REVIEW

OBSTIPACE JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM. DIAGNÓZA A MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ

Constipation as a nursing problem, its diagnosis and possibilities of affecting this condition

Brigita Janečková[1], Zdena Třísková[2]

[1]Nemocnice České Budějovice, a. s., Pracoviště klinické farmakologie, České Budějovice
[2]DpS Hvízdal, p. o., Statutárního města České Budějovice

Summary

The authors present a detailed outline of contemporary opinions concerning constipation, causes and diagnostic importance of this symptom. In terms of functional constipation, they deal with the importance of this independent – not organic – disease of the gastrointestinal tract. They present a detailed description of the nursing process and nursing interventions necessary. The importance of the physiological attitude to the constipation as a nursing problem is emphasized and documented. The work presents an outline of suitable and careful interventions. In the part "non-pharmacological treatment", the possibility of the use of dietary fibres, probiotics, prebiotics and synbiotics as physiological, careful regulators of the digestion and gastrointestinal tract motility is emphasized. The mentioned terms prebiotics, probiotics and synbiotics are introduced and explained with taking into account their mutual relationships. Commercial products from the category "food supplements", available without medical prescription, are mentioned and recommended in the work and exemplified by the product Lepicol which is suitable even in pregnancy. The importance of the food composition including sufficient intake of liquids based on appropriate drinking regimen is emphasized. There is also an independent mention concerning the importance of mineral waters containing magnesium sulfate and the fact is shown that food supplements are particularly important, if the necessary components of the food cannot be provided by the intake of the patient/client basic food. In the part "pharmacological treatment", situations are logically followed, in which the food and food supplements do not prevent constipation in spite of the aimed nursing care. An independent attention is paid to health and social problems of the constipation and possible stigmatization of persons having this symptom. Requirements for refinement of the constipation diagnostics with the use of contemporary diagnostic tools based on a consensus of authorities ROME III – Functional constipation (presented as independent attachment) is emphasized.

Key words: constipation – functional constipation – functional gastrointestinal tract diseases – dietary fibres – probiotics – prebiotics – synbiotics – ROME III – nursing process

Souhrn

Autorky předkládají podrobný přehled současných názorů na zácpu, její příčiny a diagnostický význam tohoto příznaku. V případě funkční zácpy pojednávají o významu tohoto samostatného funkčního – nikoliv organického – onemocnění gastrointestinálního traktu. Podrobně popisují postup ošetřovatelského procesu a potřebné ošetřovatelské intervence. Význam fyziologického

Submitted: 2012-05-12 ▪ Accepted: 2012-008-15 ▪ Published online: 2012-09-27
KONTAKT: 14/3: 315–330 ▪ ISSN 1212-4117 (Print) ▪ ISSN 1804-7122 (Online)

přístupu k zácpě jako ošetřovatelskému problému je zdůrazněn a dokumentován. Práce podává přehled vhodných a šetrných intervencí. V části „nefarmakologická léčba" se vyzdvihuje možnost využití vlákniny, probiotik, prebiotik a synbiotik jako fyziologického nenásilného regulátoru jak trávení, tak motility gastrointestinálního traktu. Zmíněny a vysvětleny jsou uvedené pojmy prebiotika, probiotika a synbiotika a vysvětlena je jejich vzájemná souvztažnost. Komerčně dostupné a volně prodejné produkty z kategorie „doplňky stravy" jsou v práci zmíněny a doporučeny na příkladě produktu Lepicol, který je vhodný i v těhotenství. Zdůrazněn je význam složení stravy včetně zajištění dostatečného přívodu tekutin pitným režimem. Samostatně je zmíněn i význam minerálních vod s obsahem síranu hořečnatého a poukázáno na skutečnost, že doplňky stravy mají význam zejména tam, kde potřebné složky stravy nelze zajistit příjmem základní stravy pacienta/klienta. V části „farmakologická léčba" se logicky navazuje na situace, kdy strava a doplňky stravy přes soustředěnou ošetřovatelskou péči zácpě nezabraňují. Samostatná pozornost je věnována zdravotně sociálním problémům zácpy a možné stigmatizaci nositelů tohoto příznaku. Zdůrazněna je potřebnost a nutnost upřesnění diagnostiky zácpy s použitím současných diagnostických nástrojů, vycházejících z konsenzu autorit ROME III. Diagnostický list ROME III – Funkční zácpa je uveden v samostatné příloze.

Klíčová slova: zácpa – funkční zácpa – funkční onemocnění gastrointestinálního traktu – vláknina – probiotika – prebiotika – synbiotika – ROME III – ošetřovatelský proces

ÚVOD

Onemocnění zácpou (obstipace) je řazeno k civilizačním chorobám, je tedy chápáno jako důsledek působení negativních vlivů současného životního stylu na člověka. Trpí jí asi 30 % dospělé populace. Zácpa je vnímána jako samostatný problém či jako příznak nemoci, zhoršující průběh pacientovy léčby. Dochází při ní k poruše frekvence vyprazdňování stolice, mluvíme tedy o ošetřovatelském problému a snaze přispět k řešení tohoto problému.

Většina lidí svůj problém s vyprazdňováním nerada uvádí a stydí se ho řešit, jelikož se problematika dotýká intimních míst pacienta. Je třeba zvolit vhodné prostředí pro rozhovor, který je veden v příznivý čas, napomůže sestře odbourat stud pacienta a stanovit přiléhavou ošetřovatelskou diagnózu. Rozhovor s nemocným a edukace jsou základními předpoklady v úspěšné terapii zácpy. Již při příjmu do zdravotnického zařízení se sestra zajímá, jakým způsobem je nemocný zvyklý uspokojit svou defekační potřebu.

Ošetřovatelský personál hraje důležitou roli v prevenci a léčbě zácpy, jelikož tráví většinu času s pacienty a svou systematicky vedenou ošetřovatelskou činností přispívá ke zlepšení pacientova stavu a předchází komplikacím.

Vyprazdňování (defekace) stolice

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu člověka a je jeho základní biologickou potřebou v hierarchii potřeb dle A. H. Maslowa (Huličková, 2008). Pravidelnost ve vyprazdňování zajišťuje rovnováhu v organismu. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je velice individuální. U někoho je normální vyprazdňování stolice dvakrát denně, u dalšího jednou denně, pro jiného člověka může být normální vyprazdňování stolice jednou za dva, tři dny. Proto je důležité brát na tyto individuální zvláštnosti ohledy, respektovat nároky člověka na intimitu, diskrétnost a stud při vyprazdňování. Je důležité zvláště citlivě přistupovat k imobilním pacientům, u nichž je zajištění studu a respektování intimity problematické.

Defekace stolice má také aspekty psychosociální. Při dostatečné defekaci se u člověka navodí pocit libosti, pohody a uvolnění, nedostatečné uspokojení této potřeby je provázeno nepříjemnými psychickými i somatickými projevy (Trachtová et al., 1999, Jankovský, 2003).

Při vyprazdňování sledujeme frekvenci, hodnotíme formu, množství, barvu, konzistenci a zápach stolice (Huličková, 2008).

Definice zácpy

O zácpě (obstipaci) jako o ošetřovatelském problému hovoříme v případě, kdy dochází k poruše frekvence vyprazdňování stolice. Jde o ztížené až obtížné vyprazdňování suché a tuhé stolice.

Při obtížném vyprazdňování tuhé stolice v delších časových intervalech, obvykle méně než 3× za týden, dochází k zácpě neboli obstipaci. Obstipace se může projevit až nemožností spontánní defekace. Dnes je zácpa definována nedostatečným množstvím stolice, tvrdou stolicí, mimořádnou námahou při defekaci nebo pocitem nekomplexního vyprázdnění. K obstipaci může dojít i vědomým potlačováním defekačního reflexu. Pro diagnózu zácpy se v Evropě používá diagnostický nástroj ROME III (Guidelines-ROME III, 2006). Jde o výsledek konsenzu autorit ve formě skórovací diagnostické tabulky. Jako zácpa se diagnostikuje stav, kdy bylo docíleno 2 a více bodů (příloha č. 1).

Zácpa může probíhat akutní nebo chronickou formou (Mastiliaková, 1999; Rozsypalová et al., 2002).

Dělení zácpy

Akutní obstipace vzniká při poruše vyprazdňování stolice trvající několik dní poté, co se předešlé stolice vyprazdňovaly pravidelně. Často se projeví při změně prostředí nebo změnou stravovacích návyků pacienta. Při návratu nemocného do jeho běžných podmínek dochází i k úpravě pacientových defekačních mechanismů. Může však být i projevem závažného onemocnění (Jirásek, 2003; Vojtíšková, 2007).

Chronickou zácpu podle příčiny vzniku dělíme na zácpu jako příznak jiného onemocnění **(symptomatická)** a na zácpu jako samostatnou nemoc **(funkční)**.

K symptomatické obstipaci řadíme **primární, sekundární** a **zácpu z psychogenních příčin**:

- **Primární**, často nazývaná organická obstipace je způsobena přímým postižením tlustého střeva například nádorovým onemocněním, zánětovými střevními stenózami, srůsty v peritoneální dutině, fisurami v anální krajině nebo při zvětšení a dilataci tlustého střeva při Hirschsprungově nemoci (Nečas et al., 2006).
- **Sekundární zácpa** je podmíněna metabolickými, endokrinními poruchami, jako jsou hypokalémie, hypothyreóza, hypoparathyreóza, dehydratace, diabetes mellitus a dále poruchami CNS. Zde se nejvíce uplatňují depresivní stavy, míšní léze, iktus, mentální anorexie, sclerosis multiplex. Sekundární zácpa může být vyvolána i reflexně při peptickém vředu, urolitiáze a některých gynekologických onemocněních. Někdy se sestra setkává se zácpou jako s následkem některých intoxikací a při pravidelném užívání některých farmak. Jde zejména o lékové skupiny antidepresiv, opiátů, antacid, anticholinergik a kodein. Další příčinou sekundární obstipace může být i těhotenství (Staňková, 2006).
- **Zácpa z psychogenních příčin** vzniká přechodnou změnou prostředí nebo nevyhovujícími podmínkami k defekaci. Bývá častá při cestování (Vojtíšková, 2007).

Funkční obstipace neboli zácpa jako samostatná nemoc se dělí na zácpu **prostou, spastickou, hypokinetickou** a **zácpu z poruchy mechaniky defekace**. Při funkční zácpě jde o útlum defekačního reflexu. Je vyvolán moderním způsobem života, sedavým životním stylem, nepravidelnou stravou s nevhodným rozložením různých potravinových složek, zejména pak vlákniny. Lidé nemají čas pít, dochází k dehydrataci a ta přispívá ke vzniku zácpy. Stolice se zahušťuje a stává se hůře vytlačitelnou.

- **Prostá zácpa** je často nazývána návykovou nebo habituální. Je definovaná jako obtížné a málo časté vyprazdňování stolice bez bolesti, s chudými ostatními příznaky. Objevuje se pocit plnosti v břiše, nadýmání, nechutenství a bolesti hlavy. Je častá u žen. Dochází k vyhasínání defekačního reflexu záměrným potlačováním spontánního nucení na stolici při nevhodných podmínkách nebo vysokém pracovním nasazení, které nedovoluje vykonání potřeby (Jirásek et al., 2002; Jirásek, 2003; Vojtíšková, 2007).
- **Spastická zácpa** je definovaná spastickými bolestmi a pocitem nedostatečného vy-

prázdnění. Je charakteristická absencí nutkavé defekace. Stolice je rozdrobena do hrudek, případně **stužkovitá**. Často je přítomen hlen (Jirásek, 2003; Vojtíšková, 2007).

- **Hypokinetická zácpa** – Lanelův syndrom je diagnostikován zejména u mladých žen, kdy je obstipace podobná zácpě prosté. Symptomatologie je nevýrazná. Dochází k vyhasnutí defekačního reflexu s obleněním střevního obsahu (Jirásek et al., 2002; Jirásek, 2003; Vojtíšková, 2007).
- **Poruchu mechaniky defekace** můžeme nazvat i obstrukčním defekačním syndromem, při kterém se setkáváme s problematickým vytlačením stolice se zachovaným pocitem nucení k defekaci. Příčinou této poruchy může být rektální prolaps, rektokéla, porucha svaloviny pánevního dna nebo anální stenóza či hypertrofie análního svěrače (Jirásek et al., 2002).

Jednou z velmi závažných forem obstipace je **paradoxní průjem**. Při dlouhodobé zácpě vzniká ve střevě nadměrným zahušťováním spečená stolice odborně zvaná skybala. Ta potom dráždí střevní sliznici a dochází ke zvýšené tvorbě hlenu. Ten odchází s trochou stolice, a tak vzniká dojem průjmu. Nemocný si stěžuje na časté bezvýsledné nucení na stolici a na bolest v konečníku. Rektum je přeplněno tuhou stolicí, která tlačí na stěnu střevní. Může dojít až k vzniku dekubitu.

Nejzávažnější komplikací paradoxního průjmu je krvácení a perforace dekubitu stěny střevní s následnou peritonitidou (Trachtová et al., 1999; Rozsypalová et al., 2002; Richards, Edwards, 2004; Mikšová et al., 2006b; Petrů, 2010).

Faktory ovlivňující vyprazdňování

Na člověka působí celá řada faktorů, které ovlivňují jeho defekaci. Jsou to faktory fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí.

Mezi fyziologicko-biologické faktory můžeme zařadit věk, příjem stravy a tekutin, aktivitu a pohyb, nemoci zažívacího traktu, chirurgické výkony, diagnostické postupy a v neposlední řadě imobilitu. Věk ovlivňuje charakter vyprazdňování, ale zejména kontrolu člověka nad vyprazdňováním. U kojenců a batolat je vyprazdňování reflexním procesem, ve stáří můžeme pozorovat snížení nebo ztrátu tonu svěračů a omezení schopnosti jejich vědomé kontroly. Dostatečný příjem stravy bohaté na vlákninu a celulózu zajišťuje objem stolice. Po dietní chybě nebo při nepravidelné stravě se defekace stává nepravidelnou. Tuhá stolice se objevuje při nedostatečném příjmu tekutin. Při zvýšeném příjmu tekutin se fyziologicky zvyšuje i výdej tekutin. Pokud se tekutina ve střevě nestačí resorbovat, výsledkem je řídká konzistence stolice až stolice vodnatá. Aktivita a pohyb přispívají ke správné střevní peristaltice a tím usnadňují průchod tráveniny tlustým střevem. Proto je vhodná přiměřená tělesná aktivita, nedostatek pohybu má pro vyprazdňování vážné následky. Onemocnění tenkého a tlustého střeva, nádorová a infekční onemocnění, anální figury nebo hemeroidy – to vše ovlivňuje defekaci člověka.

Faktory životního prostředí zahrnují bytové podmínky a úroveň hygieny. Tyto podmínky ovlivňují kulturnost sociálních zařízení. Toalety ve veřejných prostorách, jejich vybavení a estetická úroveň ovlivňují způsob uspokojení z vyprazdňování.

V sociálně-kulturních faktorech nalézáme problém tabuizace, respektování soukromí a intimity a diskrétnost. Pro člověka je defekace intimní a citlivou záležitostí.

Mezi psychicko-duchovní faktory patří životní styl člověka, který zahrnuje výživu a pohybovou aktivitu. Dále mezi tyto faktory patří osobnost člověka, sebepojetí a sebekoncepce a emocionální ladění. Nácvik pravidelného a bezproblémového vyprazdňování je předpokladem duševní pohody. Osobnostní vlastnosti člověka také ovlivňují peristaltiku. Emocionálně labilnější jedinci mají zrychlenou peristaltiku a mohou se u nich objevit průjmy, zatímco u depresivních pacientů se často vyskytuje zpomalení střevní peristaltiky, která vede až k zácpě. Negativní emoce zrychlují střevní peristaltiku (Kozierová et al., 1995; Trachtová et al., 1999; Dylevský, 2000; Jankovský, 2003).

Diagnostika zácpy

Základem je podrobná anamnéza. U pacientů středního a vyššího věku musíme vyloučit

organickou příčinu zácpy. Pro diagnostiku funkční zácpy považujeme za přínosná tato vyšetření:

- Fyzikální vyšetření břicha zaměřené na problémy s vyprazdňováním zahrnuje pohled, poslech, poklep a palpaci. Vyšetření poslechem by mělo předcházet vyšetření poklepem, protože poklep může ovlivnit peristaltiku. Vyšetření análního otvoru a konečníku se provádí pohledem a pohmatem (Kozierová et al., 1995; Mařatka, 1999).
- Defekografie je diagnostický postup, při kterém plníme konečník kontrastní látkou, kterou pak pacient vyprazdňuje pod rentgenologickou kontrolou (Mařatka, 1999).
- Irigografie je přínosnější než endoskopie, protože lépe hodnotí tvar, uložení, šířku a délku tlustého střeva, elasticitu stěn a peristaltické vlny (Mařatka, 1999).
- Rektoskopie se provádí bez přípravy, protože přítomnost či nepřítomnost stolice v rektu nám může pomoci diagnostikovat typ zácpy. Pokud je stolice přítomna, jedná se o prostou zácpu, nepřítomnost stolice svědčí pro zácpu spastickou. Rektoskopii někdy spojujeme se střevní biopsií (Mařatka, 1999).
- Manometrie análních svěračů je jednoduchá a minimálně invazivní vyšetřovací metoda. Před vyšetřením se pacient vyprázdní, samotné vyšetření probíhá vleže, na levém boku s pokrčenými koleny. Manometrický katétr zavedeme do konečníku a ponecháme kratší dobu ke zklidnění a adaptaci. Základní je stanovení klidového tlaku. Ke snížení dochází ve stáří, více u žen a u análních fisur (Mařatka, 1999).
- Elektromyografie (dále jen EMG) análního svěrače a svaloviny pánevního dna je doplňujícím vyšetřením. Větší význam má při diagnostice a léčbě inkontinence. Provádí se v laboratořích provádějících EMG (Mařatka, 1999).
- Funkční vyšetření tenkého a tlustého střeva pomocí radiokontrastních kapslí je méně známé vyšetření radiokontrastními značkami, které pacient pozře při nezměněném stravovacím režimu. Následně provedené prosté snímky břicha umožňují sledovat posun stolice střevem a diagnostikovat funkční poruchu nebo anatomickou patologii. Městnání značek v rektu je pak indikací k provedení defekografie (Mařatka, 1999).
- Laboratorně provádíme mimo základní vyšetření i sérové kalium, sodík, vápník, kreatinin a hormony FT4 (volný thyroxin) v séru, TSH (thyreostimulační hormon) v séru (Jirásek, 2003; Vojtíšková, 2007).

Jednoznačný závěr o tom, zda zácpa je, či není přítomna, umožňuje diagnostická tabulka ROME III (Guidelines ROME III, 2006).

Ošetřovatelský proces u nemocného s Dg zácpa

Sestra se snaží všechny své činnosti u nemocného se zácpou provádět systematicky a s logickou návazností. V tomto postupu jí napomáhá ošetřovatelský proces. Proces vychází z aktivní spolupráce sestry s pacientem. Sestra se setkává s diagnózou *zácpa* u všech věkových skupin nemocných v různých typech zdravotní péče.

Proces je složen z pěti fází, které se vzájemně prolínají, periodicky se opakují a působí jako jeden celek.

Fáze první – posuzování

První fáze ošetřovatelského procesu zahrnuje získávání informací (sběr ošetřovatelské anamnézy) o pacientovi, a to rozhovorem s pacientem, rozborem dokumentace, fyzikálním vyšetřením, sledováním, screeningovým vyšetřením.

Rozhovor

Již při příjmu do zdravotnického zařízení se sestra zajímá o pacientovo vyprazdňování a o možné příznaky zácpy. Jejím úkolem je postupovat taktně a zajistit pacientovo soukromí, proto si musí čas a místo na rozhovor pečlivě naplánovat (Trachtová et al., 1999).

Od pacienta získává informace o jeho běžných defekačních návycích. Zjišťuje frekvenci vyprazdňování před vznikem obstipačních problémů. Zajímá se o množství stolice, její konzistenci, tvar, barvu a zápach. Je také nutná informace, zda má nemocný k defekaci vyhrazený pravidelný čas. Má-li nemocný kolosto-

mii nebo ileostomii, musí se sestra zajímat o všechny návyky a problémy s tímto spojené (Trachtová a kol., 2004; Mikšová et al., 2006b). V případě, že nemocný trpí dlouhodobými poruchami defekace, zjišťujeme, jak často se tyto poruchy vyskytují, co je jejich příčinou a jaké metody nemocný používá k vyřešení těchto nepříjemných stavů (Rokyta et al., 2000).

Další skupina otázek směřuje k získání informací o faktorech ovlivňujících defekaci. Je to věk pacienta, neboť ten je jedním z hlavních činitelů působících na vylučování stolice.

Důležité jsou otázky zaměřené na pitný režim nemocného – jaké tekutiny pacient denně přijme a v jakém množství. K fyziologickému vyprazdňování je nutné vypít alespoň 1 500–2 000 ml tekutin denně. Ke zvýšení příjmu tekutin napomáhají i některé potraviny s vysokým obsahem vody (Farkašová et al., 2006; Frej, 2006; Mikšová et al., 2006a; Svačina et al., 2008).

Zjišťujeme, jaká strava je pro nemocného obvyklá, jeho oblíbené a neoblíbené potraviny a tekutiny a zda se pacient stravuje pravidelně. Nepravidelné stravování a malý objem potravin je také jeden z faktorů, který vede k nepravidelnosti vylučování stolice. Také strava s nízkým kalorickým příjmem, zejména nízkým příjem vlákniny a celulózy, hraje při vzniku zácpy významnou roli. S obstipací se můžeme setkat i při změně pacientova jídelníčku (Jirásek, 2003; Svačina et al., 2008).

Sestra se dotazuje také na pohybový režim pacienta. Pohyb stimuluje peristaltiku střev a pozitivně působí na psychiku jedince (Trachtová et al., 1999; Svačina et al., 2008).

Sestra se z rozhovoru snaží vycítit a rozpoznat pacientovo emocionální rozpoložení a jeho charakterové vlastnosti. Dotazuje se na stresové a zátěžové situace pacienta. Strach, úzkost a narušení soukromí jsou negativní stavy, které způsobují zblednutí střevní sliznice, činnost střev se zpomaluje, až ustává. Může se objevit nevolnost (nauzea) a zvracení. Je prokázáno, že ke vzniku obstipace častěji inklinuje jedinec depresivní nežli člověk vyrovnaný. Naopak při hněvu dochází k překrvení stěny střevní a střevo se stává spastické. Je nutné si všímat psychického rozpoložení pacienta a ve své ošetřovatelské činnosti z tohoto vycházet (Mastiliaková, 1999; Trachtová et al., 1999).

Rozhovorem s pacientem také zjišťujeme informaci o pravidelném užívání léků. Některá farmaka taktéž významně ovlivňují obstipaci a významnou roli pro vznik obstipace hraje pravidelné užívání laxativ. Nemocný zvyšuje své dávky, aby došlo k požadovanému účinku, tak ale postupně dochází k potlačení přirozeného defekačního reflexu a následně ke vzniku obstipace (Jirásek, 2003; Vojtíšková, 2007).

Sestra nemocné edukuje o možných krocích, které vedou k obnově zdraví.

Získání informací z dokumentace nemocného

K doplnění informací o pacientově defekaci si převezmeme nezbytné poznatky z lékařské dokumentace. Pátráme po chirurgických výkonech. Ve zdravotnických zařízeních se můžeme setkat se zácpou i po anestézii a po operacích zejména v oblasti dutiny břišní. Dochází k poruchám střevní motility, která může vyústit až v pooperační ileus (Jirásek, 2003).

Ženy jsou k tvorbě obstipace náchylnější. Zjišťujeme tedy v dokumentaci pacientky gynekologickou anamnézu. Dotazujeme se nemocné na její poslední gynekologickou kontrolu. Bereme na vědomí, že predispozicí ke vzniku zácpy je období těhotenství. Již ve 4. měsíci těhotenství dochází k pozvolnému ochabování žaludku a střev. Tento stav je vyvolán nadměrnou tvorbou hormonu progesteron, který činnost střev zpomaluje (Pařízek et al., 2005).

V lékařské dokumentaci sestra získává informace také o dalších chorobách, jsou to zejména endokrinologická onemocnění (nemocní s hypotyreózou, hypoparatyreózou, diabetem mellitem nebo s Addisonovou chorobou), která ovlivňují střevní funkci (Vojtíšková, 2007).

Ze sociální anamnézy zjišťujeme sociální postavení pacienta, jeho vzdělání a zaměstnání, neboť i toto hraje významnou roli při výběru potravin. Velice často je tento výběr limitován finančním zabezpečením spotřebitele. Tyto důležité faktory ovlivňují životní styl člověka a následně pak i jeho vyprazdňování (Jirásek, 2003; Vojtíšková, 2007).

Fyzikální vyšetření sestrou

Do první fáze ošetřovatelského procesu řadíme také fyzikální vyšetření sestrou. Jde o objektivní pozorování pacienta, při kterém

se snaží získat informace o celkovém vzhledu nemocného, celkové úpravě a jeho fyziologických funkcích. Zjišťujeme svalovou sílu, stav kůže a hygienu pacienta (Nejedlá, 2006).

Významnou roli při vyšetření nemocného se zácpou hraje fyzikální vyšetření břicha, které provádí sestra. Dospělý pacient zaujme polohu vleže na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. Tak zajistíme relaxaci břišních svalů, nezbytnou pro dobré vyšetření. Dutinu břišní vyšetřujeme pohledem (inspekce), pohmatem (palpace), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace). Pohledem sestra vyšetřuje i konečník (Trachtová et al., 1999; Nejedlá, 2006). Protože peristaltika střev může být ovlivněna palpací, vyšetřujeme břicho se zaměřením na GIT nejprve poslechem a pak teprve pohmatem (Trachtová, 1999).

Vyšetření poslechem provádíme za pomoci fonendoskopu. Při vyšetření poslechem se zaměříme na změny peristaltiky. Při zácpě je peristaltika obleněná, poslechově jsou přítomny ojedinělé borborygmy (Nejedlá, 2006).

Sestra při palpaci musí mít teplé ruce a krátké nehty, jinak dojde k reflexnímu stažení břišní stěny. Je vhodné, když komunikuje s pacientem a odvede tak jeho pozornost jiným směrem. Je-li pohmat bezbolestný, začínáme palpovat v levém hypogastriu a postupujeme do pravého, následně podle hodinových ručiček doprava a dolů. Udává-li pacient bolest, začínáme vyšetřovat v místě nejvzdálenějšímu bolesti. Palpaci lze rozdělit na povrchovou a na hlubokou. K povrchové palpaci používáme pouze bříška prstů, při hluboké palpaci celé prsty. Sestra provádí vlnovitý pohyb buď jednou rukou, nebo oběma rukama na sobě. Můžeme tak palpovat rezistenci několikadenní stolice (Nejedlá, 2006; Petrů, 2010).

Vyšetření *per rectum* provádí lékař. U tohoto výkonu sestra zajistí polohu pacienta, pomůcky a soukromí při vyšetření. Před výkonem informuje sestra pacienta o důvodu a průběhu vyšetření.

Skladba a sledování stolice

Sledování stolice je stejně důležité jako vyšetření nemocného. Množství stolice je ovlivněno množstvím přijaté stravy. Za fyziologických podmínek obsahuje stolice 10–15 % nestrávených zbytků potravy, 10–15 % hlenu s odloupanými epiteliemi a 75 % vody. Při každodenní defekaci jedinec vyloučí 100–300 gramů stolice (Rokyta et al., 2000; Mikšová et al., 2006a).

Sestra u pacienta pravidelně zaznamenává frekvenci stolice do dokumentace. Zaměřuje se a zaznamenává také skladbu a množství vyloučené stolice, její formu, barvu a zápach.

Při hodnocení barvy stolice bereme v úvahu, že její barva je ovlivněna druhem přijímané potravy a léky, které nemocný užívá (Rozsypalová et al., 2002).

Mimo běžné nestrávené zbytky potravy se mohou ve stolici objevit i patologické příměsi, jako například krev. Příměs čerstvé krve (enterorhagie) svědčí o krvácení z dolní části tlustého střeva nebo z konečníku. Meléna je tmavá dehtovitá stolice s příměsí natrávené krve z vyšších částí GIT, způsobená krvácením ze žaludku nebo z dvanáctníku. Pokud tyto patologické příměsi sestra objeví, musí neprodleně informovat lékaře (Rozsypalová et al., 2002).

Fyziologický zápach stolice hodnotíme jako hnilobný. Při meléně se setkáváme se zápachem nasládlým, neboť stolice obsahuje krev a při některých průjmech se zápachem kyselým, neboť ve střevě převládají kvasné procesy (Rozsypalová et al., 2002).

Základní screeningové vyšetření

Další metody, které sestra využívá k diagnostice nemocného s obstipací, jsou screeningová vyšetření. Aplikuje zejména nutriční screening, záznam hodnocení bolesti, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a Barthelův test základních všedních činností. Základním nutričním screeningem sestra hodnotí stav výživy pacienta s obstipací.

Sestra sleduje věk nemocného, body mass index (BMI), ztrátu hmotnosti v důsledku výživy. Zajímá se, jak se pacient stravuje, zda netrpí projevy nemoci ovlivněné stravováním a není-li vystaven stresu. K hodnocení stavu výživy sestra využívá různých druhů hodnoticích škál (Kelnarová et al., 2009a).

Zúženou formou stupnice využívanou zejména u seniorů je Nottinghamský screenin-

gový systém. Sestra se zaměřuje na zjištění výšky a váhy pacienta. Z výsledných hodnot vypočítá BMI. Další otázky směřují na zjištění úbytku hmotnosti nemocného v posledních třech měsících a na snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací. Důležitou informací je zjištění závažnosti základního onemocnění pacienta. Je-li výsledný bod testu 0–2, nemocný je ve velmi dobrém stavu výživy. Při hodnocení 5 a více bodů je nemocný indikován k cílenému vyšetření nutričního stavu a k vytvoření intervencí (Topinková, 2010).

Nemocný se zácpou si často stěžuje na bolest při defekaci. Sestra použije záznam hodnocení bolesti k získání informací o charakteru, lokalizaci, intenzitě a možnosti ovlivnění bolesti. Pacient přiřazuje svou intenzitu bolesti k číslům od 0, kdy nemá bolest, až po číslo 10, kdy je bolest nesnesitelná. Intenzitu bolesti nám pomáhají zjišťovat různé druhy škál bolesti (Kelnarová et al., 2009a).

Hodnocení dle Nortonové stanovuje stupeň ohrožení nemocného vznikem dekubitů. Faktory, které ovlivňují vznik dekubitů, mohou souviset i se vznikem obstipace (Mikšová et al., 2006b).

Dalším screeningovém vyšetřením sestrou je Barthelův test základních všedních činností. Dle tohoto testu sestra vyhodnotí stupeň pacientovy sebepéče a soběstačnosti. Stupeň soběstačnosti nemocného je důležitý pro způsob vyprazdňování. Pacient bez omezení se může vyprazdňovat na toaletě, protože je schopen zajistit si sám všechny úkony spojené s defekací. Je-li ale u pacienta zřejmé jakékoliv omezení v důsledku nemoci, je i ve vyprazdňování částečně nebo úplně závislý na pomoci druhých lidí. To znamená vyprazdňování na přenosném WC, podložní míse či za použití plenkovým kalhotek. K těmto pacientům sestra přistupuje taktně a zajišťuje při defekaci jejich maximální soukromí (Jirásek, 2003). Všechny tyto získané informace sestra pečlivě zaznamená do sesterské dokumentace a vychází z nich ve své další ošetřovatelské činnosti (Petrů, 2010).

Fáze druhá – ošetřovatelská diagnóza

Identifikujeme-li neuspokojené nebo narušené potřeby pacienta s obstipací, tvoříme ošetřovatelské diagnózy. Tato tvorba ošetřovatelských diagnóz je v kompetenci sestry. Základem tvorby ošetřovatelských diagnóz je analyticko-systematický postup sestry se zaměřením na objektivitu, rozhodování a kritické myšlení. Tvorba těchto ošetřovatelských diagnóz se skládá ze tří částí, a to ze zpracování údajů z první fáze ošetřovatelského procesu, zjištění zdravotních problémů pacienta, rizik i pozitiv a z formulování sesterských diagnóz (Jarošová, 2000).

Ošetřovatelské diagnózy dělíme do dvou skupin:

První skupina řeší aktuální problém. Mluvíme tedy o **aktuálních diagnózách**. Tyto diagnózy jsou trojsložkové (PES – problém, etiologie a symptomy). Problémem rozumíme u pacienta s obstipací nemožnost pravidelné defekace. Etiologie neboli příčina je u obstipace v souvislosti například s nedostatečným pohybovým režimem. Symptomy – projevy s obstipací spojené se projevují sníženou frekvencí stolice, tuhou stolicí, nadměrnou námahou při defekaci, vzedmutým břichem, dyspeptickými projevy, bolestí hlavy a špatnou náladou (Trachtová et al., 1999; Jarošová, 2000).

Druhou skupinou ošetřovatelských diagnóz tvoří potencionální problémy pacienta, u kterého předpokládáme jejich vznik. Zde mluvíme o **potencionálních diagnózách**. Jsou pouze dvousložkové a udávají problém a jeho příčinu (PE). Příkladem potencionální diagnózy je riziko vzniku zácpy v souvislosti s operačním výkonem v dutině břišní (Rokyta et al., 2000; Guidelines-ROME III, 2006).

Každá ošetřovatelská diagnóza je formulována podle určitých pravidel taxonomie NANDA II, která je v současné době nejpoužívanější. Klasifikace je tvořena devíti základními kategoriemi, ve kterých jsou diagnózy číselně řazeny (Jarošová, 2000).

PŘÍKLADY

Hlavní diagnózy:

1) Aktuální:

NANDA: 3 – Vylučování (gastrointestinální systém)

OŠ. DG.: 00011 – Zácpa v souvislosti se změnou potravních zvyklostí projevující se zvýšeným tlakem v břiše, nechutenstvím a namáhavou defekací.

Cíl:

P/K (pacient/klient) má obnovené normální fungování a vyprazdňování střev do 72 hod.

Kritéria:

P/K nemá pocit zvýšeného tlaku v břiše do 24 hod.

P/K defekuje bez námahy do 36 hod.

P/K má chuť k jídlu do 24 hod.

Intervence:

Motivuj P/K k vyšší pohybové aktivitě do 2 hod.

Podávej klyzma dle ordinace lékaře.

Konzultuj P/K jídelníček s nutričním terapeutem do 4 hod.

Zajisti změny v P/K stravě do 6 hod.

Zajisti dostatek tekutin po dobu hospitalizace.

Zaznamenávej do dokumentace příjem tekutin za 24 hodin po dobu hospitalizace.

Pravidelně zaznamenávej do dokumentace odchod stolice po dobu hospitalizace.

Hodnocení:

Cíl nebyl splněn, diagnóza pokračuje (Doenges, Moorhouse, 2001; Kelnarová et al., 2009b).

NANDA: 3 – Vylučování (gastrointestinální systém)

OŠ. DG.: 00012 – Habituální zácpa při užívání laxantiv v souvislosti s chybným hodnocením frekvence defekace projevující se nadměrným užíváním projímadel a čípků.

Cíl:

P/K nalezl individuálně vhodný způsob vyprazdňování do 72 hodin.

Kritéria:

P/K pochopil individuální zvláštnosti vyprazdňování do 24 hod.

P/K spolupracuje při hledání vhodných způsobů defekace do 72 hod.

P/K nepoužívá projímadla a čípky k navození každodenní defekace stále.

Intervence:

Zjisti, co nemocný rozumí pod pojmem „normální" fungování střev do 2 hod.

Prodiskutuj s P/K fyziologický stav vyprazdňování a jeho přípustné odchylky do 2 hod.

Pobízej P/K k aktivitám zaměřujícím jeho pozornost jiným směrem do 4 hod.

Opakovaně P/K zdůrazni souvislost mezi stravou, pohybem a vyprazdňováním stolice po dobu hospitalizace.

Aktivně naslouchej a mluv s P/K o jeho starostech po dobu hospitalizace.

Pouč P/K o škodlivém účinku užívání laxantiv do 2 hod.

Hodnocení:

Cíl nebyl splněn, diagnóza pokračuje (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006).

2) Potenciální:

NANDA: 3 – Vylučování (gastrointestinální systém)

OŠ. DG.: 00015 – Riziko zácpy v souvislosti s těhotenstvím.

Cíl:

P/K udržuje normální fungování a vyprazdňování střev po dobu těhotenství.

Kritéria:

P/K pochopí nutnost pohybu k zachování fyziologické defekace do 2 hod.

P/K konzumuje stravu se správným zastoupením všech složek potravin po dobu těhotenství.

P/K má zajištěn dostatečný příjem tekutin po dobu těhotenství.

Intervence:

Pouč P/K o významu dietní vlákniny do 2 hod.

Pomoz P/K vybrat vhodné druhy tekutin do 2 hod.

Zajisti P/K konzultaci s nutričním terapeutem do 24 hod.

Zajisti P/K dostatečný příjem tekutin po dobu hospitalizace.

Zajisti návštěvu fyzioterapeuta do 24 hod.

Aktivizuj P/K po dobu hospitalizace.

Hodnocení:

Posun žádoucím směrem, cíl byl splněn. Diagnóza byla ukončena (Doenges, Moorhouse, 2001; Kelnarová et al., 2009b).

Doprovázející ošetřovatelské diagnózy u obstipace

NANDA: 1 – Podpora zdraví (management zdraví)

OŠ. DG.: 00078 – Neefektivní léčebný režim v souvislosti s nedostatkem znalostí projevující se verbalizací nemocného, že nedělá nic pro začlenění léčebných režimů do běžného denního života (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006).

NANDA: 2 – Výživa (hydratace)
OŠ. DG.: 00027 – Deficit tělesných tekutin v souvislosti s neschopností reagovat na pocit žízně projevující se sníženým kožním turgorem a suchostí sliznic (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006).

NANDA: 4 – Aktivita – odpočinek (aktivita – pohyb)
OŠ. DG.: 00085 – Zhoršená pohyblivost v souvislosti se snížením svalové síly a se ztuhlostí kloubů projevující se omezenou schopností vykonávat hrubé i jemné motorické dovednosti s omezeným rozsahem pohybu (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006).

NANDA: 4 – Aktivita – odpočinek (aktivita – pohyb)
OŠ. DG.: 00110 – Deficit sebepéče při vyprazdňování v souvislosti s porušenou schopností přesunu projevující se neschopností dojít na toaletu (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006).

NANDA: 12 – Komfort (tělesný komfort)
OŠ. DG.: 00132 – Akutní bolest v souvislosti s přeplněnými střevy projevující se verbalizací, mimikou a nechutenstvím (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006).

Fáze třetí – plánování

Ve třetí fázi ošetřovatelského procesu – v plánování – se u pacienta se zácpou stanovují ošetřovatelské strategie a intervence. Snažíme se podchytit prevenci a zamezit defekačním problémům pacienta.

Prvotní etapou při plánování je určení pořadí řešení problému v závislosti na aktuálním stavu potřeb nemocného. Jedná se zde o určování priorit (Jarošová, 2000). V druhé etapě sestra určí pacientovi cíle a výsledná kritéria. Cílem je myšlen očekávaný výsledek vedoucí k pravidelné a bezbolestné defekaci. Stanovují se buď krátkodobé cíle, které se týkají několika hodin nebo dnů od jejich stanovení, nebo dlouhodobé cíle, které postihují období domácí a následné péče. Je důležité, aby cíle sestra stanovovala v souladu s léčebným plánem lékaře. Tyto cíle vycházejí ze sesterské diagnózy a jsou formulovány výstižně a s časovým omezením. Výsledná kritéria určují závěry odpovědí nemocného na zavedený ošetřovatelský postup (Jarošová, 2000). Ošetřovatelské intervence určují sesterské činnosti nezbytné pro dosažení cílů pacienta. Plánovaná činnost musí být pro nemocného dosažitelná a bezpečná, slučitelná s pacientovými hodnotami a nesmí narušit další metody jeho léčby (Jarošová, 2000). Po sestavení sesterských intervencí sestra stanoví přesně definované sesterské ordinace.

Fáze čtvrtá – realizace

Čtvrtou fází ošetřovatelského procesu zavádí sestra všechny své vytýčené postupy a zásahy do reality. Sestra se svou činností – realizací snaží o naplnění cílů pacienta. V této fázi je důležité neustálé znovuposuzování nemocného, zda v průběhu hospitalizace nedošlo ke změně jeho zdravotního stavu, zda je pacient schopen defekace a do jakého stupně si je schopen tuto potřebu sám zajistit. Sestra ověřuje, zda je plán ošetřovatelské péče při vzniklých změnách vyhovující. Pokud se stav pacienta natolik změnil, že plán nevyhovuje, sestra musí přehodnotit a aktualizovat ošetřovatelské zásahy (Jarošová, 2000; Workman, Bennett, 2006).

Při realizaci ošetřovatelské péče sestra spolupracuje nejen s pacientem, ale i s dalšími zdravotnickými odborníky (lékař, nutriční terapeut, fyzioterapeut). Přístup k pacientovi je vždy individuální, vstřícný a empatický. Sestra je povinna v těchto situacích reagovat profesionálně, dodržovat pacientovu intimitu, aby se pacient necítil trapně. Při realizaci vytýčených intervencí je nezbytné zajistit pohodu nemocného a pečlivě aplikovat ošetřovatelské aktivity (Jarošová, 2000; Workman, Bennett, 2006).

Fáze pátá – vyhodnocení

V této fázi vyhodnotí sestra ošetřovatelské zásahy a zjišťuje, zda došlo k naplnění vytýčených cílů pacienta. Hodnocení provádí jak sestra (objektivní), tak i pacient (subjektivní) průběžně, po celou dobu hospitalizace. Výsledek hodnocení ovlivňuje další ošetřovatelské intervence a činnosti sestry. Jestliže je hodnocení stanoveno, že cíl byl splněn, může sestra ošetřovatelský zásah ukončit (Jarošová, 2000; Doenges, Moorhouse, 2001). Nebyl-li cíl spl-

něn, sestra musí ošetřovatelský zásah změnit. Výsledek hodnocení ošetřovatelského plánu zaznamenává sestra v ošetřovatelské dokumentaci a svým podpisem stvrzuje jeho pravdivost (Jarošová, 2000; Doenges, Moorhouse, 2001). Výsledky hodnocení získává sestra rozhovorem s pacientem, který udává zlepšení stavu a naplnění potřeby, či nikoliv. Poznatky zaznamenává do dokumentace a plánuje si další ošetřovatelské zásahy (Jarošová, 2000; Doenges, Moorhouse, 2001).

Edukace pacienta se zácpou

Edukace je neoddělitelnou a nezbytnou součástí ošetřovatelského procesu a pracovní náplně sestry. Jedná se o proces výchovy a vzdělávání, při kterém sestra působí na pacienta v roli učitelky a poradkyně. Nemocný získává nové informace, dovednosti a pozitivní změny v chování k zajištění pravidelné defekace. U pacientů se zácpou je to především výchova ke zdravému životnímu stylu a nefarmakologické terapii, jež vedou ke zlepšení zdraví, pravidelné a bezbolestné defekaci, dále informace důležité pro ošetřovatelskou péči a péči o své vyprazdňování v průběhu hospitalizace a po propuštění pacienta do domácí péče nebo do jiného zařízení. Sestra poskytne tyto informace o ošetřovatelské péči a upozorní na nezbytné kontroly nemocného u lékaře. Edukace se týká také blízkých a rodiny pacienta. Na procesu edukace se spolu se sestrou podílejí i další zdravotničtí pracovníci (lékař, nutriční terapeut, fyzioterapeut, psycholog).

Nefarmakologická terapie

U pacientů s diagnózou *zácpa* vychází sestra při realizaci ošetřovatelského plánu hlavně z nefarmakologické terapie, která je v její kompetenci. Spočívá zejména v úpravě životosprávy a životního stylu nemocného. Je žádoucí zajistit pravidelnou rozmanitou stravu a zvýšit podíl nestravitelných zbytků – vlákniny v potravě. Tuto problematiku je vhodné konzultovat s nutričním/dietním terapeutem, kterému sestra zajistí návštěvu u pacienta. Sestra také spolupracuje s rodinou, která může být též v řešení tohoto problému nápomocná. Informujeme pacienta o skladbě jídelníčku, vyzdvihujeme význam vlákniny v podobě kořenové zeleniny, čerstvého, sušeného nebo kompotovaného ovoce. Pacientovi doporučíme jablka, ananas, švestky a sušenou rebarboru, neboť ty se významně podílejí na úpravě defekace. Vhodné je jíst ovoce a brambory se slupkou. Česnek stimuluje svalový tonus stěn střevního traktu. Z cereálií zdůrazníme zejména otruby, vločky nebo lněné semeno. Velmi vhodné jsou ořechy a za studena lisovaný olivový olej, který nejlépe působí při ranním podání na lačný žaludek. Zácpu pozitivně ovlivňují i potraviny s bifidobakteriemi. Jedná se zejména o mléčné výrobky, jako jsou kefíry, podmáslí, acidofilní mléka a jogurty se živou kulturou. Sestra vede pacienta k pravidelnému stravování v klidném prostředí a k důkladnému rozžvýkání stravy. Velké obliby jak u pacientů, tak u zdravotníků dosáhly přípravky z kategorie doplňků stravy obsahující vlákninu (high fiber diet supplements), probiotika, prebiotika, případně i trávicí enzymy (Nevoral, Rada, 2010). Své postavení si v těchto souvislostech stále udržuje osvědčený přípravek Lepicol (Jirásek, 2007) (Příloha č. 2). Lepicol je vhodný i při zácpě v těhotenství (Trunkát, 2011). Jelikož vláknina sama působí velmi často i jako prebiotikum, jedná se vlastně, v případě souběhu přítomnosti probiotika a jemu odpovídajícího prebiotika, o skutečná synbiotika (Petr et al., 2006). Přítomnost probiotických mikroorganismů/kmenů je zde rozhodující pro příznivý účinek přípravku (Nevoral, Rada, 2010). Je vhodné, aby sestra požádala pacientovy blízké, aby nemocnému přinesli některý ze jmenovaných doplňků stravy (Jirásek, 2003; Frej, 2006; Vojtíšková, 2007; Svačina et al., 2008; Slíva, Minárik, 2009).

Sestra také dohlíží na zvýšení každodenního příjmu tekutin alespoň na 2 000 ml. Toto množství je nezbytné pro zachování fyziologicky měkké konzistence stolice. Pobízí pacienta k častějšímu příjmu tekutin, zejména v horku, při nadměrném močení či zvracení. Při nedostatečném doplňování tekutin vzniká u pacienta dehydratace. Je žádoucí, aby sestra zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace veškerý pacientův příjem tekutin v průběhu celého dne. Při dehydrataci se střevní

obsah nadměrně zahušťuje a následně vzniká obstipace. Sestra se snaží nemocnému nabídnout pití teplých nápojů po ránu, ovocné šťávy, některé druhy projímavých minerálních vod s obsahem síranu hořečnatého (Zaječice, Šaratice) a čajů s projímavým účinkem (Frej, 2006; Svačina et al., 2008; Slíva, Minárik, 2009).

Nezbytné je zvýšení pohybové aktivity pacienta, která vede k psychickému uvolnění, radosti ze života a především ke zvýšení motility střevní stěny. Při terapii obstipace se významně podílí u chodících nemocných dlouhá chůze a gymnastické cvičení. Tyto cviky by měl pacient cvičit dvakrát denně. Pacientům upoutaným na lůžko sestra doporučí a aplikuje aktivní i pasivní cviky na lůžku ve spolupráci s fyzioterapeutem, provádí polohování nemocného a masáže břišní krajiny (Kombercová, Svobodová, 2000).

Sestra může také aplikovat pacientovi střídavě horké a studené obklady na břicho. Nejprve se přiloží ručník namočený v horké vodě, ponechá se 2 minuty působit, pak ho zaměníme na 1 minutu za ručník namočený v chladné vodě. Celá terapie obklady trvá 10 až 20 minut (Kombercová, Svobodová, 2000).

U pacientů s obstipací se provádí nácvik defekačního reflexu, což je nezbytná součást celé léčby. Sestra poučí pacienta o tomto nácviku a jeho důležitosti v terapii zácpy. Základem je vytvoření podmíněného reflexu, kterého dosáhneme trpělivým dodržováním neměnného pořádku, tedy nacvičování reflexu v pravidelnou dobu a v klidu. Nejvhodnější jsou ranní hodiny, kdy se pacient hned po opuštění lůžka napije vody; 20–30 minut po snídani by měl začít fungovat gastrokolický reflex a v této době se pacient pokusí o defekaci. Na toaletě zaujme obvyklou pozici v mírném předklonu s podloženými dolními končetinami malou stoličkou (Jirásek, 2003).

U paradoxního průjmu přistupuje lékař k provedení digitálního vybavení stolice. Sestra spolu s lékařem informuje nemocného o provedení výkonu, zajistí soukromí nemocného při výkonu, připraví pomůcky, asistuje lékaři v průběhu výkonu a sleduje stav pacienta po výkonu. Důležité je, aby sestra sledovala u pacienta po výkonu krvácení z anální oblasti (Rozsypalová et al., 2002; Mikšová et al., 2006b).

Farmakologická léčba

Pokud je nefarmakologický postup léčby neúčinný, přistupuje lékař ke kombinaci s terapií farmakologickou. Sestra plní jeho ordinace a zastává roli ošetřovatelky a komunikátora (Mastiliaková, 2004). Jednou z příčin vzniku zácpy může být nepoměr mikroflóry v tlustém střevě. Proto lékař ordinuje probiotika a prebiotika, která mají tento nepoměr vyrovnat. Probiotika obsahují živé bakteriální kultury. Prebiotika jsou substrát nespecificky ovlivňující mikroflóru v tlustém střevě. Léky pozitivně ovlivňující mikroflóru střeva jsou ve formě prášku, suspenze, kapek a potahovaných kapslí. Některé probiotické léky sestra může přimíchat do jídla nebo pití. Jiné musí sestra podat hodinu po jídle, neboť v tuto dobu je nejnižší hladina trávicích kyselin. Sestra se při podávání probiotik řídí ordinací lékaře a pokyny výrobce. Tento způsob léčby je jednou z neinvazivních metod terapie, která pacienta nezatíží (Zbořil et al., 2005; Kohout, 2008; Slíva, Minárik, 2009; Nevoral, Rada, 2010).

Často přistupujeme k podávání laxantivních farmak v podobě kapek, tablet, roztoků nebo čípků. Projímadla můžeme podle účinku rozdělit do tří skupin. Objemová laxantiva zvětšují objem stolice. U těžkých forem obstipace nejsou příliš účinná. Jedná se zejména o doplňky stravy, které jsou ve volném prodeji v lékárnách. Kontaktní laxantiva stimulují stěnu tlustého střeva k vyšší činnosti. Sestra je podává navečer, jejich účinek lze očekávat ráno. Jejich podání by měl schválit lékař specialista (gastroenterolog). Ten by měl také určit výši dávky, kterou by nemocný neměl nikdy překročit. Osmotická laxantiva strhávají s sebou vodu, a tak změkčují stolici (Vojtíšková, 2007).

Při spastické zácpě sestra podá dle ordinace lékaře spazmolytika papaverinového typu, která neovlivňují normální střevní peristaltiku. Jestliže si nemocný stěžuje na nadměrnou plynatost, podáváme deflatulencia. Sestra musí sledovat efekt podávaných léků a vše zaznamenat do dokumentace (Jirásek, 2003).

Invazivní farmakologickou terapií je aplikace klyzmatu. Při zácpě se může podávat jednorázové očistné nebo projímavé klyzma. Při očistném klyzmatu sestra vpravuje větší objem tekutin do střeva nemocného. Aplikuje 1 až

1,5 litru tekutiny. Projímavé klyzma může být podáno ve formě mikroklyzmatu. Při tomto výkonu sestra podává do střeva malé množství tekutiny za pomoci Janetovy stříkačky. Úkolem sestry je seznámit pacienta s výkonem, připravit nemocného, prostředí a pomůcky k výkonu.

Nezbytné je bezchybné provedení výkonu. V případě, že je výkon prováděn na pokoji, sestra zajistí nemocnému soukromí. Je-li pacient chodící, sestra provede výkon v koupelně. Po skončení výkonu poučí nemocného o nutnosti udržení obsahu střev co nejdelší dobu. Uklidí pomůcky, sleduje a zaznamenává do dokumentace efekt terapie. Sestra informuje lékaře o výsledku terapie (Zbořil et al., 2005; Mikšová et al., 2006b). Pouze v závažných stavech, kdy pacient nereaguje na konzervativní léčbu, se přikláníme k terapii chirurgické. Zde se může uplatnit technika antegrádního kontinentního nálevu (ACE operace). Tento zákrok neléčí primární příčinu zácpy, ale vede ke zlepšení kvality života. Jde o šetrnou apendixcoecostomii, kterou se zvenčí zavádí katétr do tlustého střeva. Tímto katétrem se provádí dopředný – antegrádní nálev podobný klyzmatu. Zatímco klasické klyzma je procesem retrográdním, kdy nálev provádíme proti směru přirozeného vyprazdňování stolice, je ACE procesem antegrádním, směřujícím po směru přirozeného vyprazdňování stolice. V poslední řadě pak přistupujeme k subtotální kolektomii s ileorektoanastomózou. Sestra pacientovi poskytuje v pooperačním období zvýšenou péči. Po celou dobu hospitalizace sleduje ránu. Pečuje o fyzickou a psychickou pohodu nemocného a edukuje jej (Vos et al., 1996; Zonča et al., 2007).

ZÁVĚR

Zácpa, zejména pak funkční zácpa, patří mezi časté obtíže a nepříznivé zdravotní stavy, které jsou vzhledem ke své „funkční" povaze nezřídka přehlíženy. Stojí mnohdy mimo ohnisko zájmu zdravotníků. Jde však o problém skličující své nositele, vedoucí ke snížení kvality jejich života a mnohdy je i sociálně negativně stigmatizuje (Greenbaum, 2006).

Úkolem oboru ošetřovatelství je zabývat se tímto problémem a přistupovat k jeho diagnostice co neexaktněji, s využitím standardizovaných diagnostických nástrojů a k jeho řešení přistupovat celostně, komplexně.

LITERATURA

1. Doenges ME, Moorhouse MF (2001). Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přeprac. vyd., Praha: Grada, 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. Dylevský I (2000). Somatologie, 2. vyd., Olomouc: Epava, 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
3. Farkašová D et al. (2006). Ošetřovatelství teorie. 1. vyd., Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. Frej D (2006). Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci. 1. Praha: Triton, 309 s. ISBN 80-7254-537-X.
5. Greenbaum DS (2006). The Lower GI Tract and its Common Functional Disorders. 158 p. Published by International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders, Milwaukee, WI 53217-8076, U.S.A.
6. Guidelines-ROME III (2006). Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders, J. Gastrointestin Liver Dis. 15/3: 307–312.
7. Huličková T (2008). Zácpa – problém imobilních pacientů. Vysokoškolská kvalifikační práce/ bakalářská, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích. 58 s.
8. Jankovský J (2003). Etika pro pomáhající profese. 1. vyd., Praha: Triton, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
9. Jarošová D (2000). Teorie moderního ošetřovatelství. 1. vyd., Praha: ISV, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
10. Jirásek V (2003). Zácpa. Praktický lékař: Časopis pro další vzdělávání lékařů, Praha. 83/6: 316–320. ISSN 0032-6739.
11. Jirásek V (2007). Chronická zácpa. EDUKAFARM. [online]. [cit. 2007-10-01]. Dostupné z: ww2.edukafarm.cz/clanek.php?id=645
12. Jirásek V, Brodanová M, Mareček Z (2002). Vnitřní lékařství svazek IV: Gastroenterologie hepatologie. 1. vyd., Praha: Galén, 263 s. ISBN 80-7262-139-4.
13. Kelnarová J et al. (2009a). Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník: 1. díl. Praha: Grada. 240+4 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
14. Kelnarová J et al. (2009b). Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 2. ročník: 1. díl. Praha: Grada. 176+4 s. ISBN 978-80-247-3105-6.
15. Kohout P (2008). Probiotika v praxi (5): Přínos probiotik z pohledu internisty/gastroenterologa. Medical tribune. Praha. IV/18: A8. ISSN 1214-8911.
16. Kombercová J, Svobodová M (2000). Autorehabilitační sestava: Cvičení, masáže, strava, akupresura, autoterapie páteře, biorytmy. 1. vyd., Olomouc: Fontána. 253 s. ISBN 80-901989-9-6.

17. Kozierová B, Erbová G, Olivierová R (1995). Ošetrovatelstvo 2, 1. vyd., Martin: Osveta. 633 s. ISBN 80-217-0528-0.
18. Marečková J (2006). Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd., Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
19. Mařatka Z (1999). Gastroenterologie, 1. vyd., Praha: Karolinum. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
20. Mastiliaková D (1999). Holistické přístupy v péči o zdraví. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
21. Mastiliaková D (2004). Úvod do ošetřovatelství, I. díl: Systémový přístup. 1. vyd., Praha: Karolinum. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
22. Mikšová Z et al. (2006a). Kapitoly z ošetřovatelské péče I., 1. aktualiz. vyd., Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
23. Mikšová Z et al. (2006b). Kapitoly z ošetřovatelské péče II., 1. aktualiz. vyd., Praha: Grada. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
24. Nečas E, Šulc K, Vokurka M (2006). Patofyziologická fyziologie orgánových systémů: část II., 1. vyd., Praha: Karolinum. 760 s. ISBN 80-246-0674-7.
25. Nejedlá M (2006). Fyzikální vyšetření pro sestry. 1. vyd., Praha: Grada. 248 s.
26. Nevoral J, Rada V (2010). Potvrzení složení výrobku Lepicol, Společnost pro probiotika a prebiotika, o. s., Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol. V Praze dne 24. 5. 2010.
27. Pařízek A et al. (2005). Kniha o těhotenství a porodu: První český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím. 1. vyd., Praha: Galén. 425 s. ISBN 80-7262-321-4.
28. Petr P et al. (2006). Nutraceutika. Vybrané kapitoly z nutraceutické teorie a praxe. 1. vyd., VŠERS České Budějovice. 47 s. ISBN 80-86-708-17-9.
29. Petrů Š (2010). Zácpa jako ošetřovatelský problém. Vysokoškolská kvalifikační práce/ bakalářská. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. 80 s.
30. Richards A, Edwards S (2004). Repetitorium pro zdravotní sestry. 1. vyd., Praha: Grada. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
31. Rokyta R et al. (2000). Fyziologie. 1. vyd., Praha: ISV nakladatelství. 360 s. ISBN 80-85866-45-5.
32. Rozsypalová M, Haladová E, Šafránková A (2002). Ošetřovatelství II., 1. vyd., Praha: Informatorium. 239 s. ISBN 80-86073-97-1.
33. Slíva J, Minárik J (2009). Doplňky stravy. 1. vyd., Praha: Triton. 124 s. ISBN 978-80-7387-169-7.
34. Staňková M (2006). České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Ediční rada – Praktické příručky pro sestry. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
35. Svačina Š et al. (2008). Klinická dietologie. 1. vyd., Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
36. Topinková E (2010). Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. [online]. [cit. 2010-04-16] Dostupné z: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_03_01_01.pdf>
37. Trachtová E et al. (1999). Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
38. Trachtová E a kol. (2004). Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
39. Trunkát I (2011). Těhotenská zácpa. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, informační server. [online]. [cit. 2011-08-01]. Dostupné z: www.cpzp/main/dotazy-on.php?tema=18id=344868p_str=20, 2011
40. Vojtíšková J (2007). Zácpa. Practicus. Praha. 6/8: 19–22. ISSN 1213-8711.
41. Vos A et al. (1996). Antegrade Colonic Enema (ACE): A new therapeutic approach to chronic constipation. Acta Gastroenterol Latinoam. 26/4: 225–226.
42. Workman BA, Bennett CL (2006). Klíčové dovednosti sestry. 1. vyd., Praha: Grada. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
43. Zbořil V et al. (2005). Mikroflóra trávicího traktu: klinické souvislosti. 1. vyd., Praha: Grada. 156 s. ISBN 80-247-0584-2.
44. Zonča P et al. (2007). ACE operace pro dlouhodobou obstipaci u dospělého. Rozhledy v chirurgii. Praha. 86/12: 657–660. ISSN 0035-9351.

Přílohy č. 1, 2 na další straně

✉ **Kontakt:**
Bc. Brigita Janečková, RVS, Nemocnice České Budějovice, a. s., Pracoviště klinické farmakologie, České Budějovice
E-mail: janecek.bada@seznam.cz

PŘÍLOHA č. 1

Zařízení:

Příjmení: **M / Ž**

Jméno:

Datum narození:

Věk (dovršený) v den vyšetření: **.... let**

Funkční zácpa

Diagnostická kritéria ***(vyznač zaškrtnutím přítomnost znaku)***

ROME III

Pro diagnózu stavu „funkční zácpa“ se vyžaduje přítomnost **alespoň 2** z následujících kritérií:

Obtížné vyprazdňování stolice (alespoň 25 % defekací)

Bobkovitá nebo tvrdá stolice (dtto)

Pocit neúplného nedokonalého vyprázdnění (dtto)

Pocit anorektální obstrukce/blokády (dtto)

Manuální manévry nezbytné k vyprázdnění stolice (např. digitální vybavení) (dtto)

Méně než 3 defekace týdně

Dále se za zácpu má považovat:

Nenavození řídké stolice, přestože pacient užívá projímadla

Nesplnění kritérií pro diagnózu „syndrom dráždivého tračníku“

Závěr: Diagnóza „funkční zácpa“ stanovena: ANO NE

Datum vyšetření/vyplnění:

Vyplnil/a **Za správnost:**

PŘÍLOHA č. 2

Společnost pro probiotika a prebiotika o.s.
Pediatrická klinika UK 2.LF a FN Motol
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol
e-mail: jana.vojtkova@lfmotol.cuni.cz, tel. 224 432 001

V Praze dne 24.5.2010

POTVRZENÍ

Společnost pro probiotika a prebiotika na základě laboratorních testů **potvrzuje**, že výrobek firmy ASP Czech s.r.o., K Teplinám 679, Slušovice **LEPICOL** obsahuje krátce před expirací deklarované množství probiotických kmenů.

ASP Czech s.r.o. na základě udělení tohoto atestu kvality **může** používat logo Společnosti pro probiotika a prebiotika na obalech uvedených výrobků a na jejich informačních materiálech.

Prof.MUDr.Jiří Nevoral,CSc.
předseda SPP

Prof.Ing. Vojtěch Rada,CSc.
vědecký tajemník SPP

SPOLEČNOST
PRO PROBIOTIKA
A PREBIOTIKA, o.s.
Pediatrická klinika UK 2.LF a FNM
V Úvalu 84 150 06 Praha 5
IČ: 27013073