsorpce živin, u Crohnovy choroby zejména deficit kyseliny listové a železa způsobující anémii a deficit vápníku a vitamínu D způsobující osteoporózu, dále se objevuje deficit hořčíku a zinku (Stránský, Ryšavá, 2014). Autoři také uvádějí, že se častěji objevuje i laktózová intolerance, na rozdíl od UC.

1.2.2.1. Syndrom krátkého střeva

Je stav, při kterém se natolik sníží absorpční plocha střeva a dochází tak k nedostatečnému vstřebávání všech živin při perorálním příjmu (Kohout, 2010b). Syndrom krátkého střeva vzniká při snížení délky tenkého střeva pod 100 cm (Lukáš, 2016), Skříčka et al. (2009) ale uvádí vznik syndromu pod 150 cm délky tenkého střeva.

Avšak Kohout (2010b) uvádí, že na délce zbylého tenkého střeva zas tak nezáleží, ale je důležité, zda je zachovalé tlusté střevo, ileocékální chlopeň nebo je tenké střevo vyvedeno nad dutinu břišní – stomie. Ve velké míře se pacientů se syndromem krátkého střeva týkají i změny ve střevním mikrobiomu, střevní bakterie se adaptují na rychlý přísun substrátů a využívají je k produkci látek využitelné pro organismus hostitele (Vejmelka, Kohout, 2017).

1.3. Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida, označovaná také jako idiopatická proktokolitida, se vyznačuje zánětem sliznice tlustého střeva s častým vznikem vředových lézí. Zánět vždy postihuje rektum a poté různě dlouhou část tlustého střeva. Pokud je postižené celé tlusté střevo, mluvíme o totálním tvaru ulcerózní kolitidy, tedy pankolitidy (Kohout, 2010b). U většiny dětí s UC se už na samém začátku objevuje agresivnější forma nemoci, tedy pankolitida (Červenková, 2009). Podle Lukáše a Jiráka (2007) může mít UC dva průběhy, a to chronický kontinuální a chronický, při kterém se střídá období akutní a období klidu. Autoři Boulton et al. (2011) a Stránský, Ryšavá (2014) se shodují, že kouření u UC může mít určitý protektivní charakter. Boulton et al. (2011) také píše, že při prvním omezení kouření, může dojít k rozvoji UC.

1.3.1. Příznaky

Při postižení sliznice konečníku neboli proktitidě, vzniká rektální syndrom, který se vyznačuje nutkavým pocitem na stolicí bez úlevy a stolicí s příměsí krve nebo hlenu. Kolitickým syndromem nazýváme postižení sliznice střeva a konečníku vyznačující se silně nutícími průjmy s příměsí krve, hlenu nebo hnisu. Mezi mimo střevní příznaky patří bolest velkých kloubů, zánět duhovky a kožní projevy tzv. erythema nodosum (Pokrivčák et al., 2014). Shores a Bloomfeld (2010) uvádí ještě pyoderma gangrenosum jako nejčastější kožní projev spolu s erythema nodosum. Lukáš a Jirásek (2007) uvádí mezi nejčastější mimo střevní příznaky ještě postižení jater a žlučového systému.

1.3.2. Komplikace

Mezi nejčastější komplikace ulcerózní kolitidy Pokrivčák et al. (2014) řadí toxické megakolon a prekancerózu karcinomu tlustého střeva. Stange (2009) ke komplikacím přidává masivní krvácení, perforaci a stenózu střeva. Toxické megakolon vzniká při ochrnutí a roztažení svaloviny tlustého střeva s následnou poruchou absorpční bariéry střeva a vstřebatelností toxických látek. Mezi příznaky řadíme slabost, horečku, vzedmuté

břicho, ale i hypovolemický až septický šok (Pokrivčák et al., 2014). Snížení plodnosti a zvýšené riziko pro potrat Boulton et al. (2011) uvádí jako extraintestinální komplikace.

1.4. Malnutrice

Malnutrice je stav zhoršené výživy, při kterém dochází k nedostatečnému přísunu energie, bílkovin, ale i vitamínů a stopových prvků vzhledem k potřebám organismu (Kohout, 2010a). Tento patologický stav vede k častějším komplikacím v průběhu léčby, prodlužuje délku hospitalizace a může vést i k úmrtí pacienta (Kučela, Kohout, 2011). Rozlišujeme dva typy malnutrice, a to marantický a kwashiorkorový. Marantický typ je způsoben nedostatkem energie a následným váhovým úbytkem vedoucí až ke kachexii. Kwashiorkorový typ je mnohem závažnější. Je způsoben nedostatkem bílkovin a jejich rychlým odbouráváním ze svalové hmoty při zachování tukových zásob. Často se ale setkáme s kombinací obou typů, poté mluvíme o protein-energetické malnutrici (Křemen et al., 2009). Dále toto uvádějí i Žák (2007), Zadák (2008) a Rušavý, Kreuzbergová (2008).

Idiopatické střevní záněty, především Crohnova choroba, mají za následek vznik tohoto patologického stavu. Až 80-90 % pacientů s IBD trpí podvýživou způsobenou právě znovu vzplanutím choroby, ale i vedlejšími účinky léčby a snížením příjmu potravy v důsledku bolestí. Ke ztrátě bílkovin dochází při dlouhodobě probíhajícím zánětu a zánětem poškozené a krvácející střevní sliznici. To vede ke zvýšenému energetickému výdeji, který je nutný hradit přísunem všech živin. Přes poškozenou střevní sliznici ale nedochází k dostatečnému vstřebávání makro i mikronutrientů, což vede k podvýživě, případně rozvratu vnitřního prostředí. Vzniklá malnutrice zvyšuje i počet pooperačních komplikací a prodlužuje délku hospitalizace (Kohout, 2010b).

1.4.1. Diagnostika

Malnutrici diagnostikujeme pomocí anamnézy, fyzikálního, antropometrického a laboratorního vyšetření. Dobré je také využití nutričního screeningu (NS) k vytipování rizikových pacientů, který je součástí anamnézy (Kohout, 2011a).

V nutričním screeningu hodnotíme současný stav výživy a jeho změny, schopnost samostatného příjmu stravy a závažnost onemocnění (Křemen et al., 2009). NS provádí sestra při příjmu pacienta a také upozorňuje na případné riziko malnutrice nebo již probíhající malnutrici. Rizikový pacienti by měli být dále vyšetřeni nutričním terapeutem, který provede podrobné nutriční vyšetření a rozhodne o další nutriční péči (Kohout,

2010a). Z anamnézy dále zjišťujeme, zda pacient nedodrží nějaká dietní omezení (bezlepková, bezlaktózová dieta) či zvyklosti (vegan, vegetarián) (Kohout, 2011a).

Mezi antropometrická vyšetření patří hmotnost, výška, body mass index (BMI), obvod paže a měření podkožního tuku. Z toho hmotnost, výška a BMI jsou i kritérii v NS (Kohout, 2011a). BMI vypočítáme jako poměr váhy v kilogramech a výšky v metrech umocněné na druhou. Měření obvodu paže se provádí na nedominantní paži a zhruba v polovině. Hodnoty pod 19,5 cm u mužů a 15,5 u žen svědčí pro sarkopenii. Měření podkožního tuku pomocí kaliperem se již dnes neprovádí. Z laboratorních vyšetření se nejčastěji sleduje hladina plazmatických bílkovin (Kohout, 2011a; Meisnerová, 2016).

1.4.2. Nutriční intervence

Při léčení malnutrice nejprve podáváme normální stravu s přidavkem nutričních doplňků. Pokud tato léčba nemá dostatečný pozitivní účinek, je na řadě enterální výživa podávána přes nasogastrickou nebo nasojejunální sondu. V poslední řadě přistupujeme k výživě parenterální (Křemen et al., 2009). Dbáme na to, aby výživa nepřetěžovala organismus. Hlídáme tedy energetický příjem a výdej, aby se zabránilo realimentačnímu syndromu (Rušavý, Kreuzbergová, 2008).

1.4.3. Refeeding syndrom

Refeeding neboli realimentační syndrom vzniká při rychlém a nadměrném zahájení nutriční podpory u malnutričních pacientů. Jedná se o minerálový a metabolický rozvrat a dochází k zadržování tekutin. To vede až k srdečnímu a respiračnímu selhání, někdy i k selhání multiorgánovému, což může mít až fatální následky. Ohroženi jsou právě i pacienti s nespecifickým zánětlivým onemocněním střev, se syndromem krátkého střeva nebo střevními píštělemi. Syndrom se může vyskytnout při zahájení jakékoli nutriční podpory, ať už je to běžná dieta nebo enterální či parenterální výživa (Křemen et al., 2009).

1.5. Léčba

Rozlišujeme léčbu medikamentózní a biologickou. Medikamentózní léčbu dělíme na indukční a udržovací. Více jak polovina nemocných s nespecifickými střevními záněty má lehčí formu nemoci s nízkou klinickou, laboratorní i endoskopickou aktivitou a pouze menší část vyžaduje imunosupresivní léčbu. Potlačit příznaky onemocnění a co nejrychleji snížit aktivitu zánětu má za cíl indukční léčba, naopak udržovací léčba

dlouhodobě zabraňuje návratu symptomů a projevů chorob. Biologická léčba je vhodná po neúspěšné medikamentózní. V současné době je nejúspěšnější léčbou idiopatických střevních zánětů, avšak je spojena s vyšší cenou a rizikem závažných zdravotních problémů. Proto je podávána za předpokladu, že nemocný z ní bude profitovat (Ehrmann, Konečný, 2012).

1.5.1. Dieta s omezením zbytků

Tato dieta má šetřící charakter. V dietním systému ji najdeme pod číslem pět. Podává se při zánětlivých onemocnění střev a při stomiích, aby se omezila zátěž střeva a snížil se počet stolic (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Podle Šatrové (2007) se dieta indikuje i při dráždivém tračníku, dyspepsiích, malabsorbčním syndromu a po akutních průjmových onemocnění. Autorka uvádí dietu bezezbytkovou jako plnohodnotnou, kterou lze podávat dlouhodobě. Uvádí také složení diety, a to 9 500 KJ, 90 g B, 70 g T a 320 g S.

Pod pojmem „omezení zbytků“ rozumíme omezení nerozpustné vlákniny. Potraviny, které obsahují nerozpustnou vlákninu, z jídelníčku vyloučíme. Mezi tyto potraviny patří luštěniny, celozrnné pečivo, syrová a nadýmavá zelenina a ovoce. Mezi vhodné technologické postupy řadí autoři vaření, dušení pod pokličkou a pečení. Nevhodné je smažení (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Kohout (2010b) řadí mezi nevhodné postupy navíc grilování a fritování. Vhodná příprava masa je taková, že ho opékáme na sucho a poté podléváme vodou. Protože při osmažení cibulového základu pod maso dochází k přepalování tuku, to však dráždí střevo, a proto jej nepoužíváme. Omáčky zahušťujeme moukou rozmíchanou ve vodě nebo v mléce (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

1.5.1.1. Vhodné a nevhodné potraviny

Maso a uzeniny

Volíme libové druhy hovězího i vepřového masa. Dále je povoleno kuře, krůta, králík, ryby sladkovodní i mořské, ale netučné. Z uzenin je povolena šunka. Salám šunkový, dietní a drůbeží je povolen jen k občasné konzumaci. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Nevhodné jsou tučné druhy mas, jako je bůček, uzené a nakládané maso, kachna, husa, a vnitřnosti, zejména játra a ledvinky. Z uzenin jsou nevhodné trvanlivé salámy, paštiky, uzené ryby, slanečci a olejovky. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Mléko a Mléčné výrobky

Mléko a mléčné výrobky volíme podle individuální snášenlivosti, obecně se lépe snáší kysané mléčné výrobky. Vhodné je mléko, acidofilní mléko, kefir, sýry do 45 % tuku v sušině, tvaroh a jogurty nízkotučné, puding. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Nevhodné jsou tučné, plísňové a zrající sýry, plnotučné mléko, smetanové jogurty, šlehačka a smetana. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Tuky a vejce

Volný tuk do 30 g/den je určený na namazání pečiva a přípravu jídla. Povolené je máslo, kvalitní olej a rostlinné tuky, jako je Rama, Perla, Flora. Vejce přidáváme pouze do pokrmů. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Autoři řadí mezi nevhodné tuky smetanu, šlehačku, majonézu a slaninu. Mezi nevhodné přípravy vajec řadíme smažení a přípravu natvrdo ve větším množství. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Ovoce, ořechy

Povolená jsou jablka, meruňky, broskve, banány, mandarinky jen občas. Přičemž jablka musí být nastrohaná a oloupaná, broskve a meruňky oloupané a mixované. Dále jsou povoleny přesnídávky a pyré, rozmačkané kompoty a džem. Vítány jsou domácí ovocné šťávy a mošty obsahující vitamíny a minerální látky. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Nevhodné jsou ořechy jakéhokoli druhu, poté mák a neloupané ani jinak upravené ovoce a ovoce obsahující semínka, jako jsou maliny, rybíz, jahody, kiwi. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Zelenina

Mezi povolené druhy patří mrkev, petržel a celer v nastrohané nebo mixované podobě, zapečená cuketa a chřest. Poté neochucený protlak ze špenátu a šťáva a protlak z rajčat. Cibuli v malém množství vyvařit do polévky nebo pod maso. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Nepovolené jsou ostatní druhy zeleniny, jako jsou okurky, kapusta, zelí, papriky, květák, ředkvičky, kedlubna, cibule, fazolky, kukuřice, nakládaná a sterilovaná zelenina a houby. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Polévky a omáčky

Vhodné jsou polévky s povolenou zeleninou, mixovanou nebo strouhanou, obilninové polévky a netučné vývary se zavářkou. Vybíráme dietní omáčky, jako je rajská a koprová. Nezahušťujeme je jíškou, ale moukou rozmíchanou ve vodě nebo v mléce. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Nevhodné jsou tučné vývary, luštěninové, houbové, česnekové a gulášové polévky. Smetanové, houbové a okurkové omáčky a tatarskou omáčku řadíme do nevhodných druhů omáček. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Příkrmy

Vhodné jsou bramborová kaše, rýže, těstoviny, nekynuté houskové knedlíky a podle individuální snášenlivosti i bramborové knedlíky. Pečivo volíme bílé, starší. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Nevhodné jsou luštěniny, brambory v celku, smažené brambory, bramborový salát s majonézou, kynuté knedlíky. Čerstvé a celozrnné pečivo také není vhodné. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Moučníky, sladká jídla

K povoleným sladkým jídlům radí autoři žemlovku, rýžový nákyp a ovocné knedlíky z tvarohového těsta. Mezi vhodné moučníky radí rolády z piškotového těsta, tvarohové řezy z křehkého těsta a jablečný závin z těsta jogurtového. Dále je povolený med a den stará vánočka.

Jako nevhodná sladká jídla autoři uvádějí palačinky, koblihy, buchty s mákem, smetanovou zmrzlinu, tučné krémy.

Nápoje

Mezi vhodné nápoje autoři radí čaje, minerálky, ovocné a zeleninové šťávy a mošty, bílou kávu, kakao a mléko podle individuální snášenlivosti.

Mezi nevhodné radí Svačina, Bretšnajdrová (2008) sycené nápoje (coca-cola, spritte atd.), zrnkovou kávu a všechny alkoholické nápoje. Ale Kohout (2010b) uvádí, že přírodní víno a pivo nevadí, pokud se držíme doporučením pro běžnou populaci. Doporučení konzumace alkoholu je jiné pro muže a jiné pro ženy. Doporučení pro muže je 20 g

alkoholu denně, což znamená dva dl vína nebo velké pivo, doporučení pro ženy je 10 g alkoholu denně, tedy jeden dl vína nebo malé pivo (Stránský, Ryšavá, 2014).

Koření

Svačina, Bretšnajdrová (2008) uvádí, že vhodné koření pro tuto dietu má být neдрáždivé. Do této skupiny patří pažitka, petrželka, bazalka, kopr, citronová kůra a křen v malém množství.

Mezi nevhodné řadí autoři pepř, chilli, papriku, polévkové koření, česnek, kari, masox a hořčici.

1.5.2. Zásady diety v relapsu

V této fázi je nutné podávat pacientům dietu s omezením zbytků neboli bezezbytkovou, aby se zabránilo nedostatečnému příjmu živin a všech mikronutrientů. Dietu podáváme i při stenózách do té doby, než jsou vyřešeny. To znamená, že se pacientům nepodává čerstvá zelenina a ovoce, luštěniny a celozrnné výrobky. Nepodávají se ani pokrmy s vysokým obsahem tuků, grilované, smažené a nadýmavé. Naopak mezi vhodné technologické úpravy řadíme vaření, dušení, pečení v alobalu, ale i úpravu v páře (Kohout, 2010b)., Podle Grofové (2007) navyšujeme bílkoviny při zotavování se po akutní fázi až na 1,3 g/kg/den, ale Zlatohlávek (2016) uvádí přísun bílkovin mezi 1,5 – 2 g na jeden kilogram váhy za den.

Při nezajištění dostatečného přísunu energie, bílkovin, ale i dalších živin, je nutné stravu obohatit o doplňky umělé výživy, ve formě sippingu nebo podávání umělé enterální výživy do sondy (Kohout, 2010b).

Kohout (2011b) také uvádí, že je vhodné jídlo rozdělit na menší porce konzumované vícekrát za den v klidu a v sedě u stolu. Jídlo řádně rozkousat a nehltat. Příjem tekutin oddělit od příjmu tuhé stravy. Tekutiny nepodávat příliš studené ani horké, nejlépe vlažné.

1.5.3. Zásady diety v remisi

Strava ve stadiu remise se neliší od racionální diety. Na normální stravu se přechází postupným uvolňováním diety s omezením zbytků. Ovšem i v této fázi je dobré se vyhnout nadýmavým pokrmům, tučným druhům mas a tvrdému alkoholu. Avšak žádná přesná omezení nejsou. Každý pacient si, nejlépe ve spolupráci s nutričním terapeutem,

musí vytipovat potraviny, které mu nezpůsobují žádné bolesti, průjmy, tlak v břiše, tedy potraviny, které může konzumovat bez vzniku nežádoucích problémů (Kohout, 2010b). Grofová (2007) souhlasí s tím, že každý pacient si musí vytipovat potraviny, které mu vyhovují. Autorka také uvádí dietu jako energeticky a biologicky plnohodnotnou se zvýšeným obsahem bílkovin, který je stanoven na 1 g/kg/den. Kohout (2011b) ovšem uvádí, že pacienti trpící stenozující formou MC musí dodržovat dietu s omezením zbytků i v klidové fázi onemocnění, vyšší obsah vlákniny by mohl způsobit bolesti břicha, průjmy i ileózní stav.

I v klidové fázi oddělujeme příjem tekutin od pevné stravy, jídlo rozdělujeme do menších porcí až šestkrát za den. Konzumujeme jídla v klidu a v sedě u stolu. Nehltáme a vše dobře rozkoušeme. Tekutiny podáváme vlažné (Kohout, 2011b).

1.5.4. Vláknina

Vláknina se dělí na rozpustnou a nerozpustnou ve vodě. Mezi zástupce vlákniny řadíme celulózu, hemicelulózy, pektin, lignin, inulin a škrob. Nerozpustná vláknina plní v organismu řadu důležitých funkcí. Zejména bobtná a váže tekutinu a prodlužuje tím pocit sytosti, dále zvyšuje peristaltiku a působí jako prebiotikum (Stránský, Ryšavá, 2014). Mourek et al. (2013) se shoduje s výše uvedenými informacemi, liší se v uvedených zástupcích vlákniny. Uvádí pouze celulózu, pektin a lignin. Stránský, Ryšavá (2014) a Mourek et al. (2013) se také shodují, že vláknina rozpustná ve vodě v gastrointestinálním traktu snižuje zpětnou resorpci cholesterolu. Oba autoři se však rozcházejí v doporučeném denním příjmu vlákniny. Mourek et al. (2013) uvádí 25–35 gramů vlákniny za den, ale Stránský a Ryšavá (2014) uvádí nejméně 30 gramů vlákniny za den. Náhlé výrazné zvýšení vlákniny ve stravě může mít za následek plynatost, nadýmání a bolesti v podbřišku (Stránský, Ryšavá, 2014).

1.5.5. Probiotika

Probiotika jsou léky nebo potravinové doplňky obsahující živé kultury mikroorganismů, které zlepšují stav střevní mikroflóry jedince. Vyskytují se buď samostatně nebo kombinovaně (Kohout, 2010b). Jedná se nejčastěji o laktobacily, bifidobakterie, enterokoky a kvasinky (Mourek et al., 2013).

Prodlužují dobu remise onemocnění a vedou k udržení klidové fáze u IBD po chirurgickém zákroku nebo léky navozené. Dále zkracují délku léčby relapsu a pomáhají v prevenci pouchitidy po kolektomii s ileopouch-anální anastomózou (Kohout, 2010b).

Červenková (2009) uvádí, že E-coli kmene Nissle 1917 udržuje remisi ulcerózní kolitidy, avšak na snížení zánětlivé aktivity probíhající kolitidy ji lze použít jako doplňkovou léčbu.

1.5.6. Dieta FODMAP

Dieta low-FODMAP znamená snížený příjem fermentovaných oligosacharidů, disacharidů, monosacharidů a polyolů. Tyto sacharidy někteří lidé špatně vstřebávají, tudíž dieta s nízkým obsahem těchto sacharidů zlepšuje gastrointestinální příznaky u IBD a syndromu dráždivého tračníku. FODMAP se vyskytují v mnoha potravinách, například v mléku je laktóza, v ovoci fruktóza, v luštěninách galaktany a v umělých sladidlech se vyskytují ve formě polyolů. Při špatné absorpci v tenkém střevě, se ve střevě tlustém mohou přetvořit na plyny, porušit motilitu střev za vzniku průjmů (Yoon et al., 2015).

1.6. Umělá výživa

Pod pojem umělá výživa zahrnujeme enterální a parenterální výživu. Obecně můžeme říci, že enterální nebo parenterální výživu podáváme tehdy, když je pacient neschopný přijímat potravu po dobu delší než tři dny nebo je jeho nutriční stav před začátkem léčby nevyhovující. Neprůchodnost nebo porucha trávení a resorpce živin je jedna z nejčastějších příčin neschopnosti přijímat normálně stravu. Nevhodnější výživou pro nemocného je bezpochybně perorální příjem stravy, proto je důležité pacienta k němu navrátit, co nejdříve. Výhodný je i poměrně malý příjem per-os, protože stimuluje sekreci hormonů trávicího traktu (Zadák, 2008).

1.6.1. Enterální výživa

Formy nutriční podpory označené jako potraviny pro zvláštní lékařské účely označujeme enterální výživou. Nesprávně se tento termín používal jako synonymum pro výživu sondou. Enterální výživa (dále jen EV) se dělí na sondovou výživu a perorální nutriční doplňky neboli sipping. EV indikujeme při onemocnění gastroenterologických, psychiatrických, neurologických, stomatologických atd. Neindikujeme EV při náhlé příhodě břišní, akutním krvácení do GIT, mechanickém ileu, šokovém stavu a těžké hypoxii (Křemen et al., 2009).

Rozlišujeme dvě základní skupiny EV, polymerní výživu a oligomerní. Rozdíl mezi těmito dvěma druhy výživy je takový, že polymerní výživa obsahuje živiny v původní formě na rozdíl od oligomerní, která obsahuje živiny rozštěpené nevyžadující ke vstřebání

trávicí enzymy. Oligomerní výživa je používána při netoleranci výživy polymerní. Dobrý efekt má u syndromu krátkého střeva nebo u akutního stádia Crohnovy choroby. Přípravky EV dále obsahují denní doporučené množství vitaminů, minerálních látek a stopových prvků (Křemen et al., 2009).

1.6.1.1. Enterální výživa u pacientů s IBD

I u pacientů s IBD je enterální výživa upřednostňována před parenterální. Crohnovu chorobu nutriční podpora ovlivňuje daleko více než ulcerózní kolitidu. Přesto i u těžších forem MC, pokud je to možné, volíme enterální výživu. A to především výživu sondou (Křemen et al., 2009). Podle Kohouta (2010b) je lepší podávat výživu nasojejunální sondou, která je pro pacienty lépe snesitelná i při dlouhodobém podávání enterální výživy. Nasojejunální sonda je tenčí než sonda nasogastrická, která často v nose i při polykání překáží a pacient může ztratit chuť k jídlu, což je nežádoucí. U sondy zavedené do jejunu se to nestává a je vhodné sondovou výživu doplňovat o perorální příjem stravy. Tuto výživu je vhodné podávat i před plánovaným chirurgickým výkonem v rozsahu alespoň jednoho týdne k úpravě nutričního stavu. Křemen et al. (2009) uvádí, že v případě malnutričních pacientů je výhodné podávat doplňkovou enterální výživu, buď tedy sondou nebo sippingem.

Dáváme přednost lipidovým formulím s vyšším obsahem ω -3 mastných kyselin a dostatečným přísunem všech vitaminů, minerálních látek a stopových prvků. Tyto kyseliny mají totiž pozitivní vliv na snížení aktivity zánětu (Křemen et al., 2009). Oba autoři se shodují, že nejčastějším podávaným přípravkem je polymerní enterální výživa, někdy je však nutné podávat i oligomerní výživu.

U dětí a mladých adolescentů je EV u Crohnovy choroby nejúčinnější a používá se jako primární léčba, na rozdíl od starších věkových skupin (Kohout, 2010b). Podle Tenkové, Novákové (2017) je nejčastěji u dětí používána exkluzivní enterální výživa (EEV) formou sippingu, dále se používá nasogastrická sonda, pokud dítě není schopno vypít požadované množství stravy nebo ho netolerují. EEV lze do nasogastrické sondy podávat jak bolusově, tak i kontinuálně, do nasojejunální sondy pouze kontinuálně. S podáváním EEV souhlasí i Karásková (2015). Lee a Suskind (2016) uvádějí, že EEV pomáhá v navození remise až u 85 % dětí. Délka podávání EEV se doporučuje na 6-8 týdnů, ale pokud se po 2-3 týdnech neprojeví pozitivní odpověď, měl by se zvážit jiný druh léčby (Bronský et al., 2013).

1.6.1.2. Enterální výživa-sipping

Sipping je první volba enterální výživy. Jedná se o nejjednodušší metodu, jak zvýšit nutně příjem energie a bílkovin. Jedná o přípravky obsahující všechny základní makro i mikro živiny. Indikuje se buďto jako doplněk k perorálnímu příjmu nebo při přechodu od sondové výživy k příjmu per-os. V případě druhé možnosti, je nutné, aby byl přípravek popíjen v průběhu alespoň 1-2 hodin, aby se předešlo nežádoucím komplikacím (Kohout, 2010b). Nutričními přípravky lze navýšit energetický příjem až o 600 kcal/den (Grofová, 2007). Jak už bylo výše zmíněno, i u dětí se jako první možnost léčby podává exkluzivní enterální výživa ve formě sippingu (Tenklová, Nováková, 2017).

1.6.2. Parenterální výživa

Parenterální výživu (PV) můžeme rozdělit na dvě části, na doplňkovou a úplnou. Tuto výživu podáváme jen na nezbytně dlouhou dobu a snažíme se o přechod na EV. V případě Crohnovy choroby doplňkovou PV volíme v případě malnutrice z různých důvodů a u dětí s poruchami růstu. Mezi indikace úplné PV patří píštěle s vysokým odpadem, obstrukce střev, syndrom krátkého střeva, selhání EV v léčbě malnutrice a v případě zhoršení bolestí břicha a při selhání klasické medikamentózní terapie. PV zlepšuje průběh akutního vzplanutí choroby, zkracuje délku léčby píštělí a zkracuje délku léčby relapsu při současném užívání kortikosteroidů nebo biologické léčby (Kohout, 2010b; Křemen et al., 2009). U ulcerózní kolitidy uvádí Kohout (2010b), že je PV indikována v případě malnutrice nebo bez možnosti přijímat enterální výživu. Křemen (2009) ale uvádí, že PV indikujeme pouze při těžkém znovu vzplanutí nemoci nebo toxického megakolon, výjimečně u malnutričních pacientů.

Energetický příjem se pohybuje okolo 30 kcal/kg/den, ale někdy je nutné zvýšení až na 35 kcal/kg/den, zejména jedná-li se o chirurgický stres při zákrocích, abscesy a infekce. Potřeba aminokyselin se zvyšuje až na 1 – 1,5 g/kg/den. Důležitá je i suplementace některých mikronutrientů, pacienti trpí často deficitem kyseliny listové, vitamínem B3, hořčíku, selenu a zinku (Zadák, 2008).

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

Pro výzkum mé bakalářské práce byly stanoveny dva cíle:

1. Zjistit stav výživy u osob s ulcerózní kolitidou
2. Zjistit stav výživy u osob s Crohnovou chorobou

2.2. Výzkumné otázky

VO 1 Jaké potraviny považují za vhodné osoby s UC a Crohnovou chorobou?

VO 2 Jaké informace o stravování mají osoby s UC a Crohnovou chorobou?

VO 3 Jaké problémy Vám UC a Crohnova choroba přináší?

VO 4 Jaké tekutiny jsou upřednostňovány?

VO 5 Jaké rozdíly pozorujeme ve výživě mezi UC a Crohnovou chorobou?

3. Operacionalizace pojmů

Potravina

Všechny produkty rostlinného a živočišného původu sloužící v nezměněné nebo modifikované formě naší výživě (Stránský, Ryšavá, 2014).

Živina

Látky, které slouží ke stavbě, ochraně a udržování organismu. Radíme mezi ně bílkoviny, tuky, sacharidy, vlákninu, vitamíny, minerální látky a stopové prvky a vodu (Stránský, Ryšavá, 2014).

Výživa

Všechny pochody, kterými organismus přijímá v pevné nebo tekuté formě látky nezbytné pro stavbu a obnovu orgánů a udržování životně důležitých funkcí (Stránský, Ryšavá, 2014).

Crohnova choroba

Charakterizuje se zánětem celé střevní stěny a střídáním úseků zdravých s postiženými a obdobími relapsů a remisí (Kohout, 2010b).

Ulcerózní kolitida

Vyznačuje se zánětem sliznice tlustého střeva s častým vznikem vředových lézí. Zánět vždy postihuje rektum a poté různě dlouhou část tlustého střeva (Kohout, 2010b).

4. Metodika výzkumu

4.1. Popis metodiky

Ve výzkumné části mé bakalářské práce jsem použila metodu kvalitativního šetření. První část mé výzkumné části tvoří propoččet a zhodnocení týdenního jídelníčku od každého respondenta. Druhou část tvoří polostrukturované rozhovory.

K výběru respondentů byla využita metoda „*SnowBall*“, sněhové koule. Podmínkou pro zařazení do výzkumného šetření bylo jedno z onemocnění, buď ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba. Dalšími podmínkami bylo klidové stádium onemocnění, zodpovězení otázek a sepsání týdenního jídelníčku.

Každý respondent byl informován o správném zapisování jídelníčku, kde zaznamenával přibližné množství a druh jednotlivé potraviny, pravidelnost stravy a množství a druh tekutin. Jídelníčky byly propočítány v aplikaci Nutriservis. Aplikace mi vyhodnotila energetickou hodnotu, množství bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny, z čehož byl získán odhad o nedostatečném nebo nadbytečném příjmu energie a živin. Pro přehledné rozdělení respondentů, bylo každému přiřazeno číslo a zkratka jejich onemocnění. Tedy respondenti s čísly 1-3 MC pro Crohnovu chorobu, a respondenti s čísly 4-6 UC pro ulcerózní kolitidu.

Nutriservis je webová aplikace umožňující podle databáze potravin propočítávat již zaznamenané jídelníčky nebo je naopak vytvářet. V této práci byla použita aplikace Nutriservis Professional, která umožňuje sledování základních živin, ale i dalších nutrientů (např. stopových prvků a další). Tato aplikace je podrobnější a je určena pro lékaře a nutriční terapeutky, na rozdíl od verzí Nutriservis Plus nebo Nutriservis Free, které jsou určeny pro veřejnost.

Jelikož týdenní jídelníčky šesti respondentů byly moc rozsáhlé, byly vytvořeny tabulky, ve kterých jsou uvedeny průměrné energetické hodnoty a jednotlivé energetické hodnoty za každý den. Celé jídelníčky i rozhovory od respondentů budou k dispozici k nahlédnutí na přiloženém CD disku. Jednotlivé průměrné týdenní hodnoty jsem srovnávala s hodnotami vypočítanými pomocí Harris-Benedictovy rovnice. Do rovnice byly zadány hodnoty jednotlivých respondentů pro výpočet základního energetického výdeje. Pro výpočet celkového energetického výdeje všech respondentů bylo zapotřebí stanovit faktor tělesné aktivity, tělesné teploty a onemocnění. Všichni respondenti byli mobilní,

což je pro výpočet hodnota 1,3, bez teplot, tedy hodnota 1,0, a chronicky nemocní, což je hodnota 1,2. Množství bílkovin bylo stanoveno na 1 g/kg/den, množství tuků na 30 % z celkového energetického výdeje a sacharidy jsem vypočítala odečtením energie bílkovin a tuků z celkového energetického výdeje. Optimální množství vlákniny ve stravě bylo stanoveno na 30 g/den.

Polostrukturované rozhovory tvořilo 20 otázek vhodných k výzkumným otázkám bakalářské práce. Nejdříve byli respondenti tázáni na jejich věk, výšku a váhu, což jsou data potřebná pro výpočet BMI a optimálních hodnot základních živin. Rozhovory tvořily jednotlivé otázky zaměřené na informovanost pacientů o problematice výživy u těchto onemocnění, na výběr jednotlivých potravin a jiné problémy související s jednou z chorob. Při zapisování jednotlivých rozhovorů byl využit program Microsoft Word 2016, protože respondenti nesouhlasili s nahráváním rozhovorů, obávali se nedodržení anonymity. Respondenti byli seznámeni s tím, že poskytnuté informace budou použity pouze do výzkumného šetření bakalářské práce. Rozhovory byly provedeny osobně s každým respondentem na předem určeném místě. Získaná data byla zpracována a vyhodnocena pomocí metody tužka/papír (Švaříček, Šed'ová, 2014).

4.2. Popis výzkumného souboru

Oslovených respondentů bylo 20, avšak pouze šest z nich bylo zařazeno do výzkumného šetření. Polovinu tvoří respondenti s Crohnovou chorobou a tu druhou pak respondenti s ulcerózní kolitidou. Pouze ti totiž splnili podmínky pro zařazení do výzkumné části, které jsou uvedené v předchozí kapitole.

Pro výpočet optimálních hodnot, bílkovin, tuků, sacharidů a celkového energetického výdeje, byl od respondentů vyžádán jejich věk, výška a váha. Také je uvedeno pohlaví respondentů a jejich BMI. Vše je přehledně upraveno v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje

	Pohlaví	Věk	Výška (cm)	Váha (kg)	BMI (kg/m ²)
Respondent 1 MC	Žena	25	163	60	23
Respondent 2 MC	Žena	24	165	56	21
Respondent 3 MC	Muž	43	196	90	23
Respondent 4 UC	Žena	45	175	80	26
Respondent 5 UC	Muž	35	187	92	26
Respondent 6 UC	Muž	28	193	89	24

Zdroj: vlastní

5. Výsledky

5.1. Vyhodnocení kvalitativního šetření

5.1.1. Vyhodnocení jídelníčků u Crohnovy choroby

Respondent 1 MC

Tabulka č. 2 Optimální hodnoty živin R1 MC

ZEV (kcal/KJ)	CEV (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
1 413/5 935	2 204/9 257	60	73	307	30

Zdroj: vlastní

Informace obsažené v této tabulce znázorňují vypočítané hodnoty pro respondenta č. 1 podle rovnice Harris-Benedicta. Tabulka obsahuje hodnoty základního (ZEV) a celkového energetického výdeje (CEV), optimální množství bílkovin, tuků a sacharidů. Dále je v tabulce obsažené doporučené množství vlákniny ve stravě.

Tabulka č. 3 Hodnoty propočtené z jídelníčku R1 MC

	Energie (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
Průměrné hodnoty	1660/ 6952	54	78	190	7
Denní součet					
Pondělí	1690/7083	60	70	208	4
Úterý	1111/4651	40	51	126	5
Středa	2620/10 972	78	108	340	14
Čtvrtek	1320/5524	32	68	140	3
Pátek	1564/6551	43	78	183	8
Sobota	1853/7758	76	100	165	5
Neděle	1464/6127	50	69	170	9

Zdroj: vlastní

V této tabulce je zapsaný průměrný energetický příjem a množství živin ve stravě za jeden týden, dále jsou uvedeny tytéž hodnoty za jednotlivé dny. Na první pohled můžeme vidět, že průměrné množství sacharidů je o 117 gramů nižší než optimální hodnota. Množství

bílkovin je také nižší, a to o 6 gramů. Oproti tomu je průměrné množství tuků zvýšené o 5 gramů. Množství celkové vlákniny je stejně jako u sacharidů velmi nízké. Průměrný příjem energie je také nižší než vypočítaná hodnota.

Dále si můžeme všimnout, že množství sacharidů ve stravě respondenta z jednotlivých dnů bylo velmi nízké stejně jako průměrná hodnota. Nejnižší hodnota byla 126 gramů/den, což je o 181 gramů nižší než optimální hodnota. Kromě jednoho dne, kdy bylo množství sacharidů překročeno o 33 gramů. Optimální množství bílkovin se shoduje pouze v jednom dni. Ve čtyřech dnech bylo množství bílkovin nižší, nejnižší hodnota byla 32 g/den, což je o 28 gramů nižší než optimální hodnota. Ve zbývajících dvou dnech bylo množství překročeno až o 18 gramů. Množství tuků bylo překročeno ve třech dnech až o 35 g, ve zbývajících dnech se množství pohybovalo pod optimální hodnotou. Nejnižší hodnota byla 51 g/den, což je o 22 g nižší než optimální hodnoty. Množství vlákniny se ani v jednom dni nepřiblížilo doporučené hodnotě. Nejvyšší hodnota byla 14 g, stále ale nižší o 16 gramů než doporučené množství. Energetický příjem se ani v jednom dni neshodoval s vypočítaným energetickým výdejem. Ve většině dnů byl příjem nižší než výdej, v jeden den byl naopak příjem o 416 kcal vyšší než výdej.

Strava respondenta 1 MC je sice ve velké míře pravidelná, ale konzumace teplých jídel je nedostatečná. Za celý týden měl respondent 1 MC čtyři teplá jídla, z toho jedno se opakovalo i další den. Výběr potravin je také velmi úzký. Každý den se opakuje to samé pečivo a není výjimkou, že je konzumováno i jako hlavní chod k obědu. Stejně tak se i opakuje máslo, šunka i sýr. Konzumace ovoce a zeleniny je velmi nedostačující, respondent 1 MC žádný den nekonzumoval ovoce a zeleninu měl pouze v jeden den ve formě salátu. Respondent 1 MC denně přijme od 1,75 l – 2,5 l tekutin. V jídelníčku uvádí konzumaci čaje, šťávy, džusu a vody.

Respondent 2 MC

Tabulka č. 4 Optimální hodnoty živin R2 MC

ZEV (kcal/KJ)	CEV (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
1 383/5 809	2 158/9 064	56	72	304	30

Zdroj: vlastní

Informace obsažené v této tabulce znázorňují vypočítané hodnoty podle rovnice Harris-Benedicta pro respondenta č. 2. Obsahuje hodnoty základního a celkového energetického výdeje a optimální množství bílkovin, tuků a sacharidů. Dále obsahuje doporučené množství vlákniny.

Tabulka č. 5 Hodnoty propočtené z jídelníčku R2 MC

	Energie (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
Průměrné hodnoty	1436/6013	56	50	193	15
Denní součet					
Pondělí	1219/5112	43	35	189	12
Úterý	1381/5790	41	34	241	17
Středa	1434/5999	64	50	182	26
Čtvrtek	1587/6642	73	73	154	8
Pátek	1652/6915	77	83	150	13
Sobota	1217/5085	47	43	164	15
Neděle	1562/6547	45	34	274	15

Zdroj: vlastní

V tabulce jsou obsaženy informace o průměrném energetickém příjmu a množství jednotlivých živin ve stravě za jeden týden, také obsahuje tytéž hodnoty pro jednotlivé dny. Na první pohled si můžeme všimnout, že průměrné množství bílkovin se shoduje s vypočítaným optimálním množstvím. Na rozdíl od hodnot tuků a sacharidů, které jsou nižší než hodnoty uvedené v tabulce č. 4. Hodnoty tuků jsou nižší o 22 gramů a sacharidů o 90 g. Opět vláknina je podstatně nižší než doporučené množství, je nižší o 15 gramů. O 722 kcal je nižší i průměrný celkový příjem energie.

V třech dnech bylo množství bílkovin vyšší až o 21 g, ve zbývajících dnech se množství bílkovin pohybovalo pod optimální hodnotou, nejnižší hodnota byla 41 g/den, což je nižší o 15 g. V jeden den bylo množství tuků 83 g, tedy o 11 g vyšší než optimální hodnota, další den se hodnota lišila jen o jeden gram. Ve zbývajících dnech se hodnoty pohybovaly pod optimální hodnotou, nejnižší hodnota byla 34 g/den, lišila se o 38 gramů od optimální hodnoty. Množství sacharidů nepřesáhlo optimální hodnotu ani v jeden den, nejvíc se shodovala hodnota s optimální v neděli, kde rozdíl byl jen 9 gramů. Naopak nejnižší

hodnota se liší o 133 gramů. Množství vlákniny se přiblížilo jen jeden den doporučenému množství, a to s hodnotou 26 gramů. Po zbytek dnů se hodnoty pohybovaly okolo 15 gramů, v jeden den klesly i na hodnotu 8 gramů. Příjem energie byl ve všechny dny nižší než hodnota vypočítaná z rovnice, nejnižší hodnota byla 1217 kcal, což je o 941 kcal.

Respondent 2 MC se stravuje pravidelně. Jeho výběr potravin je velmi rozmanitý, využívá i novější potraviny, jako jsou chia semínka či protein ve formě prášku. Respondent 2 MC uvedl v jídelníčku i konzumaci ryby, pstruha, na rozdíl od ostatních respondentů. Respondent 2 MC nezapomíná ani na konzumaci ovoce a zeleniny, konzumuje ji v množství, které mu nevádí vzhledem k jeho onemocnění. Pitný režim je dostatečný, denně vypije až 2,4 litru tekutin. Nejčastěji konzumované tekutiny respondenta 2 MC jsou čistá voda a čaje.

Respondent 3 MC

Tabulka č. 6 Optimální hodnoty živin R3 MC

ZEV (kcal/KJ)	CEV (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
1 994/8 375	3 111/13066	90	104	429	30

Zdroj: vlastní

Informace obsažené v této tabulce znázorňují vypočítané hodnoty pro respondenta č. 3 podle rovnice Harris-Benedicta. Tabulka obsahuje hodnoty základního a celkového energetického výdeje a optimální množství bílkovin, tuků a sacharidů. Obsahuje také doporučené množství vlákniny.

Tabulka č. 7 Hodnoty propočtené z jídelníčku R3 MC

	Energie (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
Průměrné hodnoty	1915/8048	89	77	221	10
Denní součet					
Pondělí	1941/8118	97	100	167	2
Úterý	2284/9558	105	101	245	9
Středa	1890/8142	69	87	216	9
Čtvrtek	2005/8411	113	64	251	10
Pátek	2175/9099	88	86	259	15
Sobota	1987/8325	71	70	275	16
Neděle	1120/4682	79	31	136	8

Zdroj: vlastní

Informace v této tabulce znázorňují průměrnou energetickou hodnotu a množství jednotlivých živin za jeden týden. Dále jsou obsaženy tytéž hodnoty pro každý jednotlivý den. V tabulce si můžeme všimnout, že průměrná hodnota bílkovin se liší jen o jeden gram s hodnotou vypočítanou podle dané rovnice. Zato průměrné hodnoty tuků a sacharidů jsou nižší než optimální hodnoty. U tuků se liší o 27 gramů a u sacharidů o 208 gramů. Vlákna je opět nižší než doporučené množství, liší o 20 gramů. Průměrný energetický příjem je také nižší, a to o 1 196 kcal.

V jednotlivých dnech se množství bílkovin pohybovalo ve větší míře pod optimální hodnotou, nejnižší hodnota, 71 g/den, se lišila od té optimální o 21 gramů. Ve třech dnech ale množství bílkovin přesáhlo optimální hodnotu, nejvyšší hodnota byla 113 g/den, což se liší o 23 gramů. Množství tuků ani v jeden den nepřesáhlo optimální hodnotu. Hodnoty, které byly nejbliže k té optimální, se lišily o 3 a 4 gramy. Nejnižší hodnota byla 31 g/den, od optimální hodnoty se liší o 73 gramů. Ani množství sacharidů v žádný den nepřesáhlo optimální hodnotu, nejvyšší hodnota byla 275 g/den, lišila se tedy o 154 gramů, nejnižší s hodnotou 136 g/den se lišila o 293 gramů. Nejvyšší množství vlákniny bylo 15 a 16 gramů, tedy stále nižší oproti doporučenému množství. Podle hodnot v této tabulce se energetický příjem nemohl rovnat vypočítanému energetickému výdeji. Nejvyšší hodnota energetického příjmu se lišila o 827 kcal.

Strava respondenta 3 MC je pravidelná. Výběr potravin je také vyhovující. Ovšem často se v jídelníčku opakuje konzumace paštiky (3x/týden) a trvanlivých salámů (3x/týden). V jídelníčku si můžeme všimnout i konzumace párků (1x/týden) a utopence (1x/týden), ovšem těžko říci, zda jsou konzumovány jen příležitostně nebo ne. Konzumaci ovoce respondent 3 MC zařazuje velmi zřídka. V konzumaci zeleniny je na tom respondent 3 MC lépe než u ovoce. Pitný režim respondent 3 MC splňuje pitím 1,75- 2,5 litry za den. Z tekutin se v jídelníčku objevuje voda, čaj a káva.

5.1.2. Vyhodnocení jídelníčků u ulcerózní kolitidy

Respondent 4 UC

Tabulka č. 8 Optimální hodnoty živin R4 UC

ZEV (kcal/KJ)	CEV (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
1 533/6 439	2 392/10046	80	80	319	30

Zdroj: vlastní

Informace v této tabulce znázorňují vypočítané hodnoty pro respondenta č. 4 podle rovnice Harris-Benedicta. Jsou v ní obsaženy hodnoty základního a celkového energetického výdeje a optimální množství bílkovin, tuků a sacharidů. Dále také obsahuje doporučené množství vlákniny.

Tabulka č. 9 Hodnoty propočtené z jídelníčku R4 UC

	Energie (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
Průměrné hodnoty	1555/6509	63	65	185	6
Denní součet					
Pondělí	1756/7347	67	83	198	7
Úterý	1505/6303	47	66	180	6
Středa	941/3942	35	39	113	4
Čtvrtek	1385/5808	60	55	166	5
Pátek	1589/6653	100	40	215	8
Sobota	1931/8083	74	80	232	8
Neděle	1776/7425	59	90	192	5

Zdroj: vlastní

Informace v tabulce č. 9 znázorňují průměrný příjem jednotlivých živin a celkový energetický příjem. Dále jsou uvedeny i tytéž hodnoty pro jednotlivé dny. Na první pohled je zřejmé, že průměrné hodnoty všech živin i energie jsou nižší než optimální hodnoty v tabulce č. 7. Stravou přijatá energie je oproti celkovému energetickému výdeji nižší o 837 kcal. Množství bílkovin a tuků se liší o 17 a 15 gramů. S optimální hodnotou se neshodují ani sacharidy, rozdíl od těchto hodnot je 134 gramů. Ani průměrné množství vlákniny nedosáhlo doporučené hodnotě. Odlišuje se o celých 24 gramů.

V jednotlivých dnech se množství bílkovin převážně pohybovalo pod optimální hodnotou, nejnižší hodnota, 35 g/den, se lišila o 45 gramů. Pouze v jeden den propočítaná hodnota přesáhla tu optimální o 20 gramů. V jeden den se množství tuků rovnalo optimální hodnotě, ve dvou dnech se maximálně lišilo o 10 gramů. Ve zbývajících dnech se hodnoty pohybovaly pod optimální hodnotou s rozdílem až 41 gramy. Množství sacharidů se ani v jeden den nerovnálo a ani nepřesáhlo optimální hodnotu. Nejvyšší hodnota byla 232 g/den, nejnižší 113 g/den. Rozdíl nejvyšší hodnoty od optimální byl 87 gramů, nejnižší pak o 206 gramů. Ani množství vlákniny nedosahuje doporučené hodnotě, nejvyšší hodnota byla 8 gramů, tedy rozdíl od doporučené hodnoty byl celých 22 gramů. Příjem energie, vzhledem k nízkým hodnotám všech živin, se rovněž neshodoval s vypočteným celkovým energetickým výdejem.

Strava respondenta není tak pravidelná, jak by měla být. Občas vynechává snídani, svačinu i večeři. Ke svačině často konzumuje sušenky a k tomu kávu, nebo pouze kávu. Výběr potravin není tak pestrý, jak by měl být. K večeři, pokud večeří, konzumuje často stejný pokrm, který byl i k obědu. Konzumace ovoce se v jídelníčku respondenta 4 UC neobjevila ani jednou. Konzumace zeleniny se objevuje jen velmi zřídka. Pitný režim respondenta 4 UC je nedostačující, denně přijme 600 ml až 1 litr tekutin v podobě kávy, vody a šťávy.

Respondent 5 UC

Tabulka č. 10 Optimální hodnoty živin R5 UC

ZEV (kcal/KJ)	CEV (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
2 030/8 526	3 167/13301	92	106	436	30

Zdroj: vlastní

Informace obsažené v této tabulce znázorňují optimální hodnoty pro respondenta č. 5 podle rovnice Harris-Benedicta. Jsou v ní obsaženy hodnoty základního a celkového energetického výdeje a optimální množství základních živin, bílkovin, tuků a sacharidů. Obsahuje také doporučené množství vlákniny.

Tabulka č. 11 Hodnoty propočtené z jídelníčku R5 UC

	Energie (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
Průměrné hodnoty	2261/10549	76	103	303	10
Denní součet					
Pondělí	2805/11739	98	153	265	8
Úterý	2515/11478	87	115	307	6
Středa	1920/8426	67	43	279	11
Čtvrtek	2433/11752	86	108	364	12
Pátek	2096/10332	59	105	320	12
Sobota	2509/12073	76	138	329	12
Neděle	1547/8045	63	59	258	7

Zdroj: vlastní

Informace obsažené v tabulce znázorňují průměrný energetický příjem a množství jednotlivých živin včetně vlákniny. Na první pohled můžeme vidět, že průměrné hodnoty jsou nižší než optimální hodnoty uvedené v tabulce č. 10. Nejméně se odlišují hodnoty tuků, které se liší pouze o 3 gramy. Rozdíl v hodnotách bílkovin je už 16 gramů a u sacharidů celých 133 gramů. Ani vláknina na tom není lépe, průměrná hodnota se odlišuje o 20 gramů od doporučeného množství. Stravou přijatá energie je také nižší než vypočítaný energetický výdej.

V jednotlivých dnech se množství bílkovin převážně pohybovalo pod optimální hodnotou s rozdílem nejvíce 33 gramů. Pouze v jeden den přesáhla hodnota optimální o 6 gramů. Množství tuku ve stravě bylo ve dvou dnech velmi nízké. Nejnižší hodnota byla 43 g/den, což se liší o 63 gramů od optimální hodnoty. Pouze v jeden den byl rozdíl jenom v jednom gramu. Ve zbývajících dny bylo jeho množství nad optimální hodnotou s nejvyšší hodnotou 153 g/den, rozdíl obou hodnot se liší o 47 gramů. Optimální hodnoty sacharidů nebylo dosaženo ani v jednom dni. Nejvyšší hodnota byla 364 g/den a nejnižší 258 g/den. Rozdíl nejvyšší hodnoty byl 72 gramů, nejnižší pak 178 gramů. Doporučeného množství vlákniny také nebylo dosaženo ani v jeden den. Nejvyšší hodnota byla 12 gramů, liší se tedy o 18 gramů od doporučení.

Strava respondenta 5 UC je velmi nepravidelná s častým večerním/nočním „mlsáním“, ať už se jedná o cukrovinky nebo nějaká jiná jídla. Velmi často se ovšem jedná o pozdní večeři. Konzumaci teplých pokrmů zařazuje jen velmi zřídka. Výběr potravin je velmi úzký. Stále jsou konzumovány ty samé potraviny. V jeho jídelníčku se objevuje i konzumace alkoholických nápojů (4x/týden), malé množství je ovšem tolerováno. Množství zkonsumovaného ovoce a zeleniny je nedostačující, ovoce nebylo konzumováno ani jednou během týdne, ze zeleniny občas pouze rajčata. Pitný režim je také velmi nedostačující, během dne je konzumováno maximálně 1-1,5 litru tekutin ve formě vody, kávy, čaje a šťávy.

Respondent 6 UC

Tabulka č. 12 Optimální hodnoty živin R6 UC

ZEV (kcal/KJ)	CEV (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
2 066/8677	3 223/13537	89	107	448	30

Zdroj: vlastní

Informace obsažené v tabulce znázorňují optimální hodnoty pro respondenta č. 6 podle rovnice Harris-Benedicta. Obsahuje základní a celkový energetický výdej a optimální množství bílkovin, tuků a sacharidů. Dále je uvedeno doporučené množství vlákniny na den.

Tabulka č. 13 Hodnoty propočtené z jídelníčku R6 UC

	Energie (kcal/KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
Průměrné hodnoty	2143/8962	83	81	267	13
Denní součet					
Pondělí	2140/8951	93	92	239	18
Úterý	3002/12554	103	125	352	8
Středa	1865/7808	80	82	202	11
Čtvrtek	1545/6462	76	78	132	10
Pátek	2270/9497	82	50	368	14
Sobota	1854/7736	83	83	198	11
Neděle	2326/9724	65	59	377	18

Zdroj: vlastní

Informace obsažené v tabulce znázorňují průměrný příjem energie a jednotlivých základních živin, včetně vlákniny. Dále jsou uvedeny hodnoty za každý den. Na první pohled je zřejmé, že všechny hodnoty jsou nižší než hodnoty uvedené v tabulce č. 12. Průměrné množství bílkovin se liší o 6 gramů, tuků o 26 gramů a sacharidů o 181 gramů. Průměrné množství vlákniny u respondenta č. 6 bylo 13 gramů, od doporučení se však stále odlišuje o 17 gramů.

Za jednotlivé dny se množství bílkovin pohybovalo, kromě dvou dnů, pod optimální hodnotou. Rozdíl optima a nejnižší hodnoty (65 g/den) byl 24 gramů. Ve dvou dnech hodnota přesáhla optimum, nejvíce však o 14 gramů. Množství tuků se rovněž pohybovalo pod optimální hodnotou, kromě jednoho dne, kdy hodnota přesáhla optimum o 18 gramů. Nejnižší hodnota byla 50 g/den, což se liší o celých 57 gramů. Množství sacharidů také nedosáhlo optimální hodnoty, nejmenší rozdíl byl 80 gramů, největší pak 316 gramů. Příjem vlákniny také nedosáhl doporučené hodnotě, nejvyšší hodnota byla 18

gramů a nejnižší 8 gramů. Příjem energie byl celý týden nižší, nejmenší rozdíl byl však jen 221 kcal.

Strava respondenta 6 UC je celkem pravidelná. Občas vynechává snídani i svačiny, zato velmi často zařazuje i druhé večeře. Teplá jídla konzumuje pouze k obědu a velmi často se opakují. Pestrost stravy také není splněna a výběr potravin je tudíž velmi úzký. V jídelníčku se, jako oběd i večeře, objevila instantní čínská polévka, což je velmi nedostačující a nezdravá varianta oběda. Dále byl často k obědu konzumován i opečený točený salám (2x/týden). Konzumace ovoce je nedostačující a nebylo konzumováno ani jednou za týden. V konzumaci zeleniny je na tom respondent 6 UC lépe. Pitný režim je splněn vypitím až 3 litry tekutin v podobě vody, čaje, kávy a šťávy.

5.1.3. Vyhodnocení rozhovorů - seznam kategorizačních skupin

Kategorie 1 - dieta v akutním stádiu

Kategorie 2 - dieta v klidovém stádiu

Kategorie 3 – definice bezezbytkové diety

Kategorie 4 – konzumace ovoce

Kategorie 5 – konzumace zeleniny

Kategorie 6 – konzumace pečiva

Kategorie 7 – konzumace masa

Kategorie 8 – konzumace masných výrobků

Kategorie 9 – konzumace mléka a mléčných výrobků

Kategorie 10 – četnost denních jídel

Kategorie 11 – pravidelnost stravy

Kategorie 12 – pitný režim

Kategorie 13 – technologické úpravy

Kategorie 14 – alternativní diety

Kategorie 15 – oblíbené tekutiny

Kategorie 16 – druhy čajů

Kategorie 17 – káva

Kategorie 18 – konzumace alkoholických nápojů

Kategorie 19 – mimo střevní příznaky

Kategorie 20 – problémy s výživou

5.1.4. Kategorie 1 – Dieta v akutním stádiu

Kategorie je nazvána **Dieta v akutním stádiu**. Respondentům byla položena otázka: „Jaká dieta je pro Vás nejlepší v akutním stádiu?“. Bylo zjišťováno, jaká je jejich informovanost o stravování v průběhu relapsu neboli akutního stádia. Všichni respondenti na tuto otázku odpověděli jinak. Pouze respondenti 2 MC a 4 UC se shodují v odpovědi, že v průběhu akutního stádia by se měla podávat dieta bezzbytková. Respondent 4 UC uvedl navíc ještě suchary. Respondenti 1 MC a 5 UC uvedli jako nejlepší dietu pro toto stádium bílé pečivo. Respondent 1 MC navíc zmiňuje piškoty a respondent 5 UC navíc odpověděl nutridrinky. Respondent 3 MC uvedl, že neví a nepamatuje si dodržování nějaké diety v tomto stádiu. Respondent 6 UC odpověděl, že v akutním stádiu nedodrží žádnou dietu. Respondent 1 MC odpověděl: „Suché pečivo a piškoty“. Dále respondenti odpovídali: „Bezezbytková dieta“ (R2 MC). „Nedržím dietu – nevím, nepamatuji si“ (R3 MC). „Bezezbytková dieta a suchary“ (R4 UC). „V akutním stádiu piju nutridrinky a jím bílé pečivo“ (R5 UC). „Žádná dieta...A dále neví“ (R6 UC).

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Suché (bílé) pečivo: R1 MC, R5 UC
- Piškoty: R1 MC
- Bezezbytková dieta: R2 MC, R4 UC
- Nevím, nepamatuji si: R3 MC
- Suchary: R4 UC
- Nutridrink: R5 UC
- Žádná dieta: R6 UC

5.1.5. Kategorie 2 – Dieta v klidovém stádiu

Kategorie je nazvána **Dieta v klidovém stádiu**. Respondentům byla položena otázka: „Jaká dieta je pro Vás nejlepší v klidovém stádiu?“. Bylo zjišťováno, jak se stravují v během remise neboli v klidovém stádiu. Respondenti se víceméně shodovali

v odpovědích. Respondenti 1 MC, 3 MC, 4 UC, 5 UC a 6 CU se shodují v odpovědi, že v klidovém stádiu je pro ně vyhovující normální strava. Respondenti 1 MC a 5 UC se také shodují, že se zdržují konzumace ostrých a kořeněných jídel. Omezení konzumace ostrých jídel uvádí i respondent 6 UC. Respondent 3 MC dále uvádí, že nedodržuje žádnou dietu, stejně jako respondent 2 MC. Respondent 2 MC dále také uvedl omezení konzumace lepku, laktózy a těžkých jídel. Omezení konzumace česneku uvedl pouze respondent 1 MC. Respondent 1 MC odpovídal: „*Můžu jíst vše, krom česneku, ostrých a kořeněných jídel, tedy normální strava*“. Dále respondenti odpovídali: „*V klidovém stádiu nemám žádnou dietu. Omezují pouze lepek, laktózu a těžká jídla*“ (R2 MC). „*Nedodržuji žádnou dietu, tedy normální strava*“ (R3 MC). „*Normální strava s omezením kořeněných a pálivých jídel*“ (R5 UC). „*Normální, s omezením ostrých jídel*“ (R6 UC).

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Normální strava: R1 MC, R3 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Žádná dieta: R2 MC, R3 MC
- Omezení ostrých jídel: R1 MC, R5 UC, R6 UC
- Omezení kořeněných jídel: R1 MC, R5 UC
- Omezení konzumace česneku: R1 MC
- Omezení lepku, laktózy: R2 MC
- Omezení těžkých jídel: R2 MC

5.1.6. Kategorie 3 – Definice bezzbytkové diety

Kategorie je nazvána **Definice bezzbytkové diety**. Respondentům byla položena otázka: „Co je bezzbytková dieta?“. Otázkou bylo zjišťováno, co si pod touto dietou představují. Odpovědi respondentů se ve větší míře shodovali. Polovina respondentů (R2 MC, R4 UC, R6 UC) se shodla na odpovědi, že se nekonzumují slupky. Respondent 4 CU dále uvádí omezení konzumace zrníček, stejně jako respondent 1 MC. Omezení konzumace semínek pak uvádějí respondenti 2 MC a 6 UC. Tři respondenti, 1 MC, 2 MC a 6 UC, uvádějí, že při této dietě se nekonzumují nestravitelné zbytky. Respondent 5 UC uvedl jako definici diety, že by se nemělo konzumovat ovoce ani zelenina. Respondent 3 MC odpověděl: „*Zaměřuje se na očistu střev*“. Dále respondenti odpovídali: „*Je to dieta, která je založena na lehce stravitelné stravě. Díky ní ve střevě nezůstávají nestravitelné zbytky. Na této dietě se nesmí veškeré pecky, semínka, slupky atd.*“ (R2 MC). „*Nekonzumují se*

nestravitelné zbytky, např. slupky, semínka“ (R6 UC). „Vyloučení zrníček a tvrdých slupek“ (R4 UC).

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Vyloučení nestravitelných zbytků: R1 MC, R2 MC, R6 UC
- Vyloučení slupek: R2 MC, R4 UC, R6 UC
- Vyloučení zrníček: R1 MC, R4 UC
- Vyloučení semínek: R2 MC, R6 UC

5.1.7. Kategorie 4 – Konzumace ovoce

Kategorie je nazvána **Konzumace ovoce**. Respondentům byla položena otázka „Jaké druhy ovoce jíte?“. Touto otázkou bylo zjišťováno, jaké ovoce pacienti v klidové fázi spíše preferují a které naopak. Všichni respondenti odpověděli, že z ovoce konzumují banán. Dále respondenti 2 MC, 3 MC a 5 UC uvádí preferenci pomeranče. Respondenti 1 MC a 4 UC uvádějí konzumaci mandarinek. Respondenti 3 MC a 6 UC dále uvádějí konzumaci meruňek. Respondent 2 MC navíc uvedl konzumaci jablka, grepu a manga. Respondent 3 MC krom jiného uvádí, že konzumuje broskve a pomelo. Respondent 2 MC odpověděl: „*Banán, jablko, pomeranč, grep a mango*“. Dále respondenti odpověděli: „*Banány, meruňky a dál asi nic*“ (R6 UC). „*Banán, mandarinky*“ (R1 MC). „*Banán, broskve, meruňky, pomeranče, pomelo*“ (R3 MC).

Nejčastěji konzumované druhy ovoce:

- Banán: R1 MC, R2 MC, R3 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Pomeranč: R2 MC, R3 MC, R5 UC
- Mandarinky: R1 MC, R4 UC
- Meruňky: R3 MC, R6 UC
- Pomelo: R3 MC
- Grep, mango: R2 MC
- Jablko: R2 MC

5.1.8. Kategorie 5 – Konzumace zeleniny

Kategorie je nazvána **Konzumace zeleniny**. Respondentům bylo položena otázka: „Jaké druhy zeleniny jíte?“. Otázkou bylo zjišťováno, jaké druhy zeleniny jsou pacienti v klidové fázi konzumovány. Většina respondentů se shoduje v odpovědi, že v konzumaci zeleniny preferují okurky. Respondenti 1 MC, 4 UC, 5 UC, 6 UC uvádějí

konzumaci rajčat. Respondent 3 MC uvádí dále konzumaci papriky, stejně jako respondent 1 MC. Konzumaci brokolice uvádí respondent 3 MC a 6 UC. Pouze respondent 2 MC uvádí konzumaci salátu, rukoly, polníčku, červené řepy a zelí. Respondent 2 MC odpověděl: „*Rajčata, okurky, jarní cibulku, občas brokolice*“. Dále respondenti odpovídali: „*Okurek, salát, rukola, polníček, červená řepa, zelí*“ (R2 MC). „*Pouze rajčata, nic jiného mi nechutná*“ (R5 UC). „*Rajčata, papriky, okurky*“ (R1 MC).

Nejčastěji konzumované druhy zeleniny:

- Okurky: R1 MC, R2 MC, R3 MC, R4 UC, R6 UC
- Rajčata: R1 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Paprika: R1 MC, R3 MC
- Brokolice: R3 MC, R6 UC
- Červená řepa, zelí: R2 MC
- Jarní cibulka: R6 UC
- Rukola, polníček, salát: R2 MC

5.1.9. Kategorie 6 – Konzumace pečiva

Kategorie je nazvaná **Konzumace pečiva**. Respondentům byla položena otázka: „Jaké pečivo jíte?“. Otázkou bylo zjišťováno, jaké pečivo je preferováno u pacientů v době klidové fáze. Respondenti 1 MC, 4 UC a 5 UC uvádějí, že konzumují převážně bílé pečivo. Respondent 5 UC uvádí, že krom toho, konzumuje občas pečivo vícezrnné. Konzumaci vícezrnného pečiva uvedl také respondent 6 UC. Konzumaci žitného chleba uvedli dva respondenti, 6 UC a 3 MC. Celozrnné pečivo uvedl pouze jeden respondent. Respondent 2 MC odpověděl: „*Pečivo bez lepku, celozrnné*“. Dále respondenti odpovídali: „*Bílé pečivo, občas vícezrnné – 1 - 2x za měsíc*“ (R5 UC). „*Žitný chléb a tmavé kaiserky*“ (R3 MC).

Nejčastěji konzumované pečivo:

- Bílé pečivo: R1 MC, R3 MC, R4 UC, R5 UC
- Žitný chléb: R3 MC, R6 UC
- Vícezrnné pečivo: R5 UC, R6 UC
- Celozrnné: R2 MC
- Tmavé kaiserky: R3 MC
- Bezlepkové pečivo: R2 MC

5.1.10. Kategorie 7 – Konzumace masa

Kategorie je nazvána **Konzumace masa**. Respondentů byla položena otázka: „Jaké druhy masa jíte?“. Bylo zjišťováno, jaké druhy masa v konzumaci pacienti v klidovém stádiu preferují. Většina respondentů se shodovala v odpovědi, že konzumují maso kuřecí. Konzumaci vepřového masa uvedli respondenti 1 MC a 3 MC. Konzumaci hovězího masa uvedli respondenti 3 MC a 4 UC. Respondenti 1 MC a 6 UC uvedli mimo jiné i konzumaci masa krůtího. Konzumaci ryb uvedli respondenti 2 MC a 3 MC. Respondent 3 MC odpověděl: „*Hovězí, vepřové, ryby – lososa, pstruha, kapra*“. Dále respondenti odpovídali: „*Libové maso – například ryby a kuřecí maso*“ (R2 MC). „*Kuřecí, hovězí maso a králičí jen když je*“ (R4 MC). „*Kuřecí, krůtí, vepřové*“

Nejčastěji konzumovaná masa:

- Kuřecí maso: R1 MC, R2 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Krůtí maso: R1 MC, R6 UC
- Hovězí maso: R3 MC, R4 UC
- Vepřové maso: R1 MC, R3 MC
- Ryby: R2 MC, R3 MC
- Králičí maso: R4 UC

5.1.11. Kategorie 8 – Konzumace masných výrobků

Kategorie je nazvána **Konzumace masných výrobků**. Respondentům byla položena otázka: „Jaké masné výrobky jíte?“. Otázkou bylo zjišťováno, jaké masné výrobky pacienti konzumují. Všichni respondenti se shodují na odpovědi, že konzumují šunku. Velká část respondentů, 1 MC, 2 MC, 3 MC a 5 UC, uvedla i jaký druh šunky konzumují. Dále se respondenti v odpovědích rozcházejí. Respondent 3 MC uvádí, mimo šunky, i debrecínku a kladenskou pečení. Trvanlivý salám vysočinu uvádí respondent 4 UC. Respondent 6 UC odpověděl: „*Šunku, točený salám*“. Dále respondenti odpovídali: „*Dušenou šunku, debrecínku a kladenskou pečení*“ (R3 MC). „*Šunku a vysočinu*“ (R4 UC). I když respondentům byla položena doplňující otázka, více výrobků neodpověděli.

Nejčastěji konzumované masné výrobky:

- Šunka: R4 UC, R6 UC
- Šunka kuřecí: R1 MC, R2 MC
- Šunka (krůtí, dušená): R1 MC, R3 MC

- Debrecínka: R3 MC
- Kladenská pečeně: R3 MC
- Vysočina: R4 UC
- Točený salám: R6 UC

5.1.12. Kategorie 9 – Konzumace mléka a mléčných výrobků

Kategorie je nazvána **konzumace mléka a mléčných výrobků**. Respondentům byla položena otázka: „Co z mléka a mléčných výrobků konzumujete?“. Otázkou bylo zjišťováno, jestli pacienti konzumují mléko a mléčné výrobky. Všichni respondenti se shodli na odpovědi, že konzumují jogurty. Respondenti 1 MC, 2 MC, 4 UC, 5 UC a 6 UC se dále shodují v konzumaci sýrů. Konzumaci kefíru uvedli dva respondenti. Respondent 2 MC odpověděl: „Jogurty a mléko se sníženým obsahem laktózy. Pak kefír z Tibetské houby.“ Dále respondenti odpovídali: „Jogurty, sýr, občas smetana a mléko do kávy“ (R4 UC). „Ochucené jogurty, kefírové mléko“ (R3 MC).

Nejčastěji konzumované mléčné výrobky:

- Jogurty: R1 MC, R2 MC, R3 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Mléko: R1 MC, R2 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Sýry: R1 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Kefír: R2 MC, R3 MC
- Smetana: R4 UC

5.1.13. Kategorie 10 – Četnost denních jídel

Kategorie je nazvána **Četnost denních jídel**. Respondentům byla položena otázka: „Jak často byste měli denně jíst?“. Otázkou byla zjišťována informovanost pacientů, kolikrát denně by měli jíst. Čtyři respondenti uvedli, že by se mělo jíst 5x denně. Dva respondenti uvedli rozmezí četnosti denních jídel. Respondent 1 MC uvedl, že by se měly jídla konzumovat 5 – 6x denně, respondent 5 UC uvedl rozmezí 4 -5x denně. Respondent 2 MC odpověděl: „5x denně, menší porce“. Jinak všichni respondenti uváděli pouze jednotlivý počet jídel.

Nejčastější odpovědi:

- 5x denně: R1 MC, R2 MC, R3 MC, R5 UC
- 3x denně: R4 UC, R6 UC
- 6x denně: R1 MC

- 4x denně: R5 UC

5.1.14. Kategorie 11 – Pravidelnost stravy

Kategorie je nazvána **Pravidelnost stravy**. Respondentům byla položena otázka: „Proč je důležité pravidelné stravování?“. Otázkou bylo zjišťováno, jaké mají pacienti informace o pravidelném příjmu stravy a proč je tak důležitý. Respondenti odpovídali na otázku různě, někteří se v něčem i shodli. Respondenti 2 MC a 5 UC se shodli, že pravidelné stravování předchází pocitu hladu a chuti na sladké. Respondenti 1 MC a 4 UC se shodli, že je důležitý pro správnou funkci trávicího systému. Respondent 3 MC odpověděl: „*Předcházíme pocitu hladu, který signalizuje nedostatek energie v těle*“. Dále respondenti odpovídali: „*Aby se nedostavil hlad a chuť na sladké*“ (R5 UC). „*Pro správné fungování trávicího systému a pravidelný přísun potravin*“ (R1 MC). „*Rychlejší metabolismus, předcházení hladu a chuti, například na sladké*“ (R2 MC).

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Předcházení hladu: R2 MC, R3 MC, R5 UC
- Předcházení chuti na sladké: R2 MC, R5 UC
- Správná funkce GIT: R1 MC, R4 UC
- Pravidelný přísun potravin: R1 MC
- Rychlejší metabolismus: R2 MC
- Nedostatek energie: R3 MC
- Nevím: R6 UC

5.1.15. Kategorie 12 – Pitný režim

Kategorie je nazvána **Pitný režim**. Respondentům byla položena otázka: „Kolik tekutin za den vypijete?“. Otázkou bylo zjišťováno, kolik tekutin při svém onemocnění přijmou. Většina respondentů uvedla, že za den vypije dva nebo více litrů tekutin. Jenom respondent 5 UC odpověděl 1,5 litru a respondent 6 UC uvedl rozmezí od 1,5 – 2 litru tekutin. Respondent 3 MC uvedl, že za den vypije 3 litry tekutin. Přesné odpovědi respondentů nebudou uvedeny, z důvodu uvádění pouze číselného množství tekutin za den.

Nejčastější odpovědi respondentů:

- 2,5 litru: R1 MC, R2 MC
- 2 litry: R4 UC, R6 UC
- 1,5 litru: R5 UC, R6 UC

- 3 litry: R3 MC

5.1.16. Kategorie 13 – Technologické úpravy

Kategorie je nazvána **Technologické úpravy**. Respondentům byla položena otázka: „Jaké technologické úpravy potravin používáte?“. Otázkou bylo zjišťováno, jaké úpravy pacienti upřednostňují při přípravě pokrmů. Respondenti 1 MC, 2 MC, 3 MC a 4 UC se shodují v odpovědích, že z technologických úprav používají dušení a vaření v páře. Úpravu dušením uvádí dále respondent 5 UC. Respondent 3 MC odpověděl: „*Dušení, vaření v páře, grilování*“. Dále respondenti odpovídali: „*Dušení, vaření v páře*“ (R2 MC). „*Vaření v páře, pečení, dušení*“ (R4 UC). „*Dušení, pečení na vodě, vaření v páře*“ (R1 MC).

Nejčastěji zmiňované technologické úpravy:

- Dušení: R1 MC, R2 MC, R3 MC, R4 UC, R5 UC
- Vaření v páře: R1 MC, R2 MC, R3 MC, R4 UC
- Pečení: R1 MC, R4 UC, R6 UC
- Grilování: R3 MC
- Vaření: R5 UC

5.1.17. Kategorie 14 – Alternativní diety

Kategorie je nazvána **Alternativní diety**. Respondentům byla položena otázka: „Znáte nějaké alternativní diety? Pokud ano, tak jaké?“. Otázkou bylo zjišťováno, zda pacienti znají nějaké diety určené pro onemocnění, kterým trpí. Respondenti 1 MC, 5 UC a 6 UC neznali žádné alternativní diety. Respondenti 2 MC a 4 UC uvedli dietu SCD. Respondent 3 MC odpověděl: „*Keto dieta, dieta podle Mačingové*“. Respondenti 2 MC a 4 UC odpověděli: „*SCD dietu*“.

Nejčastěji odpovídané diety:

- Neznám: R1 MC, R5 UC, R6 UC
- SCD dieta: R2 MC, R4 UC
- Keto dieta: R3 MC
- Dieta podle Mačingové: R3 MC

5.1.18. Kategorie 15 – Oblíbené tekutiny

Kategorie je nazvána **Oblíbené tekutiny**. Respondentům byla položena otázka: „Jaké tekutiny nejčastěji pijete?“. Otázkou bylo zjišťováno, jaké tekutiny mají pacienti nejraději. Respondenti 1 MC, 2 MC, 5 UC a 6 UC se shodují v odpovědích, že nejčastěji pijí vodu a čaj. Šťávu pijí 4 respondenti, 1 MC, 3 MC, 4 UC a 5 UC. Konzumaci kávy uvedli pouze respondenti 1 MC a 6 UC. Respondent 3 MC odpověděl: „Vodu se šťávou, pivo“. Další odpovědi respondentů: „Kohoutkovou vodu s citrónem, čaje“ (R2 MC). „Neperlivou vodu, šťávu“ (R4 UC).

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Voda: R1 MC, R2 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- Šťáva: R1 MC, R3 MC, R4 UC, R5 UC
- Čaj: R1 MC, R2 MC, R5 UC, R6 UC
- Káva: R1 MC, R6 UC
- Pivo: R3 MC

5.1.19. Kategorie 16 – Druhy čajů

Kategorie je nazvána **Druhy čajů**. Respondentům byla položena otázka: „Jaký čaj nejčastěji pijete?“. Otázkou bylo zjišťováno, jaké čaje pacienti pijí v průběhu klidového stádia. Pití ovocného čaje odpověděla více než polovina respondentů, 1 MC, 3 MC, 5 UC, 6 UC. V dalších odpovědích se respondenti rozcházel. Respondent 4 UC odpověděl, že čaj nepije. Respondent 2 MC odpověděl: „Různé bylinné čaje – na trávení, čistící atd.“.

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Ovocný: R1 MC, R3 MC, R5 UC, R6 UC
- Bylinný: R2 MC
- Černý: R3 MC
- Zelený: R6 UC

5.1.20. Kategorie 17 – Káva

Kategorie je nazvána **Káva**. Respondentům byla položena otázka: „Jak často pijete kávu? Popřípadě kolik šálků za den?“. Otázkou bylo zjišťováno, jak častá je konzumace kávy pacienty s tímto onemocněním. Většina respondentů se shoduje v odpovědích. Všichni respondenti odpověděli, že konzumují 1 nebo 2 šálky kávy denně. Respondent 4 UC dále

odpověděl, že za den vypije až 3 šálky kávy. Respondent 6 UC odpověděl: „Denně, 1-2 šálky“. Dále respondenti odpovídali: „Každý den, 1x denně“ (R2 MC). „2 šálky denně“ (R1 MC). „Každý den, 2-3 šálky denně“ (R4 UC).

Nejčastější denní počet šálků:

- 2 šálky: R1 MC, R4 UC, R5 UC, R6 UC
- 1 šálek: R2 MC, R3 MC, R6 UC
- 3 šálky: R4 UC

5.1.21. Kategorie 18 – Konzumace alkoholických nápojů

Kategorie je nazvána **Konzumace alkoholických nápojů**. Respondentům byla položena otázka: „Jak často byste měli konzumovat alkoholické nápoje?“. Otázkou bylo zjišťováno, jestli pacienti mají přehled, zda mohou konzumovat alkoholické nápoje. Polovina respondentů na tuto otázku odpověděla, že se nesmí konzumovat žádné množství alkoholu. Respondenti 1 MC a 5 UC odpověděli, že přiměřená konzumace alkoholu nevádí. Respondent 6 UC odpověděl: „Denně v menším množství“. Dále respondenti odpovídali: „Vůbec“ (R2 MC). „Alkoholické nápoje bychom měli konzumovat s mírou“ (R1 MC). „S mírou“ (R5 UC).

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Nesmí se konzumovat: R2 MC, R3 MC, R4 UC
- Přiměřená konzumace: R1 MC, R5 UC
- Denně menší množství: R6 UC

5.1.22. Kategorie 19 – Mimo střevní příznaky

Kategorie je nazvána **Mimo střevní příznaky**. Respondentům byla položena otázka: „Trpíte nějakým mimo střevním příznakem spojený s některou z chorob? Jakým?“. Otázkou bylo zjišťováno, zda pacienti mají i jiné problémy, které mohou souviset i s výběrem potravin. Respondenti 1 MC, 3 MC a 4 UC odpověděli, že nemají žádné potíže spojené s těmito nemocemi. Dva respondenti uvedli, že trpí artrózou. Respondent 2 MC dále odpověděl: „Revmatoidní artritida, tedy bolesti a otoky velkých kloubů. Chudokrevnost z nedostatku železa a gynekologické záněty“.

Nejčastější mimo střevní příznaky respondentů:

- Žádné: R1 MC, R3 MC, R4 UC

- Artróza: R5 UC, R6 UC
- Revmatoidní artritida: R2 MC
- Chudokrevnost: R2 MC
- Gynekologické záněty: R2 MC

5.1.23. Kategorie 20 – Problémy s výživou

Kategorie je nazvána **Problémy s výživou**. Respondentům byla položena otázka: „Trpíte nějakým problémem souvisejícím s výživou?“. Otázkou bylo zjišťováno, zda mají pacienti, nějaké problémy s výživou. Pouze respondenti, 1 MC, 2 MC a 6 UC, kteří uvedli, že žádné problémy s výživou nemají, se shodují v odpovědi. Ostatní respondenti se v odpovědích rozcházejí. Respondent 3 MC odpověděl: „*Střídání zácpy a průjmu, nadýmání, bolest břicha a nechutenství*“. Dále respondenti odpovídali: „*Ne, omezují pouze lepek, laktózu a těžká jídla*“ (R2 MC). „*Nemůžu tvrdé slupky*“ (R4 UC). „*Nedělají mi dobře teplá jídla*“ (R5 UC).

Nejčastější odpovědi respondentů:

- Bez problémů: R1 MC, R2 MC, R6 UC
- Omezení lepku, laktózy: R2 MC
- Omezení těžkých jídel: R2 MC
- Zácpa x průjem: R3 MC
- Nadýmání, bolest břicha, nevolnost: R3 MC
- Omezení konzumace slupek: R4 UC
- Omezení konzumace teplých jídel: R5 UC

6. Diskuze

Tato část bakalářské práce je zaměřena především na shrnutí výsledků z výzkumného šetření a porovnání získaných informací s údaji uvedenými v teoretické části práce. Problematika, kterou jsme ve výzkumné části zkoumali, se týká výživového stavu u osob trpící Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou. Pro sběr dat bylo vybráno kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů a zhodnocení jídelníčku od každého respondenta. Polostrukturované rozhovory byly prováděny jednotlivě s každým respondentem na předem určeném místě. Respondenti byli osloveni pomocí metody sněhové koule a výzkumného šetření se aktivně zúčastnilo šest respondentů. Respondenti do rozhovorů nebyli nuceni, spíše byli rádi, že si mají o své nemoci s kým popovídat. Většina respondentů se i nadále zajímala o svůj jídelníček a ptali se na rady ohledně stravování.

První část výzkumného šetření byla zaměřena na vyhodnocení jídelníčku od každého respondenta, kdy jsme porovnávali optimální hodnoty každého respondenta s těmi propočtenými. Hodnotili jsme průměrné množství bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny za jeden týden. Dále i průměrný energetický příjem. Pro propočet energie a živin byl použit program Nutriservis Profesional. Ze všech nutrientů, které program nabízí, byly vybrány základní živiny a vláknina. Průměrné hodnoty od jednotlivých respondentů byly zpracovány do přehlednějších tabulek, které jsou uvedeny ve výsledcích výzkumného šetření. Hodnota bílkovin pro každého respondenta byla mírně zvýšena oproti doporučením pro zdravou populaci, byla stanovena na 1 g/kg/den. Hodnota bílkovin byla stanovena podle Grofové (2007), která tuto hodnotu uvádí. Ovšem doporučené množství bílkovin na kg/den pro zdravou populaci uvádí Stránský a Ryšavá (2014) hodnotu 0,8 g/kg/den.

Ze všech propočtených jídelníčků žádný nedosáhl optimálních hodnot. Průměrné množství bílkovin i tuků u 5 z respondentů bylo pod hranicí optimální hodnoty. Přičemž podle Stránského a Ryšavé (2014) bílkoviny i tuky plní spoustu důležitých funkcí v organismu. Bílkoviny slouží k tvorbě a obnově tkání a buněk, mohou být zdrojem energie atd. Tuky jsou zdrojem energie, nosiči vitamínů rozpustných v tucích, součástí buněčných membrán atd. Průměrné množství sacharidů u všech respondentů nedosáhlo optimální hodnoty, což by mohlo být způsobeno vysokými hodnotami, které byly vypočítány podle dané rovnice. Ani jeden respondent nekonzumuje dostatečné množství vlákniny, což podle Stránského a Ryšavé (2014) by mělo být minimálně 30 gramů.

Průměrná, propočtená hodnota z jídelníčku každého respondenta byla vždy nižší než doporučené množství. Jeden z důvodů by mohl být, že respondenti / pacienti vědí, že větší množství nestravitelné vlákniny ve stravě jim způsobuje problémy, jako jsou bolesti břicha, průjmy apod. Další důvod by mohl souviset i s tím, že konzumace ovoce a zeleniny je nedostatečná u celé populace, tím pádem i množství vlákniny je nižší než doporučovaná množství. Ani pitný režim někteří respondenti nedodržují. Například respondent 4 UC uvedl v rozhovoru, že denně vypije 2 litry tekutin, ovšem v jídelníčku to této hodnotě neodpovídá, vyšly hodnoty mezi 0,6 až 1 litrem tekutin za den. Což je dost málo vzhledem k doporučením, které je dáno 2-2,5 litry tekutin za den (Kohout, 2011b). Respondent 5 UC uvedl hodnotu 1,5 litru tekutin, což je celkem shodné i s množstvím tekutin uvedených v jídelníčku. Ovšem stále je to méně než doporučené množství. Hodnoty mohou souviset i s tím, že respondenti množství vypitých tekutin, jak v jídelníčku, tak při rozhovoru, odhadovali a neměli tedy přesný přehled o zkonsumovaných tekutinách.

Pro rychlé zhodnocení výživového stavu všech respondentů byl vypočítán BMI, kde jsme zjistili, že nižší hodnoty BMI mají osoby s Crohnovou chorobou než osoby s ulcerózní kolitidou. Příkladem mohou být respondenti 4 a 5 UC, kteří mají hodnotu body mass indexu 26 kg/m². Tato hodnota je podle Stránského a Ryšavé (2014) považována za nadváhu, normální váha je definována v rozmezí 18,5-24,9 kg/m². Lze tedy předpokládat, že méně striktní stravu budou mít právě pacienti s ulcerózní kolitidou, kvůli vyššímu BMI. Ovšem podle Kohouta (2011b) si pacienti, jak s MC i UC, musejí vytipovat potraviny, které jim nezpůsobují bolesti břicha, průjmy, nadýmání nebo popřípadě pocit tlaku v břiše. Toto tvrzení tedy nevyvrací ani nepotvrzuje předpoklad méně striktní stravy u pacientů s UC.

Druhá část výzkumného šetření byla zaměřena na vyhodnocení odpovědí respondentů na jednotlivé otázky týkající se stravy během akutního i klidového stádia a problémům spojeným s těmito nemocemi, které byly zpracovány do 20 kategorií. První tři kategorie se týkaly právě rozdílné stravy v obou obdobích. Kategorie 4-9 se týkaly jednotlivých druhů potravin, které jsou pacienty upřednostňovány, přesněji řečeno se bylo ptáno na ovoce a zeleninu, pečivo, maso a masné výrobky a mléko a mléčné výrobky. Kategorie 10-14 byly zaměřeny na informovanost pacientů o stravování, tedy o pravidelnosti stravy, pitném režimu, vhodných technologických úpravách a jiných dietách, které souvisejí s onemocněními. Kategorie 15-18 byly zaměřeny na konkrétní tekutiny, které pacienti

konzumují, respektive na všechny konzumované tekutiny, druhy čajů, konzumace kávy a její množství za den, a na konzumaci alkoholu. A poslední dvě kategorie se zaměřovaly na jiné problémy související s jednou z chorob, bylo se ptáno na mimo střevní problémy a konkrétní problémy s výživou.

Kategorie první se týkala diety v akutním stádiu nemoci. Překvapující bylo, že většina respondentů nevěděla, že v relapsu choroby je nutné podávat dietu s omezením zbytků neboli bezzbytkovou. Toto potvrdili pouze dva respondenti. Ostatní odpovídali, že konzumují suchary nebo bílé pečivo. Nutnost podávání bezzbytkové diety potvrzuje i Kohout (2011). Zajímavé ale bylo, že při položení třetí otázky „Co je bezzbytková dieta?“, většina respondentů odpověděla víceméně správně, tudíž je pravděpodobné, že o dietě věděli. Proto je možné, že při položení první otázky si na dietu nevzpomněli nebo si neuvědomili, že se jedná o tuto dietu. Kategorie druhá se týkala diety v klidovém stádiu nemoci. Víceméně všichni respondenti odpověděli, že v klidovém stádiu se stravují bez žádných dietních omezení, tedy jejich strava vychází z normální racionální diety, která je určena pro zdravou populaci. Toto potvrzuje i Kohout (2011b), který uvádí, že dieta v tomto stádiu se neliší od racionální diety s normálním obsahem vlákniny, ale je dobré se nadále vyvarovat nadýmavým pokrmům. Někteří respondenti ještě uvedli, že omezují ostrá, kořeněná a těžká jídla. S tím souhlasí i Stejskalová (2012), která uvádí, že pacienti by se měli vyvarovat dráždivým, nadýmavým a příliš tučným potravinám a ostrému koření. Respondent 2 MC dále ještě uvedl, že omezuje lepek a laktózu, ovšem ale také uvedl, že po zdravotní stránce pro toto omezení nemá žádný důvod.

Kategorie 4 byla zaměřena na konzumované ovoce. Nejčastější odpovědí byl banán, možná i proto, že je pacienty dobře tolerován a doporučován i při dietě s omezením zbytků, kde ho v povolených druzích ovoce uvádí i Svačina, Bretšnajdrová (2008). Mezi další konzumované druhy ovoce uváděli respondenti pomeranče, mandarinky, meruňky, ale také pomelo, grep, mango a jablka. Nejvíce překvapující pro mě bylo, že jablka uvedl pouze jeden respondent, přičemž jsem předpokládala, že jablka budou druhou nejčastější odpovědí hned po banánu. Kategorie 5 byla zaměřena na konzumované druhy zeleniny. Respondenti mnoho druhů zeleniny nekonzumují, což ale nebylo překvapující, jelikož i konzumace zeleniny u zdravé populace je velmi nízká. Český statistický ústav (2017) uvádí, že konzumace zeleniny v roce 2015 klesla o 1,6 kg/osobu/rok, naproti tomu ale stoupla konzumace ovoce o 4,3 kg/osobu/rok. Nejčastěji konzumovanou zeleninou byly okurky a rajčata. Další kategorie byla zaměřena na konzumaci pečiva. Dalo se

předpokládat, že většina respondentů i v období remise bude převážně konzumovat bílé pečivo, které je ovšem doporučováno v případě nástupu relapsu onemocnění. V období remise mohou pacient konzumovat i jiné druhy pečiva, ovšem platí tvrzení Kohouta (2011b), že si musejí sami vyzkoušet, které druhy jim nezpůsobují žádné potíže. Někteří respondenti uvedli i konzumaci žitného chleba a vícezrnného pečiva. Celozrnné pečivo uvedl pouze jeden respondent. Kategorie 7 byla zaměřena na konzumované druhy masa. Maso je zdrojem hodnotných bílkovin a dalších látek tělu prospěšných, zejména železa (Stránský, Ryšavá, 2014). Respondenty byla preferována konzumace drůbežího masa, respektive masa kuřecího, dále i masa krůtího, ale již v menší míře. Červené (tmavé) maso nebylo respondenty moc uváděno, uvedli ho pouze dva respondenti. Přičemž podle Stránského a Ryšavé (2014) je v mase červeném více myoglobinu, tedy i více železa než v mase drůbežím. Konzumaci ryb uvedli také pouze dva respondenti, přičemž ryby jsou zdrojem n-3 mastných kyselin a pozitivně ovlivňují krevní tuky (Stránský, Ryšavá, 2014). Další kategorie byla zaměřena na konzumaci masných výrobků. Masné výrobky by se neměly konzumovat moc často, mohou způsobovat nežádoucí zdravotní problémy, jako je zvýšený krevní tlak, který způsobuje sůl používaná k výrobě těchto produktů (Stránský, Ryšavá, 2014). Většina z respondentů, avšak převážně konzumuje některé z druhů šunky, které jsou lepší variantou masných výrobků než trvanlivé salámy, které byly odpovězeny pouze jednou. Kategorie 9 byla zaměřena na konzumaci mléka a mléčných výrobků. Právě mléko a výrobky z něj jsou důležitým zdrojem vápníku (Stránský, Ryšavá, 2014). Nejčastěji konzumované mléčné výrobky byly jogurty a sýry, a v menším počtu odpovědí i kefir. Konzumaci mléka odpověděli skoro všichni respondenti.

Kategorie 10 byla zaměřena ohledně četnosti denních jídel. Více jak polovina respondentů odpověděla, že by se mělo jíst 5x denně, což napůl odpovídá tvrzení Stránského a Ryšavé (2014), kteří uvádějí, že strava by měla být za den rozdělena na 4-5 jídel, ale Kohout (2011b) uvádí, že strava by měla být rozdělena až na 6 menších porcí za den. Jednotlivé odpovědi značí o tom, že pacienti jsou informováni o pravidelném stravování, což souvisí i s další kategorií (11). Kategorie 12 byla zaměřena na příjem tekutin během celého dne. Doporučený pitný režim pro pacienty s IBD by měl být mezi 2-2,5 litru tekutin za den (Kohout, 2011b), což většina respondentů odpovídala, nejčastějšími odpověďmi byly hodnoty mezi 1,5 až 2,5 litry tekutin za den. V kategorii 14, která byla zaměřena na alternativní diety, odpověděli dva respondenti dietou SCD. Zřejmě tuto dietu odpověděli z důvodu, že jí sami dodržují nebo dodržovali. SCD dieta

neboli specifická sacharidová dieta umožňuje konzumaci pouze monosacharidů a omezuje příjem jednoduchých sacharidů, a u většiny pacientů vede ke ztrátě hmotnosti (Kais, et al, 2015). Což může mít kladný i záporný účinek, ale je zcela zřejmé, že dlouhodobé dodržování této diety může vést k nedostatku některých živin.

Výsledky výzkumného šetření mohly být zkresleny z důvodu zúčastnění malého počtu respondentů, tudíž nemůžeme říci, že se takto stravují všichni pacienti trpící Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou. Propočtené hodnoty z jídelníčků respondentů nemusejí odpovídat reálným hodnotám, protože některé potraviny, respektive jejich hodnoty, nemusejí být v databázi potravin v programu Nutriservis správně zadány.

7. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit výživový stav u osob s ulcerózní kolitidou nebo s Crohnovou chorobou. Byla zvolena metoda kvalitativního šetření, které se skládalo ze dvou částí. První část tvořili týdenní jídelníčky od každého respondenta a druhou polostrukturované rozhovory skládající se z 20 otázek, které byly sestaveny s ohledem na výzkumné otázky.

Výzkumný soubor původně tvořilo 20 respondentů, ale jenom šest z nich splnilo podmínky pro vstup do výzkumného šetření. Těchto šest respondentů tvořily osoby jak s Crohnovou chorobou, tak i s ulcerózní kolitidou, ve stejném počtu. Na pohlaví nezáleželo, takže výzkumný soubor tvořili jak ženy, tak i muži.

Z výzkumného šetření vyplývá, že u respondentů je nedostatečný příjem bílkovin, tuků, sacharidů i vlákniny. Měli by dbát na dostatečný příjem potravin bohatých na bílkoviny, a to jak v živočišné, tak i rostlinné formě. Také by se měli zaměřit na příjem tuků, s omezením příjmu satureovaných mastných kyselin, a sacharidů s omezením cukrů obsažených ve sladkostech apod. Dále také vyplývá, že všichni respondenti nekonzumují dostatek ovoce ani zeleniny a dalších potravin obsahující vlákninu, jelikož propočtené hodnoty vlákniny u jednotlivých respondentů nedosahují doporučeného množství. Což může u respondentů znamenat, že jim vyšší podíl vlákniny ve stravě přináší nechtěné komplikace, ovšem ale ani jeden z respondentů takto neodpověděl. Dále polovina respondentů nedodrhuje ani doporučený příjem tekutin, což může mít za následek, vzhledem k onemocnění a komplikacím, i vznik dehydratace.

Je dobré zdůraznit, že výzkumného šetření se nezúčastnilo příliš mnoho respondentů, proto mohou být výsledky zkresleny a nemusejí odpovídat skutečným stravovacím návykům u všech pacientů s IBD.

Závěrem mé práce bych chtěla doporučit pacientům s IBD při přechodu do remise a v remisi, aby se nebáli vyzkoušet všechny dostupné potraviny, protože výživa je pro ně velmi důležitá, zajišťuje zdroj veškerých potřebných živin a energie. Také by měli dbát na pravidelný a co nejvíce pestrý jídelníček s dostatkem tekutin.

Byla bych ráda, kdyby práce byla využita jako studijní materiál pro studenty, ale i pro laickou veřejnost či pacienty s IBD zajímající se o výživu při těchto onemocnění. Jako výstup z práce byl zpracován informační letáček o výživě během remise a relapsu.

8. Seznam literatury

1. BOULTON, R., et al., 2011. *Gastroenterology*. 2. ed. London: Manson Publishing. p. 240. ISBN 978-1-84076-068-2.
2. BRONSKÝ, J., HRADSKÝ, O., NEVORAL, J., ŠKÁBA, R., 2013. Gastroenterologie – idiopatické střevní záněty. In: NEVORAL, J., et al. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá Fronta. s. 125-160. ISBN 978-80-204-2863-9.
3. S. BLOOMFELD, R., J. SHORES, N., 2010. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. In: J. BICKSTON, S., et al., *Handbook of Inflammatory Bowel Disease*. Baltimore: Wolters Kluwer. p. 16-114. ISBN 978-0-7817-6630-2.
4. ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. s. 112. ISBN 978-80-7262-600-7.
5. EHRMANN, J., KONEČNÝ, M., 2012. Léčba střevních zánětů. *Praktické lékařství* [online]. 8 (4), s. 156-160. ISSN 1803-5329. Dostupné z: https://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-201204-0002_Lecba_strevnich_zanetu.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3D1%25E9%25E8ba%2Bst%25F8evn%25EDch%2Bz%25E1n%25ECt%25F9%26sfrom%3D0%26spage%3D30
6. FREJ, D., KUCHAR, J., 2016. *Zdravé střevo*. Praha: Eminent. s. 456. ISBN 978-80-7281-510-4.
7. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. s. 248. ISBN 978-80-247-1868-2.
8. KAIS, S., et al., 2015. Diet and Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology & Hepatology*. 11(8). p. 511-20. ISSN 1554-7914.
9. KARÁSKOVÁ, E., 2015. Výlučná enterální výživa – léčba první volby Crohnovy choroby u dětí. *Gastroenterologie a hepatologie*. 69 (6). s. 531-535. ISSN 1804-7874.
10. KOHOUT, P., 2011a. Diagnostika malnutrice. In: Kohout, P., et al. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi. s. 14-21. ISBN 978-80-87250-12-9.
11. KOHOUT, P., 2011b. Výživa u pacientů s IBD. *Postgraduální medicína*. 13 (2). s. 122-127. ISSN 1212-4184.

12. KOHOUT, P., 2010a. Nutriční screening a následná nutriční intervence. In: KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z. et al. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi. s. 19-31. ISBN 978-80-87250-08-2.
13. KOHOUT, P., 2010b. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. In: KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z. et al. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi. s. 65-86. ISBN 978-80-87250-08-2.
14. KREJSEK, J., 2016. Trávicí soustava, zánět obranný a poškozující. In: KREJSEK, J., et al. *Imunologie člověka*. Hradec Králové: Garamon. s. 496. ISBN 978-80-86472-74-4.
15. KŘEMEN, J., et al., 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta. s. 139. ISBN 978-80-204-2070-1.
16. KUŽELA, L., KOHOUT, P., 2011. Malnutrice – definice, komplikace, ekonomické důsledky. In: KOHOUT, P., et al. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi. s. 9-13. ISBN 978-80-87250-12-9.
17. LEE, D., SUSKIND, D., 2016. Individualized Food-Based Dietary Therapy for Crohn's Disease: Are We Making Progress?. *Digestive Diseases And Sciences*. 61 (4). p. 958–960. DOI 10.1007/s10620-016-4066-9.
18. LUKÁŠ, K., JIRÁSEK, V., 2007. Nemoci tlustého střeva a konečníku. In: LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., et al. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. s. 121-136. ISBN 978-80-247-1787-6.
19. LUKÁŠ, M., 2016. Idiopatické střevní záněty – vznik, původ a průběh onemocnění. In: MATĚJKOVÁ, P. (ed). *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat I.díl* [online]. 2. vyd. Praha: Pacienti IBD z.s., s. 8-15. ISBN 978-80-905120-5-4. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/kdo-jsme/publikace>
20. MEISNEROVÁ, E., 2016. Výživa a diety při IBD. In: MATĚJKOVÁ, P. (ed). *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat I.díl* [online]. 2. vyd. Praha: Pacienti IBD z.s., s. 59-69. ISBN 978-80-905120-5-4. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/kdo-jsme/publikace>
21. MOUREK, J., et al., 2013. *Fyziologie, biochemie a metabolismus pro nutriční terapii*. České Budějovice: ZSF JU. s. 100. ISBN 978-80-7394-438-4.
22. POKRIVČÁK, T. et al., 2014. *Chirurgie*. Praha: Triton. s. 282. ISBN 978-80-7387-702-6.
23. RENDL, L., TÓTHOVÁ, V., 2013. Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry. *Kontakt*. 15(2). s. 128-134. ISSN 1212-4117.

24. RUŠAVÝ, Z., KREUZBERGOVÁ, J., 2008. Dieta při podvýživě. In: SVAČINA, Š., et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. s. 167-172. ISBN 978-80-247-2256-6.
25. SKŘIČKA, T., KOHOUT, P., BALÍKOVÁ, M., 2009. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vyd. Praha: Forsapi. s. 65. ISBN 978-80-87250-01-3.
26. SPOTŘEBA POTRAVIN 2015, 2017. [online]. ČSÚ. [cit. 2018-4-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/spotreba-potravin-2015>
27. STANGE F., E., 2009. *Colitis ulcerosa – Morbus Crohn*. 3. vyd. Bremen: UNI – MED. ISBN 978-3-8374-1159-1.
28. STEJSKALOVÁ, V., 2012. *Dieta při Crohnově chorobě a ulcerózní kolitidě* [online]. Medixa s.r.o. [cit. 2018-4-18]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/strava/dieta-pri-crohnove-chorobe-a-ulcerozni-kolitide>
29. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. vyd. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 274. ISBN 978-80-7394-478-0.
30. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008. Dieta při onemocnění trávicího traktu. In: SVAČINA, Š., et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. s. 209-222. ISBN 978-80-247-2256-6.
31. ŠATROVÁ, J., 2007. Dietologie u nemocí trávicího traktu. In: LUKÁŠ, K., et al., *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. s. 325-336. ISBN 978-80-247-1787-6.
32. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. s. 384. ISBN 978-80-262-0644-6.
33. TENKLOVÁ, M., NOVÁKOVÁ, D., 2017. Péče o výživu dětí s Crohnovou chorobou. *Florence*. 13 (1-2), s. 15-17. ISSN 1801-464x.
34. TOMASELLO, G., et al., 2016. Nutrition, oxidative stress and intestinal dysbiosis: Influence of diet on gut microbiota in IBD. *Biomedical papers*. 160 (4), p. 461-466. ISSN 1213-8118.
35. VEJMELKA, J., KOHOUT, P., 2017. Střevní mikrobiomu. In: OLIVERIUS, M., KOHOUT, P., et al., *Selhání střeva a transplantace tenkého střeva*. Praha: Mladá fronta. s. 377. ISBN 978-80-204-4088-4.
36. VELEMÍNSKÝ, M., et al. 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. s. 175. ISBN 978-80-7394-182-6.

37. YOON, S., et al., 2015. Low-FODMAP formula improves diarrhea and nutritional status in hospitalized patients receiving enteral nutrition: a randomized, multicenter, double-blind clinical trial. *Nutrition journal*. 14 (1). p. 1-12. ISSN 1475-2891.
38. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada. s. 552. ISBN 978-80-247-2844-5.
39. ZLATOHLÁVEK, L. et al., 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. s. 424. ISBN 978-80-88129-03-5.

9. Seznam příloh

9.1. Příloha 1 - Otázky k rozhovorům

9.2. Příloha 2 – Informační letáček

9.3. Příloha 3 – CD s rozhovory s respondenty

9.4. Příloha 4 – CD s jídelníčky

10. Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje

Tabulka č. 2 – Optimální hodnoty živin R1 MC

Tabulka č. 3 – Hodnoty propočtené z jídelníčku R1 MC

Tabulka č. 4 – Optimální hodnoty živin R2 MC

Tabulka č. 5 – Hodnoty propočtené z jídelníčku R2 MC

Tabulka č. 6 – Optimální hodnoty živin R3 MC

Tabulka č. 7 – Hodnoty propočtené z jídelníčku R3 MC

Tabulka č. 8 – Optimální hodnoty živin R4 UC

Tabulka č. 9 – Hodnoty propočtené z jídelníčku R4 UC

Tabulka č. 10 – Optimální hodnoty živin R5 UC

Tabulka č. 11 – Hodnoty propočtené z jídelníčku R5 UC

Tabulka č. 12 – Optimální hodnoty živin R6 UC

Tabulka č. 13 – Hodnoty propočtené z jídelníčku R6 UC

11. Seznam použitých zkratk

BMI – Body Mass Index

CEV – celkový energetický výdej

EV – enterální výživa

EEV – exkluzivní enterální výživa

GIT – gastrointestinální trakt

IBD – idiopatické (nespecifické) střevní záněty

MC – Morbus Crohn/ Crohnova choroba

PV – parenterální výživa

UC – ulcerózní kolitida

ZEV – základní energetický výdej

Příloha 1 – Otázky k rozhovorům

Věk:

Výška:

Váha:

1. Jaká dieta je pro Vás nejlepší v akutním stádiu?
2. Jaká dieta je pro Vás nejlepší v klidovém stádiu?
3. Co je bezzbytková dieta?
4. Jaké druhy ovoce jíte?
5. Jaké druhy zeleniny jíte?
6. Jaké pečivo jíte?
7. Jaké druhy masa jíte?
8. Jaké masné výrobky jíte?
9. Co z mléka a mléčných výrobků konzumujete?
10. Jak často byste měli denně jíst?
11. Proč je důležité pravidelné stravování?
12. Kolik tekutin za den vypijete?
13. Jaké technologické úpravy potravin používáte?
14. Znáte nějaké alternativní diety? Pokud ano, tak jaké?
15. Jaké tekutiny nejčastěji pijete?
16. Jaký čaj nejčastěji pijete?
17. Jak často pijete kávu? Popřípadě kolik šálků za den?
18. Trpíte nějakým mimo střevním příznakem spojený s některou z chorob? Jakým?
19. Trpíte nějakým problémem související s výživou?

Příloha 2 – Informační letáček

Výživa v klidovém stádiu

- ✓ Přejít na normální stravu
- ✓ Množství vlákniny nejméně 30 g/den
- ✓ Dobře se vyhnout:
 - Nadýmavým pokrmům
 - Tučným druhům mas
 - Alkoholu, především tvrdému
- ✓ Je dobré vyzkoušet, co nejvíce potravin nezpůsobující nežádoucí problémy
- ✓ Tekutiny podáváme vlažné, odděleně od pevné stravy
- ✓ Konzumace menších porcí až 6x za den

Výživa v akutním stádiu

- ✓ Dieta s omezením zbytků → vyloučení nerozpustné vlákniny
- ✓ Potraviny obsahující tuto vlákninu:
 - Čerstvá zelenina, ovoce
 - Luštěniny
 - Celozrnné výrobky
- ✓ Vhodné úpravy pokrmů:
 - Vaření (i v páře)
 - Dušení
 - Pečení v alobalu
- ✓ Konzumovat menší porce až 6x denně
- ✓ Jíst v klidu a v sedě u stolu
- ✓ Vše řádně rozkousat a nehltat
- ✓ Tekutiny nekonzumovat společně s jídlem
- ✓ Tekutiny podáváme vlažné

Zdroje:

- KOHOUT, P., 2011b. Výživa u pacientů s IBD. *Postgraduální medicína*. 13 (2). s. 122-127. ISSN 1212-4184.
- KOHOUT, P., 2010b. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. In: KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z. et al. *Výživa nemocných - klinická výživa 1*. Praha: Fortapil. s. 65-86. ISBN 978-80-87250-08-2.
- STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2 vyd. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 274. ISBN 978-80-7394-478-0.

Příloha 3

CD s rozhovory s respondenty

Příloha 4

CD s jídelníčky