



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Zácpa jako ošetrovatelský problém u dětí

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Aneta Vlčková

**Vedoucí práce:** Mgr. Ilona Pavlásková

České Budějovice 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Zácpa jako ošetrovatelský problém u dětí*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3.5. 2024

.....

Aneta Vlčková

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda vyjádřila velké poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Iloně Pavláskové za její cenné rady, věcné připomínky, vstřícnost při konzultacích a čas, který mi věnovala. Poděkování patří také zdravotním sestřám, které se podílely na zpracování empirické části práce. V neposlední řadě děkuji mé rodině za podporu během celého studia.

## **Zácpa jako ošetrovatelský problém u dětí**

### **Abstrakt**

Téma bakalářské práce se zabývá zácpou u dětí jako ošetrovatelským problémem. Zácpa u dětí se vyskytuje poměrně často, ale ne vždy je včas řešena a může se rozvinout až do chronického stadia. Na začátku práce je stručně vysvětlena anatomie a fyziologie defekace. V následující kapitole jsou zmíněny jednotlivé druhy zácpy a jejich krátký popis. Dále je pozornost věnována terapii zácpy, a to jak nefarmakologickou, tak i farmakologickou cestou. V neposlední řadě se práce zabývá také ošetrovatelskou péčí o děti se zácpou.

Prvním cílem práce bylo zjistit, jaké aspekty sestry v ošetrovatelské anamnéze zjišťují v souvislosti se zácpou u dětských pacientů. Druhým cílem bylo vyzkoumat, jaké intervence využívají sestry u dětských pacientů se zácpou. Praktická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. K získávání dat byla použita metoda dotazování, konkrétně technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen deseti sestrami pracujícími na dětském lůžkovém oddělení. Po doslovném přepsání rozhovorů s respondentkami jsme výsledky analyzovali pomocí otevřeného kódování metodou tužka a papír, kde jsme si stanovili šest kategorií. Výsledky jsou uvedeny v jednotlivých tabulkách a schématech empirické části této práce.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastěji sestry v ošetrovatelské anamnéze hledají faktory zácpy, a to zejména stravování a pitný režim dítěte. Dále zmiňovaly psychiku dítěte, která se poměrně často pozná při příchodu na oddělení během následné komunikace. Jako nejdůležitější intervence udávaly sestry dietní opatření, dostatek tekutin, pohybový režim, úpravu denního režimu a nácvik defekačního reflexu.

Věřím, že výsledky výzkumného šetření mohou pomoci sestram k větší informovanosti v oblasti dětské zácpy. Výsledky práce mohou dále posloužit k vytvoření standardu k danému onemocnění vedoucímu ke zlepšení péče u dětských pacientů.

### **Klíčová slova:**

dětská sestra; dětský pacient; pohyb; výživa; zácpa

## **Constipation as a nursing problem in children**

### **Abstract**

The topic of the bachelor thesis deals with constipation in children as a nursing problem. Constipation in children occurs quite often, but it is not always solved and can develop into a chronic stage. At the beginning of the work, the anatomy and physiology of defecation is briefly explained. In the following chapter, individual types of constipation and their brief description are mentioned. Attention is also paid to the therapy of constipation, both non-pharmacological and pharmacological. Finally, I also deal with nursing care for children with constipation.

The first goal of the work was to find out what aspects nurses find in the nursing anamnesis in connection with constipation in child patients. The second aim was to investigate what interventions nurses use with pediatric patients with constipation. The practical part of the bachelor thesis was processed using the qualitative research method. The interview method was used to collect data, specifically the semi-structured interview technique. The research team consisted of ten nurses working in the pediatric inpatient department. After transcribing the interviews with the respondents verbatim, we analyzed the results using open coding using the pencil-paper method, where we established six categories. The results are presented in individual tables and diagrams of the empirical part of this work.

The research showed that nurses most often look for factors of constipation in the nursing anamnesis, especially the child's eating and drinking regime. They also mentioned the child's psyche, which is quite often recognized upon arrival at the ward during subsequent communication. As the most important interventions, the nurses indicated dietary measures, sufficient fluids, exercise regime, modification of the daily routine and training of the defecation reflex.

I believe that the results of the research investigation can help nurses to be more informed in the field of childhood constipation. The results of the work can further serve to create a standard for the given disease leading to improved care for pediatric patients.

Keywords:

children's nurse; pediatric patient; movement; nutrition; constipation

## Obsah

<b>Obsah .....</b>	<b>6</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>10</b>
1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva .....	10
1.1.1 Anatomie tlustého střeva .....	10
1.1.2 Fyziologie tlustého střeva .....	12
1.2 Definice a charakteristika dětské zácpy .....	13
1.2.1 Dělení a druhy dětské zácpy .....	14
1.2.2 Diagnostika dětské zácpy .....	15
1.3 Terapie dětské zácpy .....	17
1.3.1 Nefarmakologická léčba .....	18
1.3.2 Farmakologická léčba .....	18
1.4 Ošetrovatelská péče o dítě se zácpou .....	21
1.4.1 Edukace dětského pacienta se zácpou .....	21
1.4.2 Role sestry při edukaci dětského pacienta a jeho rodičů .....	22
1.4.3 Výživa dětského pacienta se zácpou .....	23
1.4.4 Pohybová aktivita dětského pacienta se zácpou .....	26
1.4.5 Prevence dětského pacienta se zácpou .....	27
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>28</b>
2.1 Cíle práce .....	28
2.2 Výzkumné otázky .....	28
<b>3 Metodika .....</b>	<b>29</b>
3.1 Metodika a technika výzkumu .....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	29
<b>4 Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>30</b>
4.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	30

4.2	Vyhodnocení rozhovorů s respondenty .....	31
4.2.1	Kategorie 1: Věk dětí se zácpou .....	32
4.2.2	Kategorie 2: Faktory vyvolávající zácpu .....	33
4.2.3	Kategorie 3: Nefarmakologický postup léčby .....	35
4.2.4	Kategorie 4: Edukace dítěte .....	37
4.2.5	Kategorie 5: Záznam do ošetrovatelské dokumentace .....	39
4.2.6	Kategorie 6: Vliv psychiky na dané onemocnění .....	40
<b>5</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>42</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>52</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>53</b>
<b>10</b>	<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>58</b>

## Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku zácpy u dětských pacientů. Vysoká prevalence tohoto problému nás nutí přemýšlet, jak přispět k řešení této nepříznivé a často trýznivé komplikace. Mnohdy není léčena dostatečně a potíže se mohou dostat do nežádoucího chronického stadia.

Závažnost nemoci závisí na faktorech, které ji vyvolávají. Při mírnějších formách je možné problém vyřešit změnou životního stylu a také přechodem k aktivnímu způsobu života. K ověření příčiny vážnějších stavů je nutné vyšetření na specializačních pracovištích. Rodič, jehož dítě trpí zácpou, by měl vždy vyhledat ke konzultaci praktického lékaře či gastroenterologa, případně se alespoň poradit se sestrou.

Starší děti nerady diskutují o svých problémech. Většina dětí se necítí pohodlně v případě, že musí sdílet své problémy s vyprazdňováním. Sestra může pomoci dítěti překonat stud tím, že zvolí vhodné prostředí a příznivý čas pro rozhovor. Sestra jako zdravotnický pracovník, který tráví většinu svého času s pacienty, má význanou úlohu v prevenci i léčbě tohoto vážného stavu.

Ve zdravotnických zařízeních se sestra často setkává s pacienty trpícími obstipací. Obstipace je vnímána jako příznak nemoci a také jako faktor, který negativně ovlivňuje průběh pacientovy léčby. Při přijetí do zdravotnického zařízení se sestra ptá pacienta, popřípadě zákonného zástupce, jakým způsobem je zvyklý vykonávat svou potřebu. Jedná se hlavně o malé děti, zda jsou zvyklé chodit na nočník, záchod či stále do pleny.

V bakalářské práci popisujeme základní informace o daném problému u dětí, zaměřujeme se zejména na zácpu funkční. Práce je rozdělena do jednotlivých kapitol, přičemž nejprve popisujeme anatomii a fyziologii tlustého střeva, definici a charakteristiku zácpy. Dále se zabýváme terapií nefarmakologickou i farmakologickou. Poslední kapitola teoretické části je věnována ošetrovatelské péči, kam řadíme edukaci, roli sestry při edukaci dětského pacienta, výživu, pohybovou aktivitu dítěte a v neposlední řadě prevenci.

Dané téma jsem si zvolila, protože si myslím, že je to problém dnešní populace. Domnívám se, že z perspektivy ošetrovatelské péče je možné vylepšit některé postupy, a tím přispět k lepšímu životu pacientů s obstipací.



Cílem mé práce je zjistit, jaké aspekty v ošetrovatelské anamnéze sestry zjišťují v souvislosti se zácpou u dětských pacientů a jaké intervence u nich provádějí.

Výsledky výzkumného šetření mohou pomoci sestřám k větší informovanosti o dětské zácpě. Výsledky práce mohou dále posloužit k vytvoření standardu pro zlepšení péče dětských pacientů.

# 1 Současný stav

## 1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

### 1.1.1 Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo začíná v pravé kyčelní jámě, kde se slepé střevo rozšiřuje do tvaru vaku, a poté pokračuje jednotlivými tračníky: vzestupný, příčný, sestupný a esovitý. Konečník je terminální část tlustého střeva, která přechází v řitní kanál a končí řitním otvorem. Délka tlustého střeva v průběhu celého dětství je přibližně stejná jako výška těla. U novorozence jsou již vytvořeny jednotlivé segmenty těla, ale liší se svou poměrnou délkou i stupněm diferenciací své stěny. Na některých částech tlustého střeva jsou taenie jen málo patrné a haustra se začínají tvořit až u kojenců po dovršení šestého měsíce po narození. Makro anatomická struktura tlustého střeva dítěte se vyvíjí až do čtyř let, kdy má střevo již základní strukturální charakteristiky střeva dospělého (Dylevský, 2017).

Slepé střevo (caecum) má u novorozence tvar kužele, kde jeho vrchol plynule přechází do výchlípky červovitého přívěsku. Stejně jako u dospělých, i u dětí je poloha slepého střeva velmi proměnlivá. U novorozenců je vzácné, když se slepé střevo nachází v pravé kyčelní jámě. V porovnání s dospělými je slepé střevo v novorozeneckém věku mnohem menší. Novorozenec má slepé střevo dlouhé cca 15 mm a široké 17 mm. V průběhu celého dětství je šířka střeva větší než jeho délka. V novorozeneckém věku je objem slepého střeva přibližně 2,5 cm<sup>3</sup>. I přes pomalý růst během prvního roku života je možné již u dětí ve věku jednoho roku rozlišit dva různé typy slepého střeva. Vakovitý typ slepého střeva se vyskytuje u přibližně 71 % dětí, zatímco nálevkovitý typ je přítomen u 29 % dětí. U novorozence je valva ileocaecalis velmi dobře diferencována. Chlopeč vymezuje průchod z ilea do céka a vytváří šikmou štěrbinu, skrze kterou dochází ke komunikaci s tlustým střevem. V prvním roce vytváří červovitý přívěsek nálevkovitý tvar, který tvoří pokračování slepého střeva. V průběhu druhého roku červovitý přívěsek odděluje z mediální strany střeva. Velmi rychle se zvětšuje a do pěti let dosahuje průměrné délky 8 až 10 cm. U novorozence nejsou na stěně střeva patrné taeniae a haustra. Na konci prvního roku začínají být tenie výraznější a haustrace se stabilizuje mezi 3. až 4. rokem (Dylevský, 2017).

Vzestupný tračník (colon ascendens) je velmi krátký úsek tlustého střeva u novorozence. V průběhu prvního roku dosahuje vzestupný tračník délky přibližně 7 cm a teprve v deseti

letech dosahuje délky 7 cm. Před pravou ledvinou se vzestupný tračník mění v příčný tračník, ale u novorozenců je přechod ze vzestupného do příčného tračníku často jen naznačen. Vzestupný tračník proto přechází plynule do příčného tračníku bez vyznačeného ohbí (Dylevský, 2017).

Příčný tračník (colon transversum) je u novorozence relativně dlouhý úsek ve srovnání s ostatními částmi tračníku. Ke konci prvního roku dosahuje délka příčného tračníku mezi 11 až 27 cm a v deseti letech je přibližně 35 cm dlouhý. Příčný tračník u novorozence se šikmo kříží břišní dutinou směrem doleva a nahoru. Další struktury příčného tračníku u dětí mají stejnou stavbu jako vzestupný tračník a slepé střevo (Dylevský, 2017).

Sestupný tračník (colon descendens) je poměrně krátký u novorozence. Ke konci prvního roku dosahuje délky mezi 5 až 10 cm a v deseti letech mezi 10 až 17 cm. U novorozence sestupný tračník prochází po vnější straně levé ledviny. Poloha tračníku u větších dětí závisí na obsahu tlustého střeva. Sestupný tračník nemá žádné anatomické odlišnosti ve své stěně oproti ostatním částem tlustého střeva (Dylevský, 2017).

Esovitá klička (colon sigmoideum) je u novorozence v porovnání s dospělým jedincem poměrně delší. U dětí do jednoho roku věku je esovitý tračník charakterizován větším počtem záhybů a je velmi flexibilní. Proto může esovitý tračník zaujímat značnou část břišní dutiny, zejména prostor mezi kyčelními jamkami. Vrchol ohybu esovitého tračníku se nachází vpravo před slepým střevem, avšak jeho začátek je umístěn v levé jámě kyčelní. Když dojde k vyprázdnění střeva, uvolňuje se prostor v pánevní dutině a esovitý tračník se posouvá dolů směrem do pánve. V sedmém měsíci, kdy dochází k poklesu pánevních orgánů, dochází také ke změně rozložení záhybů esovitého tračníku, které se přiblíží a přicházející do těsnějšího kontaktu s břišní stěnou. Esovitý tračník se po anatomických úpravách stěny a další diferenciaci jeho komponent opět podobá struktuře ostatních částí tlustého střeva (Dylevský, 2017).

Konečník (rectum) novorozence má délku 4 až 6 cm, v porovnání s dospělostí je esovitý tračník poměrně delší, ale ještě nemá svůj konečný tvar ani definitivní polohu. V čelní rovině je konečník zakřivený do esovitého tvaru a přichází do kontaktu s přední, ještě relativně plochou, křížovou kostí. Anus je ve srovnání se stavem v dospělosti nakloněný jen velmi nepatrně dorzálně. Většinou se orientuje přímo kaudálně. Celý konečník se nachází ve velmi nízké poloze v pánevní oblasti (Dylevský, 2017).

### ***1.1.2 Fyziologie tlustého střeva***

Tlusté střevo má následující funkce: resorpce vody a elektrolytů, skladování střevního obsahu, tvorba i vylučování formované stolice a produkce vitamínu K (Kittnar, 2020).

Tlusté střevo má schopnost absorbovat velké množství vody při formování stolice. Stejně jako v tenkém střevě i v tlustém střevě se vstřebávání vody provádí společně se vstřebáváním  $\text{Na}^+$  iontů pomocí sekundárně aktivního transportu. Naopak do lumenu tlustého střeva jsou uvolňovány  $\text{K}^+$  ionty a v menší míře také  $\text{HCO}_3^-$ . V klinické praxi je využíváno této značné resorpční schopnosti při podávání léčiv rektální cestou. Většinou se jedná o léky s účinky sedativ, anestetik a antipyretik (Kittnar, 2020).

Stolice je polotuhá hmota, která váží mezi 160 a 180 gramy. Skládá se přibližně ze 75 % vody a zbylých 25 % tvoří pevné látky. Kromě anorganických látek se ve stolici nacházejí mrtvé bakterie, odloupaný epitel a nestrávené zbytky potravy. Všechny tyto složky podléhají bakteriálnímu rozkladu. Hnědá barva stolice je důsledek pigmentů, které se tvoří při působení bakterií na žlučová barviva. Pokud nedochází ke vstupu žluče do střeva, stolice má bílou barvu, což se nazývá acholická stolice. Zápach stolice závisí na složení potravy, také na množství bakterií, které se nacházejí v tlustém střevě a přítomnosti indolu, skatolu, sirovodíku a merkaptanů. Když se tyto látky vstřebávají ze střeva, jejich přítomnost v krvi ovlivňuje i zápach dechu. Peristaltickými pohyby se obsah posouvá do rekta, při naplnění se spouští defekační reflex. Tranzit střevního obsahu tlustým střevem je velmi zpomalený a obvykle trvá 2 až 3 dny (Kittnar, 2020).

Záhy po narození dochází k osídlení tlustého střeva. Anaerobní bakterie tvoří naprostou většinu, pouze 1 % připadá na aerobní *Escherichia coli*. Bakterie je možné rozdělit do dvou skupin z hlediska účinku, a to bakterie kvasné a hnilobné (Kittnar, 2020).

Malé množství nestravitelných látek (celulóza, pektin) a sacharidů, které unikly resorpci v tenkém střevě, je rozkládáno kvasnými bakteriemi. V důsledku toho vzniká kyselina mléčná, alkohol, mastné kyseliny a metan. Všechny plynné látky zvyšují objem tračníku, a tím podporují jeho pohyblivost. Kyseliny, které se vytvářejí, snižují pH střevního obsahu a brání hnilobným reakcím (Kittnar, 2020).

Hnilobné bakterie z aminokyselin, které jsou uvolněny při trávení bílkovin, vytvářejí látky, jako je např. sirovodík. U zdravých lidí jsou tyto látky po vstřebání vychytány

a detoxikovány játry. Vitaminy (vitamin K a vitaminy komplexu B: B<sub>1</sub>, B<sub>3</sub>, B<sub>12</sub>) vznikají i bakteriální aktivitou (Kittnar, 2020).

V tlustém střevě se celkem vytváří přibližně 7–10 l střevních plynů denně. Plyny se dostávají do střeva třemi různými způsoby: přicházejí spolu se spolykaným vzduchem, částečně difundují z krve anebo jsou tvořeny bakteriemi tlustého střeva. Z velké části je spolykaný vzduch vstřebáván v tenkém střevě a malé množství, které obsahuje převážně dusík, se dostává do tlustého střeva (Kittnar, 2020).

## **1.2 Definice a charakteristika dětské zácpy**

Zácpu u dětí označujeme jako subjektivní symptom, nikoliv onemocnění. Definujeme ji jako odchod stolice méně než 3krát týdně, také jako bolestivou defekaci, zadržování stolice s enkoprézou, popřípadě i bez ní. Pojem enkopréza znamená mimovolný odchod stolice, která může být formovaná, částečně formovaná nebo tekutá, do spodního prádla dítěte po dovršení 4. roku (Kočvara a Drlík, 2023).

Projevy poruch vyprazdňování jsou především způsobeny tím, že dětský organismus je neustále v procesu růstu a vývoje. Poruchy vyprazdňování stolice mají různé příčiny a faktory, které se tak projeví odlišně u dětí a dospělých. Důvodem vzniku obstipace u dětí může být nedostatek tekutin a nesprávná strava. Nedostatek fyzické aktivity a prostředí, ve kterém se dítě nachází, mohou mít také určitý vliv. Poruchy defekace mohou být spojeny s poruchami vývoje regulace gastrointestinálního traktu, ale také s poruchami jiných systémů, které nejsou přímo spojeny s gastrointestinálním traktem. Rovněž psychický stav dítěte hraje v případě těchto problémů významnou roli (Lebl, c2014).

Poruchy defekace jsou častou komplikací, která se vyskytuje od kojeneckého období až po období adolescence. V dětském věku se frekvence a množství stolice mění podle věku. Období občasného a obtížného vyprazdňování tuhé stolice jsou ale normální (Stožický a Sýkora, 2015).

Pokud trvá zácpa do 4 let dítěte déle než 1 měsíc, hovoříme o chronické zácpě. U starších dětí přechází do chronického stadia po 2 měsících. Dyschezie je častým problémem u dětí mladších 6 měsíců. Způsobuje obtíže při vyprazdňování, pravděpodobně je způsobena poruchou koordinace svalů. Během defekace je dítě neklidné, napíná se a pláče, poté

dochází k uvolnění měkké stolice. S věkem se zlepšuje svalová koordinace, obtíže postupně ustupují a terapie není potřebná (Kočvara , 2023).

Problém zácpy je často řešen v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Vzhledem k častému výskytu mezi dětskou populací je zácpa příčinou přibližně 5 % všech návštěv u praktického lékaře pro děti a dorost a až 25 % všech návštěv v ambulanci dětského gastroenterologa (Lukáš a Hoch, 2018).

Problémy s vyprazdňováním stolice negativně ovlivňují také vyprazdňování močového měchýře a jsou proto spojeny s vyšším výskytem poruch dolních močových cest, opakujících močových infekcí a snižují kvalitu života (Drlík, 2020).

### ***1.2.1 Dělení a druhy dětské zácpy***

Základní rozdělení zácpy dětského věku se zaměřuje na organickou, což je zácpa způsobená konkrétními symptomy, a na funkční zácpu. Další možností je rozdělit zácpu na základě příčin intestinálních nebo extraintestinálních. Rozdělení můžeme shrnout tak, že organická zácpa se váže k potížím extraintestinálního původu, což znamená mimo střeva, a funkční zácpa se převážně vyskytuje v souvislosti s potížemi intestinálními, tedy uvnitř střeva (Lebl, c2014).

Zácpa extraintestinální se rozděluje na psychosomatickou, která tvoří až 95 % všech případů obstipace, a na psychiatrickou. Také může být způsobena problémy metabolickými a endokrinními a v neposlední řadě i problémy neurologickými (Lebl, c2014).

S problémy přímo ve střevě je spojená zácpa intestinální, dělí se na střevní nemoci, poruchy způsobené nesprávnou mechanikou defekace a zácpu způsobenou nedostatečnou plností střeva (Lukáš, Hoch a kolektiv, 2018).

Nejčastějším typem zácpy je funkční zácpa, která představuje 95 % všech případů. Hlavním patofyziologickým mechanismem je bolest při vyprazdňování a strach z další bolestivé defekace. Když se defekace oddaluje, dochází k zadržování stolice a následné resorpci vody. To má za následek změnu konzistence stolice, nárůst objemu a rozšíření rekta, které postupem času ztrácí citlivost pro naplnění. V důsledku nahromadění stolice může dojít k nekontrolovanému překonání zevního svěrače, což se projevuje jako

enkopréza. Funkční zácpa není jediným klinickým jevem, ale spíše skupinou syndromů spojených s dysfunkcí pánevního dna (Hloušková, 2016).

V rámci funkčních poruch defekace je důležité zmínit i funkční neretenční špinění, které se projevuje únikem stolice a špiněním do spodního prádla u dětí starších 4 let. Příčinou není zácpa, ale emoční a psychické poruchy, které se obvykle vyskytují ve školním věku a mohou být napojeny na kontakt s určitou osobou a denním časem (Lebl, c2014).

Při diferenciální diagnostice je důležité rozlišit symptomatickou zácpu, která může být součástí různých onemocnění. Tato skupina je velmi rozmanitá a zahrnuje širokou škálu nemocí od vrozených anomálií, poruch vnitřního prostředí až po nežádoucí účinky léků. Neměli bychom přehlížet anomálie v anální oblasti, např. krátké a úzké rektum, pozdní odchod stolice, zácpu v novorozeneckém a kojeneckém věku, nedostatečný růst, úbytek hmotnosti, zvracení, přítomnost krve nebo hlenu ve stolici, enteroragii bez anální fisury, bolest břicha, zvýšenou teplotu, zvětšené lymfatické uzliny, ekzém nebo poruchy citlivosti v oblasti sakrálních dermatomů (Hloušková, 2016).

Organická příčina je méně obvyklá, avšak nikoli vzácná, jedná se o anus ventralis. Je to stav, kdy je anální otvor normálního vzhledu, ale je v různé míře posunutý ventrálním směrem. Tento posun může být tak nepatrný, že může uniknout odhalení. Typickým projevem této anomálie je vznik zácpy brzy po narození, ale chronické potíže se mohou vyvinout i později. Řeší se většinou operačním zákrokem (Sedláčková et al., 2022).

### ***1.2.2 Diagnostika dětské zácpy***

Správné stanovení diagnózy zácpy u dětí je velmi důležité a zásadní, a to zejména s ohledem na terapii a komplexní řešení těchto problémů. V mnoha rodinách pracují oba rodiče na plný úvazek a o děti se starají dětská centra, pomocnice v domácnosti nebo prarodiče. Centra péče o kojence (< 18 měsíců) v Singapuru denně zaznamenávají krmení dítěte, jeho močení a stolici, ale učitelé v zařízeních péče o děti (≥ 18 měsíců) tyto události nezaznamenávají. K lékaři dítě obvykle vodí rodič, nikoli domácí pomocník nebo prarodiče, a rodič nemusí vědět o střevních návycích dítěte. Časté odpovědi rodičů jsou následující: „Nevím, myslím, že každý den přechází pohyb.“ nebo „Učitelka v dětské školce se nezmínila, že má zácpu.“ nebo „Zeptejte se mého dítěte.“ (Ho a How, 2020).

Je dobré již na počátku konzultace zjistit, jak se dítě chová v sociálním prostředí. Někdy je užitečné, nebo dokonce nezbytné, získat anamnézu ve spolupráci s hlavním pečovatelem po telefonu. Naopak někdy pečovatel přivede dítě bez rodiče, který je rozhodující osobou, což vyžaduje telefonickou diskusi s rodičem o možnostech léčby. Každé dítě má jedinečný kontext, prostředí a nejlepší terapeutická řešení jsou spoluvytvářena s pečovatelem nebo rodinou (Ho a How, 2020).

Pro minimalizaci fyziologických a psychologických důsledků pozdní diagnózy a léčby je nezbytné zahájit terapeutické intervence co nejdříve (Rajindrajith et al., 2022). Také je důležité rozlišit zácpu způsobenou funkčními příčinami a zácpu, která je způsobena organickými problémy. U větších dětí jsou tyto předpoklady splněny prostřednictvím pečlivého vyhodnocení anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření. Součástí diagnostického procesu je také vyšetření provedené dětským gastroenterologem (Bláhová et al., 2019).

Pro úspěšnou diagnostiku je klíčový podrobný sběr pečlivé anamnézy. Důležité je získat informace o vlastnostech stolice (frekvence, konzistence, objem, patologické příměsi) a také identifikovat další příznaky, jako je bolest při vyprazdňování, bolest břicha, problémy s udržováním stolice, enkopréza, potíže s močením, nedostatek růstu, ztráta chuti k jídlu a podrážděnost dítěte. Rodinná anamnéza obvykle neposkytuje mnoho informací (Ho a How, 2020).

Dalším důležitým faktorem anamnézy je zjištění, zda se smolka uvolnila po narození. U více než poloviny dětí s organickými potížemi, jako je například Hirschsprungova choroba, nedojde k uvolnění smolky do 36 hodin po porodu. Dále zjišťujeme informace o chování dítěte, pozorování jeho pozic a postojů souvisejících se zadržováním stolice (dřepění, překřížení nohou, nadměrné pocení). Významné je také zaznamenat věk dítěte a dobu, kdy se obtíže začaly projevovat, stejně jako přechod dítěte na pevnou stravu, který může způsobit vznik zácpy. Součástí podrobné anamnézy je také získání informací o stravovacích návycích rodiny a dítěte, pitném režimu a také úrovni fyzické aktivity (Kočvara a Drlík, 2023).

Při podezření na kojeneckou dyschézii u kojenců je důležité zjistit, kdy se vyskytuje nadměrný pláč a křik, zda je to spojeno s v souvislosti s přijatou potravou. Pokud přetrvává neklid dítěte déle než 10 minut, je obtížné jej uklidnit, má zarudnutí v obličejí,



napjaté nožičky a zároveň nenastane uklidnění po defekaci nebo odchodu plynu, je potřeba to zaznamenat (Velemínský a Velemínský, 2017).

Součástí fyzikálního vyšetření je pohmat oblasti celého břicha, kde může být cítit nahromaděná stolice, zejména levého hypogastria a střední čáry. U každého dítěte s podezřením na zácpu se provádí vyšetření per rektum. U vyšetření může být zjištěna enkopréza nebo trhlina v anální oblasti. Příčinou sníženého napětí análního otvoru může být časté zadržování stolice, případně tento problém může naznačovat onemocnění vnějšího nebo vnitřního svěrače. Pokud u dítěte nedošlo k vyprázdnění stolice v blízké době před vyšetřením, často se vyšetření ukončí právě defekací (Hloušková, 2016).

Psychologická podpora je velmi důležitá při diagnostice, zejména při terapii zácpy u dětí. Psychologické terapie mohou být pro některé nespolupracující děti užitečné v rámci budoucí úspěšné léčby a prevence zácpy. Psychologický odborník může identifikovat obtíže, které vycházejí z rodinných problémů (Ploier, Janda, 2015).

V laboratoři se zjišťují hodnoty CRP, hladiny hormonů štítné žlázy, hladiny elektrolytů, krevní obraz, vyšetření moče, stolice, vyšetření parazitologické a vyšetření okultního krvácení. Většina dětí trpících funkční zácpou nepotřebuje rozsáhlá laboratorní vyšetření. V některých situacích je zvláště důležité vyloučit podezření na cystickou fibrózu, celiakii a poruchy funkce štítné žlázy (Hloušková, 2016).

### **1.3 Terapie dětské zácpy**

Pro dosažení úspěšného výsledku léčby a regulace stolice zahrnuje terapie dětské obstipace postupné kroky. Mezi tyto fáze spadá informování rodičů i dítěte s ohledem na jeho věk, psychologická a behaviorální terapie, úprava stravy dítěte a případné použití léčivých prostředků. Klíčový je nácvik defekačního reflexu při léčbě a během prevence dalších problémů s obstipací. Léčba trvá minimálně šest měsíců a vyžaduje dlouhodobý i zodpovědný přístup. Dosáhnutí pravidelného bezbolestného vyprazdňování minimálně jednou denně nebo jednou za dva dny, a to bez výskytu enkoprézy je hlavním cílem léčby (Lukáš et al., 2022).

### ***1.3.1 Nefarmakologická léčba***

Témata jako jsou edukace, poradenství v oblasti životního stylu a pohybových aktivit se budeme věnovat v poslední kapitole. Níže si popíšeme nácvik defekace.

Nácvik defekace je důležitým krokem. Defekaci by mělo dítě vnímat jako normální a nezbytnou část svého života a musí si uvědomit, že pravidelné vyprazdňování je klíčové pro jeho fyzické i psychické zdraví. Pomocí využití gastrokolického reflexu, který se projevuje po jídle, především ráno po snídani, je možné dosáhnout kladných výsledků. I když chybí přirozený impuls ze střev k vyprázdnění stolice, je u dětí vhodné vyzkoušet defekaci půl hodiny po jídle. Dítě by mělo mít při defekaci klid. Mělo by zaujmout polohu v předklonu, ve které jsou stehna přitažená k břichu. Tato poloha je nejvýhodnější pro použití břišního lisu a podporu defekace. Tento trénink defekace vyžaduje delší časovou investici, proto by měl být opakován každý den ve stejný čas a za stejných podmínek po dobu několika týdnů (Tochtermann, 2018).

Ověřenou, účinnou a motivující metodou zapojení dítěte do léčby je způsob, kdy může prostřednictvím záznamů v kalendáři sledovat úspěšnost léčebných opatření. Tento kalendář slouží jako zpětná vazba pro lékaře, který může na základě zaznamenaných informací snadněji upravit režimová opatření a léčbu léky. Dítě může přilepit samolepku ke správnému dni za každé úspěšné vyprázdnění na toaletě. Tento přístup lze dále posílit prostřednictvím systému odměn pro dítě. Rodič může doplňovat záznamy o charakteru stolice a okolnostech, které mohou ovlivnit změnu frekvence a charakteru stolice (De Geus et al., 2023).

Děti a jejich rodiny čelí vysokému psychickému tlaku, zejména pokud trvá dlouho nebo je provázeno enkoprézou. V některých situacích se také vyskytuje nedostatečná spolupráce dítěte. Těmto pacientům (i jejich rodině) pak doporučujeme konzultaci s psychologem. Nesmíme zapomínat, že psychické problémy nemusí vždy být pouze důsledkem obstipace, ale mohou být i její příčinou (Lukáš et al., 2022).

### ***1.3.2 Farmakologická léčba***

Farmakologická léčba je dalším krokem, pokud nestačí edukace, rady ohledně životního stylu, stravy a nácvik toalety. Farmakologická léčba se skládá ze tří fází: disimpkace, udržovací léčba a nakonec odstavení, pokud je to možné (De Geus et al., 2023).

Disimplikace je prvním krokem farmakologické léčby a je indikována v případě, že je v konečniku identifikována tvrdá stolice. Disimplikace rovněž zlepšuje odpověď na udržovací léčbu. Randomizovaná kontrolovaná studie mezi 90 dětmi srovnávala účinek vysokých dávek (1–1,5 g/kg/den) perorálního polyetylglykolu (PEG) a klyzmatu sodného po dobu 6 po sobě jdoucích dnů a neprokázala žádný rozdíl v účinnosti obou používaných postupů. Vysoká dávka PEG je však spojena s vyšší frekvencí fekální inkontinence během fáze této léčby (De Geus et al., 2023).

Vzhledem k tomu, že léčba rektálními klystýry je považována za invazivnější než perorální PEG, doporučují směrnice ESPGHAN/NASPGHAN používat PEG jako první volbu při disimplikaci a klystýry lze předepsat, pokud PEG není k dispozici. Pokud nejsou vysoké dávky perorálního PEG a klystýry tolerovány nebo jsou neúčinné, lze při disimplikaci zvážit jiné farmakologické možnosti (např. laktulóza, citrát hořečnatý). U těchto alternativních léčebných postupů však často chybí důkazy o účinnosti a dobře stanoveném dávkování pro disimplikaci (De Geus et al., 2023).

Po úspěšné disimplikaci je nutné pokračovat v udržovací léčbě. Směrnice ESPGHAN/NASPGHAN doporučuje jako první volbu pro udržovací léčbu použití PEG, a to na základě účinnosti týkající se frekvence defekace ve srovnání s ostatními projímadly. Pokud není PEG k dispozici, doporučuje se jako alternativní osmotické léčivo laktulóza. Žádné randomizované kontrolované studie nehodnotily optimální délku udržovací léčby. Uvádí se, že po 2 týdnech léčby by měl být vyhodnocen účinek, aby bylo možné léčbu v případě potřeby zintenzivnit. Dále by léčba měla pokračovat po dobu nejméně 2 měsíců. Děti, které jsou v procesu nácviku na toaletu, by měly v léčbě pokračovat, dokud není nácvik na toaletu dokončen (De Geus et al., 2023).

Nežádoucí účinky PEG jsou obvykle bolesti břicha, nevolnost a nadýmání. Nedávné studie týkající se bezpečnosti PEG se zaměřily zejména na podávání u dětí mladších 2 let a uvádějí u těchto malých dětských pacientů pouze nevýznamné nežádoucí účinky. U pacientů s poruchami vodní a elektrolytové rovnováhy (například se sníženou funkcí jater nebo ledvin nebo u pacientů užívajících diuretika) by mělo být prováděno monitorování sérových elektrolytů a PEG by měl být předepisován s opatrností (Chadwick, 2020).

Po nejméně dvou měsících léčby dítěte lze zahájit odstavení, pokud se příznaky dostatečně zmírní nebo alespoň jeden měsíc chybí. To znamená, že dítě má frekvenci

defekace alespoň třikrát týdně. Dávky a frekvence dávkování by měly být snižovány postupně, aby se předešlo recidivám. Je důležité pečovatele a děti pečlivě upozornit na riziko znovuobjevení příznaků (De Geus et al., 2023).

Osmotická projímadla jsou lékem první volby pro udržovací léčbu. Ve střevě se špatně vstřebávají, což způsobuje zvýšení osmolarity, což vede k přílivu vody do střevního lumene. Zvýšené množství vody vede ke změkčování a uvolnění stolice. Zvýšení objemu střevní stolice navíc vede k distenzi lumen, což stimuluje peristaltiku a pomáhá při odchodu stolice (Chadwick, 2020).

Laktulóza se doporučuje pro udržovací léčbu, pokud není k dispozici PEG. Je k dispozici více důkazů o účinnosti laktulózy než minerálního oleje a hydroxidu hořečnatého. Laktulóza je bezpečná pro všechny věkové kategorie. Hydroxid hořečnatý by měl být používán s opatrností u dětí s renální insuficiencí kvůli zvýšenému riziku hypermagnézie (Lukáš et.al 2022).

Lubrikanty působí projímavě tím, že změkčují stolicí. Minerální olej je jedním z nejčastěji používaných maziv. Jedná se o perorálně olejovitou kapalinu obsahující uhlovodíky získané z ropy, která se nevstřebává do tlustého ani tenkého střeva (Lukáš et.al 2022).

Glycerin a sorbitol jsou lékové formy glycerinu v podobě čípků, které se zavádějí do rekta. Glycerin se nedoporučuje příliš často u dětí, někteří pediatři ho předepisují, protože je šetrnější než kontaktní laxativa. Svými dráždivými účinky působí na jeho sliznici. Používání glycerinu není z dlouhodobého hlediska vhodné. Pomáhají aktivovat defekační reflex, a tím usnadňují odchod stolice. Půl hodiny po podání můžeme pozorovat účinek (De Geus et al., 2023).

V posledních letech se zkoumá několik nových možností farmakologické léčby. U většiny léků byly nejprve provedeny studie na dospělých a následně na dětské populaci. Aplikace poznatků získaných ze studií na dospělé a dětské populaci vyžaduje velkou opatrnost vzhledem k rozdílům ve fyziologii a farmakokinetice mezi dětmi a dospělými (De Geus et al., 2023).

## **1.4 Ošetrovatelská péče o dítě se zácpou**

Sestra se snaží vykonávat všechny své činnosti u dětí se zácpou systematicky a s logickým propojením. Setkává se s diagnózou zácpa u všech věkových dětských skupin. Ošetrovatelský proces jí pomáhá při tomto postupu. Ošetrovatelský proces je kolekce metodických a logických přístupů k plánování a poskytování ošetrovatelské péče, které směřují ke zlepšení defekace nemocného. Proces je založen na aktivní spolupráci sestry a pacienta. Sestra poskytuje systematickou a komplexní profesionální ošetrovatelskou péči, která je založena na logickém myšlení a dodržování pořadí ošetrovatelských postupů (Hlaváčková a Černožorská, 2019).

Zohledňuje zpětnou vazbu, která vede k opětovnému posouzení poskytované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces by měl být využíván jako rámec pro péči poskytovanou všem pacientům. Proces se skládá z pěti fází, které se prolínají, opakují se a tvoří jednotný celek. Mezi tyto fáze patří rozhovor, ošetrovatelská diagnóza, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová, 2014).

Rodičům lze sdělit jednoduché rady, jako je například nerozptylování při pobytu na záchodovém prkénku, podpora nohou malých dětí při pobytu na záchodovém prkénku a využití gastrokolického reflexu při načasování vyprazdňování (Ho a How, 2020).

### ***1.4.1 Edukace dětského pacienta se zácpou***

Pro úspěšnou léčbu zácpy je důležité, aby pacient i jeho rodiče byli seznámeni s příčinami zácpy a aby byl celý problém vysvětlen a demystifikován. Rodičům by se měl přesvědčivě vysvětlit rozdíl mezi organickou a funkční zácpou a je vhodné je opakovaně ujistit, že problémy s obstipací jsou v dětském věku velmi časté a jejich děti nejsou výjimkou. Je také důležité vysvětlit, jak funguje proces vyprazdňování a vysvětlit vztah mezi zadržováním stolice a paradoxním mimovolným odchodem vodnaté stolice. Je třeba také předložit strategii léčby a vysvětlit význam dlouhodobé terapie. Musíme zdůraznit, že pokud se jedná o funkční zácpu, nepotřebujeme, aby dítě podstoupilo další vyšetření, proto je možné přestoupit k léčebným opatřením na základě fyzikálního vyšetření a odběru anamnézy. Cílem vzdělávání je odstranit obavy, vytvořit pozitivní očekávání a podporovat spolupráci celé rodiny (Hanousek, 2019).

Jedním z problémů, se kterými se setkáváme při léčbě obstipace je otázka časového plánu. V praxi se bohužel často stává, že rodiče nedodrží doporučená opatření

nebo po dočasném zlepšení přestanou dodržovat režimová opatření. Rodičům zdůrazníme, že léčba a obnovení celého defekačního reflexu může trvat několik měsíců a je nutné dodržovat doporučená opatření po celou dobu léčby. Dalším důvodem pro přerušení léčby jsou obavy z možných vedlejších účinků, které však nejsou oprávněné. Je důležité ujistit rodiče, že léčba je bezpečná a při dlouhodobém užívání nehrozí vývoj tolerance nebo závislosti (Chadwick, 2020).

#### ***1.4.2 Role sestry při edukaci dětského pacienta a jeho rodičů***

Edukace dětí a rodičů není založena na jednorázovém poučení, ale je považována za dlouhodobý proces, který je vždy důležité pečlivě naplánovat a provádět. Při začátku edukace je klíčové zjistit, jaké znalosti mají rodiče i děti o daném tématu. Sestra má právo poskytovat pacientům edukaci o ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační brožury. Pokud je indikováno lékařem, je sestra oprávněna poskytovat edukaci o diagnostických a terapeutických postupech. K edukaci je důležitá správná komunikace zdravotníka (Hanousek, 2019).

Charakter vytváří osobnost. Mezi nejdůležitější dovednosti každého zdravotníka patří schopnost vynikající komunikace. Komunikace je součástí každodenní práce profesionální zdravotní sestry. V současné době existuje mnoho příležitostí pro trénink komunikace. Zdravotníci mohou zlepšovat své komunikační dovednosti prostřednictvím účasti na kurzech, seminářích nebo prostřednictvím samostudia (Gurková a Zeleníková, 2017).

Obecné vlastnosti zdravotníka se pak týkají vlivu na pozitivní vztah mezi zdravotníkem, nemocným dítětem a jeho rodičem. Mezi osobnostní předpoklady patří odbornost, zodpovědnost, spolehlivost, tvůrčí přístup, empatie a slušné vystupování (Zášková, 2021).

Podle společenského chování člověka lze poznat optimismus a radost. Sestra by měla mít stále na tváři úsměv. Laskavost a šťastný život naznačují, že má duševní stabilitu a schopnost ovládat sama sebe. Maličkost by ji neměla nijak zasáhnout a neměla by se nechat vyvést ze svého klidu a rovnováhy (Zacharová, 2017).

Pro úspěšné plnění role zdravotníka je nezbytné, aby uplatňoval tři důležité přístupy. Jako první je třeba zmínit kolektivní orientaci, zdravotník upřednostňuje pacientovy potřeby před svými. Zdravotník musí mít dále stejný přístup ke všem, toto označujeme

jako universalismus. Jako poslední lze uvést sebeovládání, které nazýváme emocionální neutralita (Zášková, 2021).

Při prvním kontaktu s dítětem je nezbytné dodržovat určité zásady, které jsou klíčové pro vytvoření prvotního dojmu o sestře. Když dítě přichází do nemocnice k hospitalizaci či do ambulance, může to v něm vyvolat negativní emoce. Důležitou rolí sestry je udělat dobrý dojem a získat si důvěru jak dítěte, tak i jeho rodičů. Na prvním místě je klíčové zdvořile pozdravit a představit se. Nejprve se sestra zaměřuje na dítě, poté na matku nebo doprovázející osobu. Sestra osloví dítě a zeptá se ho na jméno nebo jak ho ostatní oslovují. Pro navázání kontaktu s dítětem je možné využít hračku, pak může sestra zaměřit svou pozornost na oblíbenou hračku, která pomáhá zmírnit strach. Sestra by měla dětem poskytovat stručné a jednoduché rady, protože děti obvykle chtějí mít všechno jasně, a proto je důležité, aby s nimi jednala upřímně a otevřeně (Zášková, 2021).

Spolupráce s rodinou může být chápána jako proces, který začíná prvním setkáním a navázáním komunikace. Při prvním setkání je důležité, stejně jako u dětí, vzájemně se s rodiči představit a vytvořit tak důvěru. Vzájemná pozitivní spolupráce umožňuje získání potřebných informací k zajištění kvalitní informovanosti rodiny nemocného dítěte. Přátelský duch v rámci komunikace s rodinou je důležitý (Zášková, 2021).

Mezi základní pravidla komunikace patří výběr vhodného místa pro sdělení informací, kontrola neverbálních projevů a použití srozumitelného a jasného jazyka. Stejně důležitou součástí je také vhodné tempo, odpovídající tón řeči a udržování očního kontaktu. Při sdělování informací je třeba brát v úvahu reakce rodiny, respektovat jejich pocity, nevyvolávat u nich úzkost a umožnit jim dostatečný prostor pro vyjádření. Zpětná vazba od rodičů je nezbytnou součástí závěru daného sdělení. Mnoho rodičů má potřebu opakovaně hovořit o problému, aby se ujistili, že správně pochopili veškeré informace (Gurková a Zeleníková, 2017).

### ***1.4.3 Výživa dětského pacienta se zácpou***

Z hlediska prevence a léčby dětské obstipace je dietní opatření velmi důležité a mělo by být vždy preferováno před farmakologickou terapií. Dietní opatření se zaměřují především na zařazení dostatečného množství potravin bohatých na vlákninu do jídelníčku. V dětské populaci i v populaci dospělých je průměrně nižší příjem vlákniny, než je doporučováno. Zvláštní důraz se klade na to, aby si nejen dítě, ale i celá

rodina osvojila správnou životosprávu (Velemínský at al., 2019). V příloze č. 4 je zobrazena nutriční karta Nemocnice Jihlavy, kde sestry zapisují dle požadavků ordinace lékaře příjem a výdej tekutin pacienta během celého dne.

Vláknina má ve výživě významnou úlohu a patří mezi látky, které nejsou v gastrointestinálním traktu úplně tráveny ani pankreatickými, ani gastrointestinálními šťávami. Vláknina má v gastrointestinálním traktu širokou škálu funkcí, jako například pozitivní vliv na střevní mikroflóru nebo zvyšování objemu stolice. Ve střevě se váže na odpadní látky a ty jsou poté vylučovány z těla prostřednictvím stolice. Nachází se v rostlinných potravinách, zejména v ovoci, zelenině, obilovinách, výrobcích z nich, ořechách a luštěninách (Klíma, 2016).

Vlákninu dělíme na rozpustnou a nerozpustnou. Rozpustná vláknina, která má schopnost vázat vodu, pozitivně ovlivňuje různé faktory spojené s vyprazdňováním, jako je objem a konzistence stolice, rychlost průchodu střev a také frekvence, pravidelnost stolice a také má probiotické účinky. Nerozpustná vláknina, kterou lze najít např. v pšeničných otrubách, neváže vodu a nedochází k její fermentaci. Z tohoto důvodu nedisponuje probiotickými vlastnostmi. Pšeničné otruby působí na změkčení stolice a zvýšení jejího objemu prostřednictvím jiného mechanismu. Částice hrubé vlákniny dráždí střevní stěnu, což vede k vyššímu uvolňování vody z organismu do střevního lumene (Matušková, 2022).

Denní doporučená dávka vlákniny pro děti je vyjádřena vzorcem: věk dítěte v rocích + 5, výsledná hodnota je v gramech. Tedy např. pokud je dítěti 6 let, je výsledná doporučená denní dávka vlákniny 10 g. Tento vzorec se používá pro děti ve věku dvou let a starší (Klíma, 2016).

Bohatým zdrojem vlákniny s vysokým obsahem vody je ovoce a zelenina například jablka, hrušky, rybíz, angrešt, banány, švestky, meruňky, mrkev, kapusta, brokolice, zelí, hrášek, špenát (Stožický a Sýkora, 2015).

Sušené ovoce je populární díky své výrazné sladké chuti. Během sušení se z ovoce odpařuje voda a zůstává suchý plod, který je bohatý na vlákninu. Jednou z nevýhod sušeného ovoce je jeho vysoký obsah energie a zejména cukru, což může být nežádoucí zejména pro malé děti (Výživa dětí v praxi, 2019).



Obiloviny jsou základem mnoha potravin a obecně se dá říci, že až 75 % jejich obsahu tvoří polysacharidy, především vláknina a škrob. Vaření zlepšuje stravitelnost škrobu. Způsobují zvýšení hmotnosti stolice, urychlují průchod střevy a ovlivňují mikroorganismy ve střevě. Celozrnný výrobek je vyroben z mouky, která obsahuje všechny tři části obilného zrna, tedy otruby, klíček a endosperm. Dětem by měly být podávány celozrnné výrobky až po dosažení věku dvou let. V příloze č. 1 a v příloze č. 2 je uvedený jídelníček pro děti na dva dny. Při konzumaci většího množství celozrnných výrobků, včetně vlákniny, je také doporučeno dbát na dostatečný příjem tekutin. V případě nedostatku tekutin by mohlo dojít k opačnému účinku, což by mohlo zhoršit potíže s obtížným vyprazdňováním (Výživa dětí v praxi, 2019).

Luštěniny, známé také jako zralá suchá semena luskovin, představují bohatý zdroj rostlinných bílkovin, minerálů, vitamínů a také obsahují vysoké množství vlákniny. Luštěniny často chybí v jídelníčku a jsou relativně málo oblíbené. V našem regionu jsou nejčastěji konzumovány tyto druhy luštěnin: čočka, fazole, hrách a sója (Anděl et al., 2016).

Čokoláda je velmi oblíbená potravinou jak mezi dětmi, tak i mezi dospělými. Předpokládá se, že čokoláda způsobuje ztuhnutí stolice a přispívá ke vzniku zácpy. V případě, že dítě trpí zácpou, by měla být vynechána z jídelníčku (Fraňková et al., 2015).

Významným zdrojem minerálních látek, především vápníku je mléko a výrobky z něj. Zaživací problémy u kojenců často způsobuje přechod z mateřského mléka na umělou kojeneckou výživu. Alergická reakce na bílkovinu z kravského mléka může být dalším faktorem, který se podílí na vzniku zácpy (Pompa, 2018).

Mateřské mléko je první potrava, kterou novorozenec pozná, a pravděpodobně má pozitivní účinek na prevenci zácpy u kojenců. Složení mateřského mléka, které obsahuje lehce stravitelné bílkoviny, zejména syrovátku, má vliv na měkčí konzistenci stolice u dětí. Naopak kravské mléko obsahuje vyšší podíl hůře stravitelných kaseinových bílkovin, což způsobuje tužší stolicu a zvyšuje riziko zácpy. I když by se mohlo zdát, že kozí mléko je vhodnou alternativou, bílkoviny v kozím mléku jsou podobné bílkovinám v kravském mléku, a proto se nedoporučuje nahrazovat mateřské mléko kozím mlékem. Z toho vyplývá, že děti, které jsou kojeny, mají nižší výskyt problémů se zácpou, na rozdíl od dětí, které jsou kojeny umělou kojeneckou výživou, v případě které je výskyt obtíží se zácpou vyšší (Lukáš et al., 2022).

Potřeba tekutin se v průběhu života mění a závisí na různých faktorech, jako je pohlaví, věk, hmotnost, složení těla a úroveň fyzické aktivity. Při výpočtu příjmu tekutin by měly být zahrnuty nejen konzumované nápoje, ale také voda obsažená v potravinách, zejména v polévkách, ovoci, zelenině a mléku. Pro dospělé se doporučuje příjem tekutin kolem 30 ml na kilogram tělesné hmotnosti denně. V příloze č. 3 je uvedena denní potřeba z hlediska dětského věku. U dětí je množství tekutin závislé na věku. Obecně se doporučuje zvýšený příjem tekutin u lidí trpících zácpou. Je nutné zvýšit příjem tekutin bez ohledu na to, zda máte pocit žízně (Kolář, 2020).

Mezi vhodné nápoje patří voda z pramene nebo minerální voda, ovocné a bylinné čaje a čerstvé ovocné či zeleninové nápoje. Na druhou stranu bychom měli omezit konzumaci černého čaje, kakaa, limonád a všech slazených nápojů (Müller, 2019).

Při léčbě zácpy dává mnoho rodičů svým dětem ovocné džusy. Předpokládá se, že zvažování podávání džusů pramení z faktu, že nadměrná konzumace ovocných džusů u dětí je spojena s výskytem průjmů. Minimálně polovina obsahu by měla být tvořena ovocnou nebo zeleninovou složkou (Marotz, 2015).

Během prvních 12 měsíců se dětský organismus postupně přizpůsobuje vnějšímu prostředí a dochází k postupnému dozrávání jednotlivých orgánů a orgánových soustav. V trávicím systému kojenců dochází také k tomuto přizpůsobování. Jeho nezralost může způsobovat různé symptomy, které nemají organickou příčinu a obvykle neohrožují život kojence, ale snižují kvalitu jeho života. Jedná se o gastrointestinální obtíže, mezi které se řadí i zácpa s 15 %, která je na třetím místě. Hlavním přístupem k řešení je uklidnění a edukace rodičů, zejména o tom, že tyto obtíže mají přechodný charakter a že existují prostředky pro zmírnění příznaků, včetně speciálních kojeneckých mlék (Ježek, 2021).

#### ***1.4.4 Pohybová aktivita dětského pacienta se zácpou***

Děti, které se nepravidelně pohybují, mají mnohem větší tendenci trpět zácpou než ty, které mají pravidelnou a dostatečnou fyzickou aktivitu. Proto se doporučuje častěji chodit se svým dítětem na procházky a hledat vhodné místo, jako je park, hřiště nebo zahrada, kde se mohou bezpečně a bez obav pohybovat. Problém dnešní populace, zejména adolescentů, je ten, že přijdou domů ze školy, sednou k počítačovým hrám

či mobilním telefonům a většina z nich zůstane u této činnosti po celý den (Sigmund a Sigmundová, 2021).

Je nezbytné, aby i učitelé tělesné výchovy podporovali pohybovou činnost a poskytovali dětem základní dovednosti, které budují jejich pohybový repertoár a umožňují jim tak zapojit se do různých forem her, sportů a dalších pohybových aktivit (Sekot, 2019).

Aktivita v učebním plánu jsou navrženy tak, aby byly zdraví prospěšné, a konečným cílem pro studenty je vytvořit si závazek k pravidelnému cvičení a fyzické aktivitě. Předpokládá se, že většina dětí může dosáhnout zdraví prospěšné úrovně zdatnosti pravidelným zapojením do intenzivní nebo středně intenzivní pohybové aktivity (Kliziene et al., 2021).

#### ***1.4.5 Prevence dětského pacienta se zácpou***

Je doporučeno pokračovat v některých léčebných opatřeních i poté, co je obnovena pravidelná defekace, aby se předešlo vzniku zácpy nebo jejímu opětovnému výskytu. Rodiče by měli i nadále sledovat pravidelnost stolice u dětí a pokud se objeví potíže, měli by včas kontaktovat praktického pediatra a podle doporučení terapeuta jednat. Je podstatné dodržovat doporučení pro zdravý životní styl, jako je dostatek pohybu, pravidelný příjem tekutin (včetně pití i ve škole), vyvážená strava s dostatkem vlákniny (ovoce a zeleninou) a omezení konzumace sladkostí a bílého pečiva (Lynn a Marotz, 2014).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1:** Zjistit, jaké aspekty v ošetrovatelské anmnéze sestry zjišťují v souvislosti se zácpou u dětských pacientů.

**Cíl 2:** Zjistit, jaké intervence využívají sestry u dětských pacientů se zácpou.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka 1:** Jaké aspekty sestry zjišťují u dětských pacientů se zácpou?

**Výzkumná otázka 2:** Jaké intervence sestry provádějí u dětských pacientů se zácpou?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

K získávání dat bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor probíhal se sestrami, které pracují na dětském oddělení. Výzkumné šetření jsme prováděli v Nemocnici Jihlava a v Nemocnici České Budějovice. Data byla shromážděná v únoru roku 2024.

Před začátkem rozhovoru byly všechny respondentky, které poskytly rozhovory, informovány o účelu rozhovorů, tématu bakalářské práce a cílech výzkumného šetření. Dále byly ujištěny, že jejich jméno nebude nikde zveřejněno a výzkumné šetření bude anonymní. Sběr dat byl prováděn až po získání písemného souhlasu u hlavních sester nemocnic. Originální souhlasy jsou součástí přílohy této práce.

Respondentkám bylo položeno 12 otázek (Příloha 3), na které mohly otevřeně odpovídat. Výzkumné šetření se uskutečnilo vždy po telefonické domluvě se staniční sestrou dětského oddělení. Rozhovor byl zaměřený na téma Zácpa jako ošetrovatelský problém u dětí. Na začátku rozhovoru byl vymezen čas na identifikační údaje. Ve zbylé části se otázky týkaly problematiky zácpy v dětském věku.

Každý rozhovor trval přibližně 15 minut a byl nahráván na zvukový záznam po ústním souhlasu respondentů. Nahrávky byly poté přepisovány do elektronické podoby pomocí programu Microsoft Word. Dále byly výsledky zpracovávány pomocí otevřeného kodování metodou tužka a papír.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor se skládal z 10 respondentek s různou délkou praxe v oboru. 5 respondentek bylo osloveno v nemocnici České Budějovice a zbylých 5 v nemocnici Jihlava na dětském oddělení. Pro zachování anonymity respondentek jsme je identifikovali pomocí písmene S a číselného označení 1–10.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných sester

Sestra	Pohlaví	Vzdělání	Obor	Délka praxe
S1	žena	vyšší odborná škola	dětská sestra	20 let
S2	žena	střední zdravotnická škola	praktická sestra	7 let
S3	žena	vysoká škola bakalářské studium	dětská sestra	30 let
S4	žena	vysoká škola magisterské studium	dětská sestra	30 let
S5	žena	vysoká škola bakalářské studium	dětská sestra	3,5 roku
S6	žena	vysoká škola bakalářské studium	všeobecná sestra	4 roky
S7	žena	vysoká škola magisterské studium	dětská sestra	9 let
S8	žena	vyšší odborná škola	dětská sestra	22 let
S9	žena	vysoká škola magisterské studium	všeobecná sestra	26 let
S10	žena	vyšší odborná škola	všeobecná sestra	11 let

(Zdroj:vlastní)

Výše uvedené údaje (viz Tabulka 1) nám zobrazují identifikační informace deseti sester, se kterými probíhal rozhovor v rámci naší studie. Všechny respondentky byly ženského pohlaví. Délka praxe v nemocnici na dětském oddělení se pohybovala od 3 do 30 let. Bylo osloveno 6 sester s vysokoškolským vzděláním, 3 s vyšším odborným vzděláním a 1 se středoškolským vzděláním. Z celkového počtu bylo 6 dětských sester, 3 všeobecné sestry a 1 praktická sestra.

#### **4.2 Vyhodnocení rozhovorů s respondenty**

Po analýze získaných dat nám vzniklo celkem šest kategorií. Kategorie Věk dětí se zácpou, Faktory vyvolávající zácpu, Nefarmakologický postup léčby, Edukace dítěte, Záznam do ošetřovatelské dokumentace, Vliv psychiky na dané onemocnění.

#### 4.2.1 Kategorie 1: Věk dětí se zácpou

Schéma 1 ke kategorii Věk dětí se zácpou



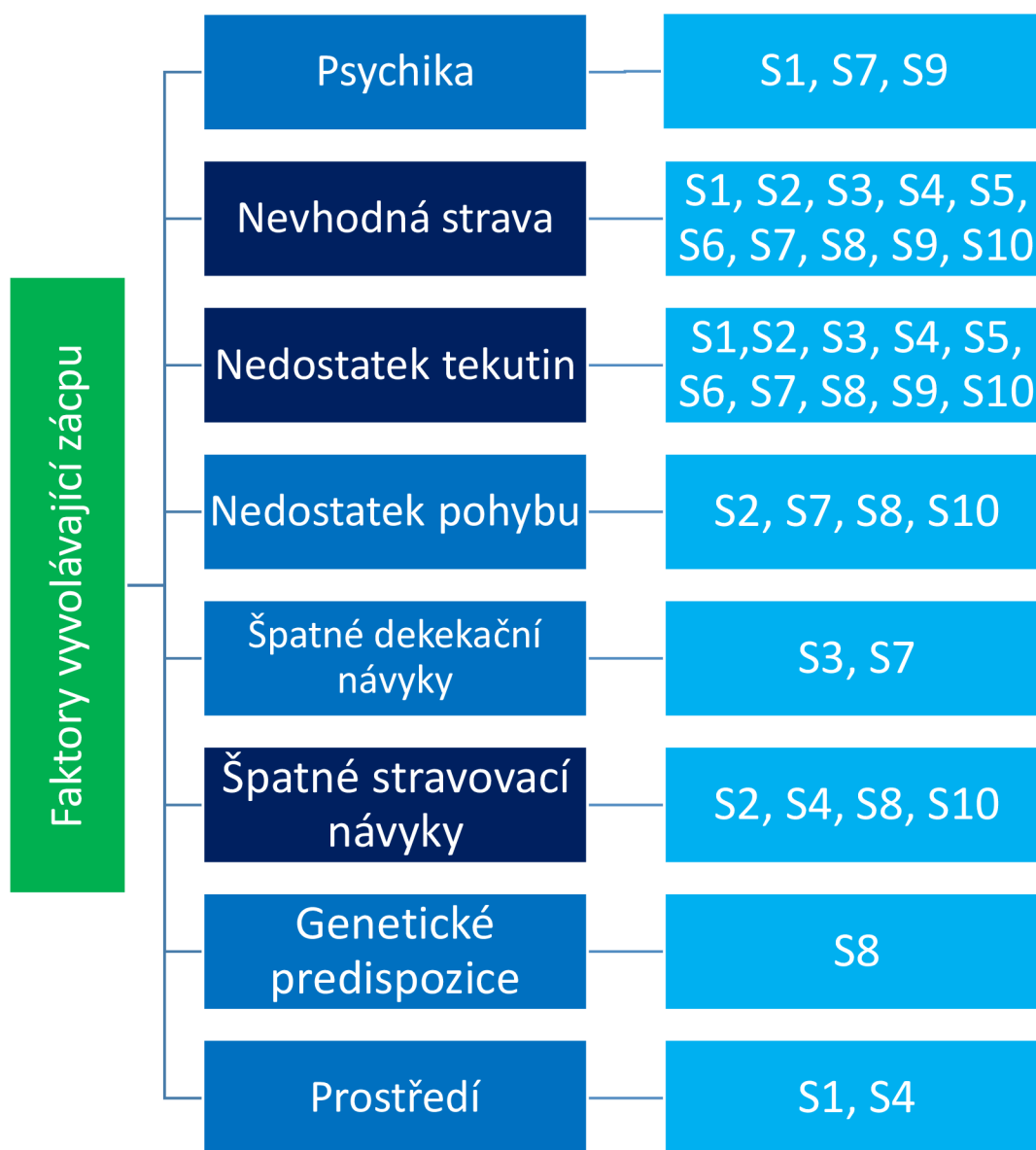
(Zdroj: vlastní)

V této kategorii jsme zjišťovali nejčastější věk dětí trpících zácpou, se kterými se sestry setkávají na odděleních. Zeptali jsme se tedy sester na otázku: „*U jaké dětské věkové kategorie se se zácpou nejčastěji setkáváte?*“. Odpovědi byly velice rozmanité od všech respondentek. Sestry S2, S3, S6, S7, S8, S9 a S10 uváděly věkové rozmezí od 6 až do 14 let. Respondentky S6, S8 a S10 zahrnuly do věkové skupiny i období dospívání. Sestry S1, S4 a S5 uváděly děti předškolního věku. Pouze u jedné respondentky S3 bylo zmíněno, že se setkává i s mladšími dětmi, a to v období batolecím, sestra zmínila: „*V poslední době jsem se setkala i s dětmi v batolecím věku, které měly problém dlouhodobý, ale stále převažuje období puberty, těchto dětí je teď opravdu spousta.*“



#### 4.2.2 Kategorie 2: Faktory vyvolávající zácpu

Schéma 2 ke kategorii Faktory vyvolávající zácpu



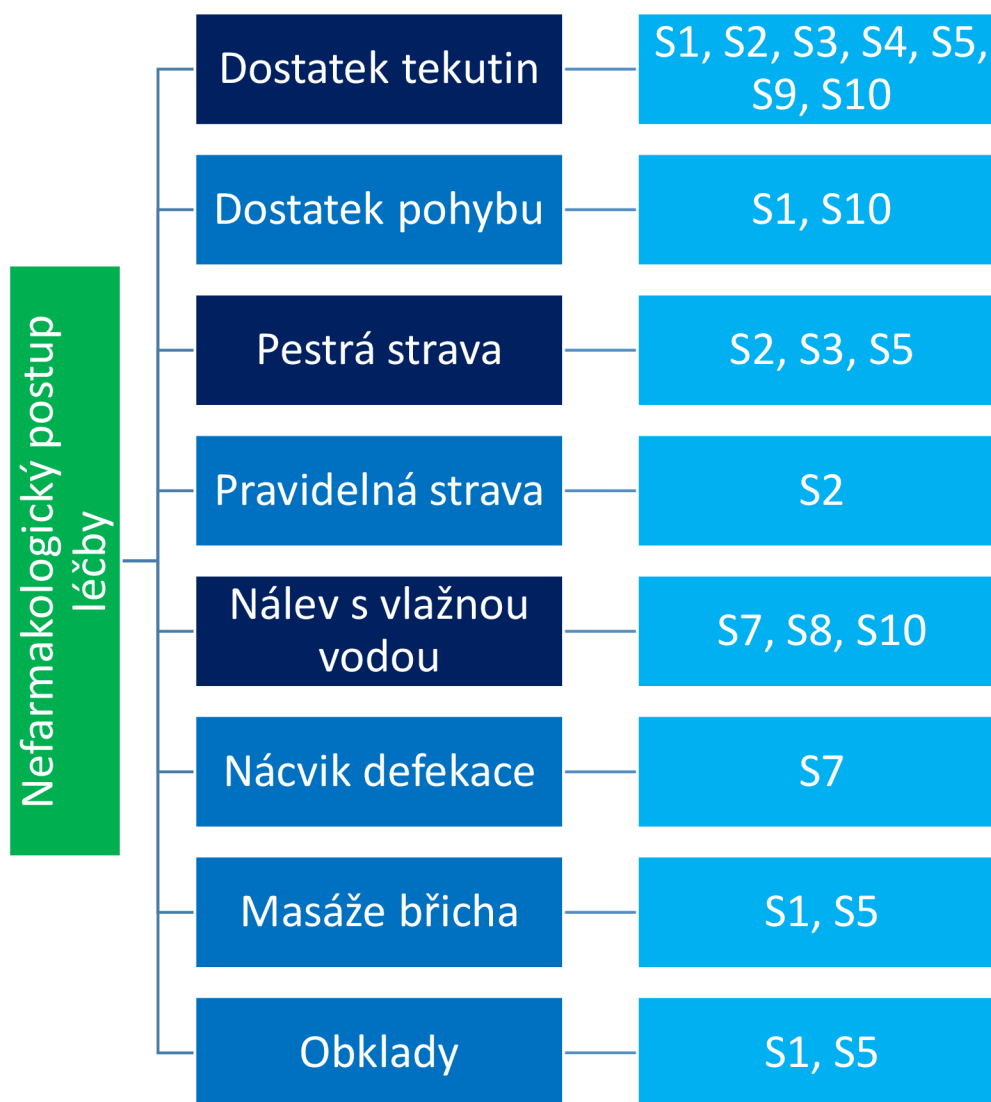
(Zdroj: vlastní)

V kategorii 2 jsme se zaměřili na faktory vyvolávající zácpu u dětí v běžném každodenním životě. Zeptali jsme se tedy sester na otázku: „*Jsou nějaké faktory, které si myslíte, že u dětí nejvíce vyvolávají zácpu?*“ Respondentky začaly okamžitě vyjmenovávat hlavní faktory zácpy. Všechny dotazované sestry S1–S10 uvedly faktor nevhodná strava a nedostatek tekutin. Ve schématu jsme zvýraznili hlavní faktory zácpy jako je nevhodná strava, nedostatek tekutin a špatné stravovací návyky. Na faktor nevhodná strava sestra S1 odpověděla: „*V dnešní době je ani ne půlka dětí, které se stravují vhodně, děti mají ve svém denním jídelníčku zahrnuto spoustu sladkého jídla*

a hlavně smaženého. Setkávám se s rodinami, které místo nedělního oběda zajdou s dětmi do rychlého občerstvení, kde jim koupí hamburgry, hranolky a další nezdravá jídla. Dětem poté chybí ve stravě hlavně vláknina, která podporuje vyprazdňování.“ U faktoru nedostatek tekutin se sestry také pozastavovaly. „Většina dětí nedodrží pravidelný pitný režim. Sestra S3 zmiňuje: „Do pití je musím nutit. I když leží na oddělení rodič s dítětem, stále tam tento faktor vážne. Pravidelně za nimi docházím a upozorňuji na tento problém.“ I ostatní sestry uváděly, že většinu dětí musí nutit k dodržování pitného režimu během celého dne. Sestry S2, S7, S8 a S10 uváděly nedostatek pohybu. Respondentka S8 zmínila: „Pohyb dětí je v dnešní době dosti zanedbatelný, děti, které pravidelně nesportují, nejsou naučené na dostatečný pohyb ať už se jedná alespoň o procházky s rodinou či jízda na kole za hezkého počasí nebo kolečkových bruslích. V zimě je možnost bruslení, lyžování. Setkávám se s dětmi, které ty to koničky neznají a ani nemají snahu se zimními sporty začít. Bohužel z velké části je to vlivem jejich rodiny.“ Sestry S2, S4, S8 a S10 se shodly na špatných stravovacích návicích. „S tímto problémem mají problém hlavně děti v období puberty, nedodrží stravování pětkrát denně, stačí jim strava dvakrát denně a to mnohdy ještě sladké. Velký vliv ve stravování dětí mají rodiče. Jedná se také o nedostatek času na jejich děti s čímž opět souvisí strava a pitný režim. Rodiče jsou skoro celý den v práci, přichází domů k večeru, někteří pozdě večer a kolikrát už nemají energii dětem připravovat výživnou večeři a svačinu na další den do školy.“ uvedla sestra S4. Respondentky S1, S7 a S9 zmínily psychiku, která bude dále rozebrána v kategorii 6. Sestry S3 a S7 uvedly špatné defekační návyky. „Děti nechtějí ve škole chodit na záchod, stydí se před kamarády. Ráno většinou z časového hlediska nestíhají či nemají potřebu. Tímto už mají rozházené defekační návyky a problém s vyprazdňováním začíná.“, uvedla S7. Sestry S1 a S4 uváděly prostředí. „Jedná se hlavně o dovolené, prostředí ve škole či dokonce u prarodičů, za kterými děti dost často po škole docházejí.“, zmínila S1. Jediná sestra S8 uvídí faktor genetické predispozice.

### 4.2.3 Kategorie 3: Nefarmakologický postup léčby

Schéma 3 ke kategorii Nefarmakologický postup léčby



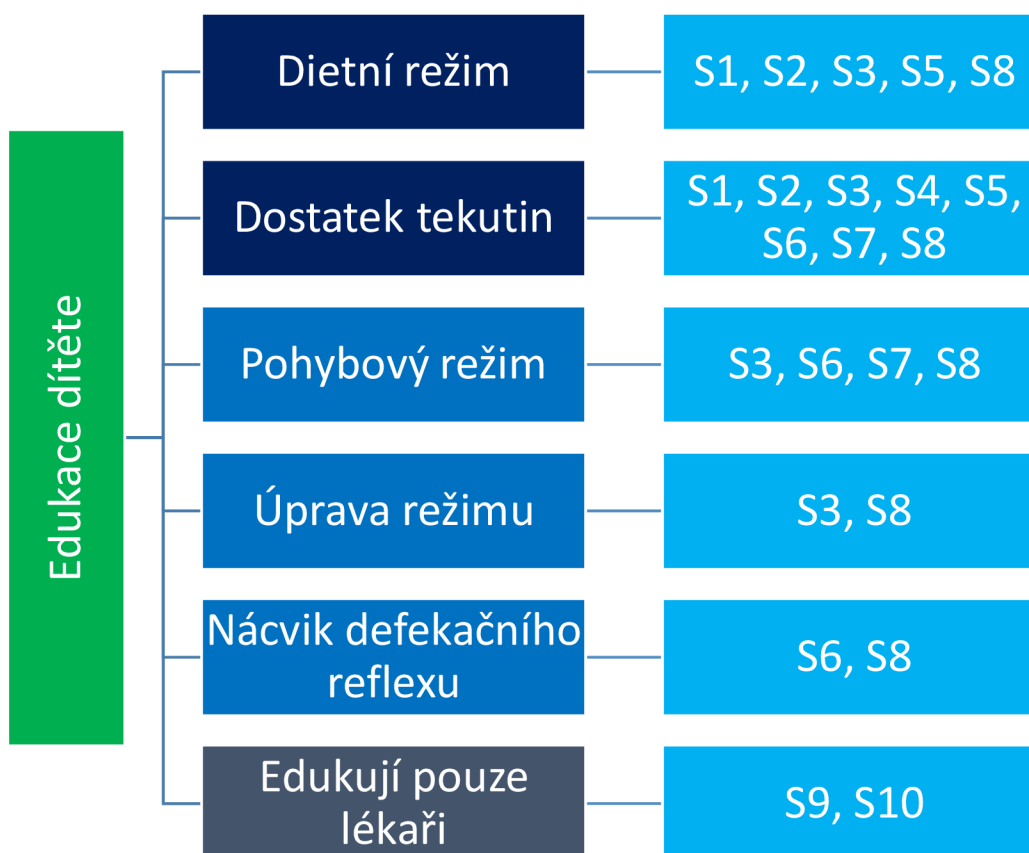
(Zdroj: vlastní)

V kategorii 3 jsme se zabývali tím, jaký nefarmakologický postup léčby sestry provádějí. Pro zjištění informací jsme se zeptali respondentek na otázku: „*Jaký nefarmakologický postup léčby u dítěte se zácpou provádíte?*“ Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S9 a S10 uvedly pravidelný a dostatečný příjem tekutin. Ve schématu jsme opět zvýraznili častý nefarmakologický způsob léčby, jedná se o dostatek tekutin, pestrou stravu a nálev s vlažnou vodou. „*Vždycky koukám na to, jak staré dítě u nás leží. Pokud leží na oddělení s rodičem, informuji hlavně rodiče o dostatečném příjmu tekutin. Když je na oddělení dítě*

samo, pravidelně za ním docházím, informuji ho a nabízím dostatek tekutin, buďto ovocné čaje, nebo vodu.“, uvedla respondentka S2. Respondetky S2, S3 a S5 odpověděly pestřejší strava. „Dětem nabízím hlavně dostatek vlákniny, pokud máme na oddělení ovoce, například jablka, dětem dávám nakrájené ke svačince dopolední i odpolední. Dost často odmítají, nejsou na tuto stravu z domova zvyklé, vždy si k nim sednu a pokusím se jim základ pestré stravy vysvětlit“ zmínila sestra S5. Sestry S7, S8 a S10 uvádí nálev s vlažnou vodou dle indikace lékaře. Sestry S1 a S10 dodaly dostatek pohybu. „Pokud děti neleží ve velkých bolestech břicha, snažím se je motivovat v dostatečném pohybu, když mi to umožní čas, procházím se s nimi po chodbě“ zmínila sestra S10. Respondentky S1 a S5 uvádí masáže břicha a střídavé obklady. „U nás v nemocnici je možné domluvit rehabilitační sestru, která dětem může provést či ukázat, jak správně masírovat bolestivé břicho u defekace, ne na každého to působí pozitivně, ale setkávám se s celkem slušnými výsledky. Dále dětem doporučuji střídavé horké a studené obklady, které mohou povzbudit činnost střev.“ zmínila respondentka S5. Jediná sestra S2 uvedla pravidelnou stravu a sestra S7 nácvik defekace, dodala: „Nácvik defekace je pro děti velice důležitý již od mala, děti kolikrát nevědí, že je důležité chodit na záchod vícekrát v týdnu, a myslí si, že jedenkrát za týden je optimální. Bohužel rodiče nemají kolikrát o svých dětech z hlediska vyprazdňování přehled a léčba začíná v pokročilejším stadiu. Na oddělení u kojenců a batolat se zácpou se zavádějí rektální rourky, které nebereme jako nefarmakologické léčení.“ Sestra S6 odpověděla na tuto otázku takto: „Nefarmakologický postup neprovádíme, provádíme pouze farmakologický dle ordinace lékaře. Zde se nejčastěji jedná o klyzma, či medikamenty.“

#### 4.2.4 Kategorie 4: Edukace dítěte

Schéma 4 ke kategorii Edukace dítěte

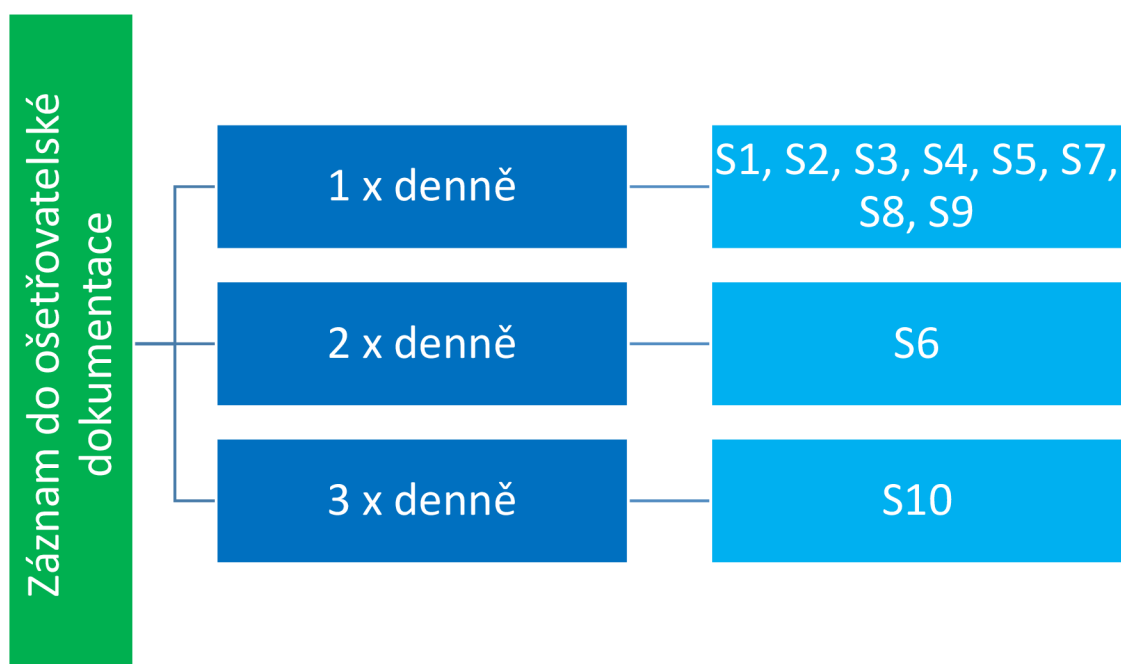


V kategorii 4 jsme zjišťovali edukaci dítěte z pohledu sester během hospitalizace. Položili jsme tedy respondentkám otázku: „*Jakým způsobem dítě edukujete ohledně daného problému během hospitalizace?*“. Ve schématu jsme zvýraznili nejčastější edukaci sester, jedná se o dietní režim a dostatek tekutin. Sestra S1 odpověděla na tuto otázku takto: „*Během hospitalizace si myslím, že děti needukujeme dostatečně. Dětem zvolíme dle ordinace lékaře dietní opatření, v případě, kdy jim rodina donese čokoládu, snažíme se informovat, že tato strava pro ně momentálně není vhodná. Vždy edukuji děti ohledně dostatku tekutin.*“ „*Hlavně se snažím informovat ohledně dostatečného pitného režimu, bohaté a vyvážené stravy. Pokud to jsou děti starší, pohrozím jim čípkem, vždy to zabere, děti začnou dostatečně pít, dodržovat dietní opatření a většinou se i vyprázdní.*“ uvedla S2. „*Určitě edukuji a myslím si, že dostatečně. Snažím se děti edukovat v přítomnosti rodičů, a to hlavně o úpravě režimu, co se týká stravování, vyprazdňování a dostatku pitného režimu. Také edukuji o pohybovém režimu, pokud děti sedí celý den u počítače, neprojedou se například na kole, nejdou s kamarády ven či nevykonají jakoukoliv*

*pohybovou aktivitu, problém se zácpou stále podporuji. Po edukaci se snažím dítěte ptát na otázky, abych si ověřila, zda chápe veškerá témata.“* odpověděla S3. *„Edukuji hlavně o pitném režimu.“* zmínila S4. *„Snažím se dětem vysvětlit důležitost pitného režimu a dostatku vlákniny ve stravě.“* uvedla S5. *„Edukuji o pitném režimu, vhodné stravě a dostatečném pohybu. Dále, co zmiňuji, je nácvik defekačního reflexu. Při pobytu v nemocnici každé ráno chodím za dětmi, které mají problém se zácpou, a posílám je po snídani na záchod. Rodinu informuji o donesení dítěti ovoce a zeleniny.“* zmínila S6. *„Edukuji slovně o pravidelném pohybu, dostatku tekutin, stravování s vlákninou a omezení sladkého.“* odpověděla S7. *„Edukace je to nejdůležitější, co můžeme dítěti v nemocnici dát, záleží, jak dlouho u nás leží. Snažím se je naučit nácvik defekačního reflexu a režimová opatření týkající se stravy, pohybu a pitného režimu.“* zmínila S8. Respondentky S9 a S9 uvedly, že edukaci neprovádí, prý to není v jejich kompetencích a přenechávají podávání informací lékařům.

#### 4.2.5 Kategorie 5: Záznam do ošetrovateľskej dokumentace

Schéma 5 ke kategorii Záznam do ošetrovateľskej dokumentace

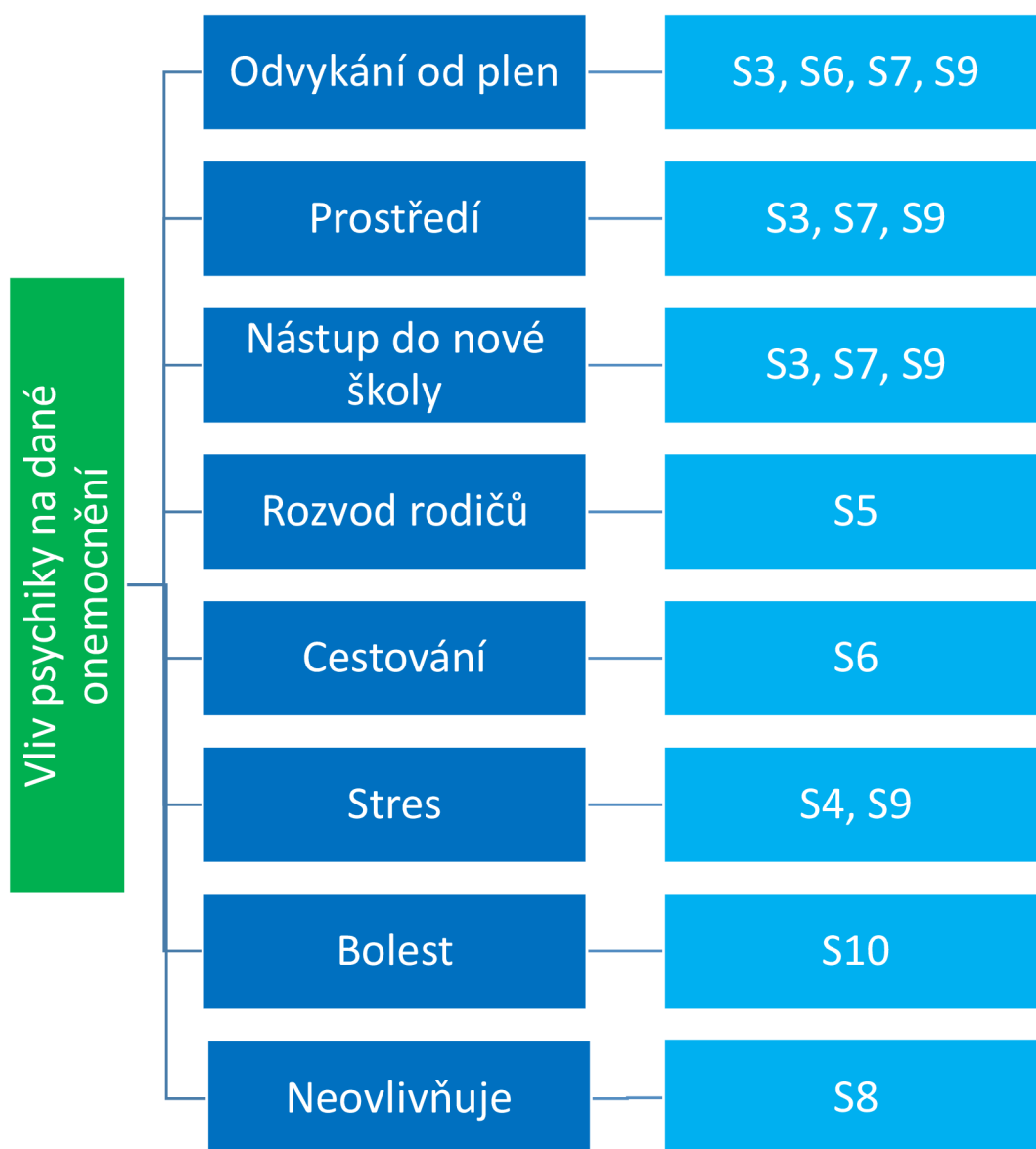


(Zdroj: vlastní)

Kategorie Záznam do ošetrovateľskej dokumentace se zabývala otázkou „*Jak často zaznamenávate do ošetrovateľskej dokumentace stolici dieťa?*“ Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9 uvedly, že stolice se zapisuje do dokumentace jednou denně, a to po příchodu nočních sester do služby. Respondetka S3 odpověděla: „*Zaznamenávají noční sestry plošně u všech pacientů dotazem, ale když dítě přijde v průběhu dne a nahlásí, že má například vzoreček stolice na vyšetření, tak to zapisujeme ihned.*“ Sestra S6 uvedla, že stolici zapisují 2x denně, jedná se o sestry na denní směně a poté na noční. Respondetka S10 zmiňuje: „*Pravidelně se dotazují, nejméně 3krát denně.*“

#### 4.2.6 Kategorie 6: Vliv psychiky na dané onemocnění

Schéma 6 Vliv psychiky na dané onemocnění



(Zdroj: vlastní)

V kategorii 6 jsme se dotazovali sester, zda si myslí, že má psychika vliv na dané onemocnění. Položili jsme jim tedy otázku: „Myslíte si, že psychika má velký vliv na zácpu?“ Respondentky S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9 a S10 odpověděly bez velkého rozmýšlení, že ano. Sestry S1 a S2 uvedly, že ano, ale na otázku proč nedokázaly odpovědět. Sestra S3 uvedla: „Dítě je schopné vyprázdnit se například jenom v různém prostředí, a to nejvíce domácím, nechce se vyprazdňovat před kamarády či cizími dětmi, tak radši nejde ve škole na záchod a stolicí zadržuje. Dítě dochází po škole na různé



*kroužky, po příchodu domů už nemá potřebu pro vykonání a toto se opakuje celé týdny kromě víkendů. Také si myslím, že se jedná o nástup do nové školy, dítě je vystaveno velké psychice, hledá si kamarády, před nimi nechce chodit na záchod a problém se zácpou začíná. Jako poslední věc, co zmíním, je odvykání od plen. Dítě nechce chodit na nočník, chce pleny, pokud mu nejsou dány, stolici zadržuje.“* Sestra S4 odpověděla ano a jako důvod uvedla, že děti se jí zdají více ve stresu, prý to je tím, že mají hodně věcí do školy. Sestra S5 uvádí jako hlavní vliv rozvod rodičů. *„Děti mají dva domovy, rodiče si najdou nové polovičky. Děti mají problém s vyprázdněním před cizími lidmi, i když se nachází v domácím prostředí.“* uvedla respondentka S5. Respondentka S6 zmiňuje cestování do jiné země a také přechod dítěte z plen na nočník. Sestra S7 zmiňuje: *Za mě rozhodně ano, psychika je hlavní faktor zácpy, a to zejména prostředí, děti se nechtějí vyprazdňovat ve školách, na kroužcích, u příbuzných. Dle mého názoru je chápu, říct například ve škole v hodině, že potřebuje akutně na záchod, poté delší dobu nepřichází, přijde do hodiny zpět a ostatní žáci se mu mohou posmívat, co tam dělal tak dlouho. S tímto případem jsem se setkala a pamatuji si na časy ve škole, kde někteří žáci řešili to samé. Také jsem slyšela případy, kdy se zácpa objevila u dětí při odvykání od plen. Dítě pláče, na nočník nebo záchod jít nechce, nevyprázdní se, má bolesti břicha, ale pokud se mu nedá zpět plena, což rodiče nechtějí polevovat, vytvoří si problém se zácpou. Je to složitá situace, co v tomto případě dělat. Rozhodně bych neváhala a poradila se s odborníkem.“* Sestra S9 udává odvykání od plen, prostředí, stres a také nástup do nové školy. Respondetka S10 zmiňuje: *„Malé dítě si spojí vyprazdňování s bolestí, proto stolici dost často zadržuje.“* Pouze S8 udává, že si nemyslí, že psychika má vliv na zácpu u dítěte.

## 5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským problémem na téma zácpa u dětí. Pravidelné vyprazdňování stolice považují za velice důležité. Obecně se zácpa charakterizuje jako změna konzistence stolice, obtížné vyprazdňování či změna frekvence. Často se vyskytuje v kombinaci s jinými obtížemi. Vzhledem k této různorodosti je zácpa často vnímána subjektivně a není možné jednoduše stanovit kritéria, která by přesně popisovala zácpu. S ohledem na tyto skutečnosti je důležité pohlížet na zácpu z celkové perspektivy a vnímat ji jako příznak, nikoliv jako samostatnou nemoc. Individuální přístup umožní určit specifické příznaky zácpy, zejména příznaky související s funkčními, organickými nebo psychologickými faktory.

Cílem této práce bylo zjistit, jaké aspekty v ošetrovatelské anamnéze sestry zjišťují v souvislosti se zácpou u dětských pacientů. Druhým cílem bylo zjistit, jaké intervence využívají sestry u dětských pacientů se zácpou. V souvislosti s danými dvěma cíli jsme si položili dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jaké aspekty sestry zjišťují u dětských pacientů se zácpou? Druhá výzkumná otázka: Jaké intervence sestry provádějí u dětských pacientů se zácpou? K získání dat byla využita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, které pracují na dětských lůžkových odděleních. Výzkumné šetření bylo prováděno v Nemocnici Jihlava a Nemocnici České Budějovice. Sběr dat probíhal v měsíci únoru roku 2024. Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na audio záznam po ústním souhlasu respondentů a následně doslovně přepisovány do elektronické podoby prostřednictvím programu Microsoft Word. Dále byly výsledky zpracovány pomocí otevřeného kodování metodou tužka a papír.

Výzkumný soubor se skládal z 10 sester s různou délkou praxe v oboru pracujících na lůžkových odděleních. Všechny respondentky byly ženského pohlaví. Délka praxe na dětských odděleních se pohybovala od 3 do 30 let. Bylo osloveno 6 sester s vysokoškolským vzděláním, 3 s vyšším odborným vzděláním a 1 se středoškolským vzděláním. Z celkového počtu bylo 6 dětských sester, 3 všeobecné sestry a 1 praktická sestra. Na začátku praktické části jsme si sestavili 6 kategorií: Věk dětí se zácpou, Faktory vyvolávající zácpu, Nefarmakologický postup léčby, Edukace dítěte, Záznam do ošetrovatelské dokumentace a Vliv psychiky na dané onemocnění, ze kterých jsme vycházeli.

V praktické části jsme se zabývali tím, jaké aspekty v ošetřovatelské anamnéze sestry zjišťují v souvislosti se zácpou u dětských pacientů. Otázky byly zaměřené na věk dětí, faktory vyvolávající zácpu a vliv psychiky na dané onemocnění. Nejprve jsme se zeptali respondentek, jaký je nejčastější věk dětí trpících zácpou. Sedm dotazovaných sester se shodlo na věku starší školní věk, tři sestry, které uvedly starší školní věk, zahrnuly i období dospívání. Další tři sestry uváděly období předškolního věku. Pouze u jedné respondentky bylo zmíněno, že se setkává i s dětmi mladšími, a to v období kojeneckém. V literatuře od Stožického a Sýkory (2015) je uvedeno, že poruchy defekace jsou často komplikací, která se vyskytuje v jakémkoliv věku od kojeneckého období až po adolescenty. Projevy poruchy vyprazdňování závisí na dětském růstu a vývoji, který je v neustálém v procesu vývoje. Pokud mají děti v kojeneckém věku problém se zácpou, mají vyšší riziko k obnově zácpy ve starším dětském věku. Rodiče by měli být poučeni a dbát na jejich stravu či denní aktivitu. Je důležité děti podporovat a v případě problému vyhledat odbornou pomoc. Dle Kočvara a Drlíka (2023) bylo zmíněno, že handicapované, ležící či málo pohyblivé děti mají daleko větší sklon k zácpě, bez ohledu na rozdílnost věku. Jako důvod uvádí, že děti s těžším postižením jsou upoutané na lůžku či na vozíčku. Přes den mají minimální pohybovou aktivitu, měla by se podávat velmi pestrá strava se spoustou vlákniny, aby se předcházelo riziku zácpy. Pokud se problém objeví, měl by se co nejdříve konzultovat s odborníky a měla by se nasadit terapie na podporu defekace. Levy et al. (2017) uvádí nejvyšší výskyt zácpy mezi 2. a 4. rokem, kdy začíná učení na nočník. Na rozdíl od dospělé populace, kdy je zácpa výraznější u žen, jsou údaje o rozdílech mezi pohlavími u kojenců a dospívajícími nejasné. Na otázku: „Jsou nějaké faktory, které si myslíte, že u dětí nejvíce vyvolávají zácpu?“ nám všechny respondentky odpověděly nedostatek tekutin a nevhodná strava. Dále čtyři sestry zmiňují nedostatek pohybu a špatné stravovací návyky, tři udávají psychiku, dvě špatné defekační návyky a prostředí, pouze jedna zmiňuje genetické predispozice. Překvapilo nás, že nedostatek pohybu zmínily pouze čtyři sestry, myslíme si, že pohyb u dětí je nezbytně důležitý. Sekot (2019) ve své literatuře uvádí nezbytnost pohybových aktivit ve školách, je důležité, aby učitelé tělesné výchovy podporovali děti k pohybu, naučili je základy pravidelného dostatečného pohybu i mimo školu, ať už se jedná o procházky s rodinou v přírodě či s kamarády. Také by měli zjistit pohybové nadání dítěte, povzbudit ho a doporučit vhodný kroužek, které by dítě mohlo navštěvovat ve svém volném čase. Sestry zmiňují, že faktory jsou vypsány v osobní anamnéze dítěte, které zjišťuje lékař při příjmu dotazováním se rodičů či dítěte

v závislosti na věku. Sestra S1 má k tomu jisté výhrady: „*Mnohdy se stane, že lékař veškeré faktory při příjmu nestihne zaznamenat, či rodiče neuvedou, některé objevíme až právě my sestry. S dítětem přicházíme do kontaktu po celou směnu, docházíme se dotazovat, zda je vše v pořádku či něco nepotřebuje. U rozhovoru s dítětem můžeme zjistit ostatní příčiny, které problém zácpy mohou vyvolávat.*“ Literatura Ho a How (2020) uvádí, že v dnešní době mají rodiče zaplaceného pečovatele, který o dítě pečuje v nepřítomnosti rodičů, kteří jsou mnohdy déle v práci, na pracovních cestách, netráví s dětmi tolik času, aby znali jejich denní režim při vyprazdňování. Proto je důležité v případě této situace kontaktovat pečovatele alespoň po telefonu a zeptat se na důležité faktory, které doktor ke své anamnéze potřebuje. Dle Velemíského (2019) je uvedeno, že v populaci je nižší příjem potravy s vlákninou, než je doporučováno. Rodiče by měli jít dětem příkladem, správnou životosprávu by si nemělo osvojit pouze dítě, ale celá jeho rodina. Fraňková (2015) ve své literatuře uvádí jako velký problém čokoládu, která je v dnešní populaci velmi oblíbená. Pokud dítě trpí zácpou, měla by být vyřazena z jídelníčku nebo alespoň omezena v co nejmenší množství. V šesté kategorii jsme se dotazovali sester, zda si myslí, že má psychika vliv na dané onemocnění. Děvet respondentek bez velkého rozmýšlení uvedlo, že ano. Pouze jedna sestra uvádí, že psychika zácpu neovlivňuje. Lebl (2014) uvádí, že má psychický stav dítěte významný vliv na tyto problémy. Jako problém psychiky sestry nejvíce uvádí odvykání od plen, prostředí a nástup do nové školy. Na odvykání od plen se sestry v názorech shodují. Uvádí, že je to pro dítě velice důležitý krok do života, od narození byly zvyklé vykonávat svoji potřebu do plen, poté se začnou posazovat na nočníky, dětem se to nelíbí, nevědí, co dělat, jsou zmatené a mohou být vystavené velkému stresu a nátlaku ze strany rodiny. Některé děti si na změnu zvyknou, jiné plakají, na nočníku sedět nechtějí, nevyprázdní se až několik dní, bolí je břicho. Rodiče si neví rady, co s nimi, nějací neodolají a plenu jim dají zpět, jiní začnou konzultovat problém s odborníky a snaží se problém vyřešit co nejdříve. I pro rodiče to znamená období plného stresu. Dále sestry zmiňují rozvod rodičů, cestování a stres. Dle našeho názoru má psychika významný vliv na problémy se zácpou. Děti jsou vystavené každodennímu stresu, což se týká školy, kde jako hlavní faktor udáváme psaní testů, vysoké požadavky na domácí přípravu, cestování mezi prarodiči z důvodu časové vytíženosti rodičů či rozvod rodičů, který je v dnešní době častější než v předchozích letech. D'Onofrio a Emery (2019) uvádí, že dnes žije pouze kolem 60 % dětí se svými ženatými biologickými rodiči, děti se musí seznámit a naučit se vytvářet domácí prostředí s pro ně doposud cizími lidmi. Pro některé děti je to velice

náročné, nechtějí se seznamovat, stydí se, v domácím prostředí nemají pocit bezpečí jako předtím, dost často chtějí navštěvovat více prarodiče, u kterých se mnohdy cítí lépe. Tento problém prožívají spíše starší děti, děti mladší si zvykají lépe a dokáží si vytvořit pevnější citové vazby

Při rozhovorech s respondentkami jsme se dotazovali zda děti, které mají problém se zácpou dlouhodobý, podstupují konzultace psychologa či psychiatra během hospitalizace,. Šest sester odpovědělo ano, shodly se, že první volba je vždy psycholog, pokud problémy přetrvávají stále a horší se, dojde na psychiatrické konzilium, kde jim předepisují léky po domluvě s rodiči. Dvě sestry bez velkého rozmýšlení udávaly odpověď ne. Zbylé dvě sestry si nebyly jisté, nikdy se s takovou situací nesetkaly. Dle literatury Ploier a Janda (2015) je dost často zácpa způsobena rodinnými problémy. Psychologické terapie respondentky považují za užitečné pro úspěšnou léčbu a prevenci zácpy.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké intervence využívají sestry u dětských pacientů se zácpou. Nejprve jsme se zeptali respondentek, jaký nefarmakologický postup léčby u dítěte se zácpou provádí. Sedm respondentek bez váhání uvedlo pravidelný a dostatečný příjem tekutin. Jako další intervence sestry zmiňují dostatek pohybu, pravidelná a pestrá strava, nálev s vlažnou vodou, nácvik defekace, masáže břicha a obklady. Pouze jedna respondentka uvádí, že provádí pouze farmakologické postupy dle ordinace lékaře. Tochtermann (2018) ve své literatuře navíc zdůrazňuje zaujmutí vhodné polohy, kdy by měla být stehna přitlačena k břichu a tělo je celkově v předklonu. Poloha je prý nejvýhodnější pro použití břišního lisu a pro podporu defekace. Dle Lukáše (2022) léčba dětské zácpy zahrnuje postupné opatření nezbytná pro dosažení úspěšného výsledku a regulaci stolice. Mezi jednotlivé fáze zahrnuje informování rodičů i dítěte s ohledem na jeho věk, psychologickou a behaviorální terapii, úpravu stravy dítěte a případné použití léčivých prostředků. V další otázce jsme se zabývali tím, jakým způsobem dítě v nemocnici edukují ohledně daného problému během hospitalizace. Odpovědi byly velice rozmanité a různorodé. Všechny respondentky se shodly na slovním edukování. Dvě sestry uvedly, že edukace není v jejich kompetencích a přenechávají podávání informací lékaři. Dle Hanouska (2019) má sestra právo poskytovat edukace o ošetrovatelských postupech a připravovat informační brožury. V případě indikace lékařem má právo poskytovat edukaci o terapeutických a diagnostických postupech. Osm respondentek zmiňuje edukaci ohledně dostatku tekutiny. Dále sestry uvádí dietní

opatření, pohybový režim, úpravu režimu a nácvik defekačního reflexu. Dle Chadwicka (2020) je důležité rodičům zdůraznit, že léčba bude trvat několik měsíců a je nutné dodržovat veškerá opatření po celou dobu léčby. Rodičům doporučujeme velký důraz na bezpečnost léčby bez vybudování závislosti na lécích. Velmínský (2019) zmiňuje, že je důležité klást velký důraz na osvojení životosprávy celé rodiny, jídelníček by měl obsahovat potraviny bohaté na vlákninu. Literatura De Geuse at al. (2023) udává edukaci motivující metodou zapojení dítěte do léčby, kdy je možné sledovat úspěšnost léčby, dítě může přilepit samolepku ke dni, ve kterém bylo vyprázdnění úspěšné. Gurková a Zeleníková (2017) zmiňují ke správné edukaci vynikající komunikaci zdravotníka. Je to součást každodenní práce zdravotní sestry. Zmiňují mnoho příležitostí pro trénink komunikačních dovedností prostřednictvím kurzů a seminářů. Také jsme se zajímali o to, jak často zaznamenávají do dokumentace stolici dítěte. Osm sester odpovědělo jedenkrát denně, a to při noční službě. Jedna sestra odpověděla dvakrát denně, zde se jedná o sestry na denní směně a sestry na noční směně. Desátá respondentka uvádí dotazování minimálně třikrát za den. Dle našeho názoru bychom volili dotazování nejméně třikrát denně, dotazování jedenkrát denně u dětí s problémem zácpy nám přijde málo. Dětem je potřeba stále zdůrazňovat, že vyprazdňování stolice je jedna z našich základních potřeb v životě. Mnohdy se za zácpu stydí, nerady se baví o tomto tématu s rodinou či se stydí sestrám říci o vyprázdnění. Z tohoto důvodu je nutné pravidelné dotazování, zase bychom se neměli ptát ale pokaždé, co vstoupíme za dítětem do pokoje. Je potřeba nejprve rozvinout konverzaci, jak se dnes cítí, co dělá rád ve volném čase, jaký předmět má nejradši ve škole, a poté až se dotazovat na faktory týkající se zácpy. Tyto děti by měly být umístěny nejlépe samostatně na pokoji, aby měly k vyprázdnění svůj klid a nestyděly se probírat s personálem témata související s problémem.

Zácpa je velmi diskutované téma v dětské populaci, a proto by výsledky naší bakalářské práce mohly být využity jako edukační materiál pro sestry na dětském oddělení, pro dětské pacienty k rozšíření dalších potřebných informací, správného režimu a životosprávy.

## 6 Závěr

Tématem této bakalářské práce byla zácpa jako ošetrovatelský problém u dětí. V případě, že se u dětí objeví zácpa, je důležité, aby rodiče vyhledali pomoc odborníků a nesnažili se řešit problémy sami doma, neboť by mohli situaci ještě zhoršit. Obstipaci je třeba řešit individuálně a s velmi odbornou podporou. V teoretické části se zabýváme anatomíí a fyziologií tlustého střeva, definicí a charakteristikou dětské zácpy, terapií nefarmakologickou i farmakologickou a ošetrovatelskou péčí o dítě se zácpou, kam zahrnujeme edukaci, výživu dětského pacienta, pohybovou aktivitu a prevenci. V empirické části je zpracován kvalitativní výzkum za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Rohovory jsme prováděli s 10 sestrami, které pracují na dětském lůžkovém oddělení.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké aspekty v ošetrovatelské anamnéze sestry zjišťují v souvislosti se zácpou u dětských pacientů. Všechny sestry se shodly na tom, že záleží na věku daného pacienta, na jehož základě se poté zaměřují na další faktory týkající se stravování, pitného režimu, pohybu, ale hlavně také psychiky. Devět sester potvrdilo, že psychika má vliv na zácpu u dětí, pouze jedna sestra udává, že psychika zácpu neovlivňuje. Druhým cílem bylo zjistit, jaké intervence sestry provádějí u dětských pacientů se zácpou. Dostaly se k nám velice rozmanité informace, díky kterým byl daný cíl naplněn. Všechny sestry se shodly na edukování o dostatečném pitném režimu a o základech pestré stravy bohaté na vlákninu. Překvapilo nás, že pouze pár sester zmínilo pohybový režim, úpravu režimu a nácvik defekačního reflexu. Dvě sestry uvádí, že edukují pouze lékaři.

Tato bakalářská práce může přispět k řešení lepší informovanosti sester o dětské zácpě, případně by mohla posloužit budoucím sestram jako studijní materiál na toto téma. Dále by výsledky mohly rovněž posloužit k vytvoření standardů pro léčbu tohoto onemocnění a ke zlepšení péče o dětské pacienty se zácpou.

## 7 Seznam použité literatury

1. ANDĚL, P., BEZDĚK, K., BOCKOVÁ, L., JANSOVÁ, P., 2016. *Trápí vás zácpa nebo inkontinence stolice?: rádce pro pacienty*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-227-5.
2. BLÁHOVÁ, K., FENCL, F., LEBL, J., 2019. *Pediatrická propedeutika*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-442-2.
3. DE GEUS, A., KOPPEN, I.J.N., FLINT, R.B., BENNINGA, M.A., TABBERS, M.M., 2023. An Update of Pharmacological Management in Children with Functional Constipation. *Pediatric Drugs* [online]. 25(3), 343-358 [cit. 2023-12-29]. DOI: 10.1007/s40272-023-00563-0. ISSN 1174-5878. Dostupné z: <https://link.springer.com/10.1007/s40272-023-00563-0>
4. DOLINA, J., HEP, A., KUNOVSKÝ, L., KONEČNÝ, Š., 2018. Prokinetika a jejich využití v gastroenterologii. *Vnitřní lékařství* [online]. 2018-6-1, 64(6), 673-678 [cit. 2023-12-29]. DOI: 10.36290/vnl.2018.092. ISSN 0042773X. Dostupné z: <http://casopisvnitrnilekarstvi.cz/doi/10.36290/vnl.2018.092.html>
5. D'ONOFRIO, B., EMERY, R., 2019. Parental divorce or separation and children's mental health. *World Psychiatry*[online]. 18(1), 100-101 [cit. 2024-4-15]. DOI: 10.1002/wps.20590. ISSN 1723-8617. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20590>
6. DRLÍK, M., 2020. Diagnostika a léčba zácpy u pacientů s urologickými onemocněními v ordinaci pediatra. *Pediatric pro praxi*. 20(1), 22-26. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2020/01/04.pdf>
7. DYLEVSKÝ, I., 2017. *Anatomie dítěte: nípiaoanatomie*. Praha: České vysoké učení technické v Praze. ISBN isbn978-80-01-05094-1.
8. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0583-0.
9. HANOUSEK, L., 2019. *Maminko, není mi dobře*. Praha: Vašut. ISBN 978-80-7541-169-3.
10. HLOUŠKOVÁ, E., 2016. Zácpa u dětí, diagnostika a léčba. *Praktické lékařství*. 12(5/16), e3-e9. ISSN 1801-2434. Dostupné z:
11. HO, J.M.D., HOW, C.H., 2020. Chronic constipation in infants and children. *Singapore Medical Journal* [online]. 61(2), 63-68 [cit. 2023-12-29]. DOI:



- 10.11622/smedj.2020014. ISSN 00375675. Dostupné z:  
<http://www.smj.org.sg/article/chronic-constipation-infants-and-children>
12. CHADWICK, S., 2020. *CONSTIPATION IN CHILDREN: A Parent's Guide to Biomedical Causes and Natural Approaches*. ISBN 1785925040, 9781785925047.
  13. JEŽEK, P., 2021. Speciální kojenecká mléka. *Pediatric pro praxi*. 21(6), 427-430. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2021/06/15.pdf>
  14. KITTNAR, O., 2020. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1963-4.
  15. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9
  16. KLIZIENE, I., CIZAUSKAS, G., SIPAVICIENE, S., ALEKSANDRAVICIENE, R., ZAICENKOVIENE, K., 2021. Effects of a Physical Education Program on Physical Activity and Emotional Well-Being among Primary School Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 18(14) [cit. 2023-12-29]. DOI: 10.3390/ijerph18147536. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/14/7536>
  17. KOČVARA, R., DRLÍK, M., [2023]. *Dětská urologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-740-2.
  18. KOLÁŘ, S., 2020. *Pitný režim*. Ostrava: Protimluv. Poezie (Protimluv). ISBN 978-80-87485-76-7.
  19. LEBL, J., c2014. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-131-5.
  20. LEVY, E., LEMMENS, R., VANDENPLAS, Y., DEVREKER, T., 2017. Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics* [online]. 8, 19-27 [cit. 2024-4-14]. DOI: 10.2147/PHMT.S110940. ISSN 1179-9927. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/functional-constipation-in-children-challenges-and-solutions-peer-reviewed-article-PHMT>
  21. LUKÁŠ, K., HOCH, J., ed., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
  22. LUKÁŠ, K., HOCH, J., URBÁNEK, P., NEVORAL, J., 2022. *Obyčejné nemoci trávicího traktu*. Praha: Grada Publishing. Postgraduální gastroenterologie a hepatologie. ISBN 978-80-271-3405-2.
  23. MAROTZ, L.R., 2014. *Health, Safety, and Nutrition for the Young Child*. Cengage. ISBN 1285427335.

24. MATUŠKOVÁ, J., 2022. *Není vláknina jako vláknina - přehled vlastností a možnosti využití v praxi*. *Pediatric pro praxi*. 22(1), 77-78. Dostupné z:  
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2022/01/16.pdf>
25. MÜLLER, S.-D., 2019. *Chutně při chronické zácpě: léčba stravou: s údaji o kalorické hodnotě*. Vydání druhé. Přeložil Tomáš KURKA. Praha: Euromedia Group. Esence. ISBN 978-80-7617-571-6.
26. PLOIER, R., JANDA, J., ed., 2015. *Diferenciální diagnóza v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5007-1.
27. POMPA, R.N., 2018. *Zdravé děti bez alergií: jak na prevenci potravinových alergií*. Přeložil Jakub GONER. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-1794-1.
28. RAJINDRAJITH, S., DEVANARAYANA, N.M., BENNINGA, M.A., 2022. Childhood constipation: Current status, challenges, and future perspectives. *World Journal of Clinical Pediatrics* [online]. 2022-9-9, 11(5), 385-404 [cit. 2023-12-29]. DOI: 10.5409/wjcp.v11.i5.385. ISSN 2219-2808. Dostupné z:  
<https://www.wjgnet.com/2219-2808/full/v11/i5/385.htm>
29. SEDLÁČKOVÁ, B. et al., 2022. *Anus ventralis – neobvyklá příčina obstipace?* *Pediatric pro praxi*. 22(1), 52-56. Dostupné z:  
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2022/01/10.pdf>
30. SEKOT, A., 2019. *Rodiče a sport dětí: rodičovské výchovné styly jako motivační faktor sportování dětí a mládeže*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9292-1.
31. SIGMUND, E., SIGMUNDOVÁ, D., 2021. *Pohybová aktivita, sedavé chování a obezita rodičů a jejich dětí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5847-2.
32. SLÍVOVÁ, I., PODOLOVÁ, A., KLYMENKO, D., IHNÁT, P., 2021. *High resolution manometrie u dětí s obstipací – pseudoinkontinence versus obstipace*. *Pediatric pro praxi*. 21(5), 326-329. Dostupné z:  
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2021/05/05.pdf>
33. STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., 2015. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
34. TOCHTERMANN, A., [2018]. *Dětské nemoci a jak je léčit*. Přeložil Ivana KRAUS. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-953-8.

35. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
36. VELEMÍNSKÝ, M., HAK, J., VERDÁNOVÁ, D., ed., 2019. *Nemocné dítě: průvodce pro rodiče*. Praha: Mladá fronta. Medical services. ISBN 978-80-204-5437-9.
37. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Dítě od početí do puberty: 1500 otázek a odpovědí*. 4. vydání. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-148-3.
38. *Výživa dětí v praxi: od početí k dospělosti*, [2019]. Olomouc: Solen, Medical education. Meduca. ISBN 978-80-7471-284-5.
39. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
40. ZÁŠKODNÁ, H., ed., 2021. *Základy psychologie: (učební text pro prezenční i kombinovanou formu studia)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-850-4.

## **8 Seznam příloh**

**Příloha 1** Doporučený jídelníček

**Příloha 2** Doporučený jídelníček

**Příloha 3** Denní potřeba vody u dětí

**Příloha 4** Nutriční karta

**Příloha 5** Otázky k rozhovoru

**Příloha 6** Povolení k provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

## 9 Přílohy

### Příloha 1 Doporučený jídelníček

1. DEN	
Snídaně	celozrný chléb s kvalitní krutí šunkou a čerstvou zeleninou
Svačina	farmářský jogurt s mletými lněnými semínky a jahodami
Oběd	dušená treska se zeleninou, rýže
Svačina	jablko, ořechové máslo
Večeře	hovězí vývar s kousky masa, zeleninou a kroupami

(Zdroj: Výživa dětí v praxi, 2019)

### Příloha 2 Doporučený jídelníček

2. DEN	
Snídaně	ovesné vločky s bílým jogurtem, lněnými semínky a jablkem
Svačina	chia pudink s borůvkami
Oběd	dýňová polévka, hovězí guláš s těstovinami, zeleninový salát
Svačina	domácí musli tyčinka s datlemi, ořechy a dýňovými semínky, ovoce
Večeře	dušené krutí prso se zeleninou, rýže

(Zdroj: Výživa dětí v praxi, 2019)

### Příloha 3 Denní potřeba vody u dětí

Věk	Potřeba vody (ml/kg/den)
1. den života	50–70
2. den života	70–90
3. den života	80–100
4. den života	100–120
5.–9. den	100–130
10. den–7. měsíc	150–160
8.–12. měsíc	100–140
2. rok	80–120
3.–5. rok	80–100
6.–10. rok	60–80
11.–14. rok	50–70

(Zdroj: Kolář, 2020)



## **Příloha 5** Otázky k rozhovoru

1. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?
2. Jaká je Vaše délka praxe?
3. U jaké dětské věkové kategorie se se zácpou nejčastěji setkáváte?
4. Přichází k Vám k hospitalizaci hodně dětí s bolestí břicha, a poté se zjistí, že problém bolesti břicha vyvolává zácpa?
5. Jsou nějaké faktory, které si myslíte, že u dětí nejvíce vyvolávají zácpu?
6. Jaký nefarmakologický postup léčby u dítěte se zácpou provádíte?
7. Jakým způsobem dítě edukujete ohledně daného problému během hospitalizace?
8. Snažíte se dítě během dne aktivovat?
9. Jak často zaznamenáváte do ošetřovatelské dokumentace stolici dítěte?
10. Přichází k Vám více pacientů se zácpou, než bylo běžné v předešlých letech?
11. Myslíte si, že psychika má velký vliv na zácpu?
12. Podstupují děti, které mají problém se zácpou dlouhodobý, při hospitalizaci konzultace psychologa či psychiatra?

(Zdroj: vlastní)



## **Příloha 6** Povolení k provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

### **Povolení k provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce**

**Fakulta:** Zdravotně sociální fakulta

**Studijní program/obor:** Pediatrické ošetřovatelství

**Jméno a příjmení studenta/studentky:** Aneta Vlčková

**Kontaktní údaje (e-mail, tel.):** zde neuvádím

**Název zdravotnického zařízení:** Dětské oddělení

**Oddělení:** Stanice malých a velkých dětí

**Název práce:** Zácpa jako ošetřovatelský problém u dětí

#### **Hypotézy, výzkumné otázky:**

1. Jaké aspekty sestry zjišťují u dětských pacientů se zácpou?
2. Jaké intervence sestry provádějí u dětských pacientů se zácpou?

**Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:** K získávání dat bude využito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru, který bude veden se sestrami pracujícími na dětském oddělení.

**Předpokládané výstupy:** Výsledky výzkumného šetření mohou pomoci sestram o větší informovanosti dětské zácpy. Výsledky práce mohou dále posloužit k vytvoření standardu k danému onemocnění pro zlepšení péče u dětských pacientů.

#### **Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:**

Jméno:

Podpis:

#### **Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:**

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

(Zdroj: vlastní)

## 10 Seznam zkratek

cm – centimetr

cm<sup>3</sup> – centimetr krychlový

CRP – určení hodnoty C Reaktivního proteinu v krvi

g – gram

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> – sodné ionty

K<sup>+</sup> – sodné ionty

Kg – kilogram

l – litr

Na<sup>+</sup> – sodné ionty

Např. – například

PEG – perorálního polyetylglykol

pH – označení hodnoty, která určuje koncentraci v roztoku

S – sestra

Aerobní bakterie – bakterie, které ke svému růstu potřebují kyslík

Anaerobní bakterie – druhy bakterií, které nejsou schopné přežít za přítomnosti kyslíku

Haustra – přirozená segmentální přechodná vyklenutí na tlustém střevě

Hirschsprungova choroba – špatná funkce neinervovaného úseku střeva s jeho trvalým zúžením a poruchou průchodnosti natrávené potravy

Hypogastrium – podbříšek

Makro – velký

Mediální – střední

Taenie – tračnickové proužky

Vyšetření per rektum – vyšetření konečníku prstem