



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SPREMEMBE APETITA ZARADI
PROGRAMSKE OPERACIJE
HOSPITALIZIRANIH PACIENTOV**

**APPETITE CHANGES DUE TO ELECTIVE
SURGERY OF HOSPITALIZED PATIENTS**

Diplomsko delo

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidatka: Tanja Žemva

Jesenice, februar, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju mag. Miranu Remsu, viš. pred., za strokovno vodenje in svetovanje pri pripravi diplomskega dela. Hvala tudi recenzentki Mateji Bahun, viš. pred., za strokovni pregled in usmeritve pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se vsem, ki so pomagali oziroma sodelovali pri izvedbi raziskave, vsem medicinskim sestram na ortopedskem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice, Maticu Noču za pomoč pri statistični analizi podatkov in lektorici dr. Nini Modrijan za jezikovni pregled.

Ne nazadnje se zahvaljujem svoji družini – partnerju Janezu, sinovoma Andražu in Eneju ter hčerki Lani – za vso podporo v študijskem obdobju in med nastajanjem diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Pacientova dobra prehranjenost je del programa pospešenega kirurškega okrevanja in pripomore k dobri pripravljenosti pacienta na operativni poseg in boljše okrevanje po njem.

Cilj: Cilj raziskave je bil opredeliti pomen dobrega apetita po operativnem posegu in raziskati, koliko pacientom se je apetit spremenil pred operativnim posegom in kako se je vračal po njem, kakšna se jim zdi kakovost bolnišnične hrane, kaj so pogrešali in kaj je vplivalo na spremembo njihovega apetita.

Metoda: Raziskava je temeljila na metodi kvantitativnega neeksperimentalnega empiričnega raziskovanja. Zbrani podatki so pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom. Sodelovalo je 79 udeležencev po operaciji endoproteze kolka in kolena; vzorec je bil namenski, priložnostni. Raziskava je potekala od aprila do junija 2019, in sicer po predhodno pridobljenem soglasju Etične komisije za raziskovanje Splošne bolnišnice Jesenice. Pridobljeni podatki so bili obdelani s programom SPSS (Statistical Package for Social Sciences), verzije 20.0. Podatki so statistično obdelani z metodo deskriptivne statistike, t-testom, testom Hi-kvadrat, Pearsonovim korelacijskim testom in testom ANOVA.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da so se spremembe v apetitu pojavile že dan pred posegom, na kar sta vplivala predvsem strah in nervoza (prisotno pri 64,6 % vprašanih). Apetit se je spreminjal ne glede na spol in starost in z vsakim naslednjim dnevom izboljševal. Pomembnih statističnih razlik ne zaznamo. Pri preučevanju povezanosti med starostjo in apetitom se je izkazalo, da so bili starejši pacienti manj zadovoljni s količino hrane ($r = -0,243$, $p = 0,032$), z videzom, vonjem in postrežbo le-te pa zadovoljni. Zelo dobro so seznanjeni s pomembnostjo dobrega prehranjevanja, saj dober apetit vpliva na hitrejšo rehabilitacijo.

Razprava: Pacientova prehranska ogroženost negativno vpliva na potek zdravljenja, medtem ko dober apetit pred operativnim posegom in seznanjenost s potekom bolnišnične obravnave omogočata dobro psihofizično pripravo pacienta na hospitalizacijo; po posegu dober apetit vpliva na skrajšanje ležalne dobe in hitrejše celjenje ran.

Ključne besede: prehrana, podhranjenost, klinični metabolizem, pooperativna edukacija

SUMMARY

Background: Good patient nutrition is part of accelerated surgical recovery programme. It helps patients prepare for surgery and assists in postoperative recovery.

Aims: The aim of the study was to determine the importance of having a good appetite after surgery. We also aimed to find out how many patients experienced a change in appetite before surgery and how the appetite returned after surgery, how they found the quality of hospital food, what they missed and what affected their change in appetite.

Methods: A quantitative, non-experimental empirical research design was employed. The data collected were obtained with a structured questionnaire. A total of 79 respondents-patients following hip and knee replacement surgery – participated in the research; purposive and convenience sampling was employed. The research was conducted from April to June 2019, with previously obtained consent from the Research Ethics Committee at the Jesenice General Hospital. Obtained data were processed with the programme SPSS, v. 20.0, and analysed using the descriptive statistics method, t-test, chi-square test, Pearson correlation coefficient, and ANOVA test.

Results: Research results revealed that changes in appetite occurred already the day before surgery, mainly due to fear and nervousness (reported by 64.6% of respondents). Appetite varied regardless of gender and age and improved daily after the surgery. No significant statistical differences were established. In examining the correlation between age and appetite, older patients were found to be less satisfied with the amount of food ($r = -0.243$, $p = 0.032$); however, they were satisfied with how the food looked like, smelled and was served. They are well aware of the importance of good nutrition and know that a good appetite leads to faster rehabilitation.

Discussion: The patient's nutritional risk adversely affects the course of treatment, while good appetite prior to surgery and familiarity with the course of treatment allow for good psychophysical preparation for hospitalisation. In the postoperative stage, a good appetite can shorten the length of inpatient stay and accelerate wound healing.

Key words: nutrition, undernourishment, clinical metabolism, postoperative patient education

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 VRSTA BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE.....	3
2.1.1 Nujnost in priprava operativnega posega.....	3
2.1.2 Smernice zdravega prehranjevanja in apetit.....	5
2.1.3 Prehrana kirurškega pacienta.....	6
2.1.4 Kirurški metabolizem.....	7
2.2 POOPERATIVNO OKREVANJE.....	8
2.2.1 Vpliv prehranske ogroženosti v pooperativnem obdobju.....	9
2.2.2 Prehransko spremljanje in vrednotenje.....	10
2.3 PROGRAM POSPEŠENEGA KIRURŠKEGA OKREVANJA.....	10
3 EMPIRIČNI DEL	12
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	12
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	12
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	12
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	13
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	13
3.3.3 Opis vzorca.....	14
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	15
3.4 REZULTATI.....	16
3.4.1 Zadovoljstvo pacientov s prehrano in načinom priprave v bolnišnici.....	18
3.4.2 Spreminjanje apetita pacientov med hospitalizacijo.....	21
3.4.3 Primernost prehrane med hospitalizacijo glede na spol in starost.....	23
3.4.4 Spreminjanje apetita med hospitalizacijo glede na spol in starost.....	26
3.5 RAZPRAVA.....	27
4 ZAKLJUČEK	33
5 LITERATURA	34
6 PRILOGE	39

KAZALO SLIK

Slika 1: Primernost časovnega okvirja prehrane pacientov.....	18
Slika 2: Opredelitev pacientov glede količine obroka, ki so jo zaužili med hospitalizacijo.....	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Spol in odziv pacientov	15
Tabela 2: Starost pacientov.....	15
Tabela 3: Stopnja izobrazbe	15
Tabela 4: Podatki o prehrani pacientov	16
Tabela 5: Zaskrbljenost glede izida operacije	17
Tabela 6: Psihična podpora zaradi strahu in skrbi pred operacijo (možnih je več odgovorov)	18
Tabela 7: Dejavniki primernosti prehrane pacientov glede na njihov apetit.....	19
Tabela 8: Vidiki seznanjenosti pacientov z bolnišnično oskrbo.....	19
Tabela 9: Zadovoljstvo s prehrano v času hospitalizacije – splošno.....	20
Tabela 10: Zadovoljstvo s prehrano v času hospitalizacije – pogrešanje specifične vrste hrane	21
Tabela 11: Sprememba apetita dan pred posegom	21
Tabela 12: Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?	23
Tabela 13: Lastna ocena vpliva prehrane na operativni poseg.....	23
Tabela 14: Primernost hrane apetitu glede na spol.....	24
Tabela 15: Primernost hrane apetitu glede na starost	24
Tabela 16: Zadovoljstvo s prehrano v času hospitalizacije – pogrešanje specifične vrste hrane glede na spol	25
Tabela 17: Test ANOVA glede na starost in vprašanje »Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali?«.....	26
Tabela 18: Vpliv spola pri odgovorih na vprašanje »Ali se vam je dan pred posegom apetit kaj spremenil?«.....	26
Tabela 19: Povprečna starost glede na spremembo apetita dan pred posegom.....	26

Tabela 20: Vpliv spola pri odgovorih na vprašanje »Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?«	27
Tabela 21: Pearsonov korelacijski test – izboljšanje apetita glede na starost	27

SEZNAM KRAJŠAV

TEP	totalna endoproteza
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje

1 UVOD

Kirurški poseg je eden od načinov zdravljenja, ki posega v celovitost pacientovega organizma. Je invazivna oblika zdravljenja, spremeni notranje ravnovesje in prizadene človekovo duševnost. Vsak operativni poseg je tvegan. Lahko je nujen, kadar je pacientovo življenje ogroženo, ali programski, ko je planiran vnaprej (Flis & Miksić, 2010). Med pogosteje izvajanimi programskimi kirurškimi posegi sta totalna endoproteza (TEP) kolka in kolena. To je operacija, ki ne prizadene prebavil in tako ne povzroča težav, ki bi bile povezane z neposredno poškodbo prebavil. Operativni poseg se izvede v rednem operativnem programu, če so vsi izvidi in predpisane preiskave narejeni in prineseni z zdravstveno dokumentacijo v operacijski blok. Osredotočili se bomo predvsem na to, kaj vpliva na spremembo apetita in zaužite prehrane po TEP kolka in kolena. V tujih in domačih virih zasledimo raziskave in članke, ki ugotavljajo pomen prehranjenosti pacientov v pred- in pooperativnem obdobju. Glede na pregledano literaturo (Ros, et al., 2009; Varadhan, et al., 2010; Slivar, 2013; Zelić, et al., 2013; Felder, et al., 2015; Xiangyan Li, et al., 2016; Strgar, 2017; Kruljac, 2018) predvidevamo, da ima zadovoljstvo pacientov z obravnavo na različnih področjih – od priprave na operacijo, sprejema, operativnega posega in bivanja na oddelku – zelo pomemben vpliv na apetit, ki se tudi s stresom in strahom predvidoma spremeni.

Pooperativna utrujenost je pogost pojav po večjih kirurških posegih. Povezana je s fiziološkimi in psihološkimi dejavniki ter tudi z izgubo apetita. Le-ta je povezana z izgubo telesne mase, ki vodi v anoreksijo in vpliva na kakovost življenja, obolevnost in smrtnost (Prodger, et al., 2016). Yacoub (2017) navaja, da je zdrava prehrana sestavljena iz majhnih, pogostih obrokov, pomembna za preprečevanje zapletov, diareje in bolečin.

Pri starejših odraslih ima zdrava in uravnotežena prehrana pomembno vlogo pri ohranjanju vitalnosti in zdravja. Potrebe po energiji se s starostjo znižujejo, naraščajo pa predvsem potrebe po beljakovinah. Prehranskim potrebam težje zadostijo zaradi

spremenjenih psiholoških, fizioloških in socialnih sprememb, ki so povezane s staranjem. Uživanje pestre in uravnotežene prehrane je ključen del ohranjanja zdravja in bistveno za ohranjanje vitalnosti in samostojnosti. Appetit usmerja naše prehranjevanje, predstavlja željo in potrebo po jedi. Za zdravje ni koristno, ko nam apetita zmanjka, prav tako se kilogrami začnejo kopičiti ob prevelikem apetitu. Appetit se ravna po signalih presnovnega sistema, možganov in maščobnega tkiva ter povezanosti z našim vedenjem (Nacionalni portal o hrani in prehrani, 2016). V času hospitalizacije je pomembno, da so zagotovljene vse pacientove potrebe, oskrba in prehranska podpora, saj to vpliva na izid zdravljenja in kakovostno obravnavo pacienta.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 VRSTA BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE

Bolnišnična obravnava je izraz za različne vrste skupnih obravnav v bolnišnični dejavnosti, ki se nanašajo na zdravstveno oskrbo in pomenijo skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo). V obravnavo sodijo dnevna obravnava, dolgotrajna dnevna obravnava, hospitalizacija in podaljšano bolnišnično zdravljenje. V njej se vodi zdravstvena statistika, katere je namen načrtovanje, spremljanje, razvijanje in vodenje zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega stanja prebivalstva (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2014). Strokovna zdravstvena obravnava človeka v bolnišnici se imenuje hospitalizacija. Je nujno potrebna, ko je življenje ogroženo, in elektivna, ko je planirana vnaprej. Je več kot 24 ur trajajoča zdravstvena oskrba pacienta ali pa traja vsaj preko noči v posteljni enoti bolnišnice. Hospitalizacija se začne s sprejemom in nadaljuje z eno- ali večdnevnim zdravljenjem ter zaključi z odpustom. Lahko je tudi krajša, manj kot 24 ur, če pacienta premestijo že prvi dan hospitalizacije v drugo bolnišnico ali če je v prvem dnevu preminil. Medicinska oskrba zajema celovitost kirurškega pacienta, ki jo izvajajo in načrtujejo zdravniki in medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno nego. Medicinske sestre so zelo pomembne tim kirurškega oddelka, saj spremljajo pacientova stanja, izvajajo kirurško nego in diagnostične, terapevtske postopke (Lešnik Štefotič, 2012).

2.1.1 Nujnost in priprava operativnega posega

Načrtovana hospitalizacija, ki je planirana vnaprej, ni življenjsko ogrožajoča, a pacient ravno tako občuti stres, ki ga predstavljajo nenadni življenjski dogodki. Stres pomeni stanje organizma, ki se mu poruši ravnotežje. Velikokrat ga doživljajo z zelo intenzivnimi čustvi, kot so strah, jeza, nemoč, tesnoba (Slivar, 2013). Pomembno je, da medicinska sestra prepozna stresogene dejavnike in pozna načine odzivanja in način, kako pacientu pomagati ter omiliti vpliv stresa na njegovo psihofizično stanje. Obdobje pred operacijo

je čas, ko se pacient sooča z boleznijo, najrazličnejšimi dvomi, vprašanji, strahovi. Ob sprejemu v bolnišnico se pacientov način življenja precej spremeni, in če je pacient o poteku aktivnosti zdravstvene nege slabše informiran, sta zaskrbljenost in strah večja. S predoperativnim protokolom želimo doseči, da bi pacienti v bolnišnico prihajali z vnaprej izpolnjeno obvezno dokumentacijo. Temelj priprave na operacijo je pacientova predoperativna ocena (Webster & Fletcher, 2011). Za zagotavljanje dobrega izida operacije je pomembno obdobje pred samim sprejemom v bolnišnico (Rizzo, n.d.). Zelić in sodelavci (2013) navajajo, da je predoperativno obdobje zelo pomembno, saj se takrat spremeni metabolični status pacienta, na kar ima zelo velik vpliv perioperativni stres. Začne se takrat, ko se zdravnik operater odloči za operacijo, in se konča, ko je pacient odpeljan v operacijski blok. Pri pripravi pacienta na načrtovano operacijo sodelujejo različni člani zdravstvenega tima: kirurg operater, anesteziolog, medicinska sestra koordinatorica zdravstvene obravnava, medicinska sestra na oddelku, fizioterapevt, dietetik in drugi. Medicinska sestra preživi s pacientom največ časa med pripravo na operacijo in ima pri psihični pripravi na operativni poseg pomembno vlogo.

V pripravo na operativni poseg spada tudi ustrezen režim prehrane pred posegom. Pacient mora biti tešč od 6 ur pred posegom. Kajenje, uživanje drog in alkoholnih pijač ni priporočljivo do 24 ur pred samo operacijo. Pri jemanju zdravil mora biti pacient pozoren, da vzame zgolj tista, ki mu jih je odobril zdravnik. S seboj mora imeti celoten seznam zdravil, ki jih jemlje. Preden ga odpeljejo v operacijski blok, mora iti na stranišče, odstraniti ves nakit, zobno protezo, lak za nohte in rdečilo z ustnic, očala ali leče pa mora shraniti. Slušni aparat se – ob predhodnem dogovoru z anesteziologom – lahko pusti v ušesu, in sicer za lažje sporazumevanje. V operacijskem bloku bo pacienta sprejela medicinska sestra, ki bo pripravila operativno polje. Poseg se izvede v splošni ali regionalni anesteziji in traja 1–2 uri. Vsa navodila za pripravo na sprejem in kasneje odpust iz bolnišnice pacient dobi pri zdravstvenem osebju (Strgar, 2017).

2.1.2 Smernice zdravega prehranjevanja in apetit

Apetit usmerja naše prehranjevanje, predstavlja željo in potrebo po jedi. Za zdravje ni koristno, ko nam apetita zmanjka, ob prevelikem apetitu pa se kilogrami začnejo kopičiti. Gre za psihološko težnjo, ki nas prepriča, da si želimo jesti neko specifično hrano. Lakota in apetit se nikoli ne sinhronizirata. Apetit je povezan s kuhanjem in fiziologijo, povzročajo ga posebni dejavniki – nezavedno in nenagonsko. Razumevanje fizioloških sistemov, ki urejajo telesno težo in posledično vnos hrane, se je v zadnjem desetletju izjemno povečalo. Področja v hipotalamusu so odgovorna za prehranjevanje in s tem tudi za uravnavanje apetita. S starostjo se apetit nekoliko zmanjša, povečujejo pa se potrebe po nekaterih drugih stvareh (Inštitut za nutricionistiko, 2011).

Prehranjevanje starejših odraslih mora biti usmerjeno k zdravi in uravnoveženi prehrani, kar ima pomembno vlogo pri ohranjanju vitalnosti in zdravja. Svetujejo se redni in enakomerno porazdeljeni obroki, uživanje čim več hranilno bogatih živil in izogibanje ocvrti hrani in slaščicam. Priporočljivi so obroki, sestavljeni iz: žitnih izdelkov, ki so dober vir prehranskih vlaknin in ogljikovih hidratov; sadja in zelenjave, vira vitaminov in mineralov; mesa in rib, ki vsebujejo kakovostne maščobe in beljakovine, ter mlečnih izdelkov in obilice vode oziroma nesladkanega čaja (Rushalla & Wiedemann, 2012). Starejši odrasli so zelo raznolika skupina, ki prehranskim potrebam težje zadostijo zaradi spremenjenih psiholoških, fizioloških in socialnih sprememb, ki so povezane s staranjem. Prehranske potrebe telesa in presnova hrane se s staranjem spreminjajo. Povečuje se delež maščobnega tkiva in zmanjšuje delež funkcionalne mase (mišične in kostne mase). V procesu staranja se zato pogosto razvijejo debelost in druge bolezni. Ti procesi se lahko upočasnijo ali celo preprečijo z ustrezno prilagojeno prehrano, vnosom dovolj kakovostnih beljakovin in telesno aktivnostjo (Bilban, 2010). Pri starejših se pojavi tudi sarkopenija – sindrom staranja, ki je povezan z upadom mišične mase, zmogljivosti in moči. Vpliva na osnovne dnevne zmogljivosti starostnikov, povečuje pa tudi tveganja za poškodbe. V starosti med 20. in 90. letom se ljudem mišična masa zmanjša za 50 % na

desetletje. Z neuravnoteženo prehrano in načinom življenja starostnikov se starostna meja za pojav sarkopenije čedalje bolj niža (Jović, 2017).

Prehrana in življenjski slog sta ključna dejavnika, ki vplivata na zdravje vsakega posameznika. Pomembno je, da je poskrbljeno za pestro in uravnoteženo prehrano in da se v času hospitalizacije v telo vnese toliko energije, kolikor jo telo zahteva, predvsem pa, da se prilagodi pacientovemu življenjskemu slogu. Hranilne snovi gradijo in obnavljajo telesne celice, dajejo energijo ter ščitijo pred boleznimi in uravnavajo biokemijske procese v organizmu. Ključnega pomena poleg prehrane, kar pogosto pozabimo, je tudi tekočina. Odrasla oseba potrebuje dnevno približno 2,5 litra tekočine. Le-to je treba prilagoditi pacientovi stopnji telesne aktivnosti in pridružene kronične bolezni. Pri premajhni količini zaužite tekočine se lahko pojavijo motnje v krvnem obtoku, posledično pa lahko nastopi/-jo bruhanje, mišični krči ali vrtoglavica (Kruljac, 2018).

2.1.3 Prehrana kirurškega pacienta

Prehrana po operativnem posegu je pomembna, saj z njo lahko omilimo procese povečanega katabolizma zaradi sepse in preprečimo stradanje. Po nezapletenih operacijah je priporočljivo, da pacienti čim hitreje začnejo jesti hrano po normalni poti. Stanje prehranjenosti ocenimo laboratorijsko s koncentracijo albuminov in transferina v plazmi (ob povečanem katabolizmu beljakovin je koncentracija v plazmi teh proteinov zvišana) in tako, da izmerimo telesno težo, obseg nadlakti in kožno gubo. Običajno kirurški pacienti potrebujejo 25–30 kcal/kg telesne teže za manjše programske operativne posege, za težje pa do 45 kcal/kg telesne teže (Flis & Miksić, 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da je podhranjenost celično neravnovesje med porabo energije in oskrbo s hranili, ki zagotavlja ustrezno rast in delovanje (Shashidhar & Grigsby, 2009). Na podhranjenost vpliva več dejavnikov, in sicer zdravstveni in socialni. Če podhranjenost ni zdravljena in je neodkrita, je škodljiva in

vpliva na kakovost življenja. Bolnišnično zdravljenje je podaljšano, izid zdravljenja slabši, višja je pogostost infekcijskih zapletov in razjed zaradi pritiska, zmanjšano je celjenje ran, s tem pa so povezani tudi višji stroški hospitalizacije. Podhranjenost pacientov je v bolnišnici približno 30-odstotna. Večina je podhranjenih že ob sprejemu, v veliko primerih pa se podhranjenost poveča med hospitalizacijo (Ros, et al., 2019).

Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri ugotavljanju prehranskega tveganja, pri dostopu do prehranske terapije in vodenju enteralne prehranske terapije, ocenjujejo njeno primernost in spremljajo zaplete pri potencialno rizičnih pacientih. Za doseganje ciljev prehranske obravnave je obvezno medsebojno sodelovanje medicinskih sester z dietetikom. Medicinske sestre beležijo in poročajo o dnevni količini zaužitih hranil, oceni pacientovega teka in vseh odstopanjih, ki nastajajo pri uživanju obrokov. Klinični dietetik mora v pogovoru s pacientom zbrati čim več podatkov, da lahko izdelava ustrezen prehranski načrt (Marshall, et al., 2012).

2.1.4 Kirurški metabolizem

Presnova ali metabolizem zajema fizikalne in kemične procese, pri katerih nastajajo in se razgrajujejo snovi v organizmu. Prav tako so vključeni procesi, v katerih organizem pridobiva potrebno energijo. Pred večjimi kirurškimi posegi se presnova pogosto poruši – posledica je neurejen krvni tlak, prebava ali krvni sladkor. Vsaka operacija povzroči povečano porabo energije in zmanjšan apetit. Kirurška travma povzroča stresni odziv, vključuje presnovne, imunološke in endokrine spremembe. Glavni namen za hitrejše celjenje po operacijah in pridobitev uravnotežene presnove je zmanjšati katabolni odziv, in sicer v čim krajšem času z minimalno izgubo. Večji je stres, več je povzročenih reakcij, ki lahko pripeljejo do katabolnih učinkov (Simsek, et al., 2014).

Telesna teža zdrave osebe predstavlja 60 % vode in strukturnega dela, ki ga sestavljajo maščobe, ogljikovi hidrati in beljakovine. Na človekovo telesno težo vpliva razmerje med vnosom in izločanjem tekočine ter hranilnih snovi (kalorij). Zdrava oseba pri

uravnoveženem vnosu tekočin in hrane vzdržuje svojo telesno težo. Porušeno ravnovesje med vnosom in porabo kalorij je značilnost metabolizma kirurškega pacienta. Vnos kalorij je pogosto zmanjšan v primeru nezmožnosti hranjenja zaradi bolezni ali slabega apetita. Pri kirurškem pacientu je poraba kalorij zaradi povečanega katabolizma, ki ga povzroča poškodba ali sepsa, lahko povečana. Za organizem vsaka operacija predstavlja travmo in s tem tudi prisotnost katabolizma po vsaki operaciji. Vpliv povečanega katabolizma na porabo kalorij pri manjših operativnih posegih je majhen, saj je zmanjšana tudi telesna aktivnost. Pri pacientih so ključne spremembe po obsežnih operacijah, zlasti če se pojavijo dodatni zapleti, ki lahko privedejo do septičnega stanja (Flis & Miksić, 2010).

2.2 POOPERATIVNO OKREVANJE

Pooperativno okrevanje je individualno in ga definirata psihično in fizično stanje. Okrevanje je odvisno od vrste operacije, spola, starosti in socialnih dejavnikov. Pri pacientih je po večjih kirurških posegih predoperativno prehransko stanje zelo pomemben dejavnik postoperativnih rezultatov. Do podhranjenosti lahko privedejo različni vidiki prehranske pomanjkljivosti. Pogosta dejavnika sta slabost in bruhanje. Pooperativna slabost in bruhanje sta pomemben zaplet, kar pacienti pogosto ocenijo kot bolj obremenjujoče kot pooperativna bolečina. Velikokrat se razrešita in zdravita brez posledic, vendar pa stanje zahteva poostreno opazovanje. Preventivni ukrepi lahko vključujejo spremembo anestezijske tehnike in apliciranih zdravil, dajanje antiemetikov in uporabo nefarmakoloških ukrepov za profilakso (Sun, et al., 2015).

Pacient je prvih 24 ur nameščen v polintenzivni sobi ortopedskega oddelka, naslednji dan se običajno vrne na bolnišnični oddelek. Na operirani predel se namestijo terapevtske hladilne vrečke, ki zmanjšujejo vnetje s hlajenjem in posledično lajšajo tudi bolečino, nastalo ob vnetju. Za zmanjševanje pooperativne bolečine lahko pacient dobiva ustrezna protibolečinska zdravila, in sicer kontinuirano preko že vstavljenega spinalnega katetra, intravenske analgezije in terapije per os. Če bo pacientovo zdravstveno stanje dopuščalo,

bo že za kosilo oziroma večerjo normalno jedel in pil. Prejemati začne tudi antikoagulacijsko zaščito, in sicer do 15 dni – tudi po prihodu domov (Webb & Mariano, 2015). Priporočljivo je, da opioidne analgetike pacienti dobivajo čim bolj enakomerno in ne »po potrebi«, saj je težavno vzdrževati koncentracijo analgetika v krvi. Če pacient prejema analgetike »po potrebi«, s tem prihaja do prevelikih nihanj in obdobj premajhne koncentracije analgetikov v krvi. Ob uporabi opioidnih analgetikov se stranskim učinkom ne moremo izogniti – najpogostejša sta slabost in bruhanje (Smrkolj, 2014).

2.2.1 Vpliv prehranske ogroženosti v pooperativnem obdobju

Med prebivanjem v bolnišnici je prehranski status pacientov različen, narašča pa tveganje za prehransko ogroženost z daljšimi hospitalizacijami. V pekinških bolnišnicah je bila zaradi okuženih pacientov zaznana visoka prehranska ogroženost. V času prebivanja v bolnišnici se je prehranski status pogosto slabšal, kar je vplivalo na daljše hospitalizacije in posledično pomenilo več možnosti zapletov med zdravljenjem (Xiang-yan Li, et al., 2016). Prehranska ogroženost je razširjena med starejšimi pacienti in tistimi z več boleznimi hkrati in nizkim indeksom telesne mase, kar je pri TEP kolena in kolka zelo prisotno – predvsem visoka starost (Tangvik, et al., 2015).

Pestra in uravnotežena prehrana je ključna pri ohranjanju zdravja in bistvena za ohranjanje vitalnosti in samostojnosti. Med hospitaliziranimi pacienti je prehranska ogroženost zelo razširjena. Pravočasno odkrivanje le-te omogoča ustrezno prehransko podporo in obravnavo. Pri prepoznavanju ogroženih pacientov so medicinske sestre zaradi stalnega stika z njimi ključen člen. Vpliv prehranske ogroženosti na izid zdravljenja je zelo negativen, saj obstaja možnost številnih zapletov med zdravljenjem, hospitalizacije pacientov so daljše, večja pa je tudi možnost za ponoven nenačrtovani sprejem v bolnišnico (Felder, et al., 2015).

2.2.2 Prehransko spremljanje in vrednotenje

Medicinske sestre pri pacientih spremljajo, opazujejo in zapisujejo vnose hrane, morebitne podhranjenosti pacientov s pomočjo prehranskega presajanja pa pri nas ne ugotavljajo redno in pri vseh zdravstvenih ustanovah, a bi bilo izvajanje le-tega priporočljivo kot reden postopek za ugotavljanje prehranskega statusa pacientov. Pomembni so dobra komunikacija in sodelovanje med pacienti, hitro ukrepanje ob daljši izgubi apetita ter obveščanje dietetika in oddelčnega zdravnika. Rutinsko ocenjevanje prehranskega statusa pacientov bi pozitivno vplivalo na manjše stroške zdravljenja in krajši čas hospitalizacije (Roberts, et al., 2014).

V raziskavi, ki je bila izvedena v kampusu zdravstvenega varstva Rambam, so želeli raziskati, kako uspešno medicinske sestre odkrivajo oziroma prepoznajo ovire za dobro prehransko terapijo. Anketni vprašalnik je izpolnilo 100 medicinskih sester. Rezultati so pokazali, da je 88 % anketiranih medicinskih sester prepoznalo tveganje za podhranjenost pacientov. Med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami so bile ugotovljene razlike v prepoznavanju ovir za ustrezne prehranske terapije. Na splošno je bilo s strani srednjih medicinskih sester ugotovljenih bistveno več ovir, ki preprečujejo dobro prehransko terapijo. Z omenjeno raziskavo so potrdili nujno sodelovanje vseh vpletenih v pacientovo oskrbo (Papier, et al., 2017).

2.3 PROGRAM POSPEŠENEGA KIRURŠKEGA OKREVANJA

Program pospešenega kirurškega okrevanja (ang. ERAS – Enhanced Recovery After Surgery) je program, ki temelji na najboljši medicinski znanosti, stremi k zmanjšanju tveganj za zaplete, povezane s kirurškimi posegi, in čimprejšnji vrnitvi k običajnim aktivnostim. Program ima podprte protokole z dokazi, ki so bili sestavljeni za optimizacijo medoperativne zdravstvene obravnave in zmanjšanje perioperativnega stresa, kirurške travme in organske disfunkcije.

Prednost okrevanja zajema zmanjšanje zapletov po operaciji, varovanje pacientovega zdravja in visoko stopnjo pacientovega zadovoljstva med celotno hospitalizacijo. Čas okrevanja in stopnja zapletov po operaciji se lahko zmanjša za 30 % ali več. Zniža se število zapletov, skrajša bolnišnično bivanje in zmanjša pogostost ponovnih sprejemov (Varadhan, et al., 2010).

Z uporabo kirurgije s pospešenim okrevanjem je raziskava pokazala, da se je pri TEP kolena ležalna doba skrajšala za 1,5 dneva, enako tudi kakovost zdravljenja. Kakovost življenja spremljanih pacientov, ki vključuje bolečino, aktivnost, stopnjo gibanja in funkcioniranje na splošno, je bila po 12–18 mesecih bistveno boljša (Maempel, et al., 2016).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti pacientove prehranske navade v času njegove hospitalizacije in spremembo apetita pred operacijo endoproteze kolena in kolka in po njej.

Cilji diplomskega dela so:

- opredeliti problematiko apetita med hospitalizacijo,
- opredeliti razlike v spolu in starosti pacientov ob ugotavljanju zadovoljstva s prehrano in spremembe apetita,
- ugotoviti, kako se je pacientom vračal apetit po operativnem posegu,
- opredeliti zadovoljstvo s hrano in časovni vidik obrokov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili:

1. Kako je sprememba apetita vplivala na samo hospitalizacijo?
2. Kolikšen je vpliv spola in starosti pacientov na zadovoljstvo s prehrano in spremembo apetita?
3. Kako hitro se je apetit pacientom povrnil po operativnem posegu?
4. V kolikšni meri sta primernost hrane in časovni vidik ustrezala pacientom?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni kvantitativni metodologiji. Za teoretične potrebe so bili zbrani in analizirani primarni in sekundarni viri. Uporabili smo domače in tuje strokovne znanstvene vire, dostopne na svetovnem spletu in v Sloveniji.

Tu je vire smo iskali prek spletnih podatkovnih baz CINAHL, PubMed in SpringerLink, slovenske članke pa prek kooperativnega online bibliografskega sistema COBISS in aplikacije Google Učenjak. Uporabili smo vire, ki so dostopni na spletu, in knjižne vire, ki so na voljo v slovenskih knjižnicah. Pri iskanju literature smo dosledno upoštevali leto izdaje v obdobju od leta 2009 do 2019. Uporabili smo ključne besede: nutrition, malnutrition, clinical metabolism, postoperative education; prehrana, podhranjenost, klinični metabolizem, kooperativna edukacija.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatke za raziskavo smo zbrali z vprašalnikom. Vprašalnik smo sestavili sami, saj ekvivalentnega ni. Za njegovo pripravo smo uporabili literaturo, v kateri je zaznan vpliv stresa oziroma strahu ob operaciji na prehranske navade (Kamernik, 2010; Medlin, 2012; Simsek, et al., 2014; Grass, et al., 2015). Podatke smo začeli pridobivati po potrditvi etične komisije Splošne bolnišnice Jesenice o ustreznosti vprašalnika in po pridobljenem dovoljenju za anketiranje s strani vodstva omenjene bolnišnice. Raziskava je potekala enkratno – v času od 25. aprila 2019 do 30. junija 2019. Vprašalnik smo razdelili med hospitalizirane odrasle na ortopedskem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Pri razdeljevanju vprašalnikov je pomagal ves zdravstveni tim, pacienti pa so jih izpolnjevali zadnji dan pred odpustom v domače okolje, in sicer na prošnjo o raziskovanju, v kolikšni meri se jim je apetit spremenil in kako so se počutili med samo hospitalizacijo. Pridobljene podatke smo zbrali in obdelali s programom SPSS 20.0 za okolje Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili tehniko anketiranja v obliki pisnega strukturiranega vprašalnika. Ta je sestavljen iz dveh delov: v prvem, krajšem delu, so tri splošna vprašanja za pridobitev demografskih podatkov o pacientu, v drugem delu pa so vprašanja, ki se navezujejo na izkušnjo pacientov o pripravi, prehrani in poteku hospitalizacije. Vprašanja

so zaprtega tipa, zato so anketiranci izbrali med ponujenimi odgovori oziroma so se opredelili na Likertovi lestvici stališč do stopnje seznanjenosti (1 – sploh nisem bil seznanjen, 2 – nezadostno seznanjen, 3 – delno seznanjen, 4 – dobro seznanjen, 5 – popolnoma seznanjen) oziroma zadovoljstva (1 – popolnoma nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti nezadovoljen niti zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – izredno zadovoljen). Zanesljivost vprašalnika pri prvem sklopu, ki je vseboval sedem vprašanj (sestavljenih na osnovi Likertove lestvice) o stopnji seznanjenosti pred načrtovanim operacijskim posegom, je znašala 0,831. Pri drugem sklopu, ki je vseboval 11 vprašanj (sestavljenih na osnovi Likertove lestvice) o zadovoljstvu s prehrano v času hospitalizacije, je zanesljivost vprašalnika znašala 0,713, pri tretjem sklopu s sedmimi vprašanji (sestavljenih na osnovi Likertove lestvice) o vidikih primernosti prehrane v času hospitalizacije pa je bila najvišja, in sicer 0,913. Zanesljivost vprašalnika pri četrtem sklopu, ki je vseboval tri vprašanja (sestavljena na osnovi Likertove lestvice) o vplivu prehrane na pacienta, je znašala 0,794.

3.3.3 Opis vzorca

Naš vzorec je namenski, priložnostni vzorec in so ga predstavljali vsi udeleženci po operaciji TEP kolka in kolena, ki so bili v času od 25. aprila 2019 do 30. junija 2019 hospitalizirani na ortopedskem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Vprašalnike smo izročili na ortopedskem oddelku, udeleženci pa so jih izpolnili na dan odpusta iz bolnišnice. Anketiranje je potekalo enkratno, in sicer v prej omenjenem terminu. Na oddelku je bilo v tem času hospitaliziranih 82 pacientov, vzorec pa je vključeval 79 pacientov po TEP kolka in kolena. Odzivnost je bila zelo dobra, kar 96,3-odstotna. Pri anketiranju je sodelovalo 53 pacientk (64,6 %), in sicer po TEP kolena 31, po TEP kolka pa 22 pacientk. Sodelujočih moških pacientov je bilo 26 (31,7 %) – po TEP kolena 7, po TEP kolka pa 19 pacientov, kot je prikazano v tabeli 1.

Tabela 1: Spol in odziv pacientov

Spol	Vrsta operacije	n	%
Ženski	TEP kolena	31	37,8
	TEP kolka	22	26,8
Moški	TEP kolena	7	8,5
	TEP kolka	19	23,2
Skupaj		79	96,3

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 2: Starost pacientov

Starost	n	Min	Max	PV	SO
Starost	79	52	90	72,18	8,909

Legenda: n = število odgovorov, Min = minimalna starost, Max = maksimalna starost, PV = povprečna starost, SO = standardni odklon starosti

Povprečna starost pacientov je bila 79 let, standardni odklon je znašal 8,909 leta.

Tabela 3: Stopnja izobrazbe

Izobrazba	n	%
Osnovnošolska	18	22,8
Srednja in poklicna šola	47	59,5
Višješolska, visokošolska ali univerzitetna	14	17,7
Skupaj	79	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Največ anketiranih ima srednješolsko izobrazbo in poklicno šolo (59,5 %), najmanj pa višješolsko, visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo (17,7 %). Osnovnošolsko izobrazbo ima 18 pacientov (22,8 %).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala med 25. aprilom 2019 in 30. junijem 2019, tj. do zaprtja ortopedskega oddelka zaradi letnih dopustov, po pridobljenem soglasju Etične komisije za raziskovanje Splošne bolnišnice Jesenice. Vprašalnike so pacienti izpolnjevali na ortopedskem oddelku, in sicer na dan odpusta iz bolnišnice. Vrnili so jih v za to

pripravljen zaprti zbiralnik, da se je zagotovila stroga anonimnost pacientov, udeleženi v raziskavi. Zbrane podatke smo obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 20.0 za okolje Windows, rezultate pa predstavili s pomočjo grafov in tabel.

Za osnovni prikaz podatkov smo uporabili statistično metodo deskriptivne statistike, za primerjavo povprečij med dvema neodvisnima vzorcema pa smo uporabili t-test. Za iskanje statistično pomembne povezave med dvema številskima spremenljivkama smo uporabili Pearsonov korelacijski test, za primerjavo porazdeljenosti odgovorov med dvema neodvisnima vzorcema pa test hi-kvadrat. Za iskanje statistično pomembnih razlik med tremi neodvisnimi vzorci je bil uporabljen test ANOVA. Upoštevali smo statistično značilno pomembnost na stopnji $p < 0,05$. Če je bila $p < 0,05$, smo lahko potrdili, da statistično značilne razlike v povprečjih med vzorcema res obstajajo, in sicer pri stopnji tveganja 5 %. Pri obdelavi podatkov smo upoštevali le veljavne odgovore na zastavljena vprašanja, neveljavne oziroma manjkajoče odgovore smo izločili iz statističnih analiz.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju bomo predstavili analizo podatkov glede na zastavljena raziskovalna vprašanja diplomskega dela. Večina pacientov nima nobene diete (73,42 %) in nobene alergije (88,6 %). Najpogostejša dieta se nanaša na sladkorno bolezen (18,98 %) in celiakijo (5,06 %). Pacienti so izrazili alergijo na nekatere vrste zdravil (aspirin, penicilin), oreščke in pik ose (tabela 4).

Tabela 4: Podatki o prehrani pacientov

Podatki o prehrani		n	%
Prehrana pacientov	Brez diete	58	73,42
	Imam dieto, katero	21	26,58
	Brez alergij	70	88,6
	Imam alergijo, katero	9	11,4
Vrsta diete	Brez odgovora	58	73,42
	Celiakija	4	5,06
	Sladkorna bolezen	15	18,98
	Vegetarijanec	1	1,27

Podatki o prehrani		n	%
	Vegan	1	1,27
	Skupaj	79	100,0
Vrsta alergije	Brez odgovora	70	88,6
	Amoksikan	1	1,3
	Aspirin	1	1,3
	Kontrast Lomeron 320	1	1,3
	Pik ose	1	1,3
	Oreščki	1	1,3
	Ospen	2	2,5
	Penicilin	1	1,3
	Pršice	1	1,3
	Skupaj	79	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V tabeli 5 so prikazani odgovori glede zaskrbljenosti izida operacije. Skoraj polovico pacientov je izid operacije zelo skrbel (44,3 %), nekaj manj jih je izid zmerno skrbel (38,0 %), preostale paciente pa izid operacije ni skoraj nič skrbel oziroma jih ni skrbel.

Tabela 5: Zaskrbljenost glede izida operacije

Zaskrbljenost	n	%
Zelo me je skrbelo	35	44,3
Me je skrbelo	30	38,0
Malo me je skrbelo	3	3,8
Skoraj nič me ni skrbelo	5	6,3
Nič me ni skrbelo	6	7,6
Skupaj	79	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V tabeli 6 je prikazana psihična podpora zaradi strahu in skrbi pred operacijo. Večini so psihično podporo nudili družina (83,5 % pacientov) in prijatelji (70,9 % vseh pacientov). Polovici je veliko pomenila tudi psihična podpora zdravstvenega osebja (49,4 % pacientov). Spletni portali se niso izkazali kot močna psihična podpora (11,4 % vseh pacientov).

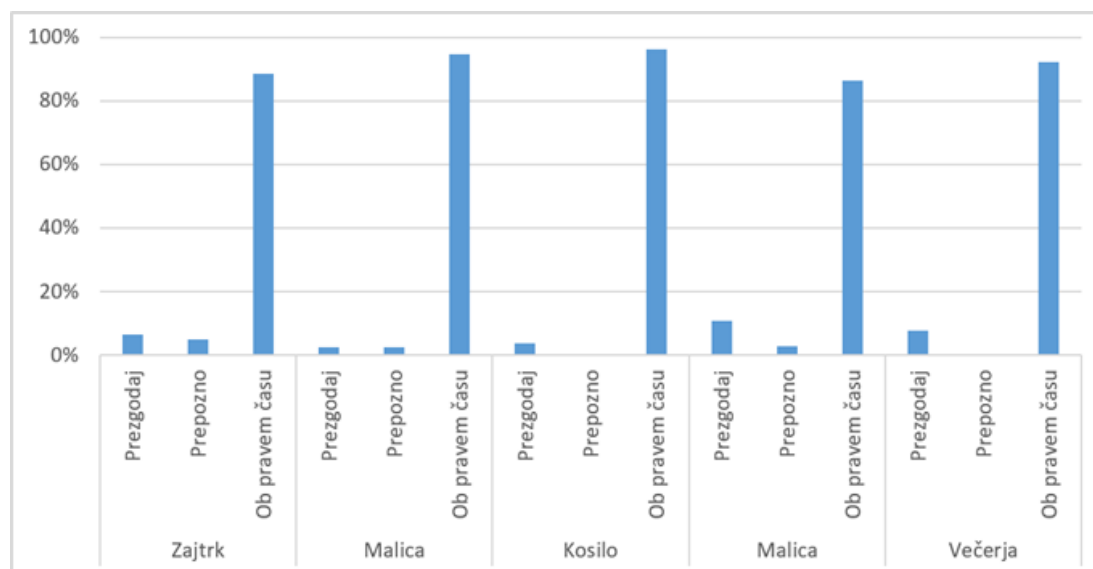
Tabela 6: Psihična podpora zaradi strahu in skrbi pred operacijo (možnih je več odgovorov)

Psihična podpora	n	%
Družina	66	83,5
Prijatelji, znanci	56	70,9
Zdravstveno osebje	39	49,4
Spletni portali	9	11,4
Nisem imel strahu	6	7,6

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

3.4.1 Zadovoljstvo pacientov s prehrano in načinom priprave v bolnišnici

Slika 1 prikazuje primernost prehrane pacientov med hospitalizacijo z vidika primernosti časovnih okvirjev za zajtrk, kosilo in večerjo. Za vseh pet obrokov je večina pacientov (vsaj 85 %) odgovorila, da jim je časovni okvir obroka ustrezal.



Slika 1: Primernost časovnega okvirja prehrane pacientov

Zanimali so nas tudi različni dejavniki, ki so vplivali na oceno pacientov, da se jim je zdela prehrana med hospitalizacijo primerna za njihov apetit. Pri vseh dejavnikih (videz, vonj, postrežba ipd.), ki so vplivali na ugotavljanje primernosti prehrane pacientov v bolnišnici v povezavi z njihovim apetitom, so bili pacienti zadovoljni s postreženo hrano

(PV > 4,20 pri vseh dejavnikih), prav tako pa se mnenja znotraj skupine pacientov niso zelo razlikovala (SO < 0,920 pri vseh dejavnikih), kot je prikazano v tabeli 7.

Tabela 7: Dejavniki primernosti prehrane pacientov glede na njihov apetit

	n	Min	Max	PV	SO
Videz hrane	79	2	5	4,25	0,707
Vonj hrane	79	2	5	4,25	0,669
Postrežba hrane	79	3	5	4,48	0,551
Količina hrane	78	2	5	4,21	0,917
Okus hrane	79	2	5	4,20	0,705
Izbira hrane	78	3	5	4,23	0,719
Temperatura hrane	79	2	5	4,37	0,664

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost zadovoljstva; Max = maksimalna vrednost zadovoljstva; P = povprečna vrednost zadovoljstva; SO = standardni odklon zadovoljstva

V tabeli 8 so prikazani vidiki seznanjenosti pacientov z ustrezno izbiro prehrane na oddelku v času hospitalizacije. Večina vprašanih se je strinjala, da so bili ustrezno seznanjeni z izbiro prehrane (PV = 3,85; SO = 0,988). Prav tako so se strinjali, da so bili zelo dobro seznanjeni s postopkom sprejema v bolnišnico (PV = 4,29; SO = 0,736) – pri tej trditvi nobeden od pacientov ni dejal, da se s trditvijo ne strinja (Min = 3), prav tako so bila odstopanja med vsemi mnenji najmanjša (SO = 0,736). Pacienti so bili dobro seznanjeni tudi z vidiki ustrezne izbire anestezije (PV = 4,09; SO = 0,819), obvladovanja pooperativne slabosti (PV = 3,97; SO = 0,905) in pooperativne bolečine (PV = 4,18; SO = 0,781) ter počasnejšim celjenjem ran pri slabši prehranjenosti (PV = 4,13; SO = 0,903). Najmanj so se strinjali glede seznanjenosti z možnostjo vključitve dietetika pri izbiri prehrane (PV = 3,56; SO = 1,141).

Tabela 8: Vidiki seznanjenosti pacientov z bolnišnično oskrbo

	n	Min	Max	PV	SO
Postopek sprejema v bolnišnico	79	3	5	4,29	0,736
Ustrezna izbira anestezije	79	2	5	4,09	0,819
Obvladovanje pooperativne slabosti	79	2	5	3,97	0,905
Obvladovanje pooperativne bolečine	79	2	5	4,18	0,781
Ustrezna izbira prehrane na oddelku	79	1	5	3,85	0,988

	n	Min	Max	PV	SO
Možnost vključitve dietetika pri izbiri prehrane	77	1	5	3,56	1,141
Pri slabši prehranjenosti je celjenje ran počasnejše	78	1	5	4,13	0,903

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost seznanjenosti; Max = maksimalna vrednost seznanjenosti; PV = povprečna vrednost seznanjenosti; SO = standardni odklon seznanjenosti

Pacienti so pri sklopu vprašanj o zadovoljstvu s prehrano v času hospitalizacije na splošno odgovorili (tabela 9), da novo okolje ni niti vplivalo niti ne vplivalo na njihov apetit (PV = 3,19; SO = 1,330). Strinjali so se, da jih ni motilo, da je bila hrana postrežena ob vnaprej določenem času (PV = 2,24; SO = 1,179), in da jih ni motilo, da so morali jesti v postelji (PV = 2,19; SO = 1,272) in ob prisotnosti drugih pacientov (PV = 2,13; SO = 1,120). Preko noči niso bili lačni (PV = 1,46; SO = 0,917) in niso potrebovali dodatne hrane, ki bi jim jo prinesli svojci (PV = 1,40; SO = 0,972).

Tabela 9: Zadovoljstvo s prehrano v času hospitalizacije – splošno

	n	Min	Max	PV	SO
Je novo okolje na oddelku vplivalo na vaš apetit?	78	1	5	3,19	1,330
Je sprememba v količini zaužite hrane pomemben podatek?	78	1	5	3,96	1,200
Vas je motilo, da je bila hrana postrežena ob vnaprej določenem času?	79	1	5	2,24	1,179
Je bolečina vplivala na vaš apetit?	79	1	5	3,41	1,246
Ste bili kdaj preko noči lačni?	79	1	5	1,46	0,917
Ali vas je motilo, če ste morali jesti v postelji?	79	1	5	2,19	1,272
Vas je motilo hranjenje v sobi še z ostalimi pacienti?	78	1	5	2,13	1,210
Ste med hospitalizacijo kdaj bruhal?	78	1	5	2,08	1,384
Je bil na dan odpusta apetit že normalen?	79	1	5	3,82	1,403
Ste potrebovali dodaten obrok hrane, ki so vam jo na oddelek prinesli svojci?	78	1	5	1,40	0,972

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost strinjanja; Max = maksimalna vrednost strinjanja; PV = povprečna vrednost strinjanja; SO = standardni odklon strinjanja

Paciente smo spraševali tudi o zadovoljstvu s prehrano v času hospitalizacije, rezultati so prikazani v tabeli 10. V času hospitalizacije skoraj polovica pacientov (44,3 %) ni pogrešala nobene druge jedi v prehrani, 15 pacientov (19 %) pa je drugo hrano pogrešalo, in sicer jih je največ pogrešalo sladico (12,7 %), med odgovori so bili tudi čokolada,

klobase, polnozrnati kruh, ribe, sveže sadje, vendar je bil delež teh odgovorov izredno majhen.

Tabela 10: Zadovoljstvo s prehrano v času hospitalizacije – pogrešanje specifične vrste hrane

Zadovoljstvo s prehrano		n	%
Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali?	Da	15	19,0
	Ne	35	44,3
	Ne vem	28	35,4
	Manjkajoči odgovori	1	1,3
	Skupaj	79	100,0
Če ste v prejšnjem vprašanju odgovorili pritrdilno, prosim, napišite, kaj ste najbolj pogrešali?	Čokolado	1	1,3
	Klobase	1	1,3
	Polnozrnati kruh	2	2,6
	Ribe	1	1,3
	Sveže sadje	1	1,3
	Sladico	10	12,7
	Brez odgovora	63	79,5
	Skupaj	79	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

3.4.2 Spreminjanje apetita pacientov med hospitalizacijo

V nadaljevanju so prikazani odgovori na vprašanja o spreminjanju apetita pacientov med hospitalizacijo, in sicer o spremembah apetita dan pred posegom in o razlogih, ki so vplivali na omenjeno spremembo. Appetit se je dan pred posegom spremenil več kot polovici pacientov (64,6 % vseh pacientov), največji vpliv sta imela strah in nervoza. Približno četrtnina vseh pacientov je vzrok za spremembo apetita pripisala strahu (25,4 % vseh pacientov) ali pa nervozi (25,4 % vseh pacientov) (tabela 11).

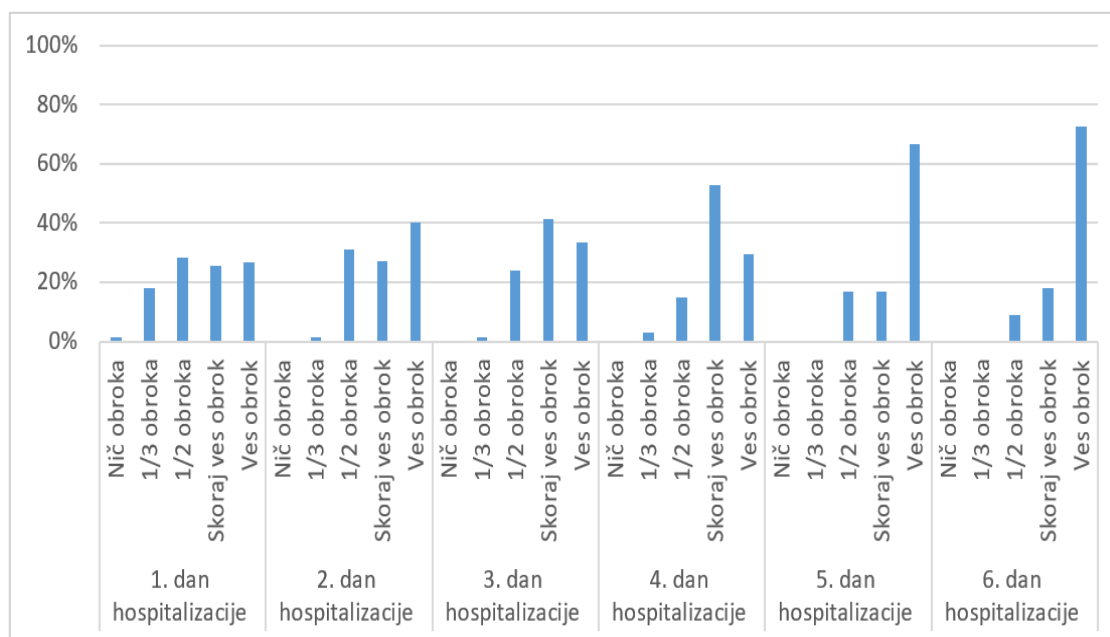
Tabela 11: Sprememba apetita dan pred posegom

		n	%
Ali se vam je dan pred posegom apetit kaj spremenil?	Da	51	64,6
	Ne	28	35,4
	Skupaj	79	100,0

	n	%	
Če ste v prejšnjem vprašanju odgovorili z DA, prosim, dopolnite, zakaj se vam je spremenil (možnih je več odgovorov).	Strah	20	25,3
	Nervoza	20	25,3
	Slabost	9	11,4
	Zaskrbljenost	3	3,8
	Trema	1	1,3
	Brez odgovora	28	35,4

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Slika 2 prikazuje spreminjanje količine hrane, ki so jo pacienti zaužili pri posameznih obrokih v dnevih po operaciji. Ugotovimo, da je prvi dan skoraj ves obrok (25,6 %) oziroma ves obrok (26,9 %) zaužila polovica pacientov, polovica pa je zaužila pol obroka (28,2 %) oziroma manj (17,9 % eno tretjino obroka in 1,3 % nič). Že drugi in tretji dan tistih, ki so pojedli tretjino obroka ali manj, skoraj ni bilo (1,3 % tretjino obroka, 0 % manj), od četrtega dneva naprej pa je skoraj ves obrok oziroma ves obrok pojedlo več kot 80 % pacientov (52,9 % skoraj ves obrok; 29,4 % ves obrok četrty dan). Opazimo torej, da se količina zaužite hrane veča z vsakim dnevom po operaciji.



Slika 2: Opredeitev pacientov glede količine obroka, ki so jo zaužili med hospitalizacijo

V tabeli 12 je prikazano izboljšanje apetita pacientov med bivanjem v bolnišnici (odgovori na vprašanje »Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?«). Večina pacientov (81 %) se z izboljšanjem apetita med bivanjem v bolnišnici ni niti strinjala niti ne strinjala, približno 10 % se jih je strinjalo, da se jim apetit ni izboljšal, in približno 6 % se jih je strinjalo, da se jim je apetit izboljšal.

Tabela 12: Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?

Mnenje	n	%
Sploh se ni izboljšal	3	3,8
Ni se izboljšal	5	6,3
Ni se izboljšal niti ne izboljšal	64	81,0
Izboljšal se je	4	5,1
Popolnoma se je izboljšal	1	1,3
Manjkajoči odgovor	2	2,5
Skupaj	79	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V tabeli 13 je prikazano, kakšna je bila lastna ocena vpliva prehrane na poseg. Ugotovimo, da v povprečju večina pacientov meni, da je imela prehrana pomemben vpliv na operativni poseg (PV = 4,02; SO = 0,768), celjenje ran (PV = 4,42; SO = 0,635) in rehabilitacijo (PV = 4,35; SO = 0,769).

Tabela 13: Lastna ocena vpliva prehrane na operativni poseg

	n	Min	Max	PV	SO
Na operativni poseg	79	2	5	4,03	0,768
Na celjenje ran	78	3	5	4,42	0,635
Na rehabilitacijo	79	1	5	4,35	0,769

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost vpliva prehrane; Max = maksimalna vrednost vpliva prehrane; PV = povprečna vrednost vpliva prehrane; SO = standardni odklon vpliva prehrane

3.4.3 Primernost prehrane med hospitalizacijo glede na spol in starost

V sklopu raziskovalnih vprašanj smo preučevali vpliv dveh dejavnikov na primernost prehrane med hospitalizacijo: spol in starost. S t-testom smo testirali, ali obstajajo razlike v povprečjih odgovorov na vprašanja o primernosti hrane apetitu glede na spol.

Statistično pomembnih razlik v povprečjih odgovorov o primernosti bolnišnične hrane glede na spol ne zaznamo pri nobenem dejavniku (tabela 14).

Tabela 14: Primernost hrane apetitu glede na spol

Primernost hrane apetitu	Spol	n	PV	SO	t	p
Videz hrane	Moški	28	4,18	,670	-0,693	0,490
	Ženski	51	4,29	0,729		
Vonj hrane	Moški	28	4,14	0,651	-0,512	0,382
	Ženski	51	4,31	0,678		
Postrežba hrane	Moški	28	4,43	0,573	-1,100	0,276
	Ženski	51	4,51	0,543		
Količina hrane	Moški	28	4,25	0,799	-0,614	0,542
	Ženski	50	4,18	0,983		
Okus hrane	Moški	28	4,21	0,568	0,341	0,734
	Ženski	51	4,20	0,775		
Izbira hrane	Moški	28	4,14	0,651	0,119	0,905
	Ženski	50	4,28	0,757		
Temperatura hrane	Moški	28	4,29	0,600	-0,841	0,403
	Ženski	51	4,41	0,698		
Na rehabilitacijo	Moški	28	4,50	0,577	1,396	0,167
	Ženski	51	4,27	0,850		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti

Pri sklopu vprašanj testiramo tudi dejavnik starosti. Primeren test za testiranje dveh številskih spremenljivk je Pearsonov korelacijski test. Statistično pomembno povezavo zaznamo le med starostjo in količino hrane ($r = -0,243$; $p = 0,032 < 0,05$). Povezava je šibka in negativna, kar pomeni, da so bili starejši pacienti manj zadovoljni s količino hrane (tabela 15).

Tabela 15: Primernost hrane apetitu glede na starost

	Primernost hrane apetitu	Starost
Videz hrane	r	-0,203
	p	0,073
	n	79
Vonj hrane	r	-0,061
	p	0,591
	n	79

Primernost hrane apetitu		Starost
Postrežba hrane	r	-0,151
	p	0,185
	n	79
Količina hrane	r	-0,243*
	p	0,032
	n	78
Okus hrane	r	-0,151
	p	0,185
	n	79
Izbira hrane	r	-0,138
	p	0,228
	n	78
Temperatura hrane	r	-0,065
	p	0,567
	n	79
Na rehabilitacijo	r	-0,047
	p	0,683
	n	79

Legenda: r = Paersonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; n = število odgovorov

V nadaljevanju smo s testom hi-kvadrat preverili, ali obstajajo razlike v porazdelitvi odgovorov pri vprašanju »Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali?« glede na spol. Statistično pomembnih razlik v porazdeljenosti ne zaznamo (tabela 16).

Tabela 16: Zadovoljstvo s prehrano v času hospitalizacije – pogrešanje specifične vrste hrane glede na spol

Trditev		Spol		χ^2
		Moški	Ženski	
Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali?	Da	8	7	2,457 (p = 0,293)
	Ne	11	24	
	Ne vem	9	19	
Skupaj		28	50	

Pri danem vprašanju smo preverili še dejavnik starosti. Ker so možni odgovori trije, smo uporabili test ANOVA. V tabeli 17 je prikazana povprečna starost pacientov glede na odgovore na vprašanje »Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali?«. Statistično pomembnih razlik v povprečjih nismo zaznali ($F = 2,913$; $p = 0,06$).

Tabela 17: Test ANOVA glede na starost in vprašanje »Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali?«

Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali?		n	PV	SO	F	p
Starost	Da	15	69,47	10,548	2,913	p = 0,06
	Ne	35	70,57	8,229		
	Ne vem	28	75,04	7,743		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = ANOVA; p = stopnja

3.4.4 Spreminjanje apetita med hospitalizacijo glede na spol in starost

Najprej smo s testom hi-kvadrat testirali, ali obstajajo statistično pomembne razlike v porazdelitvah odgovorov na vprašanje »Ali se vam je dan pred posegom apetit kaj spremenil?« glede na spol. Statistično pomembnih razlik v porazdeljenosti odgovorov ne zaznamo ($\chi^2 = 0,031$; $p = 0,970$) (tabela 18).

Tabela 18: Vpliv spola pri odgovorih na vprašanje »Ali se vam je dan pred posegom apetit kaj spremenil?«

Sprememba apetita		Spol		χ^2
		Moški	Ženski	
Ali se vam je dan pred posegom apetit kaj spremenil?	Ne	10	18	0,031 (p = 0,970)
	Da	18	33	
Total		28	51	

Legenda: n = število odgovorov, χ^2 = test hi-kvadrat, p = stopnja značilnosti

Pri istem vprašanju smo preverjali še vpliv dejavnika starosti. V tabeli 18 je prikazana povprečna starost pacientov pri odgovorih o spremembi apetita dan pred posegom. Izkazalo se je, da obstajajo statistično značilne razlike v povprečni starosti ($t = -1,961$; $p = 0,045$), in sicer se je dan pred posegom apetit spremenil starejšim pacientom (PV = 73,61 leta; SO = 8,436 leta za DA), medtem ko se apetit mlajšim pacientom v povprečju ni spremenil (PV = 69,57 leta; SO = 9,307 leta za NE) (tabela 19).

Tabela 19: Povprečna starost glede na spremembo apetita dan pred posegom

Dejavnik	Ali se vam je dan pred posegom apetit kaj spremenil?	n	PV	SO	t
Starost	Ne	28	69,57	9,307	-1,961 (p = 0,045)
	Da	51	73,61	8,436	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti

V nadaljevanju smo s t-testom preverjali, ali glede na spol obstajajo statistično pomembne razlike v povprečjih odgovorov na vprašanje »Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?«. Statistično pomembnih razlik med spoloma glede na izboljšanje apetita ne zaznamo ($t = -0,906$; $p = 0,368$) (tabela 20).

Tabela 20: Vpliv spola pri odgovorih na vprašanje »Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?«

Trditev	Spol	n	PV	SO	t
Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?	Moški	28	2,86	,525	-0,906 (p = 0,368)
	Ženski	49	2,98	,595	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti

S Pearsonovim korelacijskim testom smo preverili, ali obstaja korelacija med izboljšanjem apetita med bivanjem v bolnišnici in starostjo. Statistično pomembne korelacije ne zaznamo ($p = 0,539$).

Tabela 21: Pearsonov korelacijski test – izboljšanje apetita glede na starost

Pearsonov korelacijski test		Starost
Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal?	r	-0,071
	p	0,539
	n	77

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; n = število odgovorov

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil opredeliti problematiko apetita v času bivanja na oddelku, ugotoviti vpliv spola in starosti pacientov na spremembo apetita, izvedeti, ali so bili

pacienti z bolnišnično hrano zadovoljni, ali so bili obroki ob pravem času, predvsem pa dobiti povratno informacijo o tem, kako se jim je vračal apetit po operativnem posegu. Pomembnost dobrega apetita pred operativnim posegom in po njem pripomore k dobremu poteku zdravljenja in psihofizični pripravi pacienta, dobro načrtovana prehrana pa zagotavlja energijsko in hranilno uravnotežen dnevni vnos. V današnjem času se veliko psihofizičnih sprememb odraža v načinu prehranjevanja, ki ga usmerja dober apetit. Znanje medicinskih sester o prehranski podpori pri tem igra ključno vlogo. Raziskava je pokazala, da ni velikih razlik v dobri prehranjenosti glede na spol in starost pacientov. Z načinom priprave hrane, kakovostjo obrokov in postrežbo ob pravem času so bili pacienti zelo zadovoljni.

Raziskovalno vprašanje 1: Kako je sprememba apetita vplivala na samo hospitalizacijo?

Ugotavljamo, da se apetit pacientov pred posegom spremeni kot posledica strahu in nerveze. Po posegu pacienti vsak dan zaužijejo večje deleže obroka, zaradi česar sklepamo, da se jim je apetit vračal postopoma.

Pomembnost psihološke podpore v času hospitalizacije in po odpustu domov so nadzorovali v kohortni raziskavi v bolnišnici Santa Corona (Italija). Pacienti, ki so bili vključeni v raziskavo, so morali izpolnjevati določena merila, in sicer: da je to njihova prva operacija kolka in kolena, da pacient nima psihiatrične zgodovine in ne degenerativnih bolezni živčnega sistema in da je povprečna starost 80 let. Vprašalnike so razdelili med paciente, ki so bili v dveh skupinah – v eni so bili pacienti po operaciji kolka, v drugi pa po operaciji kolena. Po odpustu so pacienti brez psihološke podpore po operaciji kolka cilj fizioterapije (tj. da samostojno prehodijo do 50 metrov) dosegli kasneje kot pacienti s psihološko podporo. Že v obdobju pred operacijo so prisotna čustva, kot so anksioznost, strah in depresija, zato je dobra psihološka podpora pacientu zelo pomembna tudi za njegov fiziološki odziv po operaciji. Ocena podpore, ki spremlja pacienta od sprejema do prvih mesecev po operaciji, vpliva na izid rehabilitacijskega

obdobja. Pojavnost depresije in anksioznosti je bila manj prisotna, podobno so ocenili tudi boljše počutje (Tristaino, et al., 2016).

V 11 kanadskih bolnišnicah so Duerksen in sodelavci (2016) želeli raziskati dojemljivost medicinskih sester pri odkrivanju in iskanju vzrokov za podhranjenost. Izvedli so deskriptivno raziskavo, v kateri so sodelovale medicinske sestre, ki so izpolnile vprašalnik o prehranski podpori pacientov. Odzivnost medicinskih sester na izpolnjeni vprašalnik je bila 48-odstotna. Večina anketiranih se ni zavedala, da je podhranjenost med pacienti razširjena v tolikšni meri. Medicinske sestre so se strinjale, da je za uspešno zdravljenje zelo pomembno zgodnje odkrivanje podhranjenosti, in to že ob sprejemu v bolnišnico. Izrazile so zanimanje za dodatno izobraževanje na tem področju in poudarile, da je zelo pomembno prehransko stanje pacientov pred sprejemom.

Raziskovalno vprašanje 2: Kolikšen je vpliv spola in starosti pacientov na zadovoljstvo s prehrano in spremembo apetita?

Statistično značilnih razlik v spremembi apetita glede na spol in starost pacientov nismo zaznali. Apetit se je enako spreminjal pred posegom in po njem, ne glede na pacientova spol in starost. Prodger in sodelavci (2016) omenjajo rezultate raziskave o izgubi apetita in koliko časa so pacienti potrebovali za povrnitev apetita. V raziskavo je bilo vključenih 50 pacientov po opravljeni endoprotezi kolka in kolena – od tega 27 ženskega spola in 23 moškega spola, povprečna starost je bila 68 let. Raziskava je trajala šest tednov, rezultati pa so pokazali, da so moški potrebovali manj časa za povrnitev apetita, in sicer točno dva tedna manj kot ženske. V povprečju se je pacientom apetit povrnil v štirih tednih – ženske so potrebovale 4–6 tednov, moški pa 2–4 tedne. Kar 76 % pacientov je doživelo različne stopnje izgube apetita, najpogostejši vzrok pa je bila pooperativna utrujenost, ki je zelo pogosta po obsežnih operacijah. Razlike v odgovorih o primernosti prehrane in zadovoljstvu z njo zaznamo le pri količini hrane, ki se je zdela primernejša starejšim pacientom.

Raziskovalno vprašanje 3: Kako hitro se je apetit pacientom povrnil po operativnem posegu?

Ugotovili smo, da se je dan pred posegom večini pacientov spremenil apetit, največji vpliv na njegovo spremembo pa sta imela strah in nervoza. Prvi dan po posegu je skoraj ves obrok zaužila polovica pacientov, druga polovica pa je zaužila manj kot pol obroka. Z vsakim naslednjim dnem se je delež tistih, ki so pojedli večino obroka oziroma cel obrok, višal. Količina zaužite hrane je bila torej z vsakim dnem po posegu večja. Zanimivo pa so pacienti ocenili, da se jim apetit med bivanjem (po posegu) v bolnišnici ni niti izboljšal niti poslabšal, kljub temu da so vsak dan po posegu pojedli več hrane. Pacienti so ocenili tudi, da je imela prehrana pomemben vpliv na operativni poseg, celjenje ran in rehabilitacijo. Pozitivne hospitalizacije so pacientom merilo zadovoljstva, če le medtem ni prišlo do zapletov in odstopanj. Počutje in bivanje v bolnišnici pozitivno vplivata na hitrejšo povrnitev apetita (Furlow, 2011).

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana je leta 2017 potekala raziskava o zadovoljstvu z bolnišnično prehrano, seznanjenosti pacientov o hrani in o tem, kolikšno je bilo zanimanje za posvet z dietetikom. Analizirali so odgovore 626 hospitaliziranih pacientov, povprečna starost anketiranih je bila 60,6 leta. 81 % hospitaliziranih pacientov je navedlo, da so imeli odličen in dober apetit v času bivanja, le 4 % vprašanih pa je navedlo slab apetit. Za pogovor z dietetikom glede prehrane se je odločilo le 14 % udeležencev, večina pa je bila seznanjena z možnostjo pogovora z dietetikom. Za jedilnik in informacijo, katera vrsta hrane je na voljo za njihovo zdravstveno stanje, je vedelo kar 92 % udeleženi. Le v 15 % želja pacientov niso upoštevali, in sicer zaradi neustreznosti zdrave prehrane. Pomembno je, da se v vseh zdravstvenih ustanovah trudijo, da je hrana kakovostna, varna in zdrava.

Raziskovalno vprašanje 4: V kolikšni meri sta primernost hrane in časovni vidik ustrezala pacientom?

Ugotovili smo, da so se pacienti v veliki večini strinjali, da jim je časovni okvir obrokov (zajtrk, malica, kosilo, malica in večerja) ustrezal. Hrana je bila primerna njihovem apetitu, saj so izrazili zadovoljstvo z njenim videzom, vonjem, postrežbo, količino, okusom, izbiro in temperaturo. Večina pacientov se je strinjala, da so bili ustrezno seznanjeni z izbiro prehrane med hospitalizacijo, da novo okolje ni niti vplivalo niti ne vplivalo na njihov apetit, da jih ni motilo, da je bila hrana postrežena ob vnaprej določenem času, in da je bilo to, da so morali jesti v postelji in ob prisotnosti drugih pacientov, nemoteče. Ugotovili smo tudi, da preko noči pacienti niso bili lačni in da niso potrebovali dodatne hrane, ki bi jim jo prinesli svojci. V času hospitalizacije skoraj polovica pacientov ni pogrešala nobene druge jedi v prehrani, manjši delež pacientov pa je drugo hrano vendarle pogrešal. Sklenemo lahko, da so bili pacienti v splošnem zadovoljni s prehrano v času hospitalizacije.

Tudi v psihiatrični bolnišnici Idrija je bila izvedena raziskava o zadovoljstvu s prehrano, ki je potekala preko celega leta 2013. Pravilno izpolnjenih je bilo 282 anketnih vprašalnikov. Pomembna so bila vprašanja o časovnem zadovoljstvu obrokov – 148 pacientov je bilo zelo zadovoljnih, 95 zadovoljnih in le trije pacienti niso bili zadovoljni s predvidenim časom obrokov. S kakovostjo pripravljene hrane je bilo zadovoljnih 256 anketiranih, 26 pa nezadovoljnih. Nekaj več pacientov (tj. 30) je bilo nezadovoljnih z izbiro živil, 252 pa zadovoljnih. Iz raziskave, ki je potekala v psihiatrični bolnišnici Idrija, je razvidno, da so pacienti zadovoljni s prehrano – tj. z izborom živil, pravim časom postrežbe in okusom hrane, za kar si bolnišnica tudi prizadeva. Izkušnje pacientov se torej v veliki meri skladajo s pričakovanji (Gruden, 2013).

Anketirani pacienti so starejši ljudje, ki zagotovo omejujejo našo raziskavo. V četrtem sklopu vprašalnika, kjer smo poizvedovali o vplivu prehrane na pacienta, je bila zanesljivost vprašalnika slabša. Glede na čakalne dobe, omejitve in bolečine, ki so jih

pacienti občutili, so svoje zadovoljstvo izrazili že ob tem, da so prišli na vrsto za operativni poseg. Pacienti izkazujejo občutno večje zadovoljstvo po operaciji kot pa pred njo, ko še ne vedo, kaj lahko pričakujejo in kako bo operacija potekala. Menim, da bi morale medicinske sestre pridobiti dodatna znanja s področja ugotavljanja prehranske ogroženosti in spremljanja pacientov, ki so prehransko ogroženi oziroma po težki operaciji postanejo prehransko izčrpani. Priložnosti za nadaljnje raziskovanje teme se tako kažejo predvsem v ugotavljanju kakovosti znanja medicinskih sester pri odkrivanju pacientov, ki so prehransko nestabilni po težkih operacijah.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave dokazujejo, da sta zaskrbljenost in strah zaradi izida operacije zelo prisotna. Največjo psihično podporo so pacientom nudili družina in prijatelji, veliko jim je pomenila tudi podpora zdravstvenega osebja. Dan pred posegom je bil pri večini udeležencev apetit spremenjen in glede na starost populacije udeležencev se je pri starejših pacientih apetit veliko bolj spreminjal kot pri mlajših. Razlike so bile prisotne tudi glede na spol – ženske so imele pred posegom z apetitom več težav kot moški. Po operativnem posegu je bil apetit slabši, vendar pa se je količina hrane večala z vsakim dnevom po posegu. S seznanjenostjo s postopkom sprejema, izbiro anestezije, obvladovanjem pooperativne slabosti in bolečine ter z možnostjo vključitve dietetika pri slabši prehranjenosti pacienta so bili zelo zadovoljni. Zadovoljstvo pacientov s prehrano, tj. s kakovostjo in načinom priprave le-te v bolnišnici, je bilo visoko, prav tako je večini ustrezal časovni okvir obrokov. Omenjene razlike pri ocenjevanju zadovoljstva na splošno (med hospitalizacijo) so bile majhne. Ugotavljamo, da so udeleženci dobro seznanjeni z vplivom prehrane na operativni poseg, hitrejše celjenje ran in uspešno rehabilitacijo. Pomembnih razlik pri primernosti hrane glede na spol ni bilo, so pa razlike prisotne pri starosti. Starejši je bil pacient, manjšo količino hrane je pojedel.

Človekovo zdravje krepi in ohranja zdrava hrana, tj. priporočena in uravnotežena prehrana, oziroma zdrav način prehranjevanja. V času hospitalizacije dober apetit zmanjša nastanek zapletov po operativnem posegu in zviša možnost pozitivnega izida zdravljenja. Ključno vlogo imajo tudi medicinske sestre, ki so stalno v stiku s pacienti in redno spremljajo njihov prehranski status ter ob spremembah hitro ukrepajo. Pri sprejemu pacienta je kot del rutinskega postopka smiselno uvesti oceno prehranske ogroženosti.

5 LITERATURA

Bilban, M., 2010. Promocija zdravja v različnih življenjskih obdobjih s poudarkom na zdravem prehranjevanju. In: C. Hlastan Ribič, ed. *Zdrava prehrana in javno zdravje: zbornik prispevkov. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010. Ljubljana, 1. oktober 2010.* Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 27-41.

Duerksen, R., Keller, H.H., Vesnaver, E., Laporte, M., Jeejeebhoy, K., Payette, H., Gramilch, L., Bernier, P. & Allard, J., 2016. Nurses' Perceptions Regarding the Prevalence, Detection, and Causes of Malnutrition in Canadian Hospitals: Results of a Canadian Malnutrition Task Force Survey. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(1), pp. 100-106.

Felder, S., Lechtenboehmer, C., Bally, M., Fehr, R., Deiss, M., Faessler, L., Kutz, A., Steiner, D., Rast, A.C., Laukemann, S., Kulkarni, P., Stanga, Z., Haubitz, S., Huber, A., Mueller, B. & Schuetz, P., 2015. Association of nutritional risk and adverse medical outcomes across different medical inpatient populations. *Nutrition*, 31(11-12), pp. 1385-1393.

Flis, V. & Miksić, K., 2010. *Izbrana poglavja iz kirurgije.* Maribor: Založba Pivec, pp. 45-47, 79-81.

Furlow, B., 2011. *Nurse practitioners outscore physicians in patient satisfaction survey.* [online] Available at: <http://www.clinicaladvisor.com/nurse-practitioners-outscore-physicians-in-patient-satisfaction-survey/article/206090/> [Accessed 7 December 2016].

Grass, F., Hübner, M., Schäfer, M., Ballabeni, P., Cerantola, Y., Demartines, N., Pralong, P. & Coti Bertrand, P., 2015. Preoperative nutritional screening by the specialist instead of the nutritional risk score might prevent excess nutrition: a multivariate analysis of nutritional risk factors. *Nutrition Journal*, 14(37), pp. 1-8.

Gruden, A., 2013. *Kazalnik zadovoljstvo s prehrano v Psihiatrični bolnišnici Idrija za leto 2013*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Idrija. Available at: http://www.pb-idrija.si/static/docs/PDF/KAZALNIKI_KAKOVOSTI/2013/VSI/PREHRANA%202013.pdf [Accessed 4 August 2019].

Inštitut za nutricionistiko, 2011. *Apetit-regulator prehranjevanje*. [online] Available at: <https://www.nutris.org/prehrana/novice/zdravje/72-apetit-regulator-prehranjevanja.htm> [Accessed 4 August 2019].

Jović, M., 2017. *Sarkopenija – sindrom staranja*. [online] Available at: <https://www.revijazamojezdravje.si/sarkopenija-sindrom-staranja-89> [Accessed 13 August 2017].

Kamenik, M., 2010. Metabolizem kirurškega bolnika. In: V. Flis & K. Miksić, eds. *Izbrana poglavja iz kirurgije*. Maribor: Založba Pivec, pp. 45-47.

Kruljac, I., 2018. *Probotanic Slovenia*. [online] Available at: <https://probotanic-slovenia.si/prehrana-in-telesna-aktivnost> [Accessed 26 April 2018].

Lešnik Štefotič, V., ed. 2012. *Enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu: Bolnišnična in zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

Maempel, J.F., Clement, N.D. & Ballantayne, J.A., 2016. Enhanced recovery programmes after total hip arthroplasty can result in reduced length of hospital stay without compromising functional outcome. *The bone & Joint Journal*, 98-B(4), pp. 475-482.

Marshall, A.P., Cahill, E., Gramlich, L., MacDonald, G., Alberda, C. & Heyland, D., 2012. Optimizing nutrition in intensive care units. Empowering critical care nurses to be effective agents of change. *American Journal of Critical Care*, 21(3), pp. 186-194.

Medlin, S., 2012. Nutrition for wound healing. *British Journal of Nursing*, 21(12), p. 11.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2014. *Spremljanje bolnišničnih obravnav*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/podatki/spremljanje-bolnisnicnih-obravnav> [Accessed 3 July 2017].

Nacionalni portal o hrani in prehrani, 2016. *Prehranska priporočila za starejše odrasle*. [online] Available at: <https://www.prehrana.si/moja-prehrana/starejsi-odrasli> [Accessed 3 July 2017].

Papier, I., Lachter, J., Hyams, G. & Chermesh, I., 2017. Nurse's perceptions of barriers to optimal nutritional therapy for hospitalized patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, 22, pp. 92-96.

Prodger, S., McAuliffe, M., Bopf, D. & Kingston, D., 2016. A prospective review of appetite loss and recovery time in primary joint replacement patients. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 98(3), pp. 206-207.

Rizzo, H., n.d. *Pre-hab for Surgery*. [online] Available at: <http://www.arthritis.org/living-with-arthritis/treatments/joint-surgery/preparing/prehab-surgery.php> [Accessed 3 April 2016].

Roberts, S., Chaboyer, W., Leveritt, M., Banks, M. & Desbrow, B., 2014. Nutritional intakes of patients at risk of pressure ulcers in the clinical setting. *Nutrition*, 30(7-8), pp. 841-846.

Ros, C., McNeill, L. & Bennett, P., 2009. Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 2406-2415.

Ruchalla, E. & Wiedemann, C., 2012. *Izboljšajmo presnovo: osebni načrt za dobro počutje in zdravo življenje*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Shashidhar, H.R. & Grigsby, D.G., 2009. *Malnutrition*. [online] Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/985140-overview#a5> [Accessed 3 August 2016].

Simsek, T., Simsek, H.U. & Canturk, N.Z., 2014. Response to trauma and metabolic changes: Posttraumatic metabolism. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 30(3), pp. 153-159.

Slivar, B., 2013. *Na poti k dobremu počutju: Obvladovanje stresa v šoli-teoretični vidik. Knjiga za ravnateljce in učitelje o obvladovanju stresa na ravni šole in na ravni posameznika*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Smrkolj, V., 2014. *Kirurgija*. Celje: Grafika Gracer, d. o. o., pp. 71-72.

Strgar, M., 2017. *Priprava na operacijo*. [online] Available at: <https://www.zdravstvena-info-preventiva/priprava-na-operacijo> [Accessed 16 June 2017].

Sun, Z., Juan Kong, X., Jing, X., Deng, R.J. & Tian, Z.B., 2015. Nutrition Risk Screening 2002 as a Predictor of Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Plos ONE*, 10(7), pp. 1-12.

Tangvik, R.J., Tell, G.S., Guttormsen, A.B., Eisman, J.A., Henriksen, A., Nilsen, R.M. & Ranhoff, A.H., 2015. Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clinical Nutrition*, 34(4), pp. 705-711.

Tristaino, V., Lantieri, F., Tornago, S., Gramazio, M., Carriere, E. & Camera, A., 2015. Effectiveness of psychological support in patients undergoing primary total hip or knee

arthroplasty: a controlled cohort study. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 17(2), pp. 137-147.

Varadhan, K.K., Neal, K.R., Dejong, C.H.C., Fearon, K.C.H., Ljungqvist, O. & Lobo, D.N., 2010. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patient, undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Nutrition*, 29(10), pp. 434-440.

Webster, S. & Fletcher, J.S., 2011. Fit for surgery? Preoperative assessment. *Preoperative Assessment*, 29, pp. 112-114.

Webb, C.A. & Mariano, E.R., 2015. Best multimodal analgesic protocol for total knee arthroplasty. *Pain Management*, 5(3), pp. 185-196.

Xiang-yan Li, M.D., Kang Yu, M.D., Yang Yang, M.D., Yu-fang Wang, M.D., Rong-rong Li, M.D. & Chun-wei Li, M.D., 2016. Nutritional risk screening and clinical outcome assessment among patients with community-acquired infection: a multicenter study in Beijing teaching hospitals. *Nutrition*, 32(10), pp. 1057-1062.

Yacoub, J., 2017. *Diet After a Cholecystectomy*. [online] Available at: <https://www.livestrong.com/article/162697-diet-after-a-cholecystectomy/> [Accessed 13 August 2017].

Zelić, M., Štimac, D., Mendrila, D., Tokmadžić, V.S., Fišić, E., Uravić, M. & Šustić, A., 2013. Preoperative oral feeding reduces stress response after laparoscopic cholecystectomy. *Hepatogastroenterology*, 60(127), pp. 1602-6.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Moje ime je Tanja Žemva in sem študentka 3. letnika dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru diplomskega dela z naslovom »Spremembe apetita zaradi programske operacije hospitaliziranih pacientov«, pod mentorstvom mag. Mirana Remsa, dr. med., spec. kirurgije, želim izvesti raziskavo, spremembo apetita in vnosa hranil v perioperativnem obdobju pri pacientih, ki so bili vključeni v programsko operacijo totalne endoproteze kolka in kolena na Oddelku za ortopedijo Splošne Bolnišnice Jesenice. Vprašalnik bi izpolnjevali pacienti na dan odpusta iz bolnišnice.

Z izpolnjenim vprašalnikom bi pridobili pomembne podatke za raziskavo, zato vas vljudno prosim, da si vzamete pet minut časa in odgovorite na vprašanja. Podatki bodo služili zgolj za namen raziskave. Sodelovanje v raziskavi in izpolnjevanje vprašalnika lahko po svoji presoji kadar koli odklonite ali prekinete. Izpolnjevanje vprašalnika je prostovoljno in anonimno, zbrani podatki pa bodo uporabljeni zgolj za izdelavo diplomskega dela.

Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem!

1. Spol (*Obkrožite ustrezen odgovor.*): M Ž

2. Starost (*Napišite.*): _____ let

3. Stopnja izobrazbe (*Obkrožite ustrezen odgovor.*):

- osnovnošolska
- srednja in poklicna šola
- višješolska, visokošolska ali univerzitetna
- magisterij, doktorat

4. Se v vsakdanjem življenju normalno prehranjujete, imate kakšno specifično dieto, ste vegetarijanec, vegan, imate alergijo (laktulozno intoleranco, celiakijo ...)?

(*Obkrožite – možnih je več odgovorov – in ustrezno dopolnite.*)

- a. Brez diete
- b. Imam dieto, katero _____
- c. Brez alergij
- d. Imam alergijo, katero _____
- e. Ne vem

5. Ali vas je pred operacijo močno skrbel izid le-te? (*Obkrožite ustrezen odgovor.*)

- a. zelo me je skrbelo
- b. skrbelo me je
- c. niti skrbelo niti me ni skrbelo
- d. skoraj nič me ni skrbelo
- e. nič me ni skrbelo

6. Kdo vam je stal ob strani in nudil psihično podporo zaradi strahu in skrbi pred operacijo? (*Obkrožite – možnih je več odgovorov.*)

- družina
- prijatelji, znanci
- zdravstveno osebje
- spletni portali
- nisem imel strahu
- drugo: _____

7. Ali se vam je dan pred posegom apetit kaj spremenil? (obkrožite ustrezen odgovor – če ste odgovorili z DA, dopolnite, zakaj se vam je apetit spremenil, npr. slabost, nervoja ...)

NE

DA, _____.

8. Vprašanje vsebuje različna področja, za katera vas prosim, da se opredelite glede na stopnjo seznanjenosti PRED načrtovanim operacijskim posegom. (Obkrožite s številko od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh nisem bil seznanjen/-a, 2 – nezadostno seznanjen/-a, 3 – delno seznanjen/-a, 4 – dobro seznanjen/-a, 5 – popolnoma seznanjen/-a.)

SEZNANJENOST T S/Z	Sploh nisem bil/-a seznanjen/- a	Nezadostno seznanjen/-a	Delno seznanjen/-a	Dobro seznanjen/-a	Popolnom a seznanjen/ -a
Postopek sprejema v bolnišnico	1	2	3	4	5
Ustrezna izbira anestezije	1	2	3	4	5
Obvladovanje pooperativne slabosti	1	2	3	4	5
Obvladovanje pooperativne bolečine	1	2	3	4	5
Ustrezna izbira prehrane na oddelku	1	2	3	4	5
Možnost vključitve dietetika pri izbiri prehrane	1	2	3	4	5
Pri slabši prehranjenosti je celjenje ran počasnejše	1	2	3	4	5

10. V spodnji tabeli vpišite predstavljene trditve, **kolikšen del obroka ste med hospitalizacijo pojedli v posameznih dnevih?** (Označite s križcem pri ustreznem odgovoru.)

DAN/KOLIČINA	Nič obroka	1/3 obroka	1/2 obroka	Skoraj ves obrok	Ves obrok
Na dan operacije					
1. dan po operaciji					
2. dan po operaciji					
3. dan po operaciji					
4. dan po operaciji					
5. dan po operaciji					
6. dan po operaciji					

11. V spodnji tabeli so predstavljene trditve, ali so bili **ČASOVNI OKVIRI** za zajtrk, kosilo in večerjo primerni? (Označite s križcem pri ustreznem odgovoru.)

	prezgodaj	prepozno	Ob pravem času
Zajtrk			
Malica			
Kosilo			
Malica			
Večerja			

12. Ali se vam je med bivanjem v bolnišnici apetit izboljšal? (Obkrožite ustrezen odgovor.)

- sploh se ni izboljšal
- ni se izboljšal
- niti izboljšal niti poslabšal
- izboljšal se je
- popolnoma se je izboljšal

13. V spodnji tabeli so predstavljene trditve: (Ocenite s številko od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.)

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se strinjam niti se ne strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Je novo okolje na oddelku vplivalo na vaš apetit?	1	2	3	4	5
Je sprememba v količini zaužite hrane pomemben podatek?	1	2	3	4	5
Vas je motilo, da je bila hrana postrežena ob vnaprej določenem času?	1	2	3	4	5
Je bolečina vplivala na vaš apetit?	1	2	3	4	5
Ste bili kdaj preko noči lačni?	1	2	3	4	5
Ali vas je motilo, če ste morali jesti v postelji?	1	2	3	4	5
Vas je motilo hranjenje v sobi še z ostalimi pacienti?	1	2	3	4	5

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se strinjam niti se ne strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Ste med hospitalizacijo kdaj bruhal?	1	2	3	4	5
Je bil na dan odpusta apetit že normalen?	1	2	3	4	5
Ste potrebovali dodaten obrok hrane, ki so vam jo na oddelek prinesli svojci?	1	2	3	4	5

14. Prosim vas, da se opredelite glede bolnišnične hrane – je bila primerna vašemu apetitu? (Ocenite s številko od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh nisem bil/-a zadovoljen/-na, 2 – nisem bila/-a zadovoljen/-na, 3 – sem bil/-a delno zadovoljen/-na, 4 – sem bil/-a zadovoljen/-na, 5 – sem bil/-a zelo zadovoljen/-na.)

Hrana	Sploh nisem bil/-a zadovoljen/-na	Nisem bil/-a zadovoljen/-na	Sem bil/-a delno zadovoljen/-na	Sem bil/-a zadovoljen/-na	Sem bil/-a zelo zadovoljen/-na
Videz hrane	1	2	3	4	5
Vonj hrane	1	2	3	4	5
Postrežba hrane	1	2	3	4	5
Količina hrane	1	2	3	4	5
Okus hrane	1	2	3	4	5
Izbira hrane	1	2	3	4	5
Temperatura hrane	1	2	3	4	5

15. Ste v prehrani v času hospitalizacije kaj pogrešali? (Ustrezno obkrožite.)

- a. da
- b. ne
- c. ne vem

16. Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili pritrdilno, prosim, napišite, kaj ste najbolj pogrešali?

17. Ali ste seznanjeni o vplivih prehrane na okrevanje kirurškega pacienta?

(Ustrezno obkrožite.)

- a. da, zelo dobro
- b. delno
- c. premalo
- d. nisem
- e. ne vem

18. Ali lahko ocenite, kakšen je vpliv prehrane na: *(Ocenite s številko od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – zelo slab vpliv, 2 – slab vpliv, 3 – niti dober niti slab vpliv, 4 – dober vpliv, 5 – zelo dober vpliv.)*

Vpliv prehrane	Zelo slab vpliv	Slab vpliv	Niti dober niti slab vpliv	Dober vpliv	Zelo dober vpliv
Na operativni poseg	1	2	3	4	5
Na celjenje ran	1	2	3	4	5
Na rehabilitacijo	1	2	3	4	5

Hvala za sodelovanje!