



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Chronická zácpa jako bio-psycho-sociální problém komplexní rehabilitace seniorů

Vypracoval: Petra Rožd'alovská
Vedoucí práce: doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Chronická zácpa jako bio-psycho-sociální problém komplexní rehabilitace seniorů

Ve své bakalářské práci se věnuji seniorům, problematice chronické zácpy a hodnocení kvality života seniorů z holistického pohledu, tj. bio – psycho – sociálního. Stárnutí jedince se projevuje změnami v rovině biologické, psychologické i sociální. Změny v jakékoliv rovině přináší seniorovi nové, často nepříjemné vjemy, které je nutné přijmout a mnohdy je nutné učinit opatření, díky kterým zůstane senior nadále v harmonii.

Biologické změny související s vyšším věkem se projevují obecně zpomalením fyziologických funkcí, zejména zpomalením střevní peristaltiky. Objevují se tedy často problémy s vyprazdňováním a ty mají za následek zácpu, která může být opakovaná a dlouhodobá a stává se chronickou. Správné vyprazdňování seniorů komplikuje zároveň nevhodná strava s nedostatkem tekutin a vlákniny či dietní omezení v důsledku léčby, snížená chuť k jídlu, poruchy žvýkání, kousání a polykání, nedostatek pohybu a časté sezení, přítomnost hemoroidů, užívání léčiv, potlačování gastrokolického reflexu, narušení intimity. Vyprazdňování patří k základní lidské potřebě, navozuje pocit uspokojení. Pokud je narušeno, ovlivňuje seniora i po psychosociální stránce. Senior cítí diskomfort, je podrážděný a může začít omezovat kontakt s okolím.

V teoretické části své bakalářské práce věnuji pozornost cílové skupině – seniorům a příslušným oborům související se seniory, gerontologií a geriatrií, období lidského života – stárnutí a stáří, v neposlední řadě pojmu ucelená rehabilitace a její vážnosti. Uvádím definici zácpy, její rozdělení, diagnostiku, prevenci i léčbu.

V životě seniora může nastat doba, kdy život ve své domácnosti začne zvládat obtížně. Jsou časté kombinace onemocnění, které seniora omezují. Nastává období, kdy je nutné učinit rozhodnutí, zda využít možnost institucionální péče, která mu poskytne pomoc při základních potřebách včetně biologických.

Důsledkem životních i zdravotních změn se mění i kvalita života seniora. Hodnocení kvality života je subjektivní a variabilní. K dosažení informací a výsledků

v této oblasti se v praxi používá řada dotazníků. V této práci jsem využila ve výzkumu dotazník SF – 36 – O kvalitě života podmíněné zdravím.

Praktická část mé práce byla zaměřena na dva cíle. 1. cíl mapoval u respondentů frekvenci výskytu chronické zácpy, 2. cíl hodnotil u respondentů, v jaké míře chronická zácpa ovlivňuje kvalitu života seniorů. Tyto cíle měly potvrdit či vyvrátit dvě hypotézy. Hypotéza č. 1: Zácpa u seniorů je jevem častým, hypotéza č. 2: Chronická zácpa má negativní dopad na kvalitu života seniorů.

V rámci kvantitativního výzkumu bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření. Základním souborem byli senioři - klienti Domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích, výběrovým souborem byli oslovení senioři ve věku 65 – 96 let.

Pro stanovení cíle č. 1 bylo rozdáno 62 dotazníků ROME III. Návratnost byla 100 %. Pro stanovení cíle č. 2 bylo rozdáno 25 dotazníků SF – 36. Návratnost byla 100 %.

Výsledky 1. dotazníkového šetření jsem vyhodnotila obecně – bez ohledu na pohlaví respondentů, tak s ohledem na pohlaví respondentů. Stanovila jsem průměrný věk u daných skupin a zpracovala graficky. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že chronická zácpa se vyskytuje u 48 % respondentů. Z dotazovaných trpělo chronickou zácpou více mužů (12 z 18 respondentů – tj. 67 % mužů) než žen (18 z 44 respondentů – tj. 41 % žen). Hypotéza č. 1 – Zácpa u seniorů je jevem častým, byla potvrzena.

V případě druhého cíle jsem použila dotazník SF – 36, který vyhodnotil ovlivnění kvality života podmíněné zdravím u seniorů s přítomností chronické zácpy v osmi doménách (Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví). Údaje zpracovala a vyhodnotila Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU. Absolutní hodnoty skóre jednotlivých domén kvality života HRQOL a jejich procentuální vyjádření jsem zpracovala graficky.

Při porovnání s evropskými normály Oxford vyplynulo, že významný dopad na kvalitu života můžeme zaznamenat v doménách Fyzické funkce (34 % normálu), Fyzické omezení rolí (47 % normálu), Bolest (59 % normálu) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (60 % normálu). Statisticky významný vliv má přítomnost chronické

zácpy v porovnání s respondenty bez přítomnosti chronické zácpy na kvalitu života ve třech z osmi domén: Fyzické omezení rolí, kdy snížení kvality života je o 49 %, Bolest, kdy snížení kvality života je o 37,72 % a Všeobecné vnímání vlastního zdraví, kdy snížení kvality života je o 25,36 %. Tímto výzkumem bylo zjištěno snížení kvality života u seniorů s chronickou zácpou a tím byla hypotéza č. 2 – Chronická zácpa má negativní dopad na kvalitu života seniorů, potvrzena.

Z výzkumu vyplývá, že praktické poznatky se pojí s teorií. Chronická zácpa se u seniorů vyskytuje často a zároveň jim v určitých oblastech snižuje kvalitu života. Vhodnou prevencí bychom měli usilovat o snížení frekvence zácpy seniorů a tím zároveň eliminovat zhoršování kvality jejich života.

Věřím, že tato bakalářská práce bude cenným zdrojem dat pro obory geriatric a gerontologie a bude přínosem pro zdravotníky pracující se seniory.

Klíčová slova: senior, zácpa, vyprazdňování, ucelená rehabilitace, kvalita života, psychosociální dopad

Abstract

Chronic constipation as a bio-psycho-social problem of comprehensive rehabilitation of the elderly

In my bachelor thesis I deal with the elderly, the issue of chronic constipation and evaluation of life quality of the elderly from holistic viewpoint, ie. bio-psycho-social. Individual's aging is manifested with changes on the biological, psychological and social levels. Changes on any of the levels bring seniors new, sometimes uncomfortable sensations, which are necessary to accept and sometimes it is imperative to take measures, thanks to which the senior will remain in harmony.

Biological changes related to seniority are in general manifested with slowdown of physiological functions, notable the slowdown of intestinal peristalsis. Problems with excretion often occur and they may end up as a constipation, which can become repeated, long-term and becomes chronic. The proper seniors' excretion is also complicated by unsuitable diet with a lack of liquids and fiber or dietary restrictions as the effects of a treatment, lowered appetite, disorders of chewing, biting and swallowing, lack of exercise and frequent sitting, presence of hemorrhoids, medication use, gastrocolic reflex suppression or disruption of intimacy. Excretion belongs to basic human needs and it creates a feeling of satisfaction. If it is disrupted, it affects the senior also psychosocially. The seniors feel discomfort, are uptight and can start reducing their contact with others.

In the theoretical part of my bachelor thesis I focus on the target group – the elderly and related fields, gerontology and geriatrics, periods of human life – aging and seniority and last but not least also the term of comprehensive rehabilitation and its seriousness. I state definitions of constipation, its partition, diagnosis, prevention and treatment.

In the life of a senior may arise a time, when the household tasks become much harder to do. There are frequent illnesses combinations, which restrict seniors in various ways. A time comes, when it is necessary to make a decision, whether to use the option

of institutional care, which will provide assistance with basic needs, including biological.

As a result of life and health changes also changes the quality of life of seniors. Quality of life is subjective and variable. To achieve information and results in this area, a number of questionnaires is used in practice. In this work I have used in the research questionnaire SF - 36 - The quality of life-contingent health.

The practical part of my thesis was focused on two goals. Goal 1 charted respondents incidence of chronic constipation, goal 2 assessed the respondents extent to which chronic constipation affects the quality of life of seniors. These objectives were to confirm or refute two hypotheses. Hypothesis no. 1: Constipation in the elderly is a common phenomenon, the hypothesis no. 2: Chronic constipation has a negative impact on the quality of life of seniors.

Within the quantitative research an anonymous survey was conducted. The population were seniors - clients of Home for seniors Hvizdal in Ceske Budejovice, a sample was addressing seniors aged 65 to 96 years.

To determine the goal no. 1, 62 questionnaires ROME III were distributed. The response rate was 100%. To determine the goal no. 2, 25 SF - 36 questionnaires were distributed. The response rate was 100 %.

The results of the first questionnaire I analyzed in general - regardless of the gender of the respondents, and with regard to the gender of the respondents. I determined the average age of the group and processed it graphically. The survey showed that chronic constipation occurs in 48 % of the respondents. Of those surveyed suffered from chronic constipation, more men (12 out of 18 respondents - ie., 67 % of men) than women (18 out of 44 respondents - ie., 41 % women). Hypothesis no. 1 - Constipation in the elderly is a frequent phenomenon was confirmed.

For the goal 2, I used a questionnaire SF - 36, which evaluated the effects on the quality of life-contingent health of seniors with the presence of chronic constipation in eight domains (physical function, physical role limitations, emotional role limitations, physical and emotional limitations of social function, pain, mental health vitality and general perception of health). Data compiled and evaluated the Department of Public

and Social Medicine of ZSF JU. The absolute values of scores for each HRQOL domains of quality of life and their percentage I processed graphically.

When compared with European standards Oxford, it showed that a significant impact on the quality of life we detect in the domains of physical function (34% of normal), physical role limitations (47 % of normal), pain (59 % of normal) and the general perception of their own health (60 % of normal). Statistically significant influence of the presence of chronic constipation compared with respondents without the presence of chronic constipation on quality of life is found in three of the eight domains: physical role limitations, which reduce the quality of life by about 49 %, pain, where is the reduction in the quality of life about 37,72 % and general perception of their own health, where is the reduction in quality of life about 25,36 %. In this research the decrease in the quality of life in the elderly with chronic constipation has been detected and thus the hypothesis no. 2 - Chronic constipation has a negative impact on the quality of life of seniors, was confirmed.

Research indicates that practical knowledge is associated with the theory. Chronic constipation in the elderly occurs often and it causes a reduced quality of life in certain domains. By appropriate prevention, we should strive to reduce frequency of congestion in the elderly and thereby eliminate the deterioration of their quality of life.

I believe that this thesis will be a valuable source of data for the fields of geriatrics and gerontology and contribution to healthcare professionals working with the elderly.

Key words: the elderly, seniors, excretion, comprehensive rehabilitation, quality of life, psychosocial impact

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Chronická zácpa jako bio-psycho-sociální problém komplexní rehabilitace seniorů vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14.8.2014

.....

Petra Rožd'alovská

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D., Bc. Brigitě Janečkové, vrchní sestře Domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích Mgr. Zdeňce Třískové a mým probandům – klientům Domova pro seniory Hvízdal.

Obsah

1	Současný stav	11
1.1	Obory související se seniorem	12
1.1.1	Gerontologie	12
1.1.2	Geriatric	12
1.1.3	Stárnutí a stáří	13
1.1.4	Senior – geriatrický pacient	15
1.2	Ucelená rehabilitace	16
1.2.1	Bio – psycho – sociální pohled	17
1.3	Vyprazdňování	19
1.3.1	Stravování seniora	21
1.4	Zácpa	24
1.4.1	Prvotní zácpa	25
1.4.1.1	Chronická zácpa	25
1.4.2	Druhotná zácpa	27
1.4.3	NANDA diagnostika	28
1.4.3.1	ROME III.	34
1.4.4	Prevence zácpy	35
1.4.5	Léčba zácpy	38
1.5	Psychosociální dopad na seniora	43
1.5.1	Institucionální péče	44
1.6	Kvalita života seniora	46
1.6.1	Velké geriatrické syndromy	46
1.6.2	Metody hodnocení kvality života	48
1.6.3	Dotazník SF - 36	48

2	Cíl práce a hypotézy	49
2.1	Cíle práce	49
2.2	Hypotézy práce.....	49
3	Metodika	50
3.1	Použité metody sběru dat	50
3.2	Charakteristika zkoumaného vzorku	50
4	Výsledky	51
4.1	Výsledky dotazníkového šetření – zjištění frekvence funkční zácpy pomocí dotazníku ROME III	51
4.2	Výsledky dotazníkového šetření – hodnocení kvality života seniorů podmíněné zdravím (HRQoL) pomocí dotazníku SF – 36.....	55
5	Diskuse	65
6	Závěr.....	68
7	Seznam informačních zdrojů	70
8	Přílohy	73
8.1	Seznam příloh.....	73

Seznam použitých zkratk

ZSF JČU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita

SZO – Světová zdravotnická organizace

WHO – World Health Organization

UR – ucelená rehabilitace

RTG – rentgenové vyšetření

NANDA-Int. – North American Association for Nursing Diagnosis International,
Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku

FOS – fruktooligosacharidy

GIT – gastrointestinální trakt

SF - 36 – Short-Form Health Subject Questionnaire

Úvod

O problematiku stáří a seniorů se zajímám již několik let. Od mého dětství jsem byla obklopena seniory ve vesnici, kde jsem žila. Již v dětském věku jsem si začala všimnat individuality každého jedince. Zejména u seniorů jsou i malé odlišnosti v bio – psycho – sociální dimenzi patrné. I tento poznatek patřil k jednomu z důvodů, proč jsem se rozhodla studovat na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích a proč jsem si vybrala toto téma bakalářské práce.

Stárnutí a stáří patří k přirozenému procesu lidského života. Pro seniora toto období přináší řadu změn. Jedná se o změny na fyziologickém podkladě, mění se psychické vnímání seniora i jeho sociální status. Veškeré změny, které senior ve vyšším věku získává, jsou subjektivní.

K fyziologickým změnám u starší populace patří snížená peristaltika střev, při níž je snížena frekvence vyprazdňování (defekace) stolice, která je příčinou časté zácpy. Zácpa se vyskytuje buď jako samostatný problém, nebo jako příznak nemoci. Ve své profesi farmaceutické asistentky se denně setkávám s pacienty a jejich častým problémem s vyprazdňováním. Nejčastěji se na mě s touto potíží obracují senioři. Mou náplní je správná dispenzarizace, která zahrnuje informace o preventivních opatřeních a zároveň o možnosti snížení nadužívání laxativ.

Zácpa má vliv zejména na základní denní fyziologickou potřebu – vyprazdňování, jejíž snížená funkce s sebou přináší řadu preventivních i léčebných opatření. Mimo biologickou funkci vyprazdňování se tato civilizační choroba promítá i do psychosociálního života seniora. Nedokonalé vyprazdňování, zácpa podmíněná užíváním nutných léků, snížená chuť k jídlu a s ní spojené nevhodné stravování seniora, nemožnost se vyprázdnit bez cizí pomoci a mnohé další vede k psychické deprivaci seniora. Obzvláště k tomu dochází, pokud se akutní nemoc změní v chronickou. Vzhledem k tomu, že se defekace týká intimních míst člověka, jedná se o tabuizované téma, o kterém senior sám nehovoří často.

Chronická zácpa tedy zasahuje do všech úrovní lidského bytí a ovlivňuje tak významným způsobem kvalitu života seniora. Pro samotného seniora se jedná

o obtěžující problém, který zasahuje i jeho blízké či ošetřující personál. Okolí by mělo k seniorovi přistupovat citlivě a empaticky. Je důležité nahlížet na problematiku zácpy nejen z oblasti zdravotnické, ale i psychosociální. V rámci komplexní rehabilitace a holistického pohledu na člověka je propojenost všech oblastí zásadní.

Cílem mé bakalářské práce je zmapování frekvence chronické zácpy seniorů a následné vyhodnocení, do jaké míry zácpa ovlivňuje kvalitu života seniorů.

1 Současný stav

Zácpa představuje ve stáří s ohledem na pokles motility střev velmi častý a nemocného obtěžující problém.

Zácpa patří k civilizačním chorobám, na jejímž vzniku se podílí dieta s malým množstvím vlákniny a velkým podílem výrobků z bílé mouky či masa a masných výrobků, energeticky vydatná strava, nedostatek ovoce a zeleniny, nedostatek tekutin ve stravě, sedavý způsob života spojený s nedostatkem pohybové aktivity (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Skutečným důvodem zácpy ve stáří bývá zejména dlouhodobé potlačování gastrokolického reflexu a nízký příjem vlákniny ve stravě. Významně se při tom spolupodílejí celkové změny somatiky, psychiky a jiná onemocnění (Weber, 2007).

Starší lidé často přicházejí ke svému lékaři se steskem na průjem nebo daleko častěji zácpu. Mnohdy si neuvědomují a je posláním a úlohou lékaře jim vysvětlit, že frekvence normální defekace kolísá od 3 stolic denně do 3 stolic týdně. I když 60-70 % starších osob žijících v komunitě má denně stolici, 15-30 % z nich pravidelně užívá laxativa pro domnělou zácpu (Weber, 2000).

V geriatrické medicíně se objevují vždy současně se somatickými potížemi i problémy psychické a sociální, které je potřeba řešit stejně naléhavě. Toto platí v plném slova smyslu i pro zcela typické primární somatické nemoci, charakteristické pro vysoký věk. Podobně je tomu i u takzvaných „primárně“ duševních poruch nebo tzv. geriatrických sociálních syndromů. Uvedené problémy somatické, psychické a sociální, ve vzájemné interakci se vyznačují „obtížnou léčitelností“, chronickým průběhem s progresí a relativně nepříznivou prognózou. Nemocnému a jeho okolí přinášejí mnoho jen velmi obtížně zvladatelných situací a problémů (Weber, 2000).

1.1 Obory související se seniorem

1.1.1 Gerontologie

Gerontologie (řecky gerón=starý člověk, logos=nauka, slovo) je souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří (Kalvach, Onderková, 2006).

Gerontologie experimentální se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů (Kalvach, Onderková, 2006).

Gerontologie sociální se zabývá společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí. Zasahuje do sociologie, psychologie, politologie, sociální práce, pedagogiky, ekonomie, práva i do dalších oblastí (Kalvach, Onderková, 2006).

Gerontologie klinická se zabývá problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří. Označuje se také jako geriatrie (řecky iatró=léčím). V širším slova smyslu označuje geriatrie celou geriatrickou medicínu, která prostupuje prakticky všechny klinické obory dospělého věku. V užším slova smyslu je geriatrie označením specializačního lékařského oboru (Kalvach, Onderková, 2006).

1.1.2 Geriatrie

Geriatrie (z angl. geriatrics, překládá se někdy také jako geriatrická medicína – geriatric medicine) je samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70-75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče (Topinková, 2005).

Cíle geriatric:

- Zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Uplatňovat metody primární i sekundární prevence.
- Dosáhnout co nejvyšší kvality, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta.
- Přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora (HRQOL, health-related quality of life) (Topinková, 2005).

Moderní geriatric má intervenčně - preventivní charakter. Kromě specifických metod zdravotní péče se od ostatních oborů medicíny odlišuje šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče (nejen interdisciplinární lékařské, ale i ošetrovatelské a rehabilitační) a akceptováním zdravotně-sociální povahy onemocnění v seniu (Topinková, 2005).

1.1.3 Stárnutí a stáří

Člověk jako jedinec stárne v biologické, psychické a sociální oblasti.

Biologické stárnutí je následek změn tělesných struktur, což je spojené se změnou funkce jednotlivých orgánů. Dotýká se všech systémů v organismu, probíhá však asynchronně. Psychické stárnutí se projevuje změnou osobnostních rysů, snížením poznávacích schopností, zpomalením psychomotorického tempa, zhoršením paměti, nižší koncentrací pozornosti. Stárnutí v sociální oblasti se projevuje nejčastěji změnou životního stylu, životního programu a do jisté míry závisí i na finančních možnostech. Velkým zlomem je obvykle odchod do důchodu, klesá společenská prestiž jedince (Németh, 2009).

Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce). V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Často se však o věku 65 – 74

let (někdy dokonce 65 – 79 let) hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75 – 80 let (Kalvach, Onderková, 2006).

Dělení period života se mírně liší v názvosloví podle toho, kdo je vydal. Světová zdravotnická organizace (SZO,WHO) používá patnáctileté úseky:

Prezenilní věk: osoby mezi 45. - 59. rokem života (přelom mezi naplno žitým životem a začínajícím přehodnocováním)

Vyšší věk: osoby mezi 60. – 74. rokem života (podle WHO rané stáří)

Stáří: dle SZO osoby mezi 75. – 89. rokem života (Grofová, 2011).

Stáří se někdy ještě dále dělí na:

- Rané stáří: osoby mezi 75. – 79. rokem života
- Stáří (vlastní stáří): osoby mezi 80. – 89. rokem života
- Dlouhověkost: nad 90 let (Grofová, 2011).

Stárnutí je nevratný, univerzální, i když druhově specifický biologický proces, který však stále jen obtížně definujeme. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a snadno i při mírných podnětech dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku. Involuční změny a současná mnohočetná orgánová patologie charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny (Topinková, 2005).

Společnost a kultura vytvářejí rámec, do něhož jsou zasazeny biologické a psychické podmínky. Jím jsou tyto podmínky modifikovány a v něm se tříští univerzalita stárnutí a stáří v mnohotvárné způsoby „bytí starým člověkem“. Stáří je sociální konstrukcí ať jde o určení jeho počátku – mezního věku, očekávání vztahovaných k lidem označeným za staré či o způsoby zacházení s nimi (Sýkorová, 2007).

Stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se našeho fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života. Změny jsou většinou z nás vnímány jako ztráty, protože nás nutí vzdát se řady situací, přijmout nové role a poradit si s omezenějšími schopnostmi (Tošnerová, 2009).

1.1.4 Senior – geriatrický pacient

Senior je charakteristický úbytkem fyzických a psychických sil, i když, samozřejmě, v individuální rovině. Senior je však naší přítomností a budoucností. Do 75. roku života starý člověk často podceňuje svůj zdravotní stav, protože vzniklé symptomy a syndromy považuje za „normu stárnutí“, proto lékaře nevyhledává (Koval, 2001).

Geriatrický pacient by v žádném případě neměl být ztotožňován s pacientem nesoběstačným. Neplatí tedy definice: „starý člověk = dysaptibilní jedinec“. Geriatrického pacienta lze chápat jako „křehkého“ seniora se sníženými funkčními rezervami a horší adaptabilitou. Je ohrožen dekompenzací funkčního stavu a vyžaduje specifickou modifikaci odborného přístupu při volbě léčebných a režimových opatření (Weber, 2007).

Rizikový geront je starý člověk, který je vystaven působení některých nepříznivých psychosociálních a zdravotních faktorů, jež mají ve stáří rizikový charakter. Rizikovému gerontovi hrozí zhroucení homeostázy, zhoršení zdravotního stavu, někdy i smrt. Specifická rizika stáří se vyznačují komplexností (Pacovský, 1994).

Autonomie a závislost na pomoci druhých se nevylučují (Pichaud, 1998).

1.2 Ucelená rehabilitace

Pojem rehabilitace se začal používat po 1. světové válce v USA. V Evropě včetně ČR se zájem o ni rozvinul teprve po 2. světové válce (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jirák, Zavázalová, Wija a kol., 2011).

Pojem ucelená rehabilitace (UR) je překladem anglického termínu comprehensive rehabilitation. Výraz comprehensive, který se někdy také zčešťuje jako komprehenzivní, se skutečně dle slovníku překládá jako úplný, ucelený, celkový (Votava, 2005).

Ucelená (komplexní) rehabilitace se vztahuje na osoby, jejichž zdravotní stav byl v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady různou měrou omezen a které potřebují zvláštní pomoc k dosažení co nejvyššího možného stupně nezávislosti. Jde o vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základním smyslem je minimalizace přímých i nepřímých důsledků dlouhodobého (případně trvalého) zdravotního postižení s cílem optimálního začlenění člověka do společnosti. Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 "včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků" (Votava, 2005).

Úkolem rehabilitace je také naučit znovu a co nejdříve nemocného úkonům denní činnosti (Rozsypalová, Haladová, Šafránková, 2002).

V mnoha zemích je význam rehabilitace zdůrazněn samostatným zákonem, jímž je řízena. Jakousi ideovou platformou rehabilitace je Mezinárodní klasifikace funkčního stavu, disability a zdraví (ICF). Rehabilitace vychází z klinické fyziologie a neurofyziologie. Neomezuje se jen na diagnostické a léčebné metody, nýbrž usiluje také o omezení psychických, behaviorálních a sociálních změn souvisejících s důsledky úrazů, vad či onemocnění. Rehabilitace tak překračuje hranice medicíny do oblastí sociálních, pedagogických a pracovních (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jirák, Zavázalová, Wija a kol., 2011).

1.2.1 Bio – psycho – sociální pohled

Holismus (z řeckého holos – celek) je filozofický směr zejména biologický – „filozofie celistvosti“ blízká teorii „emergenčního vývoje“. Termín holismus zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ 1926 jihoafrický politik a generál J. CH. Smuts, zemřel v roce 1950. Podle něho celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí. Celek je neredukovatelný, nehmotný a nepoznatelný. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozdělením celkovost zanikne. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje zjednodušeně vyjádřeno pět součástí: biologickou, společenskou (přírodní a společenské prostředí), kognitivní (poznávací), emocionální a duchovní. Dojde-li k poruše v jedné součásti celku, dochází k poruše celého systému (Mastiliaková, 2004).

Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že se musí brát na zřetel osoba jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě (Trachtová, 2005).

Lidské potřeby: Maslowova pyramida – viz Příloha č. 1

- A. Maslow: „Potřeby motivují chování jednotlivce.“ Jeho model potřeb člověka zahrnuje fyziologické a psychologické potřeby, které hodnotí podle jejich významu pro jeho existenci. Podle Maslowa potřeby na jedné úrovni je třeba uspokojit dříve, než se začnou uspokojovat potřeby na následující úrovni (Farkašová, 2006).

Uspokojování biologických potřeb je zaměřeno především na péči:

- O tělo
- O příjem potravy a tekutin
- O vyprazdňování, močení a defekace – poruchy ovlivňují tělesné i psychické pocity pacienta
- O spánek a odpočinek
- O komfort a pohodlí

- O dodržování průměrného pohybového režimu
- O polohu

Uspokojování psychických potřeb je zaměřeno především na tyto oblasti:

- Odstraňování a zmírňování bolesti
- Předcházení a zmírňování strachu a úzkosti
- Identifikování obav a nejistot z neznámého
- Zabraňování ztráty sebeúcty

Uspokojování sociálních potřeb je zaměřeno zvláště na tyto problémy:

- Zmírnění sociální izolace
- Řešení problémů souvisejících se ztrátou zaměstnání, péče při doléčování, možnosti další seberealizace (Farkašová, 2006).

Nemocný své základní potřeby biologické či psychosociální neprojevuje, protože je projevovat nemůže, nechce nebo neumí. V takovém případě musí být potřeby aktivně rozpoznány (Pacovský, 1994).

1.3 Vyprazdňování

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, základní, biologickou potřebou člověka. Témata vyměšování a vyprazdňování jsou často tabuizována. Souvisí to s blízkostí vývodných cest močových a análního otvoru s pohlavními orgány. Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka, lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit (Trachtová, 2005).

Vedle biologického hlediska vyprazdňování je nutné se zmínit o aspektech psychosociálních. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocity libosti a spokojenosti. Nedostatečné uspokojení potřeby nebo neuspokojení potřeby vyprazdňování je provázeno somatickými obtížemi - bolestí, nadýmáním, pocity plnosti. Psychická odezva neuspokojení potřeby vyprazdňování se může projevit širokou škálou negativních emocionálních stavů, např. napětím, nervozitou, špatnou náladou, úzkostí, strachem apod. (Trachtová, 2005).

Množství stolice, resp. její objem a konzistence, závisí na stravě, rychlosti průchodu tráveniny trávicí trubící (transit time). Konzistence stolice závisí v podstatě na množství obsažené vody. Normální formovaná stolice obsahuje 70-80 % vody, zvýší-li se toto množství na 85-90 %, stává se stolice kašovitou, zvýší-li se ještě více (na 95 %), je tekutá. Naopak, sníží-li se množství vody na 60 %, je stolice tuhá a obtížně se vyprazdňuje. Množství vody ve stolici závisí kromě jiného na době průchodu tráveniny trávicí trubící, resp. tlustým střevem. Tato doba závisí na množství a charakteru potravy, množství přijatých tekutin, vlákniny, obsahu bakterií ve střevě apod. (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Tlusté střevo je dlouhé 1,5 – 2 metry, jeho hlavní funkcí je vstřebávání vody ze střevní tráveniny, která se do něj dostává z tenkého střeva za 4 – 6 hodin a je tekutá. Tlusté střevo je schopno vstřebávat až 8 litrů vody. Střevní flóra (bakterie osídlující tlusté střevo) rozkládá cukry a bílkoviny, které se do tlustého střeva dostávají, to znamená ty, které se v tenkém střevě nerozložily a nestrávily. V esovité kličce (sigmoideu) dochází k dalšímu vstřebávání vody. Pokud se dostane střevní obsah

(stolice) do konečníku, vyvolává defekační reflex, na podkladě kterého dojde k vyprázdnění stolice (defekaci). Dalším reflexem, který umožňuje vyprázdnění, je gastrokolický reflex, kdy po požití potravy, zvláště v ranních hodinách, dochází k posunutí střevního obsahu do konečníku (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Vyprázdnění – defekace – je aktivní děj, při kterém je nutné použít břišní lis – sílu svalů břišní stěny a bránice, zároveň uvolnit řitní svěrač. S přibývajícím věkem dochází k vyhasínání obou reflexů (gastrokolického i defekačního), tyto reflexy jsou také potlačovány nevhodnými návyky (nedostatek pohybu, potlačování potřeby stolice, apod.), proto je ve stáří zácpa častější (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Vyprazdňovací reflex lze nacvičit pravidelným denním opakováním několika úkonů, které následují za sebou vždy ve stejném sledu:

- Nemocný vypije před snídaní sklenku studené vody se šťávou nebo sklenku minerální vody
- Nasnídá se
- Po snídani se pokusí vyprázdnit (ležícím nemocným se podá mísa) (Rozsypalová, 2002).

Faktory udržující kontinenci stolice

- Neporušená peristaltika
- Zachovaná citlivost konečníku a rekta, která umožňuje vnímat naplnění konečníku stolicí a rozlišit naplnění plynem nebo tekutým obsahem
- Koordinovaná činnost svěračů, svaloviny pánve a břišních svalů, které umožní vypuzení střevního obsahu (povolení svěrače, dostatečná síla břišního lisu) nebo zabránění defekace, pokud k ní nejsou vhodné podmínky
- Psychické faktory – schopnost uvědomit si nucení, vyhledat vhodné místo k defekaci a vůlí ovládat akt vyprázdnění
- Zevní podmínky – blízkost toalety a její vybavení, soukromí, možnost vyprázdnění vsedě (Topinková, 2005).

Stáří vcelku nemá velký vliv na většinu gastrointestinálních funkcí u jinak zdravých seniorů. Vysvětlením je skutečnost, že trávicí ústrojí má poměrně velkou funkční a do jisté míry i anatomickou rezervu v neuromuskulárních strukturách. Určitou výjimkou může být proximální jícen, anální oblast a pánevní dno, jelikož kombinace stárnutí a menších lézí (drobné mozkové ischemie nebo porodní trauma) může vyústit do klinicky zřetelných problémů jako je zácpa, dysfagie nebo inkontinence stolice (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004).

1.3.1 Stravování seniora

Otázky správné výživy ve vyšším věku jsou obecně podceňovány, a proto i zanedbávány. Ani běžná interní zařízení většinou nevěnují výživě v gerontologii dostatečnou péči. Nemocní vyššího věku přitom nejsou často schopni dodržovat správné stravovací návyky ani zajistit si odpovídající složení stravy. Senioři ztrácejí aktivní tělesnou hmotu i v případech, kdy množství a složení stravy je podle standardních měřítek správné nebo dokonce když se přejídají (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Na průběhu správné výživy nemocných se uplatňuje řada vlivů. Zde vyjmenujeme jen pět nejčastěji se vyskytujících a zároveň relativně nejsnáze ovlivnitelných pokud na ně myslíme:

- Hygiena a kultura stolování
- Stav ústní dutiny
- Příjem tekutin
- Obstipace
- Podávaná farmaka (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Tělesný stav je bezesporu jednou z rozhodujících veličin ovlivňujících stav výživy. Často se však zapomíná na zdánlivě banální komplikace, které mohou výrazně narušit příjem potravy a vést až ke ztrátě chuti na jídlo jako takové. Jde zejména o možný

defektní stav chrupu, ale i nevyhovující zubní náhradu, slizniční léze, které mohou vznikat při zhoršené ústní hygieně (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Problémy s příjmem potravy

Problémy samotného geronta:

- Změněná chuť k jídlu – s patofyziologií stáří souvisejí hypogeuzie (snížené vnímání chuti „slepá ústa“) a dysgeuzie (změněné vnímání chuti, zhoršení chuťových pocitů)
- Anorexie – nechutenství vzniká nejčastěji při somatických potížích, jež souvisejí s jídlem, při přítomnosti závažných chorob, uplatňuje se rozsáhlá farmakoterapie i vlivy psychické
- Poruchy mastikace (žvýkání, kousání) – časté při různých onemocněních dutiny ústní, defektech chrupu, xerostomii („suchá ústa“)
- Poruchy polykání (dysfagie, odynofagie)
- Malabsorpce a maldigestce – nauzea, zvracení, průjem, zácpa
- Problémy s dietou – dietní limitace (Pacovský, 1994).

Chuť k jídlu se mění v souvislosti se zvýšením prahu pro vnímání chuti, proto jsou vhodná jídla bohatší na chutě a celková chuťová rozmanitost. Zpomalené vyprazdňování většího objemu jídla ze žaludku, které také s věkem přichází, může vést k pocitu časně sytosti. Je tedy velmi výhodné podávat menší porce častěji (Grofová, 2011).

Problémy kolem geronta

- Způsob života, životní styl – nucená změna stravovacích zvyklostí a kultury stolničení
- Nutriční závislost – nemožnost nebo neochota nakupovat, vařit, samostatně konzumovat jídlo. Závislost na nakrmení někým

- Ekonomické problémy – kvalitativní a kvantitativní zhoršení výživy (klesá konzumace mléka, masa, ovoce, zeleniny z ekonomických důvodů). Omezená nabídka finančně přijatelných potravin v množství pro jednu osobu (osaměle žijící)
- Nutriční důsledky nemoci – závislost na donášce jídla a nemožnost jeho výběru, vliv léků na výživu (Pacovský, 1994).

Stravování seniorů je doplňkovou formou služeb sociální péče, která je velmi důležitá nejen pro zajištění pravidelné kvalitní stravy, ale také jako socializační prvek (Holmerová, 2002).

1.4 Zácpa

Zácpa je podle pana profesora Mařatky definována jako obtížné vyprazdňování tuhé stolice či dokonce nemožnost spontánně vyprázdnit stolicí u těžkých forem. Tyto problémy jsou spojené se sníženou frekvencí stolic a subjektivními obtížemi nemocného. Snížení frekvence stolic bez dalších obtíží se spontánním vyprázdněním nenazýváme zácpou (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Za zácpu (obstipatio) se považuje stav, kdy má nemocný méně než 3 stolice za týden (Rozsypalová, 2002).

Obstipace může být pro pacienty nebezpečná. Námaha při defekaci může mít za následek napětí až roztržení břišních nebo perineálních stehů. Zadržení dechu, které provází námahu, může vyvolat vážné problémy lidem s onemocněním srdce, poraněním mozku nebo nedostatečným dýcháním. Zadržení dechu zvyšuje nitrohruďní a nitrolební tlak. Ten je možné snížit, když osoba při zvýšené námaze vydechuje ústy (Trachtová, Vojtová, Mastiliaková, 2005).

Zácpa může vést ke koprostáze, valvulu sigmatu, inkontinenci stolice a moči, recidivující močové infekci, hemoroidům, anální fisuře, rektálnímu prolapsu nebo ke vzniku megakolon (Schuller, 2010).

Z časového průběhu je možné dělit choroby na akutní a chronické. Akutní choroba má většinou jednu příčinu vzniku, specifický počátek a identifikovatelné symptomy, které jsou často léčitelné jednoduchou biologickou intervencí (léky nebo chirurgicky). Psychosociální intervence se uplatňují v přípravě na zákrok nebo k adaptaci po něm. Je obvykle léčitelné nebo vyléčitelná. Chronická choroba má většinou více příčin vzniku, nemá specifický počátek ani stabilní výčet symptomů. Taková definice chronické choroby je převážně objektivní. Vyléčení je typické pro mírné stupně, nepravděpodobné pro střední a těžké stupně. Průběh se rozděluje na exacerbaci choroby, remise a progresivní degeneraci. V léčbě se uplatňují biologické a psychosociální intervence. Léčba chronické choroby má tři cíle: 1. zvládnání (angl. coping), 2. management (angl.

snaha o zvládnutí) nebo 3. mírnění choroby (angl. palliation) (Raudenská, Javůrková, 2011).

Typy zácpy

Zácpu můžeme rozdělit na prvotní (zácpa jako samostatná nemoc) a druhotnou (zácpa jako příznak jiné nemoci).

1.4.1 Prvotní zácpa

Může probíhat jako akutní nebo chronické onemocnění.

a) Akutní zácpa

Ke vzniku zácpy může dojít akutně, např. při změně prostředí (nevyhovující hygienické podmínky – kempy, cesta do zahraničí, dlouhá cesta dopravními prostředky, nové zaměstnání apod.), změně výživy (snížené množství vlákniny či tekutin, mléčná dieta, šetřící dieta), při interkurentních chorobách (horečnatá onemocnění, nutnost užívat léky apod.). Při tomto druhu zácpy je možné k léčbě použít krátkodobé laxativum (ale též jiné léky).

b) Chronická zácpa

Označujeme ji jako návykovou – habituální – zácpu. Pokud se hovoří o zácpě jak nemoci, většinou máme na mysli tento druh zácpy. Rozděluje se dále na zácpu prostou, spastickou a zácpu domnělou (Kohout, Pavlíčková, 2012).

1.4.1.1 Chronická zácpa

Bývá definována na základě tzv. římských kritérií. Podle nich musí být nejméně při jedné čtvrtině defekací během nejméně 12 týdnů v průběhu jednoho roku splněna nejméně dvě z následujících kritérií:

- Méně než tři defekace týdně
- Tlačení (břišní lis) při defekaci, hrudkovitá nebo tuhá stolice
- Pocit neúplného vyprázdnění
- Pocit anorektální blokády a/nebo manuální manévru k vybavování stolice (Schuller, 2010)

Chronická zácpa má velkou řadu příčin a jde o častý problém pacientů (Raftery, Lim, 2009).

Zácpa jako prvotní, jako nemoc – chronická se dělí:

- Zácpa prostá – charakterizována útlumem defekačního reflexu (pocitu nucení na stolicí) bez dalších klinických projevů. Po více dnech bez stolice se může objevit tlak v břiše, nadýmání.
- Po různě dlouhé době nemocní začnou s užíváním projímadel, které změni charakter zácpy na zácpu spastickou s vyznačenými projevy – bolestmi břicha, nadýmáním, přeléváním střevního obsahu a projevy zánětu tlustého střeva, s možností postižení řiti.
- Zácpa domnělá je jednotka, při které se pacient domnívá, že má stolicí méně často, než by bylo správné. Vzniká většinou u osob s anomální až psychopatickou osobností. Po užívání projímadel, která si pacienti většinou ordinují sami, dochází k vyprázdnění střevního obsahu. Pacienti potom oddálení další stolice považují za příznak zácpy, užívají projímadla, a tak postupně dochází ke vzniku spastické zácpy a zánětu tlustého střeva (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Klinický obraz:

Obraz prosté zácpy je velmi chudý – občasné bolesti břicha, pocit plnosti, nadýmání, snížená chuť k jídlu, nespavost. Obraz zácpy spastické je rozmanitější – bolest břicha bývá větší a trvalejší, mohou se přidat pocity přelévání střevního obsahu,

někdy i přítomnost krve či hlenu ve stolici. Při fyzikálním vyšetření je možno u prosté zácpy většinou nalézt jen skybala (tuhá stolice obsažená ve střevech hmatná přes břišní stěnu v levém podbříšku), zvýšenou plynatost, rozměrný konečník, který při vyšetření většinou obsahuje stolici. U spastické zácpy může být vyšetření konečníku velmi bolestivé, bolestivé může být také vyšetření břicha pohmatem (Kohout, Pavlíčková, 2012).

1.4.2 Druhotná zácpa

(symptomatická, zácpa jako příznak jiné nemoci či následek léčby nemoci)

Na počátku léčby zácpy je třeba vždy pomýšlet na to, aby se za zácpou neskrývala jiná, závažnější nemoc, případně nemoc, kterou lze vyléčit. Zároveň je nutné vědět, že zácpu může vyvolat řada léků (po jejichž vysazení se počet stolic upraví). Na druhotnou zácpu je třeba pomýšlet, pokud se náhle změní charakter stolic a jejich frekvence, případně objeví – li se krev ve stolici. K zástavě stolice a plynů dochází při střevní neprůchodnosti (ileus = zástava stolice a plynů), která může mít řadu příčin (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Příčiny druhotné zácpy:

1. Mechanické překážky pasáže
2. Poruchy nervového zásobení střeva
3. Poruchy látkové výměny
4. Reflexní zácpa
5. Vedlejší účinky léků a toxické vlivy

(Kohout, Pavlíčková, 2012).

Syn. Rektální syndrom je bolestivé nutkání na stolici při nádoru nebo zánětu rekta (např. u colitis ulcerosa). Při defekaci dojde k vyprázdnění jen malého množství stolice a zakrátko dojde k nucení na stolici znovu (Nejedlá, 2006).

1.4.3 NANDA diagnostika

K rozlišení, zda stav potřeb uživatele/klienta ošetrovatelských služeb je v normě (je funkční), nebo zda z ní vybočuje, je možné využít poznatky výzkumných a vývojových aktivit mezinárodního odborného seskupení nazvaného NANDA – International (North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Tato asociace vyvinula zevrubný a široce uplatnitelný diagnostický systém. Protože tento systém specifikuje diagnózy podle diagnostických prvků, máme se podle čeho při jejich rozpoznávání orientovat. Názvy ošetrovatelských diagnóz s číselným kódem jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz (NANDA – International) (Marečková, 2006).

Abychom byli schopni přesně určit, jaké dysfunkční potřeby se u klienta ke konkrétnímu datu a hodině vyskytují, je nutné postupovat podle specifické metodiky. Takovým postupem je diagnostický algoritmus. Jedná se o způsob myšlení a organizování informací, jež obojí vede k jasnému a přesnému diagnostickému závěru. Diagnostickým závěrem v ošetrovatelství je rozhodnutí o tom, jaké dysfunkční potřeby se u klienta v době diagnostiky vyskytují. Diagnostický algoritmus je rozdělen do tří fází. Každá z nich se soustředí na diagnostiku jiného typu ošetrovatelských diagnóz:

- První fáze – na diagnózy aktuální
- Druhá fáze – na diagnózy potenciální
- Třetí fáze – na diagnózy k podpoře zdraví

Zácpa – 00011

1. krok – zjistíme, zda se u klienta vyskytují tyto určující příznaky:

- Změna v běžném vyprazdňování střeva
- Má jasně červenou krev ve stolici
- V rektu má vláčnou, pastózní stolici
- Vzedmuté břicho
- Stolice je tmavá, černá nebo dehtovitá
- Zvýšený nitrobřišní tlak
- Při poklepu v břišní oblasti slyšíme prázdný tón
- Klient uvádí bolest při defekaci
- Má menší (než obvyklý) objem detekované stolice
- Pociťuje oři defekaci napětí
- Jeho frekvence vyprazdňování stolice je snížena
- Stolice je suchá, hrubá, formovaná
- Palpačně byla zjištěna masa stolice v rektu
- Klient má pocity rektální náplně nebo tlaku
- Pociťuje abdominální bolest
- Není schopen se vyprázdnit
- Má anorexii
- Slyšíme hlasité kručení v břiše
- Má poruchu trávení
- U seniorů jsme našli například změny v mentálním stavu, močovou inkontinenci, zvýšenou tělesnou teplotu
- Klient má bouřlivou flatulenci
- Má známky generalizované únavy
- Oslabené nebo zesílené střevní zvuky
- Palpačně byly zjištěny abdominální hmoty
- Bolestivost/citlivost břicha při tlaku, u které je nebo není hmatatelná svalová rezistence
- Nausea nebo zvracení
- Menší množství mokvavé stolice.

2. krok

Při nálezu minimálně jednoho určujícího znaku posoudíme přítomnost souvisejících faktorů, k nimž patří faktory 1. Funkční, 2. Psychogenní, 3. Farmakologické a 4. Fyzické.

Mezi funkční související faktory se řadí:

- Nedávná změna prostředí (místa, kde klient pobývá)
- Návyk ignorovat naléhavou/aktuální potřebu defekace
- Nedostatečná tělesná aktivita
- Návyk nepravidelné defekace
- Nepřiměřená toaleta (např. v načasování, v pozici pro vyprazdňování, v soukromí)
- Slabé abdominální svaly

Mezi psychogenní související faktory se řadí:

- Deprese
- Emocionální stres
- Psychická zmatenost

Mezi farmakologické související faktory se řadí:

- Užívání antikonvulziv
- Užívání antiepileptických prostředků
- Užívání přílišných dávek laxativ
- Užívání kalcium karbonátu hořčik s uhlíčanem – šumivé tablety
- Užívání antacid se sloučeninou hliníku
- Užívání nesteroidních protizánětlivých prostředků
- Užívání opiátů
- Užívání anticholinergik
- Užívání diuretik

- Užívání solí železa
- Užívání fenotiazinů
- Užívání sedativ
- Užívání sympatomimetik
- Užívání solí bizmutu
- Užívání antidepresiv
- Užívání blokátorů kalciových kanálů

Mezi fyzické související faktory se řadí:

- Abscese nebo ulcerace konečníku
- Těhotenství
- Rektální, anální fissury
- Tumory
- Megakolon
- Dysbalance – nerovnováha elektrolytů
- Prolaps konečníku
- Zvětšení prostaty
- Neurologické poškození
- Rektální, anální struktury
- Rektokéla
- Pooperační obstrukce
- Hemoroidy
- Obezita
- Snížená motilita gastrointestinálního traktu
- Nesprávně vyvinutá dentice a špatná orální hygiena (brání příjmu potravin působících proti zácpě)
- Nedostatečný příjem vlákniny
- Nedostatečný příjem tekutin
- Nevhodný příjem potravy, nevhodné zvyklosti při stravování
- Dehydratace

3. krok

Pokud jsme našli kombinaci některého z určujících znaků a některého ze souvisejících faktorů, přistoupíme k ověření. Zvážíme, zda je klient skutečně v situaci, jak stanovuje definice: Zácpa je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s méně často defekací provázenou obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé a suché stolice.

4. krok

Pokud je výsledek ověření pozitivní, zaznamenáme přítomnost zácpy do ošetřovatelské dokumentace.

Habituální zácpa – 00012

1. krok

Nejprve se zaměříme na zjištění, zda se u klienta vyskytují její určující znaky:

- Očekává každodenní vyprázdnění, proto nadbytečně užívá laxativa, nálevy a čípky
- Očekávání vyprázdnění střeva každý den ve stejnou dobu.

2. krok

Při nálezů minimálně jednoho určujícího znaku posoudíme přítomnost souvisejících faktorů:

- Porušení myšlenkových procesů
- Chybné hodnocení situace
- Nevhodné kulturní a rodinné zdravotní návyky a přesvědčení.

3. krok

Pokud jsme našli kombinaci některého z určujících znaků a některého ze souvisejících faktorů, přistoupíme k ověření.

Zvážíme, zda je klient skutečně v situaci, jak stanovuje definice:

Habituální zácpa je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka přesvědčeného o tom, že trpí zácpou, a proto k dennímu vyprazdňování nadužívá laxativa, klyzmata a čípky (Marečková, 2006).

Diagnostická kritéria funkčních gastrointestinálních poruch (ROME II)

C – Funkční střevní poruchy

C3: Funkční zácpa

Dvě a více kritérií z potíží trvajících nejméně 12 týdnů (není nutnost souvislých) v uplynulých 12 měsících: obtížná defekace bobkovité nebo tuhé stolice, pocit neúplného vyprázdnění až anorektální blokády s případnou nutností manuálních manévru ve více jak $\frac{1}{4}$ defekací. Méně jak 3 stolice/týden (Marečková, 2006).

Funkční zácpa znamená sdružení zácpy a břišních spastických bolestí. Vymezení zácpy může být individuálně velmi rozdílné, ale s určitou nepřesností tímto termínem většinou lze označit méně než tři defekace za týden. Stolice odchází kouskovaná ve formě tuhých skybal, případně ve stužkovité podobě (Marečková, 2006).

Neorganické poruchy v gastroenterologii:

- I. Psychofunkční („fyziologické“) – nechutenství a zácpa při depresi
- II. Neuropatické
- III. Trávicí („funkční“ v užším smyslu, „orgánové neurózy“) – spastická a prostá zácpa

Vyšetřovací metody:

Objektivizace subjektivních obtíží u funkčních poruch trávicího traktu je zásadním a nejobtížnějším úsekem, na kterém závisí škála klasifikační a terapeutická.

1. Verbální kontakt
2. Dotazníky

3. Klinické vyšetření
4. Sonografické vyšetření
5. Vyšetření stolice na parazity
6. Radiodiagnostická vyšetření
7. Biochemické postupy
8. Endoskopická vyšetření
9. Radionuklidové metody
10. Vyšetření pH-metrií
11. Plazmatická koncentrace farmaka
12. Magnetická rezonance
13. Pozitronová emisní tomografie
14. Dechové testy
15. Motilitometrie – (manometrie)
16. Elektrogastrografie (EGG)
17. Terapeutické testy (Marečková, 2006).

U nemocného trpícího nejen průjmy, ale i zácpou je třeba stolicí makroskopicky prohlédnout a vyšetřit. Vyšetřuje se stolice jak přinesená v Petriho misce, tak při vyšetření per rektum a zjišťuje se, zda se jedná o průjem, je-li s příměsí krve, hlenu nebo hnisu nebo jde o steatoreu, dále je-li přítomná patologická rezistence nebo bolestivá či jiná abnormita řiti a konečníku (Lukáš, 2013).

Přítomnost krve nebo hnisu budí podezření na Crohnovu chorobu nebo ulcerózní kolitidu. Tato onemocnění potvrdíme především patologickými nálezy při vyšetření krve, dále vyšetřením endoskopickým a rentgenovým. Věk není rozhodujícím kritériem (Lukáš, 2003).

1.4.3.1 ROME III.

Modifikovanou (zkrácenou) klasifikaci funkčních poruch trávicí trubice, na které se dohodli mezinárodní experti na svém 3. zasedání v Římě (tzv. římská klasifikace) v roce

2006. U nás u nejčastěji se vyskytujících funkčních žaludečních a střevních poruch je také uvedena u nás běžně užívaná Mařatkova klasifikace z roku 1964. Je patrné, že Mařatkův přístup předstihl mezinárodní konsenzus o 42 let (Lukáš, Žák a kol., 2007).

Paradoxní průjem u těžké zácpy

Při dlouhotrvající zácpě může u dlouhodobě ležících nemocných vzniknout tzv. falešný (paradoxní) průjem. Zahuštěná a spečená stolice (skybala), která nemůže projít řitním otvorem, silně dráždí sliznici konečníku a esovitě kličky k sekreci hlenu. Secernovaný hlen potom odchází s trochou stolice jako tzv. falešný průjem. A tak ačkoliv jde ve skutečnosti o těžkou zácpu, kdy je konečník přeplněný tuhou stolicí, vzniká mylný dojem průjmu a inkontinence. To může vést k nasazení protiprůjmového režimu (dietního farmakologického), čímž se celkový stav velice komplikuje. Stav je provázen opakovaným bolestivým nucením na stolici. Nemocný se cítí slabý, malátný, ztrácí chuť k jídlu, má nafouklé břicho, nauzeu, popř. zvrací (Trachtová, Fojtová, Mastiliaková, 2005).

1.4.4 Prevence zácpy

- Pitný režim

Doporučovaný příjem tekutin je 1 ml na 1 kilokalorii nebo 30 ml na kilogram tělesné hmotnosti, což představuje přibližně 2 – 3 litry tekutin za den (Grofová, 2011).

Vhodnými tekutinami jsou hlavně ovocné čaje, stolní voda, minerálky se středním obsahem minerálů, ovocné mošty a džusy. Vhodnou možností při habituální zácpě je využití minerálek s projímavými účinky (Šarátice), které lze výhodně dávkovat. Mléko je doporučováno dle individuální snášenlivosti. Zakázáno není ani malé množství černé kávy a alkoholu. Naopak nevhodné jsou slazené limonády, zakázán je silný černý čaj, kakao, čokoláda. Při léčbě zácpy je doporučeno po ránu vypít nalačno 200-500 ml tekutin k podnícení gastrokolického reflexu – povzbuzení střevní peristaltiky (Kohout, Pavlíčková, 2012).

- Vláknina

Vláknina je velice důležitou složkou ve výživě. Je nejen významná při obtížích s nejmodernější nemocí moderní civilizace – zácpou, ale má významný podíl na dostatečně rychlém vyprázdnění tráveniny i s obsahem toxických látek, které tělo do tráveniny uvolňuje (Astl, Astlová, Marková, 2009).

Celkem dokážeme rozlišit několik typů vláknin:

- Oligosacharidy – tvoří jeden typ vlákniny a patří mezi ně rafinosa, stachyosa, fruktooligosacharid, verbaskosa a rezistentní škrob
 - Další vlákniny jsou pektin, fruktany, celuloza, hemicelulosa, beta glukany a pryskyřice (arabská guma)
 - Specializovanou skupinou jsou slizy, agar, karagenan, glukomannan, chitin a chitosan
- (Astl, Astlová, Marková, 2009).

Z hlediska vlastností vlákniny rozlišujeme vlákninu rozpustnou ve vodě a vlákninu nerozpustnou ve vodě. Vláknina rozpustná se nerozpouští zcela, ale již v horní části vytváří hmotu gelovitého charakteru spolu s tráveninou (Astl, Astlová, Marková, 2009).

Nejvyšší obsah vlákniny nerozpustné ve vodě mají celozrnné obiloviny, luštěniny a částečně i zelenina a brambory, vlákninu rozpustnou ve vodě obsahuje ovoce (jablka, citrusové plody, rybíz, jahody, angrešt, borůvky), ovesné vločky a ovesné otruby (Stránský, Ryšavá, 2010).

- Probiotika a prebiotika

Podle platné definice jsou probiotika živé mikroorganismy, které po podání člověku příznivě ovlivňují jeho zdravotní stav. Řadíme sem především laktobacily a bifidobakterie. Jako prebiotika označujeme substrát, kterým se probiotika živí, zejména nestravitelné látky sacharidové povahy. Vynikajícími zdroji nebiotické vlákniny (např. inulinu a oligofruktózy) jsou např. čekanka, endivie, artyčoky, chřest, pór, cibule, česnek (Grofová, 2011).

Kombinace probiotik a prebiotik se nazývá symbiotikum, jedná se o takové výrobky, které obsahují kombinaci probiotických bakterií s vlákninou, případně s jinými sacharidy, po kterých probiotické bakterie dobře rostou. Příkladem takových preparátů může být Lepicol, který obsahuje směs probiotických bakterií a FOS (fruktooligosacharidy z čekanky), v preparátu Lepicol plus navíc i trávicí enzymy. Příkladem symbiotik mohou být jogurty či jogurtové nápoje s obsahem probiotických bakterií, jako substrát zde slouží mléčný cukr (laktóza), kterou sacharolytické bakterie využívají, typickým příkladem může být Actimel či Activia (Kohout, Pavlíčková, 2012).

- Pohybová aktivita

Zlepšuje fyzickou zdatnost a soběstačnost, zvyšuje sílu břišního lisu a tonus análního svěrače a upravuje střevní pasáž.

- Pravidelnost vyprazdňování stolice

- Vhodné podmínky pro defekaci

Fyziologická poloha pro defekaci je vsedě, nohy se dotýkají podlahy. Umožnit všem pacientům defekaci v této poloze, stejně jako dostatek soukromí a odpovídající vybavení WC (madla, nástavec na WC, signalizace, možnost očisty).

- Ergoterapie a ošetrovatelská péče

U nesoběstačných pacientů se v ergoterapii zaměřujeme na nácvik sebeobsluhy, především samostatné zvládnutí přesunů na WC, svlékání oblečení (preferujeme co nejjednodušší oblečení) a nácvik očisty po vyprázdnění.

- Absorpční pomůcky pro inkontinentní (Marečková, 2006).

1.4.5 Léčba zácpy

Léčba by měla být léčbou komplexní, která zahrnuje léčbu dietní, režimová opatření a teprve na posledním místě medikamentózní léčbu – předepsání laxativ. Ačkoliv předepsání laxativ bez dalšího rozboru choroby a úpravy stravovacích návyků a režimů je nejméně vhodným způsobem, bývá to pro pacienta i lékaře nejpohodlnější cesta, a proto je také tento postup (bohužel) nejčastější. Laxativa jsou léky, které jsou volně dostupné, většina z nich není vázána na lékařský předpis (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Léčba by měla začít po provedení diagnostiky a vyloučení druhotné zácpy, to znamená po vyloučení jiného onemocnění jako příčiny zácpy. Druhotná zácpa je tedy léčitelná ve většině případů odstraněním prvotní příčiny, pokud ji odstranit lze (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Léčba zácpy prvotní by měla začít podrobným rozbohem nemoci, rozbohem diety, fyzické aktivity pacienta. Poté by měl lékař pacientovi vyvrátit případné falešné představy a probrat nevhodnost dlouhodobého užívání laxativ. Dále by se měl věnovat rozboru denního režimu, pokusit se ho upravit, event. vysvětlit nutnost nepotlačovat defekační reflex. Rozbor by měl být ukončen rozbohem nácviku defekačního aktu (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Léčba fyzikální:

Fyzická aktivita stimuluje střevní aktivitu, proto je při zácpě velmi vhodné zvýšit pohybovou aktivitu, ať již chůzí, během, pravidelným cvičením apod. Toto je zvláště nutné u imobilních pacientů – např. po mozkové mrtvici, po polytraumatech, těžkých operacích, kdy má rehabilitace nepostradatelnou roli. Je též nutné dbát na dostatek tekutin, včasné podání enterální výživy, event. přídavek vlákniny do této výživy ihned, jak je to možné. Z prostředků fyzikální terapie lze využít i tzv. klonické masáže - masáže břicha v průběhu tlustého střeva, případně tato místa stimulovat elektricky. V případech lehčích forem zácpy by měla již tato opatření upravit frekvenci a

konzistenci stolici, bez nutnosti užívání laxativ, možné je použít léky urychlující peristaltiku (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Zvýšenému nadýmání můžeme zamezit též zavedením rektální rourky. To je rourka, která se zavádí do konečníku a napomáhá odchodu střevních plynů. Klientovi se pak uleví. Rektální rourka se využívá i při podávání klyzmatu (Mlýnková, 2010).

Léčba medikamentózní:

Nejméně správným postupem je předepsat projímadlo bez vyšetření pacienta. Používání laxativ má svá pravidla – jejich podání by mělo následovat až po vyloučení event. příčiny druhotné zácpy. Laxativa jsou indikována u akutní zácpy, při afekcích řitní krajiny, před chirurgickými výkony na střevě, před endoskopickým nebo rentgenovým vyšetřením tlustého střeva. Vyhnutí není ani u pacientů, kteří musí užívat léky vyvolávající zácpu. Léčba laxativy by měla být omezena na pokud možno nejkratší dobu, k náviku defekace, překonání režimových změn. Dlouhodobé užívání laxativ může vést k poškození nervového zásobení tlustého střeva a k vyvolání zácpy naprosto refrakterní k jakékoliv léčbě. Dalšími možnými vedlejšími účinky jsou dehydratace s možností vzniku kolapsu či střevní neprůchodnosti u těžkých forem, obzvláště při kombinaci s diuretiky nebo zvýšenou teplotou. Dalším rizikem je možnost minerálového rozvratu, ztráta draslíku s možností poruch srdečního rytmu, ztráta sodíku či vápníku s rizikem vzniku osteoporózy, může dojít i ke sníženému vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích (A, D, E, K). Vyšší dávka laxativ může způsobit křečovitě bolesti břicha, event. průjem. Při dlouhodobém podávání laxativ dochází k atrofii nervového zásobení tlustého střeva, možnosti zánětu tlustého střeva, pigmentaci tlustého střeva (melanosis coli), poškození jaterních funkcí či změně střevní mikroflóry. Laxativa také mohou způsobit zhoršené vstřebávání léků a zvláště na stimulační projímadla může vzniknout návyk (Kohout, Pavlíčková, 2012).

Podle mechanismu účinku se projímadla dělí do tří skupin:

- zvyšující střevní obsah v tlustém střevě a změkčující stolici
- snižující absorpci vody a elektrolytů ve střevní sliznici

dráždící střešní stěnu, zvyšující střešní motilitu (tím zkracují dobu, po kterou dochází k absorpci vody a elektrolytů) (Martínková, 2007).

1. Projímadla zvyšující střešní obsah v tlustém střevě a změkčující stolici

a) Objemová projímadla

Je to označení pro přirozeně se vyskytující nestravitelné polysacharidy (v semenech jitrocele vejčitého – Semen psylli, Semen plantaginis) nebo nevstřebatelné polysacharidy připravené polysynteticky – etylcelulóza, metylcelulóza. Podmínkou účinku je dostatečný přívod vody, která umožní jejich bobtnání. Podobně působí agar – polysacharid z mořských řas a tragant – ztvrdlý rostlinný sliz nebo karboxycelulóza.

b) Projímadla změkčující stolici

Hlavním představitelem je tekutý parafin – směs nevstřebatelných uhlovodíků, které změkčují stolici a brání vstřebání látek rozpustných v tucích.

2. Projímadla snižující absorpci vody a elektrolytů ve střešní sliznici

a) Salinická projímadla

Jsou to soli, které se z GIT nevstřebávají (jsou silně ionizovány). Zadržují vodu, tím zředí střešní obsah. Dostatek současně podávané vody je podmínkou. Účinek se dostaví do 3 hodin. Síran sodný a síran hořečnatý se předepisují jako součást kompozitních léků. Přírodními zdroji jsou projímavé vřídelní vody: Šarátice, Zaječická apod.

b) Osmotická projímadla

Nevstřebatelný disacharid – laktulóza – snižuje pH střešního obsahu a mění bakteriální osídlení. Důsledkem je snížení produkce amoniaku. Mechanismus je využíván k léčbě důsledků závažného poškození jaterní funkce (encefalopatie). Glycerol

ve formě čípků se doporučuje k šetrnému obnovení vyhaslého defekačního reflexu (Martínková, 2007).

Čípky, přispívající ke snazšímu odchodu stolice, je nejlépe zavést v době, kdy je nemocný zvyklý se vyprazdňovat. Nemocného je třeba upozornit, že se nemá pokusit vyprázdnit se již za několik okamžiků po zavedení čípku, ale až se čípek rozpustí a změkčí stolicí (Rozsypalová, Haladová, Šafránková, 2002).

3. Projímadla zvyšující střevní motilitu

a) Alkaloidy

Senna (*Cassia senna*), reveň (*Rheum palatum*), aloe (*Aloe sp.*) aj. obsahují alkaloidy (sennosidy, emodiny), které se v GIT absorbují a posléze vylučují do tlustého střeva jako antrachinony, které stimulují peristaltiku. Dlouhodobé podávání může vést k chronické distenzi tlustého střeva. Moč barví do červena, pronikají do mateřského mléka. Po perorálním podání se účinek dostavuje až po šesti až více hodinách, proto se podávají večer před spaním. V důsledku zvýšeného prokrvení sliznice mohou podpořit vstřebávání liposolubních toxických látek (nelze použít při intoxikacích).

b) Syntetická projímadla

Bisakodyl, pikosulfát a fenolftalein působí podobně. Ricinový olej, resp. vlastní účinná složka – kyselina ricinolejová – působí stimulačně v tenkém střevě. Účinek je rychlý (Martínková, 2007).

Chronické užívání laxativ vede k „syndromu líného střeva“ (Raftery, Lim, 2009).

Dlouhodobý abúzus laxativ (především kontaktních) vede k řadě nežádoucích gastrointestinálních i mimostřevních komplikací. Především se může jednat o paradoxní akcentaci zácpy, lokální iritaci sliznice s rozvojem tzv. katarální kolitidy – s vymizením hauster, atrofii sliznice s chronickými zánětlivými změnami a povrchovými vředy, krvácením, steatoreou (osmotická a kontaktní laxativa) v důsledku zrychleného

průchodu, melanosis coli při abúzu antrachinonových laxativ s permanentní pigmentací klonické sliznice. Mimostřevní komplikace zahrnují dehydrataci při ztrátě tekutin střevem, elektrolytové abnormality (hypochloremie, hypokalemie, hypokalcemie, hypomagnezemie), alergické reakce, otoky. Užívání laxativ může rovněž snižovat vstřebávání současně užívaných léků (Papežová, 2010).

Projímavé klyzma se podává buď jako mikroklyzma, nebo jako klyzma kapénkové. Jsou méně objemná, nemocný je déle udrží. Vpravená tekutina konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva rozmělní tuhou stolicí, takže se nemocný snáze vyprázdní (Rozsypalová, Haladová, Šafránková, 2002).

Často se používají mikroklyzmata, jejichž obsahem je citrát sodný (Richards, Edwards, 2004).

Očekávané výsledky po léčbě zácpy

Nemocný se zácpou (z poruchy pasáže nebo psychogenních příčin):

- se pravidelně vyprazdňuje, má měkkou, normálně formovanou stolicí
- vyprazdňuje se v obvyklých časových intervalech, pravidelně
- nepocituje napětí břicha, plynatost, plnost konečníku
- nemá pocity bolesti ani nadměrné námahy při defekaci
- se stravuje pravidelně, jí vyváženou stravu bohatou na vlákniny
- vypije denně 1500 – 2500 ml tekutin
- umí vyjmenovat potraviny s vysokým obsahem vlákniny
- věnuje se pravidelně pohybové aktivitě
- nepotlačuje defekační reflex
- užívá perorální laxancia podle ordinace lékaře a zná jejich účinky
- používá laxancia jen výjimečně (Votava, 2005).

1.5 Psychosociální dopad na seniora

Světová zdravotnická organizace chápe zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Přestože je vyšší věk spojen s rostoucím počtem nemocí, je základní snahou zůstat zdravý a vyššího věku si užívat. Tomu napomáhá dlouhodobě dodržovaný zdravý životní styl s dostatkem pohybu a přiměřenou stravou. Dobré zdraví tedy není jen absence nemoci, zahrnuje také celkovou životní spokojenost založenou na uspokojivých sociálních vztazích s rodinou, vrstevníky a přáteli, příslušnosti k profesní nebo zájmové skupině, schopnosti pečovat o sebe a pocitu bezpečí (Grofová, 2011).

Ošetrovatelské diagnózy, které se na první pohled zdají být pouze tělesné, ale nemusí to tak být. Například obstipace (může vzniknout z neadekvátní stravy anebo z nedostatku soukromí pro vyprázdnění, z různých emocionálních potíží apod) (Mastiliaková, 1999).

Důsledky dehydratace se promítají v řadě závažných důsledků, např. gastrointestinální. Nedostatek tekutin vede k chronické zácpě, bludný kruh vzniká tím, že proti zácpě nemocný použije projímadel, která ještě prohloubí dehydrataci /a tedy zácpu) – nechutenství vzniká v důsledku dehydratace s také v důsledku toho, že se zhorší vylučování léků rozpustných ve vodě, které se hromadí a mohou vést k intoxikaci (Holmerová, 2002).

Adaptace starého člověka často připomíná pud sebezáchovy. Morfologicko - fyziologické zvláštnosti starého člověka, podmíněné procesem stárnutí, se nemohou měnit tak rychle, jako okolní prostředí. V důsledku toho vzniká neshoda těchto procesů, projevem které bývá změna způsobu komunikace, změna mezilidských vztahů a sociálního prostředí vůbec (Koval, 2001).

Další velmi častou poruchou ve stáří je deprese, porucha emotivity, chorobně zhoršená nálada projevující se nejen smutkem a bezradností, ale u starších lidí také apatií a zhoršením myšlení. Deprese ve vyšším věku je velmi závažným onemocněním, které pacienta ohrožuje na zdraví (např. zhoršení výživy, prochladnutí, dehydratace v důsledku zhoršené sebezpečce) (Holmerová, 2002).

Depresivní a úzkostliví pacienti si často stěžují na zácpu. Spolu s depresí se u pacientů objevují poruchy spánkového rytmu, brzy se budí a již nemohou usnout. Syndrom dráždivého tračníku se projevuje jak zácpou, tak průjmem, příp. střídáním obojího. Změna dietních návyků může také způsobit zácpu. Zpravidla v případech, kdy se pacient buď snaží zhubnout, nebo se nachází v takovém zdravotním stavu, který umožňuje pouze snížený příjem potravy (Raftery, Lim, 2009).

1.5.1 Institucionální péče

Při větších zdravotních problémech, osamělosti, nemožnosti pomoci ze strany blízkých teprve nastupuje varianta institucionální péče. Přes všechnu snahu jde o krajní řešení a mnoho seniorů ji nese úkorně. Model, kdy si senior vybere zařízení, ve kterém mu později mohou poskytnout sociální a zdravotní péči, je ideální. Pokud je nabídka míst k životu ve stáří širší, může se porozhlédnout a vybrat si zařízení, které mu lépe vyhovuje.

Co obvykle zohledňujeme:

- Lokalitu, ve které se zařízení nachází
- I když jde o kraj, kde má budoucí klient kořeny, zvažuje, zda jde o lokalitu dostupnou pro návštěvy
- Velikost zařízení
- Typ poskytování služeb, zda je většina klientů aktivních či nikoliv
- Jistě hraje roli i cena měsíčního pobytu, čekací doba apod. (Venglářová, 2007).

Výzkum ke své bakalářské práci jsem prováděla formou dotazníků v zařízení poskytující sociální služby – v Domově pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích.

Posláním Domova pro seniory Hvízdal je zajistit kvalitní pobytové sociální služby s celodenním stravováním a 24 hodinovou péčí osobám, které z důvodu věku či zdravotního stavu nemohou již pobývat ve svém domácím prostředí. Zařízení poskytuje

sociální služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. O sociálních službách v platném znění a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. v platném znění:

§49 domov pro seniory

§44 odlehčovací služba

§48 domov pro osoby se zdravotním postižením

§50 domov se zvláštním režimem

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) Poskytnutí ubytování
- b) Poskytnutí stravy
- c) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- d) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- e) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- f) Sociálně terapeutické činnosti
- g) Aktivizační činnosti (Špaček, 2014)

1.6 Kvalita života seniora

1.6.1 Velké geriatrické syndromy

Termín zavedl Isaacs v roce 1975. V angličtině se hovoří o „GIANTS OF GERIATRICS“, což v doslovém překladu znamená geriatřičtí „giganti nebo obři“.

Počítá se k nim:

- Imobilita
- Instabilita
- Inkontinence
- Intelektové poruchy

Vyznačují se tím, že zhoršují významně kvalitu života. Přímou neusmrcují, avšak postihují zejména velmi staré jedince s významně sníženou schopností uzdravovat se. Mají podstatný vliv na nezávislost postižených osob. Činí postižené seniory závislé na péči jiných osob (rodiny, přátel, sousedů, komunitních služeb). Tito nemocní jsou velmi křehcí („FRAIL“). Tato křehkost (=FRAILITY) se ještě prohlubuje zejména při přijetí do nemocnice nebo zařízení ústavní péče. Tito jedinci jsou zvýšeně náchylní ke zhroucení péče v komunitě a rozvoji akutních onemocnění (Weber, 2000).

Společným jmenovatelem velkých geriatrických syndromů jsou:

- Multikauzalita
- Chronický průběh
- Pokles nezávislosti
- Nemožnost prosté léčby

Imobilita, instabilita, inkontinence a intelektové poruchy se mohou vyskytovat izolovaně i společně v nejrůznějších kombinacích. Mohou se navzájem ovlivňovat kauzálně, aditivně a jedna komplikace může způsobovat druhou. Přístup lékaře

k nemocným seniorům s výskytem těchto velkých geriatrických syndromů je profesionálně i eticky velmi náročný a zodpovědný (Weber, 2000).

Kvalita života představuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče v oblasti zvyšování kvality života by se měla zaměřovat nejen na fyzické aspekty, ale především na podporu návratu pacientů do běžného života, zvládnutí denních aktivit, využívání zdrojů sociální opory apod. Zjištění vnímání vlivu onemocnění na život pacientů může být východiskovouází pro naplánování adekvátních intervencí, které vedou k vytvoření lepšího terapeutického vztahu s pacientem a zlepšení jeho kvality života (Gurková, 2011).

Výzkumy sledující kvalitu života ve stáří zachycují hodnoty, které senioři považují za významné (Venglářová, 2007).

Intuitivní hodnocení kvality pacientova života v souvislosti s intenzitou jeho obtíží, s rozhodováním o léčbě či se zvažováním prospěchu a rizika zdravotnických intervencí je samozřejmou, byť mnohdy neuvědomovanou složkou klinické praxe. Je žádoucí, aby se na těchto rozvahách více podílel pacient jako aktivní subjekt, nejen jako objekt našich reflexí. Z geriatrického hlediska je třeba apelovat na nepodceňování rozhodovacích schopností a kompetencí geriatrických pacientů (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová, Weber a kol., 2008).

Kvantifikace kvality života, resp. zdravím podmíněné kvality života (health-related quality of life) se používá pro hodnocení psychosociální zátěže způsobené chorobou, disabilitou či léčbou (popř. úlevy způsobené léčbou, mírou shody při hodnocení samotným pacientem a různými skupinami zdravotníků apod.) a to buď při sledování konkrétního pacienta, nebo častěji pro výzkumné účely (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová, Weber a kol., 2008).

1.6.2 Metody hodnocení kvality života

- Dotazník SF-36 (36 položek) či jeho zkrácená verze SF-12: Byl vyvinut v USA a validován v řadě zemí
- Dotazník EQ-5D (Euroquol. o 5 dimenzích): Byl vyvinut v Evropě, hodnotí ve třech úrovních pět okruhů, dimenzí (pohyblivost, sebeobsluhu, běžné aktivity, bolest/dyskomfort, úzkost/depresi)+grafické vyznačení souhrnné situace na vizuální analogové škále
- Komplexní hodnocení FACIT: Kvalita života jako jedna ze složek
- Dotazník DEMQOL: Byl ověřován u pacientů se syndromem demence (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová, Weber a kol., 2008)

1.6.3 Dotazník SF - 36

(Short-Form Health Subject Questionnaire)

Tento typ dotazníku jsem použila ve svém výzkumu u ověření hypotézy č. 2: Chronická zácpa má negativní dopad na kvalitu života seniorů.

Jedná se o obecný dotazník často užívaný při šetření na zdravé i nemocné populaci a při komparativních výzkumech u různých diagnóz. Byl vyvinut J. E. Warem a společností Rand Corporation v rámci studie MOS (Medical Outcome Study) týkající se zdravotního pojištění. Je zkrácenou verzí původní metody se 149 položkami. Bylo publikováno několik upravených a zkrácených verzí (SF-36v2, SF-12, SF-8). Dotazník obsahuje osm škál: fyzické fungování, omezení rolí z důvodů fyzických obtíží, tělesná bolest, celkové zdraví, vitalita, sociální fungování, omezení rolí z důvodů emočních obtíží a duševní zdraví. Velkou výhodou SF-36 je jeho délka a důkladně prověřená reliabilita a validita (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. cíl – zmapovat u respondentů frekvenci výskytu chronické zácpy
2. cíl – vysledovat u respondentů, v jaké míře chronická zácpa ovlivňuje kvalitu jejich života

2.2 Hypotézy práce

H 1: Zácpa u seniorů je jevem častým.

H 2: Chronická zácpa má negativní dopad na kvalitu života seniorů.

3 Metodika

3.1 Použité metody sběru dat

Pro získání dat ke stanovení cílů jsem použila metodu kvantitativního výzkumu formou dvou dotazníků.

Dotazníky byly anonymní. V úvodu obsahovaly základní identifikační údaje – pohlaví, věk, dosažené vzdělání a potřebné otázky k výzkumu.

K verifikaci hypotézy č. 1 jsem použila dotazník k diagnostice funkční zácpy ROME III. (Příloha č. 2)

K verifikaci hypotézy č. 2 jsem použila Dotazník SF – 36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Příloha č. 3).

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Základním souborem pro dotazníkové šetření byli klienti Domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích. Osloveni byli senioři ve věku 65 – 96 let. Dotazníkové šetření probíhalo 12. – 13.3.2014.

Pro stanovení cíle č. 1 bylo rozdáno 62 dotazníků ROME III. Návratnost byla 100 %.

Pro stanovení cíle č. 2 bylo rozdáno 25 dotazníků SF – 36. Návratnost byla 100 %.

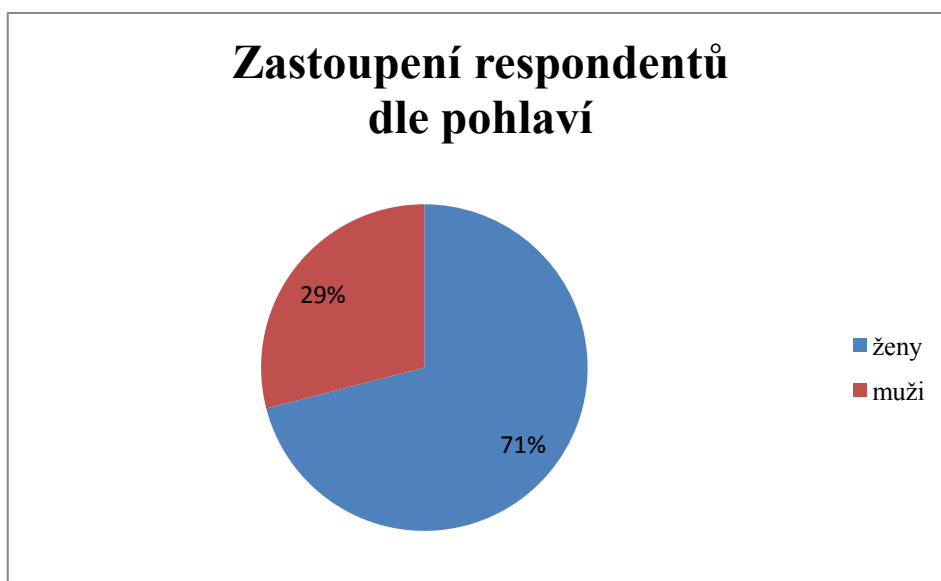
Pro zpracování dat jsem použila tabulky a grafy, které byly vypracovány v programu Microsoft Office Word 2007.

Výsledky jsou uvedeny v procentech.

4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníkového šetření – zjištění frekvence funkční zácpy pomocí dotazníku ROME III

Graf č. 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Z 62 respondentů bylo 18 mužů (29 %) a 44 žen (71 %).

Průměrný věk respondentů byl 85,8 let.

Graf č. 2: Výskyt zácpy u respondentů bez ohledu na pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Dle výsledků dotazníkového šetření byl zjištěn výskyt chronické zácpy u 30 respondentů (48 %). 32 respondentů (52 %) bylo bez chronické zácpy.

Graf č. 3: Výskyt zácpy u mužů

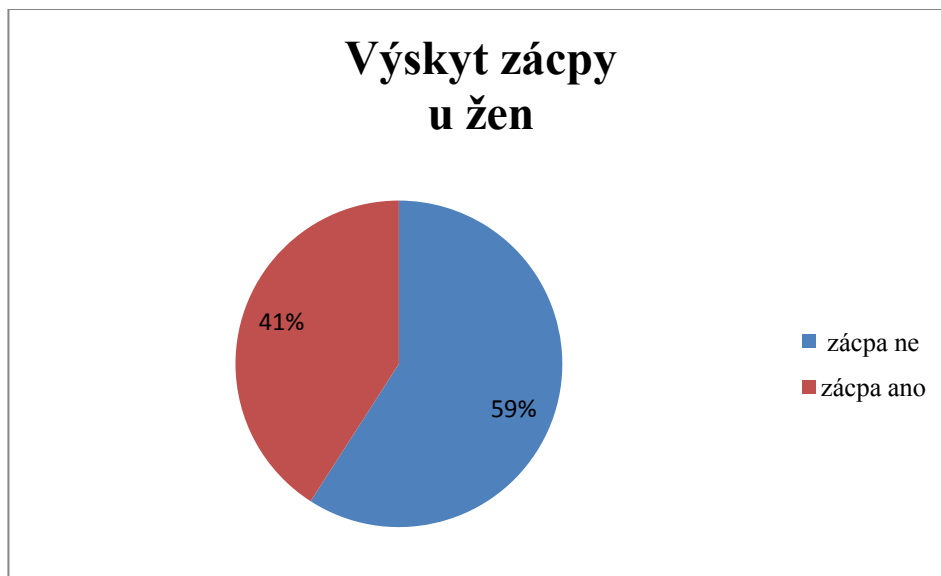


Zdroj: vlastní výzkum

Z mužského vzorku má chronickou zácpu 12 respondentů (67 %), bez zácpy je 6 respondentů (33 %).

Průměrný věk mužů byl 82,4 let.

Graf č. 4: Výskyt zácpy u žen

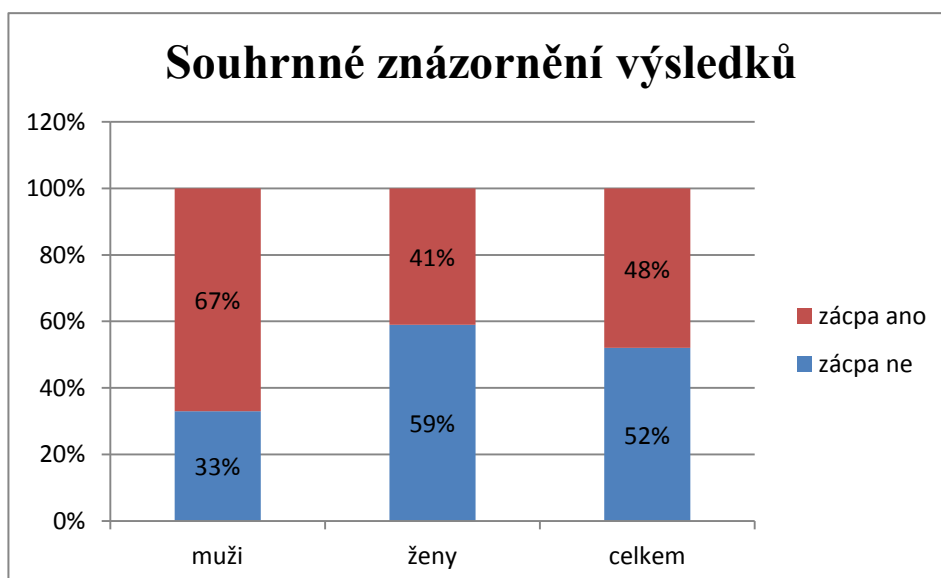


Zdroj: vlastní výzkum

Ze ženského vzorku má chronickou zácpu 18 respondentů (41 %), bez zácpy je 26 respondentů (59 %).

Průměrný věk žen byl 87,2 let.

Graf č. 5 Souhrnné znázornění



Zdroj: vlastní výzkum

4.2 Výsledky dotazníkového šetření – hodnocení kvality života seniorů podmíněné zdravím (HRQoL) pomocí dotazníku SF – 36

Tabulka č. 1: Výpočet u – divergence u probandů s a bez zácpy

Soubor 1: n = 13 (M/F 6/7)	Zácpa přítomna							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	29,62	40,38	56,41	57,69	47,86	59,08	50,00	43,85
s ²	444,08	1494,08	1946,09	541,79	1165,90	527,15	576,92	296,75
s	21,07	38,65	44,11	23,28	34,15	22,96	24,02	17,23
Soubor 2: n = 12 (M/F 2/10)	Zácpa nepřítomna							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	30,00	79,17	75,00	71,88	76,85	71,67	58,75	58,75
s ²	533,33	1440,97	1875,00	550,13	811,90	483,89	413,02	225,52
s	23,09	37,96	43,30	23,45	28,49	22,00	20,32	15,02

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	
u	0,04	2,53	1,06	1,52	2,31	1,40	0,99	2,31	
%	98,73	51,00	75,21	80,26	62,28	82,43	85,11	74,64	
D	-1,27	-49,00	-24,79	-19,74	-37,72	-17,57	-14,89	-25,36	delta/změna v %
	Physical function	Role limitation – physical	Role limitation – emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception	Change in health

Zpracovala Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU

Kde:

n = velikost sledovaného souboru

x = aritmetický průměr skóre v jednotlivých doménách

s2 = rozptyl krajních hodnot v daných doménách

s = směrodatná odchylka pro danou doménu

u = kritická hodnota/koefficient, jehož překročení znamená, že sledovaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. Při dané hodnotě n se $u = 1,8$

PF = Fyzické funkce (Physical functions)

RP = Fyzické omezení rolí (Physical roles limitation)

RE = Emoční omezení rolí (Emotional roles limitation)

SF = Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (Social functioning)

P = Bolest (Pain)

MH = Duševní zdraví (General mental health)

EV = Vitalita (Vitality)

GHP = Všeobecné vnímání vlastního zdraví (General health perception)

Tabulka č. 2: Evropské normály Oxford

Normál	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

Zdroj: Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU

Tabulka č. 3: Synoptický přehled skóre kvality života sledovaného souboru probandů se zácpou a srovnání s evropskými normály Oxford (n=13)

Doména	Probandi se zácpou	Oxford	%
Fyzické funkce	29,62	88,4	34
Fyzické omezení rolí	40,38	85,82	47
Emoční omezení rolí	56,41	82,93	68
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	57,69	88,01	66
Bolest	47,86	81,49	59
Mentální zdraví	59,08	73,77	80
Vitalita	50,00	61,13	82
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	43,85	73,52	60

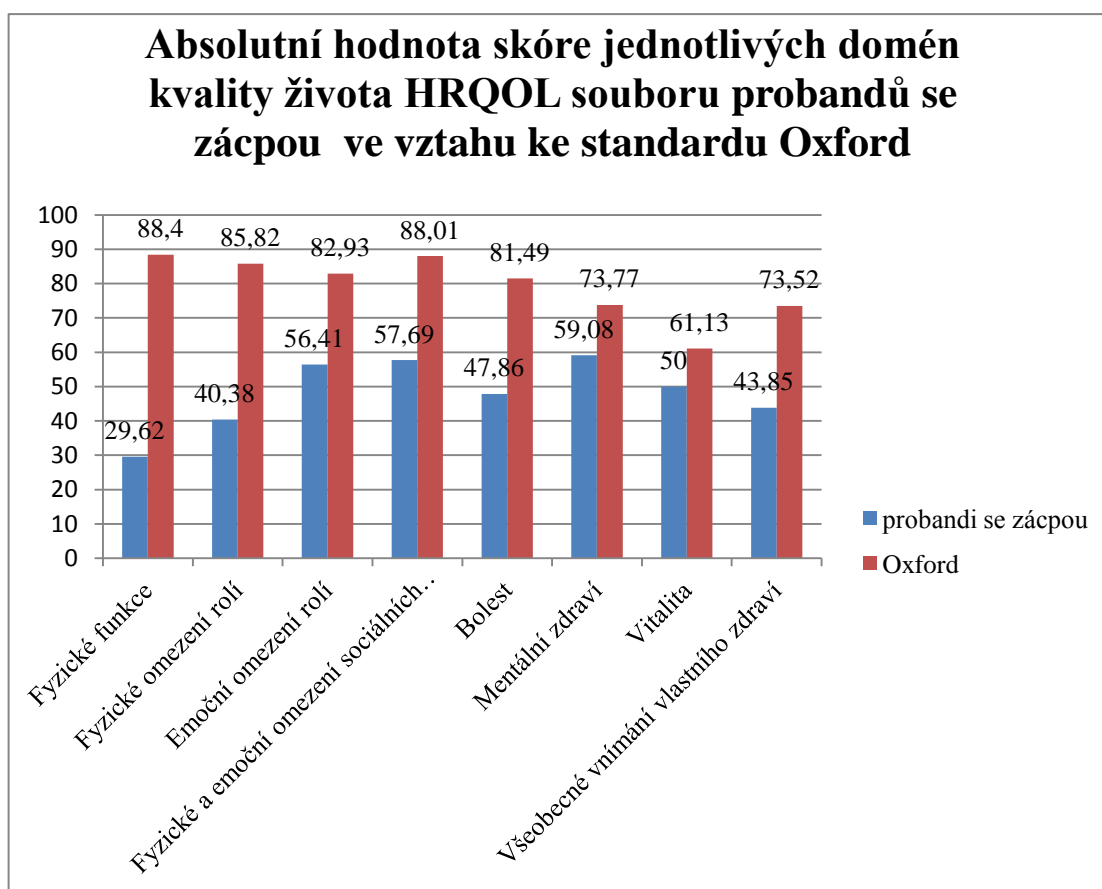
Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky hodnocení sledovaného souboru probandů s přítomností zácpy: vzájemné srovnání skóre v jednotlivých doménách kvality života HRQOL souboru 1 (probandi se zácpou) a evropskými normály Oxford.

- V doméně Fyzické funkce při normálu Oxford 88,4 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 29,62; tj. 34 % normálu.
- V doméně Fyzické omezení rolí při normálu Oxford 85,82 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 40,38; tj. 47 % normálu.
- V doméně Emoční omezení rolí při normálu Oxford 82,93 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 56,41; tj. 68 % normálu.
- V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí při normálu Oxford 88,01 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 57,69; tj. 66 % normálu.
- V doméně Bolest při normálu Oxford 81,49 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 47,86; tj. 59 % normálu.
- V doméně Mentální zdraví při normálu Oxford 73,77 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 59,08; tj. 80 % normálu.

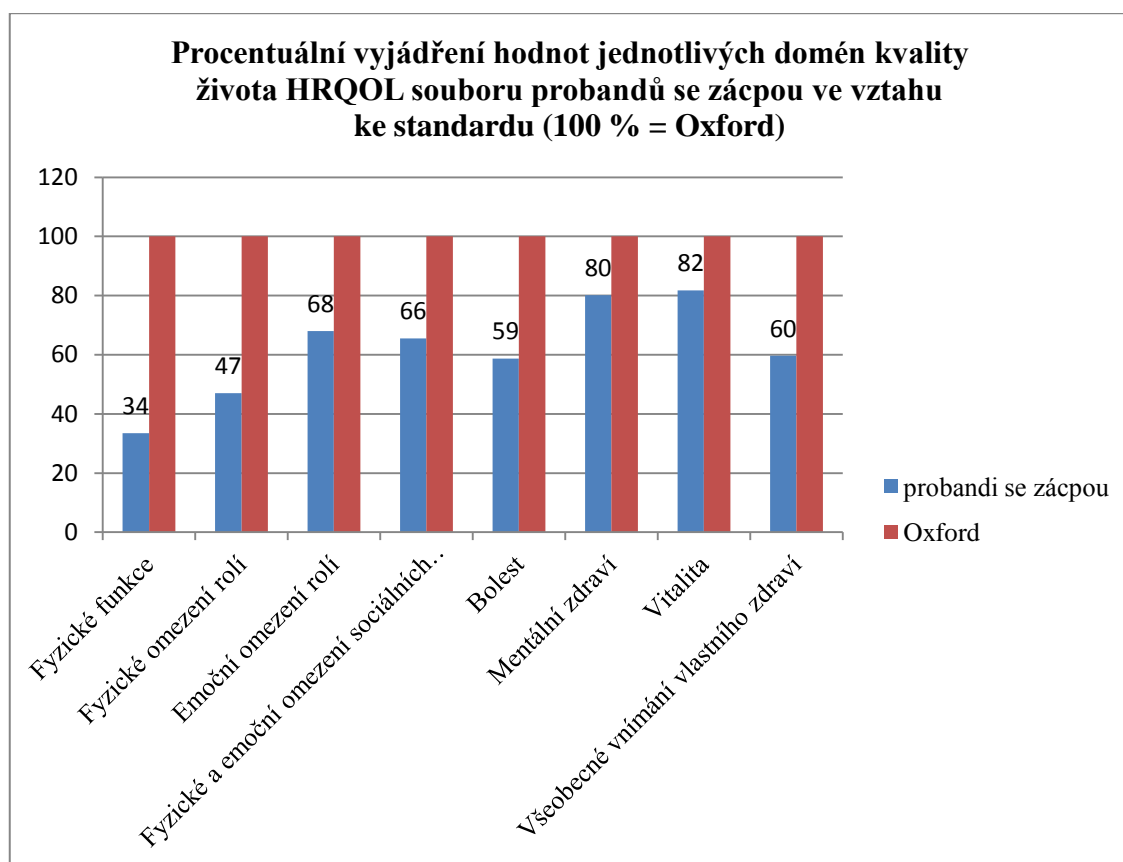
- V doméně Vitalita při normálu 61,13 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 50,00; tj. 82 % normálu.
- V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví při normálu Oxford 73,52 vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 43,85; tj. 60 % normálu.

Graf č. 6: Absolutní hodnota skóre jednotlivých domén kvality života HRQOL souboru probandů se zácpou ve vztahu ke standardu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7: Procentuální vyjádření hodnot jednotlivých domén kvality života HRQOL souboru probandů se zácpou ve vztahu ke standardu



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4: Synoptický přehled skóre kvality života sledovaného souboru probandů se zácpou a bez zácpy

Doména	Probandi se zácpou	Probandi bez zácpy	%	Delta/ změna v %
Fyzické funkce	29,62	30,00	98,73	1,27
Fyzické omezení rolí	40,38	79,17	51,00	49,00
Emoční omezení rolí	56,41	75,00	75,21	24,79
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	57,69	71,88	80,26	19,74
Bolest	47,86	76,85	62,28	37,72
Mentální zdraví	59,08	71,67	82,43	17,57
Vitalita	50,00	58,75	85,11	14,89
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	43,85	58,75	74,64	25,36

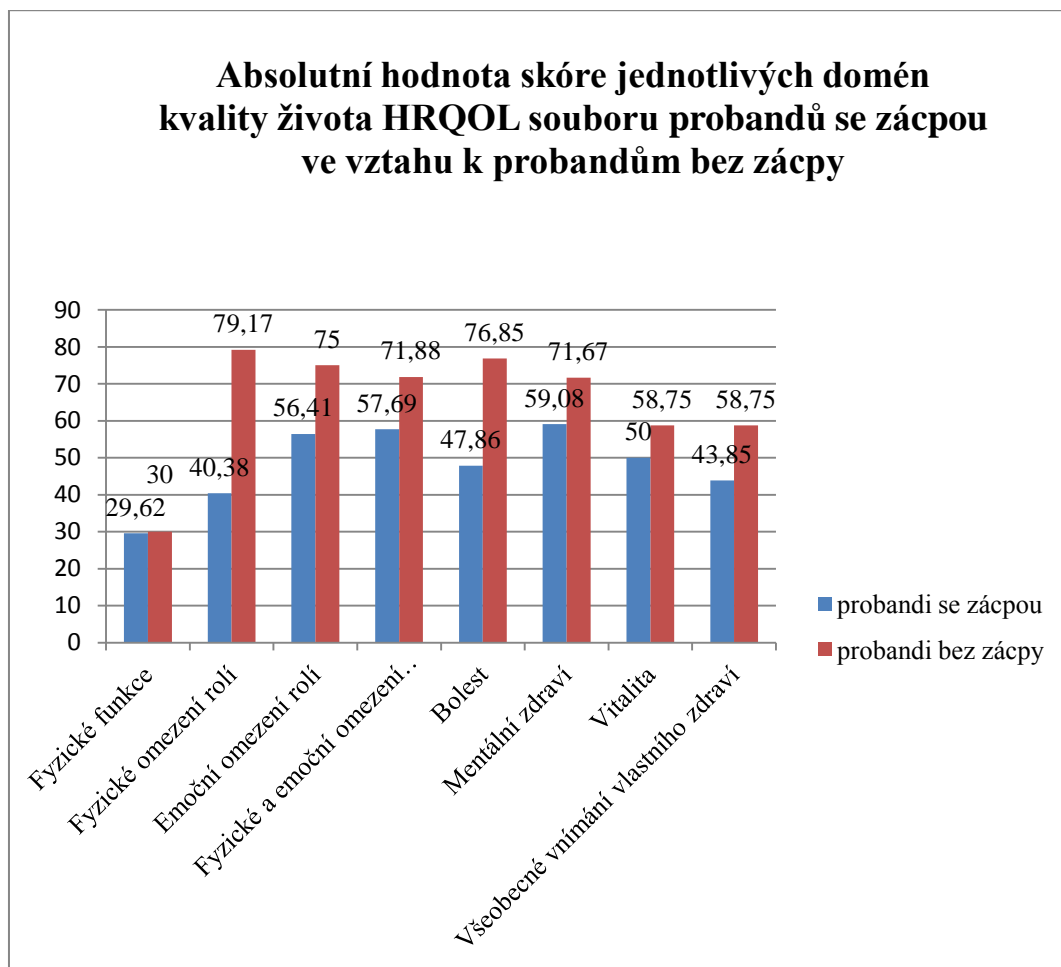
Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky hodnocení sledovaného souboru probandů s přítomností zácpy: vzájemné srovnání skóre v jednotlivých doménách kvality života HRQOL souboru 1 (probandi se zácpou) se souborem 2 (probandi bez zácpy).

- V doméně Fyzické funkce vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 29,62; soubor „probandi bez zácpy“ skóre 30,00, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 1,27 %.
- V doméně Fyzické omezení rolí vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 40,38; soubor „probandi bez zácpy“ skóre 79,17, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 49 %.
- V doméně Emoční omezení rolí vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 56,41; soubor „probandi bez zácpy“ skóre 75,00, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 24,79 %.

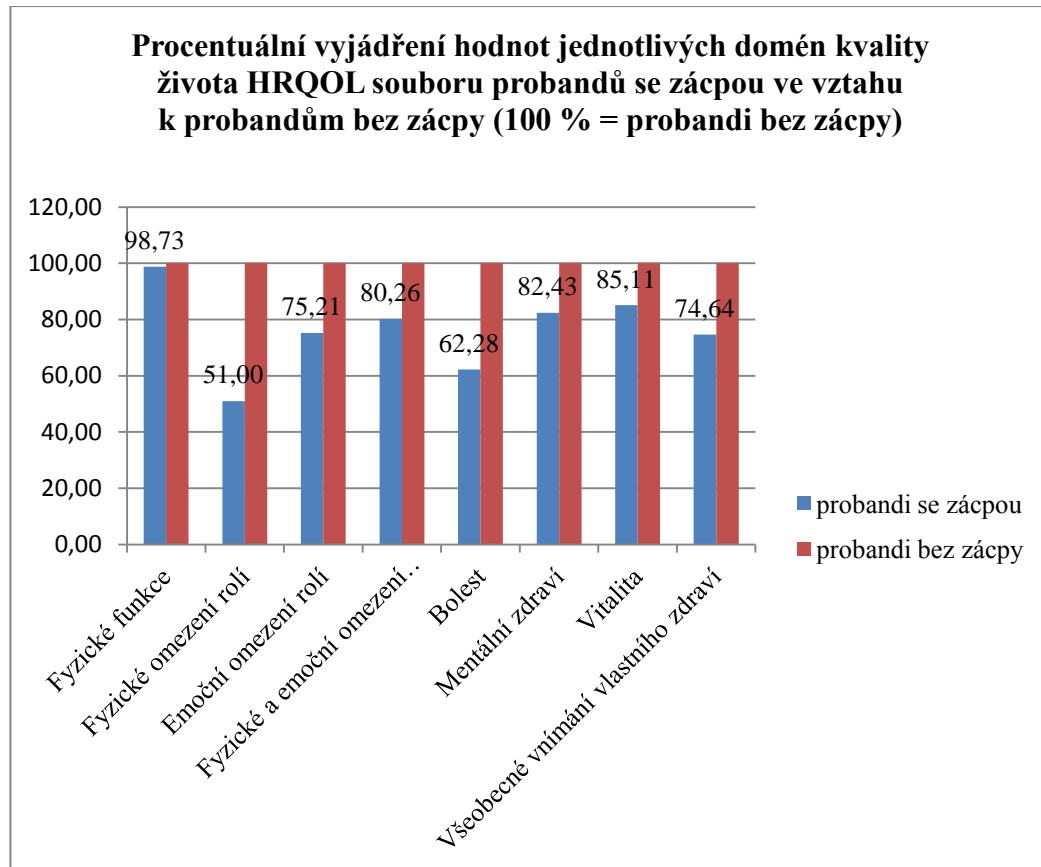
- V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 57,69; soubor „probandi bez zácpy“ skóre 71,88, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 19,74 %.
- V doméně Bolest vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 47,86; soubor „probandi bez zácpy“ skóre 76,85, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 37,72 %.
- V doméně Mentální zdraví vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 59,08; soubor probandi bez zácpy skóre 71,67, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 17,57 %.
- V doméně Vitalita vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 50,00; soubor „probandi bez zácpy“ skóre 58,75, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 14,89 %.
- V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví vykazuje soubor „probandi se zácpou“ skóre 43,85; soubor „probandi bez zácpy“ skóre 58,75, tj. zhoršení kvality života probandů se zácpou o 25,36 %.

Graf č. 8: Absolutní hodnota skóre jednotlivých domén kvality života HRQOL souboru probandů se zácpou ve vztahu k probandům bez zácpy



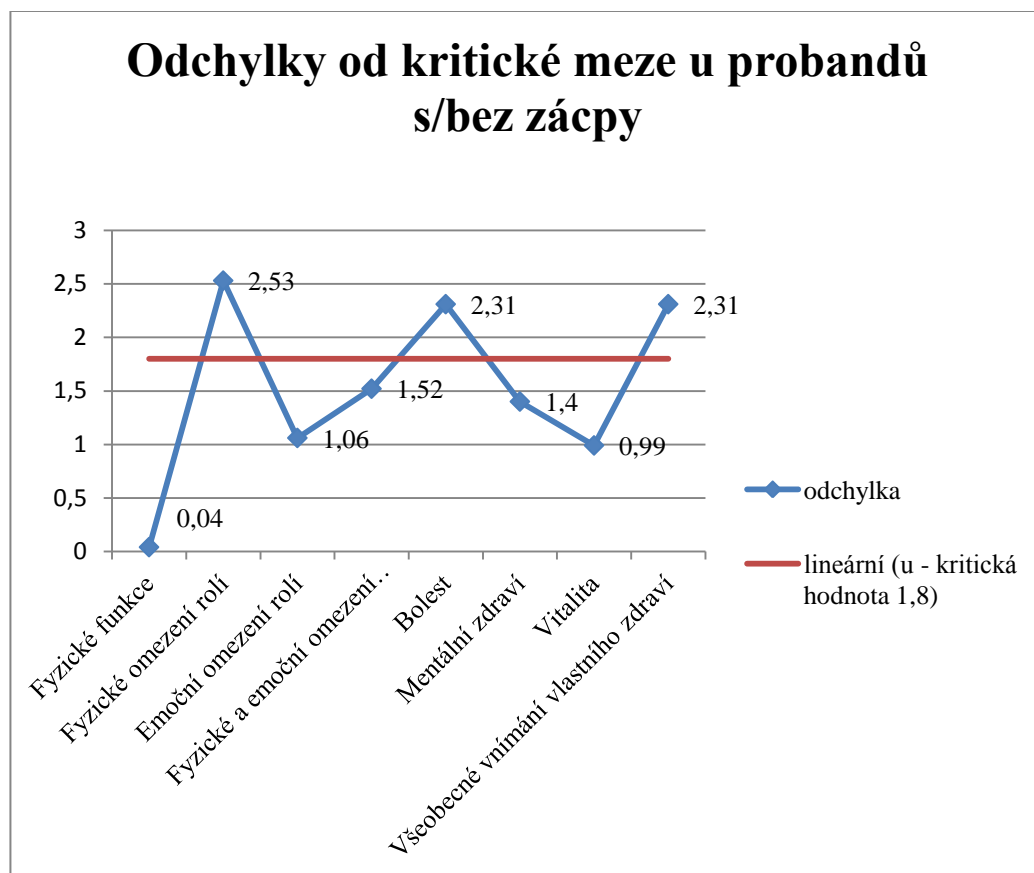
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9: Procentuální vyjádření hodnot jednotlivých domén kvality života HRQOL souboru probandů se zácpou ve vztahu k probandům bez zácpy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10: Odchyly od kritické meze u probandů s/bez zácpy



Zdroj: vlastní výzkum

Pozn.: na 5 % hladině významnosti, testováno jako oboustranný test, platí, že „u“ větší, než 1,8, je rozdíl statisticky významný.

5 Diskuse

Cílem této práce bylo zmapování frekvence zácpy u seniorů, tj. osob starších 65 let. Druhý cíl byl zaměřen na zhodnocení, do jaké míry ovlivňuje přítomnost zácpy kvalitu života seniorů.

K výzkumu byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Použitou technikou byly dva dotazníky – dotazník ROME III. na zjištění přítomnosti funkční zácpy a dotazník o kvalitě podmíněné zdravím SF – 36. Dotazníky byly anonymní. Základním souborem pro dotazníkové šetření byli klienti Domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích. Bylo rozdáno 62 dotazníků ROME III. Návratnost byla 100 %. Dotazník SF – 36 byl rozdán 25 klientům. Návratnost byla také 100 %.

Cílem č. 1 bylo zjištění frekvence zácpy u seniorů. Výzkumu se zúčastnilo 18 mužů, tj. 29 % a 44 žen, tj. 71 % (graf č. 1). Průměrný věk respondentů byl 85,8 let. Z výzkumu vyplývá, že z celkového počtu 62 respondentů má chronickou zácpu 30 seniorů, tj. 48 % a 32 seniorů, tj. 52 % je bez přítomnosti chronické zácpy (graf č. 2). Z 18 respondentů mužského pohlaví trpí chronickou zácpou 12 seniorů, tj. 67 % a 6 respondentů, tj. 33 % je bez přítomnosti chronické zácpy (graf č. 3). Zjištěný průměrný věk dotazovaných seniorů mužského pohlaví byl 82,4 let. Z respondentů ženského pohlaví byla chronická zácpa stanovena u 18 dotazovaných žen, tj. 41 %, 26 respondentek, tj. 59 % bylo bez chronické zácpy (graf č. 4). Zjištěný průměrný věk dotazovaných seniorů ženského pohlaví byl 87,2 let.

Ze zkoumaného vzorku trpí chronickou zácpou častěji muži – 12 respondentů (67 %) z 18 respondentů mužského pohlaví. Zjištěná zácpa byla u 18 žen (41 %) ze 44 respondentů ženského pohlaví. Z dotazníkového šetření tedy vyplynulo, že zácpa u seniorů je opravdu jevem častým a tím došlo k potvrzení mé hypotézy č. 1.

Příslušné grafy k tomuto cíli jsou uvedeny v kapitole Výsledky. Dotazník ROME III. je uvedený v kapitole Přílohy.

Cílem č. 2 bylo vysledovat u respondentů, v jaké míře chronická zácpa ovlivňuje kvalitu jejich života. Vyhodnocení pomocí vyplněných dotazníků SF – 36 provedla Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU. Bylo odevzdáno 25 dotazníků, z nichž u 12 respondentů byla přítomna chronická zácpa, u 13 respondentů nikoliv. Výsledkem měla být verifikace hypotézy č. 2, zda má chronická zácpa negativní dopad na kvalitu života seniorů a v jakých oblastech tento negativní dopad můžeme považovat za významný. Hodnocení bylo provedeno na podkladě konceptu Health Related Quality of Life (HRQoL). Metodou HRQoL můžeme sledovat dopady chronického onemocnění na kvalitu života daného jedince. Pomocí nástroje – dotazníku SF – 36 bylo možné vyhodnotit skóre kvality života podmíněné zdravím. Výsledky jsem porovnála s evropskými normály Oxford a dále jsem provedla srovnání souboru 1 – respondenti s přítomností chronické zácpy a souboru 2 – respondenti bez přítomnosti chronické zácpy. Výsledky znázorňují přiložené grafy a tabulky.

Z osmi domén, kterými jsou: Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví, zjištěných hodnot dotazovaných respondentů s chronickou zácpanou a porovnání s evropskými normály Oxford vyplynulo, že významný dopad na kvalitu života můžeme zaznamenat v doménách Fyzické funkce (34 % normálu), Fyzické omezení rolí (47 % normálu), Bolest (59 % normálu) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (60 % normálu) (tabulka č. 2 a č. 3, graf č. 6 a č. 7).

Dále komparuji kvalitu života respondentů s přítomností zácpy (soubor 1) a bez přítomnosti zácpy (soubor 2). Soubor 2 uvádím jako standard, tj. 100 %. Při námi sledované velikosti souboru je jev statisticky významný na 5 % hladině významnosti, kdy je u – divergence 1,8. Tuto hodnotu překračuje v doménách Fyzické omezení rolí ($u=2,53$), kdy snížení kvality života u souboru 1 je o 49 %, Bolest ($u=2,31$), kdy snížení kvality života u souboru 1 je o 37,72 % a Všeobecné vnímání vlastního zdraví ($u=2,31$), kdy snížení kvality života je o 25,36 % (tabulka č. 1, tabulka č. 4, graf č. 8 - 10).

Z výzkumu vidíme, že chronická zácpa negativně ovlivňuje kvalitu života seniorů ve všech doménách, statisticky významná je ve třech z osmi domén – Fyzické omezení

rolí, Bolest a Všeobecné vnímání vlastního zdraví. Hypotéza č. 2 této práce - Chronická zácpa má negativní dopad na kvalitu života seniorů byla zjištěna a potvrzena.

Příslušné tabulky a grafy k tomuto cíli jsou uvedeny v kapitole Výsledky. Dotazník SF - 36 je uveden v kapitole Přílohy.

6 Závěr

Tato práce byla zaměřena na splnění dvou cílů. Prvním cílem bylo zmapovat u seniorů frekvenci výskytu chronické zácpy, druhý cíl sledoval, v jaké míře chronická zácpa ovlivňuje kvalitu života seniorů.

Nástrojem prvního cíle byl dotazník ROME III., jehož prostřednictvím jsem u respondentů stanovila přítomnost chronické funkční zácpy. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že chronická zácpa se vyskytuje u 48 % respondentů. Z dotazovaných trpělo chronickou zácpou více mužů (12 z 18 respondentů – tj. 67 % mužů) než žen (18 z 44 respondentů – tj. 41 % žen). Hypotéza č. 1 – Zácpa u seniorů je jevem častým, byla potvrzena.

V případě druhého cíle jsem použila dotazník SF – 36, který vyhodnotil ovlivnění kvality života podmíněné zdravím u seniorů s přítomností chronické zácpy v osmi doménách (Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví). Při porovnání s evropskými normály Oxford vyplynulo, že významný dopad na kvalitu života můžeme zaznamenat v doménách Fyzické funkce (34 % normálu), Fyzické omezení rolí (47 % normálu), Bolest (59 % normálu) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (60 % normálu). Statisticky významný vliv má přítomnost chronické zácpy v porovnání s respondenty bez přítomnosti chronické zácpy na kvalitu života ve třech z osmi domén: Fyzické omezení rolí, kdy snížení kvality života je o 49 %, Bolest, kdy snížení kvality života je o 37,72 % a Všeobecné vnímání vlastního zdraví, kdy snížení kvality života je o 25,36 %. Tímto výzkumem bylo zjištěno snížení kvality života u seniorů s chronickou zácpou a tím byla hypotéza č. 2 – Chronická zácpa má negativní dopad na kvalitu života seniorů, potvrzena.

Z této bakalářské práce je patrné, že zácpa u seniorů je častá. Přítomnost této civilizační choroby ovlivňuje řada faktorů, k nimž patří např. věk, se kterým se poji zpomalená funkce organismu, nevhodné stravování, snížená pohyblivost, chronické

nemoci a užívání léků. Chronicita této choroby ovlivňuje nejen biologickou složku člověka, ale zasahuje i do oblasti psychosociální, kterou senior může subjektivně vnímat jako jisté znevýhodnění či omezení pojící se s častým pesimismem, emocionální bolestí či osamělostí zhoršující kvalitu jeho života.

Závěrem bych ráda zmínila to, že je důležité k seniorům přistupovat individuálně, citlivě a s tolerancí a to jak k jejich způsobu života, tak k jejich chování, protože problémy (zejména ty zdravotní) nejsou vždy viditelné.

7 Seznam informačních zdrojů

- ASTL, J., E. ASTLOVÁ a E. MARKOVÁ. *Jak jíst a udržet si zdraví*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-175-2.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
- GILLERNOVÁ, I., KEBZA V., RYMEŠ M. a kol. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024774480.
- GROFOVÁ, Zuzana. *Dieta pro vyšší věk*. Praha: Forsapi, 2011. ISBN 978-80-87250-11-2.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024773575.
- HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. GEMA 2002. Vydala GEMA jako studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR.
- KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024740263.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 9788024770383.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Zácpa – dieta a doporučená opatření*. Praha: Forsapi, 2012. ISBN 978-80-87250-17-4.

- KOVAL, Štefan. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. Košice: PonT s.r.o., 2001. ISBN 80-967611-3-7.
- LUKÁŠ, K., K. ETTLEROVÁ a P. FRUHAUF. *Funkční poruchy trávicího traktu*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0296-7.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. 9788024767208.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-277-9.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, 1. díl. Systémový přístup*. Praha: UK v Praze Karolinium, 2004. ISBN 80-246-0429-9.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 1. Díl*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
- NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
- NÉMETH F., BABČÁK M., ELIÁŠOVÁ A., A. HUDÁKOVÁ a L. DERŇÁROVÁ. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-314-1.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatríe. Geriatrická diagnostika*. Edice medicína a praxe. Praha: Scientia medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
- PICHAUD, Clement a Isabella THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi, české vydání*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

- RAFTERY Andrew T. a Eric LIM. *Diferenciální diagnóza*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2356-3.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024771540.
- RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
- ROZSYPALOVÁ, M., E. HALADOVÁ a A. ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství II*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-97-1.
- SCHULLER Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
- STRÁNSKÝ, Miroslav a Lydie RYŠAVÁ. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010. ISBN 978-7394-241-0.
- SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠPAČEK, Zdeněk. *Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice. O nás*. [online]. [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/o_nas.htm.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatricie pro praxi, 1. vydání*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press s.r.o., 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: 2007, Praha. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VYSEKALOVÁ, Jitka. *Chování zákazníka*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3528-3.
- WEBER, P., BRADÁČOVÁ, M., D. WEBEROVÁ a V. POLCAROVÁ. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Hierarchie potřeb člověka – Maslowova pyramida

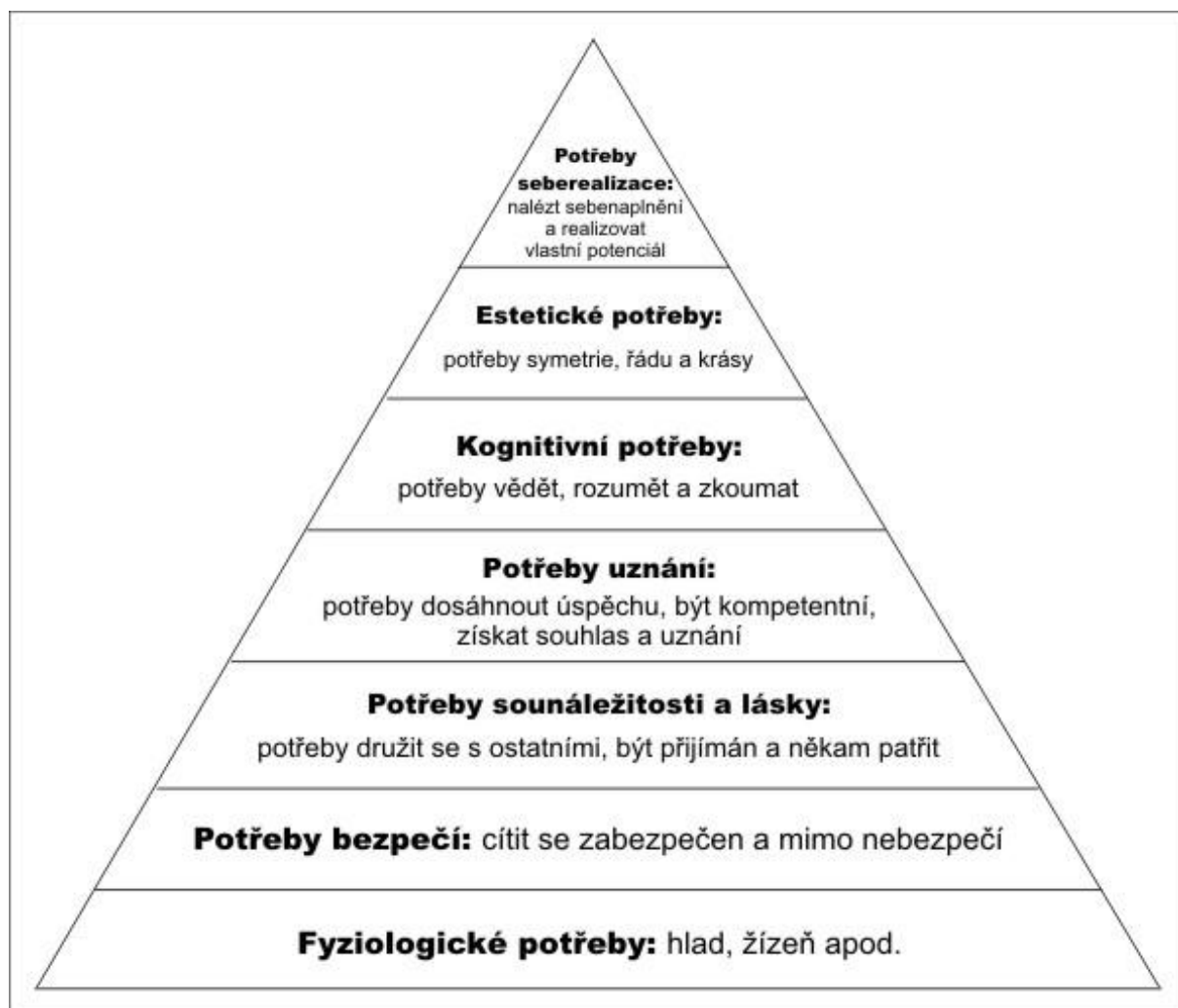
Příloha č. 2 – Dotazník ROME III.

Příloha č. 3 – Dotazník SF – 36 O kvalitě života podmíněné zdravím

Příloha č. 4 – Úvod k dotazníkům

Příloha č. 5 – Potvrzení o schválení výzkumu v Domově pro seniory Hvízdal, České Budějovice

Příloha č. 1 - Hierarchie potřeb člověka – Maslowova pyramida



Zdroj: VYSEKALOVÁ, Jitka. *Chování zákazníka*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3528-3.

Příloha č. 2 – Dotazník ROME III.

Zdravotnické zařízení/Domov pro seniory/jiné:

Příjmení: (nemusíte vyplňovat)

Muž / **Žena**

(zaškrtněte)

Jméno: (nemusíte vyplňovat)

Datum narození: (nemusíte vyplňovat)

Věk (dovršený) v den vyšetření/vyplnění: let (vyplňte)

Funkční zácpa

Diagnostická kritéria (vyznačte zaškrtnutím přítomnost znaku)

ROME III.

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

- Obtížné vyprazdňování stolice (alespoň 25% defekací)
- Bobkovitá nebo tvrdá stolice (alespoň 25% defekací)
- Pocit neúplného nedokonalého vyprázdnění (alespoň 25% defekací)
- Pocit anorektální obstrukce/blokády (alespoň 25% defekací)
- Manuální manévry nezbytné k vyprázdnění stolice (např. digitální vybavení), (alespoň 25% defekací)
- Méně nežli 3 defekace týdně

Dále se za zácpu má považovat (vyznačte zaškrtnutím přítomnost znaku):

- Nenavození řídké stolice přesto, že pacient užívá projímadla
- nesplnění kritérií pro diagnosu „syndrom dráždivého tračníku“

Závěr: Diagnosa „funkční zácpa“ stanovena : ANO NE

Datum vyšetření/vyplnění:

Vyplnil/a, za správnost:

Příloha č. 3 – Dotazník SF – 36 O kvalitě života podmíněné zdravím

Copyright:
Medical Outcomes Trust 1996
Boston, MA U. S. A.
Health Services Research Unit, 1996
Oxford, Great Britain

Česká verze: 1/2006
EMA-services, s.r.o.
U tří lvů 14
370 01 České Budějovice
Česká republika

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

Návod: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak, se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Identifikace (nepovinný údaj) : Příjmení..... Jméno:.....

Datum narození:		<i>dd-mm-rrrr</i>
Pohlaví:	muž / žena	<i>nehodící se škrtněte</i>
Typ intervence: /trvání nemoci/stavu		<i>(položka z indikačního seznamu) vyplní Váš lékař /zdravotník/sociální pracovník/therapeut</i>
Nemoc/stav :		<i>(položka ze seznamu nemocí) vyplní Váš lékař /zdravotní/sociální pracovník /therapeut</i>
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní-střední-vysokoškolské	<i>Nehodící se škrtněte</i>

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dostí dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3

Poněkud horší než před rokem 4

Mnohem horší než před rokem 5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne.

Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

4. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2

- d. Měl(a) jste **potíže** při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) **vynaložit zvláštní úsilí**)? 1 2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocíťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocíťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Během dnešního dne užívám tyto léky:

Název/ síla/miligramy/jednotky	Ráno	Poledne	Večer
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Datum:

Příloha č. 4 – Úvod k dotazníkům

Dobrý den,

jmenuji se Petra Rožďalovská a studuji obor Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož zjištěná data budou součástí výzkumu mé bakalářské práce na téma Chronická zácpa jako bio-psycho-sociální problém komplexní rehabilitace seniorů.

Vyplnění dotazníku je anonymní.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

- Jméno, příjmení, datum narození není povinné
- Pohlaví (muž/žena) a věk je povinné
- Prosím uveďte, v jakém zařízení žijete, tzn. domácí prostředí, Domov pro seniory atp.
- Prosím o vyplnění všech zbývajících otázek z důvodu objektivního výsledku

Mockrát Vám děkuji za spolupráci.

Příloha č. 5 – Potvrzení o schválení výzkumu v Domově pro seniory Hvízdal, České Budějovice

Domov pro seniory Hvízdal P.O. U Hvízdala 6 České Budějovice 37011

Petra Rožďalovská- studentka oboru Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti ,dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Studentce Petře Rožďalovské byl ve dnech 12.3.2014 a 13.3.2014 umožněn sběr dat k výzkumu pro bakalářskou práci v našem zařízení u uživatelů s jejich vysloveným souhlasem.

Do dokumentace studentka nenahlížela.

České Budějovice 13.3.2014

Mgr. Třísková Zdeňka-vrchní sestra

Domov pro seniory Hvízdal
České Budějovice, příspěvková organizace,
U Hvízdala 6, 370 11 České Budějovice
IČ: 00666238 tel.: 385521296

(6)