



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Chronická zácpa u seniorů jako ošetrovatelský problém

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Sabina Brávková

Vedoucí práce: Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Chronická zácpa u seniorů jako ošetrovatelský problém* 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 byli 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 databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne:

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat všem informantům a zařízení, kde byl realizován výzkum. Dále bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Heleně Michákové, Ph.D. za klidný přístup a poskytnutí informací pro zpracování této bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat mé rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

Chronická zácpa u seniorů jako ošetrovatelský problém

Abstrakt

Cílem bakalářské práce s názvem „chronická zácpa u seniorů jako ošetrovatelský problém“ bylo zjistit, jaké metody volí pacienti s chronickou zácpou k vyprázdnění a kde hledají informace ohledně prevence a léčby chronické zácpy a kdo pacienty edukuje. Cíle bylo dosaženo pomocí vytvořených výzkumných otázek a otázek k polostrukturovanému rozhovoru.

V teoretické části bakalářské práce jsme se zaměřili na popis zácpy, její rozdělení, příčiny vzniku, rizikové faktory a nejčastější příznaky. Také jak správně chronickou zácpu diagnostikovat a zvolit vhodnou terapii, která může být nefarmakologická i farmakologická. V současné době jsou velmi známé i alternativní postupy pro léčbu a prevenci chronické zácpy. Poslední část je věnována samotné geriatrii a gerontologii.

Praktická část bakalářské práce byla naplněna kvalitativním výzkumným šetřením a rozhovory s klienty, kterých bylo realizováno devět. Rozhovory byly přepsány a data byla kategorizována.

Výzkumné šetření přineslo informace o metodách prevence a léčby chronické zácpy. Přínosy byly ve farmakologické léčbě, a i v nefarmakologické léčbě. Klienti velmi často mají i své alternativní nové postupy, které jim pomáhají s vyprazdňováním.

Závěr výzkumu je takový, že klienti nemají dostatek informací, které by potřebovali. Informace nemají kde získávat a ani není dostatek zdravotnického personálu, který by je vhodným způsobem edukoval. Na základě výsledků bakalářské práce byl vytvořen leták pro pacienty trpící chronickou zácpou.

Klíčová slova

geriatrie; gerontologie; ošetrovatelství; vyprazdňování; zácpa; zácpa ve stáří

Chronic constipation in the elderly as a nursing problem

Abstract

The aim of the bachelor's thesis titled "Chronic Constipation in the Elderly as a Nursing Problem" was to explore the methods chosen by patients with chronic constipation for bowel evacuation and where they seek information regarding prevention and treatment of chronic constipation. Additionally, the study investigated who educates patients in this regard. The research objectives were achieved through formulated research questions and semi-structured interviews.

In the theoretical part of the bachelor's thesis, we focused on describing constipation, its classification, causes, risk factors, and common symptoms. I also discussed proper diagnosis of chronic constipation and the selection of suitable therapies, which can be either non-pharmacological or pharmacological. Currently, alternative approaches for treating and preventing chronic constipation are well-known. The final section of the thesis is dedicated to geriatrics and gerontology.

The practical part of the bachelor's thesis involved qualitative research investigations and interviews with nine clients. The interviews were transcribed, and data has been categorised.

The research investigation provided information into methods for preventing and treating chronic constipation. Notably, there were contributions in both pharmacological and non-pharmacological treatments. Clients often employ their own alternative methods to aid with bowel evacuation.

The research concludes that clients lack sufficient information, and they struggle to find reliable sources. Furthermore, there is a shortage of healthcare professionals who can adequately educate them. Based on the results of the bachelor thesis, a leaflet for patients suffering from chronic constipation was created.

Key words

geriatrics; gerontology; nursing; bowel evacuation; constipation; constipation in old age

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Zácpa – definice	9
1.2 Defekace.....	14
1.3 Diagnostika zácpy	18
1.4 Terapie zácpy – doporučené postupy	20
1.4.1 Nefarmakologická terapie.....	21
1.4.2 Farmakologická terapie.....	22
1.5 Prevence poruch vyprazdňování	24
1.5.1 Hydratace – výživa	24
1.5.2 Pohyb	25
1.6 Geriatrie a gerontologie.....	26
1.6.1 Geriatrické syndromy	28
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
3 Metodika.....	32
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.2 Použité metody.....	32
3.3 Průběh výzkumu.....	32
3.4 Sběr dat.....	32

3.5	Analýza dat.....	32
4	Výsledky.....	34
4.1	Interpretace výsledků	35
5	Diskuse	58
6	Závěr.....	61
	Seznam informačních zdrojů	63
	Seznam příloh	69
	Seznam zkratk	70
	Přílohy.....	71

Úvod

Zácpa je jednou z nejčastějších gastrointestinálních poruch, s nimiž se setkáváme v seniorském věku. Chronická zácpa má dopad na kvalitu života i na samotné zdraví. S přibývajícím věkem pacientů dochází ke zpomalenému a špatnému vyprazdňování a k používání nesprávných postupů k vyprazdňování. V současné době je zácpa běžnou poruchou v seniorském věku. Toto onemocnění je chronické, a proto chceme dosáhnout co nejlepších výsledků v oblasti léčby. Zácpa je velmi složitá záležitost, o kterou je důležité se zajímat v širším kontextu, a proto jsme jako kvalitativní metodu zvolili rozhovory s pacienty, kteří trpí chronickou zácpou. Cílem této bakalářské práce je zjištění metod, které pacienti používají a seznámení se s informačními zdroji, ze kterých senioři mohou čerpat, případně kdo je edukuje o této problematice. Právě vhodné metody mohou vést k léčbě chronické zácpy, s co nejmenším užitím farmak. Tato práce má sloužit především k edukaci pacienta a také ke zlepšení péče o pacienta, a tím ke zkvalitnění života s tímto onemocněním.

Toto téma jsem si vybrala, protože v současné době je spousta seniorů a seniorek, kteří si s tímto problémem nevědí rady a dle doporučení lékařů užívají mnoho druhů léků s projímavým účinkem. Léky s projímavým účinkem nejprve přinášejí úlevu a později celý stav jen zhoršují. Avšak někdy stačí pouhé nacvičení správné metody vyprazdňování nebo změna životního stylu.

Téma je pro mě důležité proto, že bych chtěla pomoci seniorům s tímto problémem. Nemocnice, pečovatelské služby a domovy pro seniory se velice často setkávají s klienty s chronickou zácpou. Mnohdy jen kvůli tomu, že personál neví, co se pro to ještě dá všechno udělat.

Chronická zácpa ovlivňuje život seniora v mnoha rovinách a dělí ho od každodenních činností. Většina se bojí o tom říci své rodině a personálu a nedokáže ze strachu vyhledat pomoc.

1 Současný stav

1.1 Zácpa – definice

Zácpa neboli obstipace je porucha vyprazdňování stolice (Forootan et al., 2018). Jedná se o obtížné vyprazdňování tuhé stolice až nemožnost spontánní defekace. Obstipace je problematické, méně časté a málo vydatné vyprazdňování střev (De Giorgio et al., 2015). Definice odkazuje na sníženou frekvenci vyprazdňování doprovázené značnou námahou až bolestí během defekace.

Zácpa je jednou z nejčastějších gastrointestinálních poruch, s nimiž se setkáváme v seniorském věku (Roque et al., 2015). Chronická zácpa má dopad na kvalitu života a u pacientů s touto poruchou je hlášena vysoká morbidita a mortalita.

Mezi rizikové faktory vzniku chronické zácpy patří snížená pohyblivost, snížený příjem tekutin a vlákniny, nežádoucí účinky některých léků, základní onemocnění a rektální dysfunkce. Také stav chrupu seniorů ovlivňuje vznik zácpy, protože pokud je zubní protéza volná, nebo vůbec není, tak dochází k potížím se žvýkáním a senioři musí přistupovat ke stravě měkké a méně vláknité. S obstipací je spojena i inkontinence stolice, která je rizikem vzniku infekce močových cest, zejména u seniorek (De Giorgio et al., 2015).

Zácpu řadíme mezi civilizační onemocnění s vyšší prevalencí u žen a seniorů (Roque et al., 2015). V současnosti je obstipace běžnou poruchou (Verkuijl et al., 2020). Měli bychom být obezřetní u náhle vzniklé obstipace u seniorů, kteří doposud netrpěli obtížemi při vyprazdňování. Dalším faktem je, že laxativa, která zpočátku přinášejí úlevu, později celý stav ještě zhoršují.

Dělení zácpy

Obstipaci můžeme dělit trojím dělením, dle určitých parametrů. Primární (funkční) obstipace je závislá na genetické predispozici, výskytu vývojových vad. Sekundární obstipace je vyvolána jinými příčinami, jako jsou například léky a další onemocnění. Obstipace se dělí na akutní a chronickou, kdy akutní vzniká náhle a chronická je opakovaná obstipace v době 3 měsíců a více. Obstipace může být ještě gastrointestinální a extraintestinální (Lukáš et al., 2018).

Patogeneze primární (funkční) zácpy je závislá na genetické predispozici, socioekonomickém stavu a také i na množství vlákniny ve stravě (Camilleri et al., 2017).

Více se objevuje u žen, v prvé řadě to jsou ženy během těhotenství a po porodu a dále pak ženy v období menopauzy, pro které jsou typické výkyvy hladiny hormonů. V období po menopauze záleží na ostatních faktorech procesu stárnutí, typu stravy, genetické predispozici, motilitě tlustého střeva, užívání některých léků, jako jsou opiáty a analgetika, pevnosti svalstva pánevního dna, stavu výživy, ekonomické situaci daného člověka, sociálním zázemím, sedavém způsobu života a v neposlední řadě také na psychickém naladění během změn ve stáří (Bharucha et al., 2013).

Primární obstipace je přítomna jako normální tranzitní zácpa, kdy pacienti mají pocit potíží s evakuací střev a nebyla u nich prokázána porucha defekace ani zpomalení pasáže. Tento typ je velice častý u osob s psychickými poruchami. Dále je primární zácpa přítomna jako pomalá tranzitní zácpa, kdy je omezená funkce střev, ale můžeme vyloučit dysfunkci pánevního dna. Tento druhý typ může být provázen poruchami motility také jiných částí trávicího traktu (Lukáš et al., 2018).

Patogeneze vzniku sekundární zácpy je skupina příčin, které úplně zácpu nevyvolají, ale ve velké míře vedou k jejímu vzniku (Lukáš et al., 2018). Může se jednat o různé choroby střev, jako jsou stenózy, perforace a divertikly střev. S tím souvisí rozsáhlé záněty a karcinomy střev a konečníku. Lidé s DM mají sníženou motilitu střev, dalšími příčinami vzniku sekundární zácpy jsou poruchy endokrinní, jako například poruchy štítné žlázy, chronické renální selhání, cystická fibróza, celiakie a možné myopatické choroby, jako například sklerodermie.

Chronická zácpa je definována jako velká námaha při vyprazdňování. Stolice je tuhá a tvrdá a ven vychází jako hrudkovitá stolice (Camilleri et al., 2017). Pomalejší transport tlustým střevem zvyšuje reabsorpci vody a elektrolytů, a proto dochází ke zmenšení objemu stolice a jejímu tuhnutí. Senioři trpící chronickou obstipací pociťují velké napínání střev během defekace.

V některých případech vzniká tzv. fekální inkontinence (Bharucha et al., 2022). Při fekální inkontinenci dochází k nekontrolovanému a nechtěnému úniku stolice, objevující se v minimální frekvenci jednou měsíčně. Rizikovými faktory pro fekální inkontinenci jsou chronická onemocnění střev, jako je chronická zácpa, průjem, anatomické poruchy

pánevního dna, střevní záněty a poranění análního svěrače (Rao et al., 2016). Na vědomí by se mělo brát to, že fekální špinění spodního prádla u seniorů, kteří jsou například v domovech pro seniory, je spojeno s nedostatečnou hygienou a s nastávajícími anorektálními bolestmi, které jsou při chronické zácpě ještě větší překážkou k vyprazdňování.

Gastrointestinální zácpa může být přítomna i přes funkční motilitu střev, zácpa zde vzniká zúžením stenózou či uzavřením obturací střeva, například novotvarem, intraluminárními překážkami (zúžení související s nádory či idiopatickými střevními záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitis)) a spazmem řitního otvoru (fisura, řitní trhlina) (Anděl, 2014).

Mezi extraintestinální zácpu se řadí neurologická onemocnění a procesy související se stárnutím, nezdravý životní styl, psychická stránka člověka a endokrinní onemocnění (Jirásek, 2007).

PFD – dysfunkce pánevního dna

Pánevní dno funguje jako celek (Quaghebeur et al., 2021). Dysfunkce je definována jako chybějící funkce pánevního dna a řitního otvoru včetně svěračů. Pánevní dno je skupina svalů, které hrají klíčovou roli při defekaci. Tento proces je řízen díky nervové soustavě. Pánevní dno obsahuje močový měchýř a střevo. Pánevní dno má dvojí funkci, a to podporu orgánů a uzavírání močové trubice a anorekta. Funkční anatomie pánevního dna se skládá z pánevní bránice, vnitřních a vnějších análních svěračů, inervovaných kořeny sakrálních nervů (Hartmann et al., 2014). Normální fungování této nervosvalové jednotky umožňuje účinné a úplné vyloučení stolice z konečníku. Mezi příznaky dysfunkce pánevního dna může patřit nutkání na stolici bez vyprázdnění a pánevní bolest, která ovlivňuje i ostatní funkce a orgány pacienta. Tato dysfunkce je pozorována nejvíce u starších žen a u žen po porodu a po anorektálních a pánevních operacích. Velkou roli zde hraje pomalý tranzit tlustým střevem (opožděný průchod), nebo psychosociální či behaviorální problémy zejména u seniorů.

Rizikové faktory zácpy

Mezi hlavní rizikové faktory přispívající k zácpě patří imobilita, slabost svalů břicha a pánevního dna, podvýživa, rektální hyposenzitivita, ignorování nucení defekace, chronické zdravotní stavy, užívání chronické medikace a účinky stárnutí na motilitu

tlustého střeva (Mari et al., 2020). U seniorů k rizikovým faktorům vzniku zácpy musíme přidat i psychologické, sociální a behaviorální faktory. Metabolické onemocnění, jako je například DM, neurologické onemocnění, jako je například Parkinsonova choroba a kardiovaskulární onemocnění, jako je například ICHS, tak to jsou opět další rizikové faktory, které přispívají k tvorbě chronické zácpy.

Trávicí trakt

V dnešní době se lidé více zajímají o funkci trávicího systému (Aliaga et al., 2018). I laickou veřejností je více vyzdvihován trávicí trakt, jeho funkce, fyziologické a patologické stavy. Trávicí trakt je zásadním v tvorbě imunity a pomocí kontrolních mechanismů lze zajistit stabilitu a řídit adaptivní změny. Na vyprazdňování stolice se podílí více orgánů (Anděl, 2014). Po přijetí potravy ústy se sousto přesune přes jícn do žaludku, který se roztáhne a pomocí peristaltické vlny se potrava dostane do tenkého střeva, kde se odehrává trávení a vstřebání živin. Trávenina neboli chymus se přesune do tlustého střeva, kde je zahuštěna. Zde zafungují peristaltické vlny, kdy je trávenina posouvána směrem ke konečníku. S narůstajícím objemem stolice nakonec dochází k samotné defekaci.

Transit time

Termínem transit time označujeme dobu, za kterou projde trávenina střevem (Phillips, 2022). V přesném slova smyslu to znamená, jak dlouho trvá, než se dostane sousto od úst ke konečníku. U zdravého a mladého jedince se jedná o 30–40 hodin. Za normální hodnoty se považují hodnoty do 70 hodin. U seniorů tedy dochází k celkovému zpomalení. Existuje test, pomocí kterého transit time můžeme změřit. Pacientovi je aplikována kontrastní látka v kapsli, kterou spolkne, a díky rentgenu pak lékař může zhodnotit transit time. Rentgen se provádí po dobu několika dnů a v přesně stanovených časech.

Stolice a její konzistence, charakter

Během jedné defekace se z těla vyloučí asi 150 – 300g stolice. Barva stolice je často dána konzumací různých potravin – např. maso – tmavší hnědá barva stolice. Složení stolice je asi ze 75 % voda, 10–15 % nestravitelné zbytky potravy a z 10-15 % hlen a žlučová

barviva. Příměs krve ve stolici signalizuje krvácení do trávicího traktu. Krvácení se objevuje u karcinomů (Lukáš et al., 2018).

Nejčastější příznaky

Nejčastější příznaky u seniorů s chronickou zácpou jsou následující: potřeba vyvíjet prodloužený břišní tlak během defekace, pocit obstrukce vývodu na úrovni řitního otvoru a digitalizace k uvolnění zasažené stolice, bolest břicha, nadýmání, pocit nevolnosti, ztráta chuti k jídlu a bolesti hlavy (Mari et al., 2020). Mezi další nepříjemné příznaky řadíme obtížný průchod stolice, který vyžaduje obrovské namáhání, stolici vypadající jako hrudky a bolestivý konečník. Senior s chronickou zácpou má pocit neúplného vyprázdnění (Lukáš et al., 2018). Ve většině případů musí použít manuální pomoc (evakuace prstem, podpora pánevního dna) k usnadnění vyprázdnění stolice.

Další velké působení na vyprazdňování má strava. Vysoký obsah vlákniny ve stravě zvyšuje objem stolice a také její hmotnost a tím jde rychleji vyprázdnit z těla ven. Pozornost by se ale měla věnovat vhodnému výběru druhu vlákniny. Na jedné straně je užitečná rozpustná vláknina (psyllium) a na druhé straně je nerozpustná vláknina (pšeničné otruby), která může kromě nevyřešení zácpy ještě způsobit bolesti břicha (Barber et al., 2020).

Výskyt související s Parkinsonovou chorobou

Léčba Parkinsonovy choroby pomocí antiparkinsonika ve velké míře přispívá k tvorbě zácpy (Stocchi et al., 2017). Tato nemoc je neurodegenerativní porucha a má motorické a nemotorické rysy. Gastrointestinální problémy řadíme do nemotorických rysů choroby. Zácpa u tohoto onemocnění může způsobit potencionální život ohrožující diagnózy, a to je například obstrukce střev a perforace střeva.

Výskyt obstipace se zvyšuje s věkem, u dospělých je hlášeno více případů než u dětí (Camilleri, 2014). S věkem se prodlužuje doba průchodu stolice střevem a vyšší prevalence je hlášena u žen seniorek. U žen proto, protože celý život prochází hormonálními změnami a po porodech často dochází ke snížení funkce pánevního svalstva, kde se s přibývajícím věkem jeho funkce ještě více snižuje. U seniorek s tímto problémem je hlášen výskyt také psychických problémů.

1.2 Defekace

Jak už bylo výše zmíněno, tak defekace je vylučování stolice. K normální fyziologické defekaci je zapotřebí, aby správně fungovala motilita tlustého střeva, vypuzovací síla a funkce pánevního dna a aby došlo k evakuaci stolice (Rao et al., 2015). Problém s vyprazdňováním vzniká tehdy, pokud je osoba neschopna řídit své vlastní svaly břicha a svaly pánevního dna. Problém s vyprazdňováním se nejčastěji projevuje potřebou namáhání se při defekaci, pocitem neúplné evakuace a bolestivostí (Podzemny et al., 2015).

Fáze defekace

Defekační fáze začíná klidovou fází, kdy je zapotřebí dostatečná střevní aktivita a fungující motorické střevní procesy (Anděl, 2014). Jedná se o promíchání tráveniny a její posun. Samotná činnost střeva je největší při probuzení a po příjmu potravy. Poté následuje preexpulsivní fáze, která začíná pocitem nucení na stolicí. Roztahující a plnicí se rektum vytváří nepříjemný pocit – nucení na stolicí. Následuje expulsivní fáze, kdy se zvyšuje intrarektální tlak a dochází k vyprázdnění. Poslední fází je fáze ukončení. V této fázi nastává pocit uvolnění a úplného vyprázdnění. Pacient by neměl pociťovat plnost břicha, nadýmání, pocit nevolnosti, střevní dyspepsii, další nucení k defekaci a pocit obstrukce v anorektální části.

Správná defekace

Ke správnému vyprázdnění je důležité vhodné a klidné prostředí, nejlépe domácí prostředí a nácvik defekačního reflexu – správné dýchání, pohodlný sed, dostatek času, podložení nohou nízkou stoličkou, časová pravidelnost (nejlépe ráno) a lehká masáž břicha ve směru pasáže tračnícem (Jirásek, 2007). Pacienti s hypertenzí by se měli vyvarovat nuceného a velkého tlaku z důvodu možného rizika prasknutí aneurysmatu.

Zácpa ve stáří

Ve 21. století populace rychleji stárne a při tomto velkém počtu obyvatel je mnoho seniorů, kteří se dožívají velmi vysokého věku (Hill et al., 2013). Jedná se o poměrně velkou ekonomickou a sociální výzvu, která bude aktuální ještě další roky. S přibývajícím věkem se zvyšuje počet chronických a degenerativních onemocnění, což je obrovský zásah do zdravotního systému. Je potřeba zajistit kvalitní preventivní prohlídky a kvalitní

péči navracející zdraví. S tímto problémem se zvyšuje i poptávka v kolorektální chirurgii. Chronická onemocnění vyžadují dlouhou a nákladnou péči. Neléčená zácpa velmi často vede k hospitalizaci seniorů v nemocnicích (Emmanuel et al., 2016). Snížená fyzická aktivita a polyfarmacie je u seniorů typická věc a možný důvod, proč může zácpa tak rychle vzniknout. Nemocní senioři tak nemohou samostatně vykonávat některé běžné činnosti, pokud je jejich život narušen chronickým onemocněním. Nemůžou se kvalitně a samostatně pohybovat v sociálním a občanském životě, problém dělá i samotná doprava. Běžná denní činnost, jako je ranní hygiena, oblékání, vaření, najedení se a vyprazdňování, je velmi často také omezena a samostatně nemůže být kvalitně provedena.

Chronická obstipace ve stáří

Zácpa je spojena s imobilitou a nedostatečným příjmem potravy a tekutin (Emmanuel et al., 2016). Nejčastěji začíná hospitalizací v nemocnicích či v pečovatelských službách. Většina klientů v domovech pro seniory užívá laxativa skoro každý den a později to obstipaci dokonce zhoršuje.

U seniorů rozlišujeme obstipaci organickou, kdy v průchodu stolice brání anatomická změna v trávicím systému (Jirásek, 2007). Obstipace druhotná je vzniklá tím, že doprovází jiná onemocnění, jako jsou například neurologická a psychiatrická onemocnění. U obstipace prosté (habituální, návykové) dochází k postupnému útlumu defekačního reflexu. Jeden okruh příčin tvoří nevhodné prostředí a nedostatek času při vyprazdňování. Druhý okruh příčin je složení stravy a obsah vlákniny. Porušená hybnost tlustého střeva, plynatost a bolest břicha jsou příznaky u spastické obstipace. Pacienti udávají kolikovitě bolesti a křeče v podbřišku, pocit neúplného vyprázdnění a velmi tuhou stolicí. Velmi často je tuhá stužkovitá stolice s přítomností krve. Mezi další rozlišení je zařazen takzvaný syndrom líného střeva. U tohoto syndromu je transit time výrazně prodloužen.

Stárnutí funkcí GIT

Pokud člověk stárne, stárne s ním i jeho tělo, orgány a funkce organismu (De Boer et al., 2013). Ve stáří přibývá nechutenství, změn jídel a potravin a chutí, zvracení, průjmy a zácpa. Všechny tyto příznaky jsou řazeny do skupiny fyziologických faktorů. Stárnutí u seniorů zahrnuje selhání udržení energetické homeostázy, a tím vede ke změnám

fyziologických a nefyziologických faktorů. Psychosociální a sociální stránku zařadíme do nefyziologických faktorů. Tento faktor má za následek úbytek tělesného tuku a snížení tělesné hmotnosti. Velmi často se u seniorů setkáváme s podvýživou a nefunkčním gastrointestinálním traktem. Změnou ve stárnoucím trávicím traktu je změna dezintegrace potravy (narušena buněčná struktura a vstřebatelnost látek), motorická funkce je pomalejší, chemické trávení potravy a funkčnost střevní stěny je také výrazně omezena.

Tyto změny postupem času snižují schopnost gastrointestinálního traktu poskytovat organismu adekvátní hladiny živin, a to přispívá ke vzniku podvýživy (De Boer et al., 2013). Nejčastěji se jedná o podvýživu způsobenou nevyvážeností živin a minerálů pro potřeby lidského organismu. Podvýživa neboli malnutrice zase vede k rozvoji patologických stavů spojených s orgánovými systémy. Mezi nejvýše ohrožené systémy můžeme zařadit systém kardiovaskulární, nervový, muskuloskeletální, kožní a imunitní.

Vše začíná procesem trávení v ústech a žvýkáním (Xu, 2016). Celý proces je ovlivněn zdravím dutiny ústní u seniorů a tím, co nejčastěji jedí. V tomto procesu je přítomna sekrece slin, mechanický proces, zvlhčení a zahájení vlastního orálního trávení. Bezpečné spolknutí zajistí žvýkání a dostatečné slinění. Ve stáří je snižená funkce chuťových receptorů a snižená sekrece slin. Pro správné žvýkání musí být dostatek slin a dostatečná síla žvýkacích svalů. Nedostatečné slinění, snižená okluzní síla dutiny ústní a ztráta zubů u pacientů v seniorském věku má velký dopad na samotné žvýkání a od toho se odvíjející správný příjem potravy.

Senior jako pacient

Senioři jako pacienti pociťují méně hladu, mezi hlavními chody skoro vůbec nesvačí a celkově mají sníženou chuť k jídlu (Rémond et al., 2015). Za touto zásadní změnou snížení chuti k jídlu stojí hormony cholecystokinin, leptin, inzulin a peptidy. Tyto hormony se v lidském těle uvolňují při příjmu potravy a mají dva směry, které řídí. Jeden směr je mozek, kdy se jedná o aktivitu a energii a druhý směr je trávicí trakt, kde probíhá trávení a vstřebání.

Fyziologické faktory, které ovlivňují příjem potravy v seniorském věku jsou problémy s chrupem, kdy většina seniorů má zubní protézy dolní i horní, syndrom suchých úst – xerostomie, která podporuje kazivost zubů a rozvoj infekce v dutině ústní (De Boer et al., 2013). Mezi další faktory ovlivňující příjem potravy řadíme snížení čichového,

chuťového a vizuálního vnímání při přijetí potravy ústy, nízký příjem tekutin vedoucí k dehydrataci celého organismu, projevující se sníženým pocitem žízně během dne a strach z inkontinence moči a stolice a nutné pomoci při vyprazdňování.

Na GIT má vliv i psychologické naladění (Klimova et al., 2020). Nejčastějším psychologickým problémem bývá deprese. Při depresi je běžné, že senior nemá chuť k jídlu a potravu přijímá ve velmi malém množství. Deprese může být buď pozitivní, nebo negativní (podle dnů a síly deprese) a tím mění dopad na příjem potravy a tekutin.

Psychologické naladění také souvisí se sociálním prostředím (Rémond et al., 2015). Senior, který je osamělý, trpí izolací, ztratil svého životního partnera, nevydělává si, pobírá pouze důchod a je umístěn například v domově pro seniory, tak po sociální stránce nemá tu nejlepší sílu do života a životní cíle, a proto i zde je omezen příjem potravy a tekutin. Celková pohyblivost a zručnost v běžných denních činnostech je výrazně omezena. Existují vztahy mezi střevním prostředím a mozkiem (Klimova et al., 2020). Pokud dojde k nějaké psychiatrické poruše, která není léčena, je velká pravděpodobnost, že porucha změní funkci trávicího systému. Tyto změny sniží a oslabí imunitu, která je v trávicím systému (konkrétně ve střevech) a při snížení a oslabení imunity je celý organismus náchylnější k dalším procesům, které vedou k onemocnění a poruchám funkcí.

Proces stárnutí má značný vliv na imunitní odpovědi ve sliznici střeva (Mabbott et al., 2014). Je to z toho důvodu, že produkce imunoglobulinu A, který hraje klíčovou roli v imunitní sféře, u seniorů klesá, a tak není dostatečná imunitní reakce. Střevní systém v seniorském věku má špatnou toleranci i k neškodným antigenům. S tím se pojí i nedostatek vitamínu B12, kterým trpí většina pacientů v seniorském věku a váže se na vnitřní faktor v tenkém střevě.

1.3 Diagnostika zácpy

Při každém vyšetření se začíná anamnézou (Jirásek, 2007). Anamnéza je sběr informací o pacientovi. V osobní anamnéze zjišťujeme období od narození po současnost, kdy se ptáme na běžná dětská onemocnění, závažná onemocnění, úrazy, chirurgické výkony, použitou terapii a při zaměření na GIT výskyt vředové choroby, žlučnickových obtíží, hepatitis, průjmu a zácpy. Následuje nynější onemocnění pacienta, kde se zjišťuje počátek obtíží, způsob terapie (samoléčby), doba trvání a povaha obstipace. Při této anamnéze se provádí Bristol Stool Form Scale (BSFS) (příloha 1) (Mari et al., 2020). Je to nástroj k hodnocení konzistence stolice. Pacient popíše, jak vypadá jeho stolice a na základě parametrů se přiřadí do určité kategorie. Kategoríí je sedm, kdy stolice typu 1 a 2 označuje tvrdou hrudkovitou stolici, která se objevuje právě při zácpě a typ 6 a 7 značí řídkou vodnatou stolici, která je přítomna při různém typu průjmu. Dále se od pacienta zjišťují příznaky (bolest břicha, nevolnost, meteorismus a další), alarmujícím příznakem je krvácení z konečníku, zánětlivé onemocnění střev a kolorektální karcinom. Důležité je znát přidružená onemocnění a užívaná farmaka, která mohou mít vliv na vyprazdňování. V rodinné anamnéze lékaře zajímá zdravotní stav rodinných příslušníků, věk a příčina úmrtí v rodině (Forootan et al., 2018). Díky familiárnímu výskytu můžeme potvrdit několik geneticky podmíněných chorob. Do farmakologické anamnézy zařazujeme léky, které pacient užívá, při diagnostice u zácpy jsou důležité tyto kategorie léčiv: analgetika, opiáty, antiparkinsonika a vitamíny. Gynekologická anamnéza obsahuje u žen porody a potraty, začátek a konec menstruace a důležité období po menopauze, které souvisí s výskytem chronické zácpy. U alergické anamnézy lékaře zajímá alergie na potraviny a léky. V pracovní anamnéze lékaře nejvíce zajímá, kde pacient pracuje, jaký je to typ zaměstnání a v neposlední řadě také sociální situace seniora. Spouštěčem onemocnění u seniorů je odchod do důchodu, ztráta partnera a například pobyt v pečovatelských službách či domovech pro seniory.

Samotné vyšetření per rektum

Vyšetření per rektum je vyšetření, které provádí lékař (Hillman et al., 2019). Na ruku, kterou lékař vyšetřuje konečník, si nasadí rukavici. Nevyšetřující ruka rozevře hýždě tak, aby byl vytvořen přístup k análnímu otvoru. Pomocí znečitlivujícího gelu zavede lékař dva prsty do konečníku. Zde hodnotí jakékoli abnormality jako jsou léze, ztlustění a uzliny. Nejčastějším výskytem jsou hemoroidy a anální trhliny, které vznikají při

úporném tlačení při defekaci. Hemoroidy mohou být vnitřní a vnější a můžou být příčinou krvácení z konečníku.

Laboratorní testy

Odebraná krev se odesílá do biochemické laboratoře ke zjištění hodnot minerálů, tumorových markerů, přítomnosti zánětu, hodnot glykémie a k posouzení ledvinových a jaterních funkcí (Bharucha et al., 2019). V hematologické laboratoři se zjistí celkový obraz krve, kam se zařazují jednotlivé hodnoty červených a bílých krvinek, krevních destiček a také hemoglobinu. Hemoglobin je červené krevní barvivo a přenáší kyslík. Podle počtu bílých krvinek diagnostikujeme zánětlivé procesy. Základní hemokoagulační vyšetření zahrnuje testy srážlivosti krve. Dále se dělají odběry moče a stolice.

Další vyšetření

Vyšetření, které se uplatňuje u chronické zácpy je evakuační proktografie (Mari et al., 2020). Je zde hodnocena anorektální morfologie a dynamika během vyprazdňování. Jde o to, abychom se ujistili, že defekace byla úplná. Dalším vyšetřením je rentgenokonstrastní marker, který měří dobu průchodu tlustým střevem. Jako další vyšetření, které se může provádět jako prvotní, je kolonoskopie. Kolonoskopie je endoskopické zobrazení tlustého střeva pomocí zavedené optiky (Forootan et al., 2018). Toto vyšetření slouží k nálezům rakoviny tlustého střeva a střevních zánětů. Dalším vyšetřením je detekografie. Toto vyšetření znamená, že pomocí radiologického zobrazení uvidíme konečník a pánevní dno při pokusu o defekaci (Jirásek, 2007).

U chronické obstipace se také dělá balónkový expulzní test (Forootan et al., 2018). Test obsahuje dobu trvání, za jak dlouho se evakuje rektální balónek naplněný 50 ml vody či vzduchu. Zdravý pacient balónek evakuje během 2 minut. U těchto pacientů se můžeme setkat s měřením análního/rektálního tlaku (Aziz et al., 2020). Tlak určuje, jak probíhá defekace. Určují se 4 kategorie na základě rektálního tlaku. Jako první kategorii označujeme adekvátní intrarektální propulzivní tlak, který ale zvyšuje tlak u análního svěrače. Druhá kategorie je neadekvátní intrarektální propulzivní tlak, ale i tak zvýšený tlak análního svěrače. Do kategorie číslo tři spadá adekvátní intrarektální propulzivní tlak, ale chybí relaxace análního svěrače a poslední kategorií je číslo 4, kdy dochází k neadekvátnímu intrarektálnímu tlaku a chybějící relaxaci svěrače.

1.4 Terapie zácpy – doporučené postupy

Léčba obstipace je komplexní a složitá, ale pokud senior pochopí postup a bude dodržovat správné zásady, tak se může naučit ovládat svou defekaci (De Giorgio et al., 2015). Mezi prvními postupy, které jsou řazeny jako první pomoc od zácpy, řadíme úpravu životního stylu, úpravu stravy a příjmu tekutin. Seniory je důležité přesvědčit o důležitosti pravidelnosti (každodenní) stolice. Slouží k tomu různé deníky, které pomáhají se zaznamenáváním typu a konzistence stolice. Velmi důležité je rozpoznání nucení k defekaci. Někdy se jedná o poplach, kdy nucení k defekaci je, ale ne dostatečné, a proto je senior nucen více tlačit. Pokud není dostatečné nucení k defekaci, je potřeba vyčkat na správný čas. V takových případech, kdy tato opatření nefungují, je potřeba přejít k léčbě pomocí léků.

Zvýšenou pozornost musíme věnovat tam, kde jsou užívány léky, které mohou způsobit zácpu (Mari et al., 2020). Mezi tyto léčiva řadíme analgetika, opiáty, antidepresiva, diuretika, doplňky železa a vápníku, antacida, blokátory vápníkových kanálů (Verapamil, Diltiazem), antiepileptika (Pregabalin) a léky na Parkinsonovu chorobu. Seniori, kteří tyto léky užívají, musí mít správné a dostatečné kontroly, jestli jsou léky podávány ve správné gramáži, síle a čase. Důležité je, jestli berou správné léky a ve správném množství.

U terapie zácpy je možný chirurgický zásah, který se jmenuje kolektomie s ileo-anální anastomózou (Mari et al., 2020). Jedná se o odstranění celého tlustého střeva a spojení tenkého střeva s konečníkem. U seniorů se tento chirurgický zásah nedoporučuje, kvůli křehkosti pacientů a vysoké mortalitě během výkonů.

Alternativní léčba reflexní terapie nohou se používá k léčbě chronických onemocnění a je účinná zejména při úzkosti, stresu, bolesti, únavě a chronických stavech (Yaqi et al., 2020). Reflexní terapie nohou je neinvazivní tlaková a doteková terapie. Prokázalo se, že tato terapie má značný vliv i u zácpy. Plosky nohou obsahují několik bodů, které jsou přiřazeny k určitým orgánům pomocí nervových propojení. Musíme se zaměřit na body, které jsou přiřazovány řitnímu otvoru, vzestupnému, příčnému a sestupnému tračníku, sigmoidálnímu tračníku a tenkému střevu. Tyto body ovlivňují peristaltiku a vyprazdňování.

1.4.1 Nefarmakologická terapie

Nefarmakologická terapie obsahuje všechny postupy, které jsou provedeny bez přítomnosti léků (De Giorgio et al., 2015). Jako nejdůležitější je respektování zásad zdravého životního stylu. Zdravý životní styl je prevencí mnoha onemocnění. Zdravý styl v životě seniora zahrnuje zdravou a správnou stravu, která bude předcházet vzniku zácpě. Dále je to dostatečná hydratace organismu a předcházení dehydratace, která je u seniorů velmi běžným problémem. Životní styl je i o fyzické aktivitě. Fyzická aktivita by měla být pravidelná a přiměřená možnostem seniora (alespoň 30 minut každý den). Optimální doba pro pohyb střev, po klidné noci, je ráno po probuzení a po jídle, kdy nejvhodnější pokus o vyprázdnění by měl být jako první právě ráno po probuzení. Pacient musí znát vhodné úsilí defekace, omezení tlaku na břicho a uvolnění svalů pánevního dna.

Senioři by měli být poučeni, jaké správné potraviny jíst, pokud trpí chronickou zácpou (Rawla et al., 2018). Při potížích s chronickou zácpou bychom se měli vyhýbat těm potravinám, které nadýmají. Příkladem nadýmavých potravin jsou fazole, cibule, mrkev, banány, celer, meruňky, růžičková kapusta, preclíky a další podobné potraviny. Pokud ale senioři trpí neustálým nadýmáním i přesto, že se vyhýbají potravinám, které by to mohly způsobit, tak poté je doporučeno, aby přešli na bezlaktózovou dietu, podobně jako mají pacienti, kteří trpí laktózovou intolerancí.

Se znalostmi správných potravin by měli pacienti senioři zařadit zvýšené množství vlákniny do své stravy (Jirásek, 2007). Vláknina se vyskytuje u různých množství otrub (odpadní produkt obilí), v ovoci, zelenině a ořechách. Je prokázáno, že vláknina umožňuje lepší a zrychlený průchod střevem. Pozor ale na nežádoucí účinky otrub. Velmi často způsobí nadýmání, plynatost a křeče. Takovým pozitivním účinkem vlákniny může být normalizace peristaltiky, stimulace střevní mikroflóry a vázání vody (Barber et al., 2020). Příjem vlákniny ve velké míře snižuje kardiovaskulární rizika a úmrtnost. Snižuje nebezpečí nádorových onemocnění trávicího systému. V současné době jsou otruby upravené a nezpůsobují nějaké závažné nežádoucí účinky. Vylepšené otruby ve formě rozpustných vláken najdeme jako semena psyllia, polosyntetická a syntetická vlákna. Tyto vlákna zadržují vodu ve střevě a zvyšují objem stolice. Nejlepší dostupnou variantou jsou sušené švestky, které nahradí otruby a dalším možným řešením je zamíchat 1-3 lžice pšeničných otrub do jogurtu a zapít dostatečným množstvím vody (Jirásek, 2007).

Alternativní nefarmakologická terapie

Při nefarmakologické terapii může pomoci i alternativní čínská medicína (Jiang et al., 2015). K léčbě užívá extrakt z konopných semen. Extrakt se užívá dvakrát denně a je dokázáno, že zvýší počet stolic za týden. U pacientů s chronickou zácpou zmírní příznaky a vytvoří spontánní defekace.

Novinkou v terapii u seniorů je tzv. biofeedback (Chiarioni, 2016). Cílem biofeedbacku je naučit pacienty relaxovat místo stahování svalů pánevního dna a břišních svalů během defekace. Vše se trénuje s terapeutem a musí být posouzen kognitivní a fyzický stav pacienta. Celý tento proces je o naučení ovládnutí svého vlastního těla při vyprazdňování.

1.4.2 Farmakologická terapie

Farmakologická terapie zácpy spočívá nejčastěji v podání laxativ (Bharucha et al., 2013). Laxativa jsou léky na změkčení stolice a podporují odchod stolice při vyprazdňování. Kontraindikace laxativ je mechanická obstrukce střev.

Osmotická laxativa

Osmotická laxativa jsou laxativa, která zadržují vodu ve střevě a zvětšují objem stolice (Doseděl et al., 2012). Tento proces upraví konzistenci stolice, a to vede ke snazší defekaci. Mezi nejčastější přípravky se řadí laktulóza (přípravek Duphalac, Lactulosa), makrogol (přípravek Forlax), síran hořečnatý a glycerol. Dostupné jsou i speciální salinické minerální vody: Šarátice, Zaječická hořká. Salinické minerální vody obsahují síran hořečnatý a mají nástup za 1-3 hodiny. Osmotická laxativa se podávají u pacientů seniorské věku jednou za den po snídani, nebo dle potřeby a účinek je zřetelný za 2-3 dny. Osmotická laxativa mají nežádoucí účinky, a tím je nadýmání a flatulence.

Glycerol je nejčastěji známý jako čípek a nově i jako glycerinové klysma (Juřica, Kroupa, 2017). Glycerol je objemově – lokálně dráždivým laxativem s osmotickým efektem. To znamená, že lokálně dráždí sliznici, lubrikuje sliznici rektu a vyvolává defekační reflex.

Stimulační (kontaktní) laxativa

Stimulační neboli kontaktní laxativa mají stimulační a dráždivý efekt na sliznici tlustého střeva (Slíva, 2012). Mají přímý účinek na enterální inervaci (nervový systém), a tím

zvyšují motorickou střevní aktivitu. Do této skupiny se zařazují přípravky jako je senna, bisakodyl a pikosulfát. V 60. letech minulého století byla kontaktní laxativa označena jako třetí volba skupiny laxativ pro chronickou zácpu, protože byla zjištěna neuropatie u dlouhodobého podávání. Konkrétně senna byla spojena s melanózou střeva (hnědavé pigmentace na sliznici), a tak byla označena jako prekanceróza. Později kolem 90. let minulého století zase byla označena tím, že během jejího podávání mizí haustrace střeva. Nežádoucí komplikací, která byla prokázána pouze v minulých letech, bylo poškození nervových pletení. V současné době tyto laxativa nejsou zakázána a ani do této doby nebylo prokázáno to, že by měla působit předrakovinové stavy nebo měla mít za následek vymizení haustrace střeva.

Kontraindikací pro užívání kontaktních laxativ je těhotenství a období laktace. Kontaktní laxativa by neměly užívat děti do 10 let věku a pacienti, kteří mají zánětlivé onemocnění střev (Doseděl et al., 2012). Nástup účinku je za 8-12 hodin od podání.

Objemová laxativa

Objemová laxativa zvětšují objem stolice a nejsou rozkládány v GIT (Doseděl et al., 2012). Zástupcem objemových laxativ je vláknina, konkrétně psyllium. Při podávání je nutné dodržovat pitný režim, pitný režim by měl být dostatečný a zvýšený (minimálně 2,5 litru, aby byla vláknina prospěšná).

Laxativa změkčující stolici

Laxativa změkčující stolici usnadňují pasáž střechem a defekaci. Řadí se sem parafinový olej (Adamová et al., 2014).

1.5 Prevence poruch vyprazdňování

1.5.1 Hydratace – výživa

Hydratace je definována jako rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin (Baron et al., 2015). Jako dostatečný příjem tekutin se považuje 2 – 2,5 litrů tekutin za den. Dodržování dostatečného příjmu tekutin vede ke zdravému životnímu stylu (El-Sharkawy et al., 2015). Nedostatečný příjem tekutin nebo naopak přebytný příjem tekutin vede k většímu riziku dalších onemocnění, zejména u seniorů. Příznakem dehydratace je snížený turgor kůže, suchost sliznic a kůže, suchý jazyk, obtížné mluvení, závratě, slabost, únava, hypotenze a porucha vylučování moče, jako je oligurie a anurie.

Dehydratace neboli stav nadměrné ztráty vody či nedostatečný příjem tekutin se dělí na hypotonickou, izotonickou a hypertonickou (Baron et al., 2015). Hypotonická dehydratace vzniká na podkladě sníženého množství elektrolytů. To znamená, že dochází k větší ztrátě elektrolytů než čisté vody. Dehydratace hypertonická je opakem hypotonické. Dochází zde k větší ztrátě čisté vody než elektrolytů. Hypertonická dehydratace může mít za příčinu věkem podmíněné poruchy žízně, ke kterým dochází hlavně u seniorů (El-Sharkawy et al., 2015). Poslední druh dehydratace je izotonická. Izotonická dehydratace je úměrná ztráta vody i elektrolytů a dochází k ní při průjmových infekcích či při zvracení.

Stav dehydratace, kdy dochází k tomu, že je zvýšená absorpce tekutin ze stolice, je důsledkem toho, že dochází ke vzniku chronické zácpy u seniorů (El-Sharkawy et al., 2015).

Stav výživy u seniorů je ovlivněn mnoha faktory (Aziz et al., 2017). Hlavním faktorem, který nelze ovlivnit, je proces stárnutí, který postupem času vede ke vzniku podvýživy u seniorů. Proces stárnutí je typický pro různorodost onemocnění, jako například kardiovaskulární onemocnění, onkologické onemocnění, DM a různé typy demence. Dalším projevem je snížená funkce GIT a celkové zpomalení organismu. Vznik chronické zácpy u seniorů souvisí se stavem výživy (Toniazzi et al., 2018). Stav výživy je ovlivněn periodontálním onemocněním, špatně padnoucí zubní protézou, zubním kazem a ústní hygienou. Tyto faktory mohou ovlivnit výběr a příjem potravin, a tím vedou ke vzniku zácpy.

Přesné zhodnocení stavu výživy zjistíme pomocí nutričního screeningu MNA (Aziz et al., 2017). Test nutričního screeningu MNA sleduje snížení příjmu potravy a snížení hmotnosti za poslední 3 měsíce, stav mobility, psychické potíže v posledních 3 měsících, výskyt neuropsychických obtíží a stav BMI (výpočet z váhy a výšky pacienta).

1.5.2 Pohyb

Stárnutí je proces, který ovlivňuje pohybovou a svalovou soustavu (Kendall, Fairman 2014). S přibývajícím věkem dochází k poklesu kostní minerální vybavenosti a k růstu tělesného tuku. S tím souvisí vznik sarkopenie. Sarkopenie je definována jako pokles kosterního svalstva, který vede k poklesu fyzické funkce, snížení rychlosti chůze, koordinace a rovnováhy pohybu a celkové kvality života seniorů. Udržování fyzické aktivity snižuje riziko metabolických a chronických onemocnění. Mezi další onemocnění, které vznikají v souvislosti se stárnutím, řadíme osteoporózu. Osteoporóza je definována jako řidnutí kostí. Toto onemocnění doprovází úbytek kostní hmoty, poruchy stavby kosti a křehkost kostí, která vede k většímu počtu zlomenin.

Rovnováha a chůze u seniorů je rozhodující v pohybové aktivitě (Osoba et al., 2019). Podle stavu chůze a rovnováhy můžeme určit fyzickou aktivitu u seniora. Rovnováha bývá narušena procesem stárnutí. Chůze je pomalejší, často s kompenzační pomůckou. Příčina narušené rovnováhy je nepřístupný zrakový vstup a snížení svalové síly. Seniori mají sníženou schopnost přizpůsobení se novým smyslovým informacím, to je příčina narušení rovnováhy seniora při chůzi či různých pohybech.

1.6 Geriatrie a gerontologie

Pojem geriatrie vyjadřuje lékařskou praxi (Gupta, Prakash, 2015). Tato lékařská praxe se zabývá staršími pacienty a jejich potřebami. Usiluje o zachování co největší funkčnosti a nezávislosti seniora, i přes probíhající chronické onemocnění. Geriatrie je jednak synonymem pojmu klinická gerontologie, jednak označení specializačního lékařského oboru (v ČR od roku 1983) (Andel, 2014). Etymologicky je pojem odvozen od řeckého gerón (starý člověk) a iatró (léčím). Anglické označení: geriatrics.

Pojem gerontologie pochází z řeckého gerón, 2. pád gerontos =starý člověk a logos = slovo, nauka. Tato věda je souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Od 90. let 20. století se gerontologie profiluje také jako interdisciplinární obor v pregraduálním i postgraduálním studiu (Kalvach et al., 2004).

Gerontologie obsahuje různé podobory a také druhy (Kalvach et al., 2004). Gerontologie experimentální se zabývá otázkami, proč živé organismy stárnou, jejím synonymem je psychogerontologie. Sociální gerontologie zkoumá vztah starého člověka (seniora) a společnosti. Řeší individuální vztahy mezi skupinami a jednotlivci. Klinická gerontologie je synonymem pro geriatrii. Tento obor se zabývá funkčním a psychickým stavem seniorů. Geriatrické ošetřovatelství je aplikovaný obor, který se zabývá poskytováním ošetřovatelské péče seniorům. Cílem gerontologické a geriatrické péče, včetně péče ošetřovatelské, je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné.

Pojem stáří vysvětlujeme jako přirozenou etapu života (Kalvach et al., 2004). Stáří a jeho vliv na organismus závisí na zdravotním stavu seniora, prostředí, ve kterém žije, na jeho ekonomice, na životním stylu seniora, na psychickém naladění a přijetí role. Věk, který je vymezený a určuje, kolik je seniorovi let, se nazývá kalendářní věk. Má určité věkové hranice a za začátek stáří se považuje věk 65 let. Od 75. let se stáří označuje jako vlastní stáří a 90 let a více je považováno za dlouhověkost. Dle národních studií je věk stáří rozdělen následovně: 65 let – 74 let se považuje za nejmladší stáří, 75 let – 84 let je přiřazeno střednímu stáří a věk nad 85 let je nazýván jako nejstarší stáří (Lee et al., 2018).

Dalším důležitým pojmem je geriatrický pacient (Kalvach et al., 2008). Pojem geriatrický pacient se určuje buď jako starší nemocný jedinec, nebo senior, který vykazuje velké involuční změny oproti jiným seniorům stejného věku. Z hlediska kliniky by se obor

geriatrie měl zajímat o pacienty seniorského věku se závažnými zdravotními problémy přesahující hranice možností praktického lékaře.

Proces stárnutí je proces plný změn a nevyhnutelných stavů (Pokorná et al., 2013). Nevyhnutelné stavy a změny se nazývají involuční. Pojem involuční znamená, že veškeré změny jsou prováděny směrem dolů, to znamená, že se snižují funkce orgánových systémů, smyslů a celkově celý organismus seniora. Proces stárnutí má typických 5 syndromů – syndromy 5I – Imobilita (s tím související další problémy ohledně stavu kůže a výživy), Inkontinence (samovolný únik moči a stolice, vznik opruzenin), Intelektové poruchy (výskyt demencí a dalších chorob), Instabilita (tím vznikající pády a úrazy) a Iatrogenie (nejčastěji předepsaná velká skupina léků od lékaře a jejich vzájemné působení).

Nejlépe seniora zhodnotíme pomocí různých škál a testů (Pokorná et al., 2013). Mezi základními je funkční geriatrické vyšetření CGA (příloha 2), kam zapisujeme stanovení základních, funkčních a psychosociálních funkcí, podle kterých se vytváří různé plány ošetrovatelské péče a řeší se zdravotní problémy. Díky tomu může probíhat i dlouhodobé sledování konkrétního seniora.

Do funkčního geriatrického vyšetření patří zjištění soběstačnosti pacienta seniora (Kuckir et al., 2017). Soběstačností seniora se rozumí to, že je schopen žít ve své domácnosti, zvládá běžné denní činnosti sám a není odkázán na pomoc druhých. Pro určení soběstačnosti se dělá test ADL (příloha 3). Následuje zhodnocení mobility, což znamená aktivní fyzický pohyb seniora. Poté zhodnocení kognitivních funkcí seniora, kde nás zajímá, jestli je senior schopen vnímat své a okolní prostředí. Tento test také zahrnuje paměť, schopnost učení a myšlení. Další oblastí jsou emoce, nálady a motivace. K tomuto geriatrickému vyšetření patří ještě zhodnocení stavu nutriční a rizika vzniku dekubitů.

Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení

Významným hodnotitelem stavu je SPICES (Pokorná et al., 2013). SPICES se odvozuje od počátečních písmen. S – z anglického Sleep Disorders – poruchy spánku, P – z anglického Problems with Eating or Feeding – problém s výživou či krmením, I – z anglického Incontinence - samovolný únik moči či stolice, C – z anglického Confusion – známky zmatenosti, E - z anglického Evidence of Falls – důkazy o pádech, S – z anglického Skin Breakdown – poškození kůže. U poruch spánku se hodnotí spánkový

režim pacienta, večerní rituály před spaním, používání farmakologických přípravků k léčbě nespavosti (hypnotika, sedativa). Problém s výživou je jakákoliv odchylka od normy – malý příjem energie, nedostatek pohybu, přítomnost umělé zubní protézy a problémy se žvýkáním a polykáním. Zde je na místě použití testu MNA (příloha 4) – pro přesné vyhodnocení nutričního stavu pacienta nebo test MNA – SF. Znamky zmatenosti posoudíme podle MMSE – krátký test posouzení kognitivních funkcí a zachycení počátků demence.

Test MMSE se skládá ze 30 otázek a úkolů, které jsou zaměřeny na orientaci pacienta v čase a prostoru, praktické dovednosti, čtení a psaní a na krátkodobou paměť (Schuler, Oster, 2010). K tomuto testu se velmi často dělá ještě jeden – test kreslení hodin (CCT). Test CCT je vhodný k vyšetření funkčních poruch mozku. Správné nakreslení ciferníku hodin vylučuje kognitivní poruchy, jako je například demence. U poškození kůže nás zajímají defekty, jako jsou například hematomy, dekubity, opruzeniny, zánětlivé procesy, ale také elasticita kůže, vlhkost kůže a zajímá nás také pergamenová (papírová) kůže, která se u seniorů vyskytuje.

1.6.1 Geriatrické syndromy

Syndrom křehkosti (frailty)

Geriatrickým syndromem je geriatrická křehkost (Kabelka et al., 2022). Důležitým postupem při syndromu křehkosti u seniorů je udržení nebo zlepšení aktuálního zdravotního stavu, a tím snížení handicapu. Postupně seniory musíme adaptovat na nová prostředí a aktuální zdravotní stav. Na mysli bychom měli mít to, že syndrom křehkosti se může zhoršit během hodin až dnů, proto musíme zajistit včasné rozpoznání, indikovat správnou a dostatečnou výživu, stabilizovat základní choroby, pokusit se minimalizovat stres a kontaktovat rodinu, se kterou se dále vše řeší a je hlavním směrem, který seniorovi může pomoci, pokud se zajímá a navštěvuje seniora. Křehkost bývá chápána více způsoby (Kalvach et al., 2008). Prvním způsobem může být takzvaná vetchost. To znamená eliminaci pacienta ze standardních léčebných postupů. Druhým způsobem je vidina nezdatnosti a závislosti seniora, kdy pozorujeme nevládnutí běžných denních činností. Poslední způsob zahrnuje pokles potenciálu zdraví, hospitalizaci, zvýšenou potřebu dopomoci a pomoci ve zdravotní sféře. Křehký senior ale hned neznamená postižený senior (Schuler, Oster, 2010). Pouze z toho vyplývá, že jsou snížené funkční rezervy jednice. Příznakem může být zmatenost a přibývajících pády seniorů. Míra křehkosti se

odvíjí od svalově kosterní funkce (pohyblivosti), od aerobního výkonu (vytrvalosti), od neurologických a kognitivních funkcí a od stavu výživy.

Syndrom disability

Syndrom disability se vysvětluje jako chronické zdravotní postižení, které omezuje seniora ve fyzické aktivitě a v sociální roli (Kalvach et al., 2008). Senior je poté zařazen do zdravotně znevýhodněných, částečně či plně invalidních.

Syndrom anorexie a malnutrice

Syndrom anorexie a malnutrice bývá označován jako neprospívání a chátrání seniora (Kalvach et al., 2008).

Syndrom imobility

Syndrom imobility je označení pro syndromy, které vycházejí z dlouhodobé nepohyblivosti seniora (Kalvach et al., 2008). Příčinou bývá velmi často upoutání na lůžko z důvodu nějakého problému.

Syndrom inkontinence

Jeden z prioritních problémů v geriatrii je právě syndrom inkontinence, který ovlivňuje život seniora z hlediska psychologického a sociálního (Kalvach et al., 2008).

Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti

Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti zhoršuje mentální zdatnost seniora, adaptabilitu a zvyšuje riziko komplikací různých chorob a stresorů ve stáří (Kalvach et al., 2008).

Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka

Samotná zanedbanost, ať už samotného seniora, nebo týrání seniora jinou osobou, poukazuje na vývoj demence (Schuler, Oster, 2010). Syndrom zanedbávání je forma týrání seniora. Existuje týrání fyzické i psychické. Je potřeba, aby toho, kdo zanedbání způsobí, začal co nejdříve někdo řešit a pokud by se to nemělo zlepšovat, tak je nutné zapojit soud. Výsledkem může být změna opatrovníka nebo umístění do pečovatelského domu.

Syndrom dehydratace

U syndromu dehydratace je nutné dodržovat denní příjem tekutin, zejména u ležících seniorů a seniorů s demencí, aby se tomuto syndromu předešlo (Kalvach et al., 2008).

Syndrom neklidných nohou

Syndrom neklidných nohou patří k nejčastějším onemocněním ve stáří a ženy seniorky jsou jím postiženy častěji než muži (Schuler, Oster, 2010). Tento syndrom se projevuje neschopností udržet nohy v klidu a pacient je přesvědčen, že se musí pohybovat, aby jeho nohy dosáhly úlevy. Někdy syndrom může postihnout i stehna a paže. Projevy jsou v klidu, hlavně po usednutí nebo ulehnutí.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

CÍL 1: Zjistit, jaké metody pacienti s chronickou zácpou volí k vyprázdnění.

CÍL 2: Zjistit, kde pacienti hledají informace o prevenci a léčbě chronické zácpy.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké metody vyprazdňování pacienti s chronickou zácpou volí?

VO 2: Kdo nejčastěji edukuje pacienty s chronickou zácpou?

3 Metodika

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti seniorského věku 65+ s chronickou zácpou. Jednalo se o ženy i muže, kteří jsou klienty domova pro seniory a byla jim diagnostikována chronická zácpa. Ve spolupráci s vrchní a staniční sestrou byli klienti osloveni i s ohledem na stav kognitivních funkcí.

3.2 Použité metody

Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V první řadě byl poslán písemný formulář s žádostí o provedení výzkumu v domově pro seniory vrchní sestře a poté byly domluveny termíny rozhovorů s klienty. Vybraní klienti byli seznámeni s tématem bakalářské práce a s účelem výzkumného šetření. Také byli obeznámeni s pořizováním zvukové nahrávky, se kterou všichni souhlasili, a s tím, že výsledky bakalářské práce budou plně anonymizovány.

3.3 Průběh výzkumu

K realizaci výzkumného šetření byl vybrán domov pro seniory (dům sociálních služeb). Domov je rozdělený na dvě budovy. V první budově jsou senioři bez postižení kognitivních funkcí, kde byly prováděny rozhovory. Ve druhé budově jsou klienti, kteří trpí různým typem demencí – domov se zvláštním režimem. Z prvního oddělení bylo vybráno 9 vhodných klientů informantů.

3.4 Sběr dat

Rozhovory probíhaly na pokojích jednotlivých klientů, kde bylo tiché a příjemné prostředí. Rozhovory probíhaly bez přítomnosti jiných klientů a personálu na pokoji. Rozhovory tedy probíhaly v soukromí a senioři měli možnost krátkého přerušování z důvodu únavy. Pokud byla klientům nějaká část rozhovoru nesrozumitelná, byla jim samozřejmě objasněna. Z každého rozhovoru byla pořizena nahrávka, s kterou jednotliví klienti souhlasili. Rozhovory trvaly přibližně 20 minut.

3.5 Analýza dat

Ke zpracování a analýze dat byla použita metoda kategorizace dat a poté kódování. Kategorie vznikají v průběhu analýzy dat, až po podrobném přezkoumání dat (Hendl, 2008). Zvukové záznamy byly přezkoumány a stěžejní otázky a odpovědi přepsány.

Následovalo hledání stejných, podobných nebo jiných kódů k vytvoření kategorií a podkategorií (Švaříček et al., 2007).

4 Výsledky

Základní údaje o informantech (klientech)

1. K1 – žena, věk 88 let (1936)
2. K2 – žena, věk 94 let (1930)
3. K3 – žena, věk 89 let (1935)
4. K4 – žena, věk 82 let (1942)
5. K5 – muž, věk 89 let (1935)
6. K6 – žena, věk 80 let (1944)
7. K7 – žena, věk 76 let (1948)
8. K8 – žena, věk 65 let (1959)
9. K9 – muž, věk 68 let (1956)

Tato část bakalářské práce je věnována výsledkům výzkumu. Rozhovory byly realizovány formou polostrukturovaných otázek, které byly rozděleny do 10 kategorií.

Kategorie

Kategorie č. 1: Identifikační otázky

Kategorie č. 2: Onemocnění

Kategorie č. 3: Chronická medikace

Kategorie č. 4: Chronická zácpa

Kategorie č. 5: Vyprazdňování

Kategorie č. 6: Léky na chronickou zácpu

Kategorie č. 7: Nefarmakologická terapie

Kategorie č. 8: Alternativní postupy pro léčbu chronické zácpy

Kategorie č. 9: Stravování a příjem tekutin

Kategorie č. 10: Informovanost a získávání informací

4.1 Interpretace výsledků

Kategorie č. 1: Identifikační otázky

Každý klient je označen velkým písmenem K, aby byla dodržena anonymita jednotlivých klientů. Každé písmeno K má k sobě číslo, které označuje jednotlivé klienty (K1-K9).

U pohlaví klientů převažují ženy nad muži, protože chronickou zácpou trpí více ženy seniorského věku.

Věková kategorie je 65+. Avšak většina klientů v domově pro seniory spadá do věkové kategorie 75+.

Důležitým faktorem je odkdy jsou klienti v domově pro seniory a zda zácpou trpěli už dříve v domácím prostředí, nebo z důvodu nějakého problému či stavu, nebo se klienti se zácpou setkali teprve v souvislosti s nástupem do domova pro seniory.

K1: „*V domově jsem od roku 2018 a jsem velmi spokojená.*“

K2: „*Jsem tu přes dva roky, asi od roku 2021.*“

K3: „*Tady budu už osmým rokem.*“ – od roku 2016

K4: „*Jsem tady teprve půl roku, dříve jsem byla jinde, kde se mi líbilo víc.*“

K5: V domově pro seniory je od srpna roku 2023.

K6: V domově pro seniory je od roku 2019.

K7: V domově pro seniory je od roku 2020.

K8: „*Tady jsem 1 rok.*“ – od roku 2023.

K9: V domově pro seniory je od roku 2021.

Kategorie č. 2: Onemocnění

Na vzniku chronické zácpy se podílí mnoho onemocnění, a proto jsme zjišťovali zdravotní stav klientů. Arteriální hypertenze je onemocnění, kdy má člověk zvýšený krevní tlak nad určité hodnoty. S tímto onemocněním se léčí klienti K1, K2, K3, K5, K6, K7 a K8. S arteriální hypertenzí do domova pro seniory už přišli a měli určenou medikaci. Arteriální hypertenze a chronická zácpa jsou velkým rizikem prasknutí aneurysmatu při úporném tlačení.

Dalším často vyskytovaným onemocněním u klientů jsou úzkostné poruchy, organické poruchy nálady, deprese a beznaděj. Klienti K1, K2, K4, K5, K7 a K8 se s těmito problémy setkávají už od mladých let. U klientky K1 se psychiatrické onemocnění začalo vyskytovat od prodělané cévní mozkové příhody, od té doby má problémy v běžných denních činnostech. Někdy nemá chuť ani vstát z lůžka a něco dělat. Klientka K2 byla několikrát hospitalizována na psychiatrickém oddělení, kde jí zjistili organickou úzkostnou poruchu. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení začaly, když jí zemřel manžel a zůstala doma sama. Velkou psychickou zátěž utrpěla klientka K4, když jí zemřel syn při těžké autonehodě. Od té doby trpí beznadějí, strachem a úzkostí a její fyzický i psychický stav se čím dál tím více zhoršuje. Úzkostné poruchy a s tím související i organické poruchy nálady u klienta K5 začaly už v dětství, ale teprve poslední roky jsou diagnostikovány a léčeny. V dětství mu velmi brzy zemřel otec na úraz, bylo mu pouhých 39 let. Od té doby je na tom klient špatně po psychické stránce. Na psychiatrické ambulanci je léčen poslední 4 roky z důvodu zhoršení stavu po ovdovění. Manželka zemřela na oddělení následné péče. Klientka K7 měla od mládí nešťastný život. Když byla malá, zemřel jí otec a vyrůstala jen s matkou. Matce později diagnostikovali karcinom mozku a před očima jí matka umírala. Když začala žít svůj vlastní život, tak přišla o sestru. Sestra spáchala sebevraždu ve svých 22 letech. Klientky první manžel zemřel při nehodě v lese, kdy na něj spadl strom. Druhý manžel zemřel na karcinom plic a byla s ním do posledních chvil. Třetí manžel zemřel na infarkt myokardu před očima klientky. Klientka má 3 děti. Dcera zemřela ve 38 letech na karcinom prsu a nechala po sobě dvě dcery, o které se klientka starala do té doby, než musela nastoupit do domova pro seniory. Sama si prošla onkologickou léčbou a bojí se, že se rakovina vrátí a bude to pro ni velký boj. Klientka K8 se s úzkostnými stavy a depresí setkala v souvislosti s tím, že přišla o svůj podnik, který vedla 25 let. V té době se s ní rozvedl manžel a klientka

skončila v psychiatrické léčebně na 3 měsíce. Poté dojížděla na psychiatrickou ambulanci, ale dalším hospitalizacím na psychiatrickém oddělení se nevyhnula. Nyní je na tom po psychické stránce lépe.

Společným problémem, který trápí klienty K1, K4, K6 a K8, jsou varixy. Varixy na dolních končetinách mají všichni operovaní, ale postupem času se bolestivost zase objevila. Kvůli velké chronické bolesti dolních končetin, které mají klienti K3 a K5, se nemohou dostatečně pohybovat, většinu času jsou pouze na svém lůžku nebo pomocí kompenzační pomůcky dojdou na toaletu.

Klientka K1 prodělala v roce 2018 cévní mozkovou příhodu a od té doby trpí pravostrannou hemiparézou. Pravostranná hemiparéza jí velmi omezuje, proto musí používat kompenzační pomůcky ke zlepšení své soběstačnosti. I přesto je klientka velmi aktivní a s hemiparézou se naučila žít. V roce 1992 byla na operaci meningeomu v mozku. Bylo to pro ni nepříjemné období, kterým si musela projít. Také používá naslouchátko z důvodu percepční pravostranné nedoslýchavosti.

S diabetem mellitem 2. typu žije klientka K2. Je na perorálních antidiabetických, které jí vyhovují více než inzulín. Klientka má chronickou obstrukční plicní nemoc a chronickou ischemickou chorobu srdeční. V roce 2015 jí lékaři našli kalcifikovaný meningiom v pravé hemisféře. Je po operaci totální endoprotézy obou kolen, a také po operaci zlomeniny levého femuru, která proběhla v roce 2021. Zlomenina klientku na nějaký čas upoutala na lůžko. Od té doby se necítí moc jistě ohledně fyzického pohybu.

Těžké infekce močových cest a ledvin trápí klientku K3. Kvůli močovým infekcím jí už několikrát hospitalizovali v nemocnici a také měla tamponádu močového měchýře. Infekce jí vadí i při vyprazdňování stolice a s tím spojenou zácpou. Klientka je upoutána na lůžko nebo svůj invalidní vozík. Je omezena ve volném fyzickém pohybu a ve svém volném rozhodnutí se dojit vyprázdnit. Před 13 lety byla na operaci totální endoprotézy levého kolene a od té doby má chronickou bolest dolních končetin. Bolest je i důvodem imobility. Klientka si je jistá tím, že začala trpět chronickou zácpou po cholecystektomii a appendektomii. Anémii má diagnostikovanou od roku 2019.

Klient K5 má adenom hypofýzy, který vznikl po subdurálním krvácení v mozku. Ke krvácení došlo z důvodu úrazu. Klient je celkově výrazně omezen v soběstačnosti.

U klientky K6 byl proveden trojitý koronární bypass v roce 2017 po prodělané akutní ischemické chorobě srdeční. V roce 2020 měla Zenkerův divertikl jícnu, při kterém došlo k nemožnosti polykání a přijímání stravy. Zde se poprvé setkala s akutní zácpou z důvodu změn ve stravování.

Klientka K8 se léčí s erysipem na dolních končetinách. Tyto problémy začala mít už kolem 45. roku života a v té době se o léčbu moc nezajímala. Z psychiatrického oddělení byla několikrát přesunuta na izolační pokoj na kožním oddělení. Teprve po řádném zaléčení infekce byla přesunuta zpět. Začala spolupracovat s lékaři a v domácím prostředí si zařídila návštěvu sestry z domácí péče. Nyní má erysipel pod kontrolou, je kompenzovaný a klientka si na dolní končetiny dává pozor.

Klient K9 má ischemickou chorobu dolních končetin a pohybuje se většinu času pouze na svém invalidním vozíku. Je silný kuřák a v současné době mu zdravotnický personál omezuje přísun cigaret na 10 za den.

Kategorie: Onemocnění

- Arteriální hypertenze
- Psychiatrické onemocnění
- Imobilizace
- Varixy
- Pravostranná hemiparéza
- DM
- CHOPN
- ICHS
- ICHDK

Kategorie č. 3: Chronická medikace

Chronická medikace je u klientů různorodá. Klienti K1, K2, K3, K4, K5, K7 a K9 užívají dlouhodobě léky na bolest, tedy léky ze skupiny analgetik. Mezi nejčastější patří Novalgin, Spasmopan, Zaldiar a Algifen. Na chronické bolesti užívá klientka K1 opioidní analgetikum, konkrétně DHC Continus. Klienti mají relativně vysoké každodenní dávky analgetik.

Klientka K2 užívá hodně psychiatrických lékových skupin a antiepileptika. Jako příklad psychiatrických skupin léků jsou antidepresiva konkrétně Mirtazapin. Lék Rivotril a Asentru užívá na panické poruchy, deprese a úzkosti. Ze skupiny antiepileptik je to lék Pregabalin. Všechny tyto skupiny jsou rizikovým faktorem pro vyvolání chronické zácpy. Stejně léky užívá i klientka K8. Antidepresivum Citalec má naordinované klientka K4, která utrpěla těžkou rodinnou ztrátu syna, kdy od té doby na tom není vůbec psychicky tak, jak by chtěla být. Také začala užívat antiparkinsonika na léčbu Parkinsonovy choroby. Klient K5 užívá různé druhy antidepresiv a léků na poruchy chování ve stáří. Mezi tyto léky se řadí například Tiapridal, Asentra a Mirtazapin. Klientka K7 má předepsán lék Elenium, který je proti úzkostným poruchám, napětí a proti neklidu.

K výrazným rizikovým skupinám léků, které mohou přispět ke vzniku chronické zácpy, řadíme i nedostatky vitamínů. Klientky K1 a K6 mají předepsaný Ascorutin z důvodu nedostatku vitamínu C a Kalium Chloratum z důvodu nedostatku draslíku. Klientka K3 užívá Sorbifer z důvodu doplnění železa. To samotné pak způsobuje černou stolici a umocňuje problém s chronickou zácpou.

Klientka K6 má možnost podání Nitroglycerinu, pokud by došlo k hypertenzní krizi.

Klientka K8 má problémy se srdcem, proto užívá betablokátory a má problémy se štítnou žlázou.

Klient K9 užívá léky ze skupin antikoagulancií a antiagregancií. Pravidelně jezdí do nemocnice na podání vasodilatačních infuzí.

Kategorie: Chronická medikace

- Analgetika
- Antiepileptika

- Antidepresiva
- Antiparkinsonika
- Nízká hladina vitamínů
- Antikoagulancia
- Antiagregancia

Kategorie č. 4: Chronická zácpa

V roce 2018 začala klientka K1 trpět zácpou, která zpočátku vypadala jako spíše akutní problém, ale nyní se jedná o zácpu chronickou. Začala v souvislosti s nástupem do domova pro seniory. Taktéž po nástupu do domova pro seniory začala chronická zácpa i klientům K8 a K9. Klientka K3 se s chronickou zácpou léčí od té doby, co je v domově pro seniory a dříve se se zácpou nesetkala, nyní jsou obtíže se zácpou výraznější, a to kvůli velmi častým zánětům močových cest a je pro ni obtížné se při tom vyprázdnit. Klientka K4 trpí zácpou taktéž od umístění do domovů pro seniory, kterých vystřídala několik a také byla několikrát hospitalizována, což se zřejmě na vzniku chronické zácpy také podílelo.

Žádná souvislost mezi nástupem do domova pro seniory a vznikem chronické zácpy nebyla zpozorována u klientů K2, K5, K6 a K7. Klientka K2 začala mít problémy s vyprazdňováním už od 65 let. Říká, že jí zácpa začala v souvislosti s menopauzou, po které zácpa nebyla tak výrazná, ale postupem času se obtíže zhoršovaly. Klient K5 udává, že se zácpou se poprvé setkal asi před 5 lety, kdy už neřešil svůj zdravotní stav. Klientka K6 trpí zácpou teprve 1 rok a dává to za vinu stárnutí organismu. A klientka K7 se se zácpou setkala poprvé v těhotenství. Měla jí vždy pouze v těhotenství. Zácpa pro ni byla velkým problémem a těhotenství bylo o to těžší, protože byla klientka stále nadmutá a trpěla bolestí až křečemi v břiše.

Klientka K1 má 2 syny, kteří jí navštěvují. V gynekologické anamnéze je důležité, že měla dva porody, protože nyní ve stáří je funkce pánevního dna, která je ve vyprazdňování důležitá, oslabená a není dostačující. Klientka udává, že má inkontinenci moči, kterou řeší pomocí inkontinenčních pomůcek. Také klientky K2 a K3 si stěžují na únik moči, kdy musí používat inkontinenční pomůcky, jako jsou vložné pleny nebo plenkové kalhotky. Gynekologická anamnéza u klientky K4 udává 3 porody. Má dvě dcery, které jsou zdravé a moc se s nimi nevidá. Syn zemřel velmi mladý při autonehodě. U klientky K6 je gynekologická anamnéza stejná jako u klientky K1.

Všichni klienti vědí o tom, že mají chronickou zácpu a rozumí její definici.

Se zácpou jako s akutní záležitostí se setkaly klientky K1, K3, K4, K6 a K7, a to z důvodu hospitalizace, která byla doprovázená sníženou možností fyzického pohybu, absencí cviků na lůžku a nedostatečnou úpravou stravování. Akutní problémy se zácpou byly u těchto klientek také přítomné při specifických obdobích ženského života, jako je těhotenství a menopauza.

Klientka K1 popsala příznaky jako bolest před vyprazdňováním i po vyprázdnění, občas viditelnou krev ve stolici, nadýmání, pocit plnosti břicha a nechut' k jídlu. U klientky K2 dochází k vyprázdnění nezdřídka až po 5 dnech. Jelikož se s tímto problémem léčí spoustu let, tak upřesnila, že ne vždycky je stolice bobkovitá, ale velmi často bývá také vcelku, ale vždy je tvrdá a nemůže pořádně projít přes konečník. Mezi příznaky zařadila nadýmání a nucení na stolici bez následného vyprázdnění. Často se stává, že na toaletě klientka nutkáni již nepocit'uje a k vyprázdnění tedy nedojde. To se opakuje. Klientka se velmi často bojí více zatlačit při pokusu o vyprázdnění z důvodu gynekologických obtíží. U klientky K3 se zácpa projevuje nafouklým břichem, nechutenstvím, bolestí břicha a bolestivým konečníkem, což způsobily časté a neúspěšné pokusy o vyprázdnění. Velmi často má ve stolici krev, ta může být zapříčiněna také infekty močových cest, kdy se i v moči objevuje viditelná krev. Při zánětu močových cest je defekace celkově náročnější, protože pálení a bolest při močení způsobuje strach při vykonávání potřeby, a tím se zhoršuje schopnost se vyprázdnit.

K1: „*Stolice vypadá jako jitrnice, je světlejší a tuhá.*“

K2: „*Stolice vypadá jako hrudky něčeho, vůbec není vcelku a je velmi tvrdá.*“

K3: „*Chodím na záchod skoro pořád a zkouším tlačit, pak už mě z toho všechno bolí. Takhle se to opakuje několikrát a spoustu dní za sebou, než to konečně jde.*“

Klientka K4 se vyprazdňuje 3x za týden. S vyprazdňováním stolice v mládí problém neměla. Stolice je tužší a spíše bobkovitá. Jako nejčastější příznaky označila nadýmání, nucení na stolici, kdy defekace přesto neproběhne, bolest před i po vyprázdnění doprovázenou strachem z poškození konečníku úporným tlačáním.

K4: „*Vím, co to je, vždyť na to mám prášek.*“

U klienta K5 je problém s chronickou zácpou následující. Nyní se chodí vyprázdnit jednou za dva dny, ale vždy ho několikrát za měsíc potrápí zácpa, kdy k vyprázdnění dochází až za 4 dny. Stolice je bobkovitá a občas mívá zpečetěnou stolici v konečniku, která se nazývá skybala a tekutá stolice skybala obtéká. Klienta tento stav trápí, stydí se a opětovaně musel být vyšetřen lékařem per rektum, kdy mu byly skybala odstraněna. Kvůli tomuto problému je nucen občasné nosit plenkové kalhotky. Vyžádá si je, pokud se cítí nekomfortně a vnímá, že mohou nastat obtíže se zácpou. Mezi příznaky zařadil nucení na stolici a ztrátu chuti k jídlu.

Velmi specificky chronickou zácpu popsala klientka K6. Její stolice je těžká a bolestivá. Bojí se více zatlačit, protože nechce, aby došlo ke vzniku krvácení nebo hemoroidů.

K6: „Vychází ze mě tvrdé bolestivé kamínky, které nemohu vytlačit. Na toaletě se krouším ze strany na stranu a musím hodně dýchat, jinak bych omdlela z té bolesti.“

Klientka K7 má ve stáří podobné příznaky jako měla v těhotenství. Je to tvrdé a na pohmat bolestivé břicho. Pokud nechodí pravidelně na toaletu, aby jí odcházely alespoň plyny, tak je bolest a křeče větší. Pak jde na stolici až po 5 dnech a vyjde z ní obrovské množství tvrdé bobkovité stolice. Častokrát má podrážděný konečník, který zklidňuje gely.

U klientky K8, která chronickou zácpu snáší velice špatně, se projevují příznaky jako nemožnost v klidu dýchat, pocit tlaku na hrudi, bolesti zad, bolest močového měchýře a časté nucení se vymočit, ale „bez úlevy“. Klientka má úzkostné stavy, neví, co dělat pro to, aby se mohla dostatečně vyprázdnit. Na toaletu chodí pouze 2x za týden.

K8: „Na toaletu bych raději nechodila vůbec, protože i když jdu aspoň 2x do týdne, tak tu příšernou bolest a ty stavy, co tam zažívám, tak to není k vydržení. Děsím se toho, až jednou lehnu, tak na mísu mě nikdo nedostane, to mi asi budou muset udělat vyprázdnění pomocí operace.“

Klient K9 se chodí vyprázdnit jednou za 3 dny, ale nemá pocit úplného vyprázdnění a má bolesti břicha celý týden, až do další defekace. Omezuje ho to v pohybu na invalidním vozíku.

K rizikovým faktorům, které jsou přítomny u všech informantů a vedou ke vzniku chronické zácpy, patří stárnutí organismu, především trávicího traktu (zpomalení střev), nedostatek pohybu, ležení v lůžku, nevyváženost stravy a nedostatek tekutin.

Kategorie: Chronická zácpa

- Bolest
- Krev ve stolici
- Nadmuté břicho
- Nechutenství
- Plnost břicha
- Tvrdá stolice
- Nucení k defekaci, ale bez následné defekace
- Bolestivý a podrážděný konečník
- Bolest a plnost močového měchýře

Kategorie č. 5: Vyprazdňování

V domově pro seniory mají 1 toaletu na 2 pokoje. První pokoj je pro dva klienty a druhý pro jednoho klienta. Soukromí pro hygienu a vyprazdňování je tedy docela dostačující. Klientka K1 popsala, že se vždy všichni prostřídají, akorát jí vadí některé vlivy, mezi které patří nedostatek času po ránu, kdy se dělají ranní hygieny a klienti se připravují na snídani. Někdy dojde ke špatnému načasování vzhledem ke spolubydlícím.

Jelikož jsou klienti K2, K3, K5 a K9 omezeni v soběstačnosti a většinu času jsou spíše na lůžku nebo v křesle, nemají dostatečný fyzický pohyb, který by potřebovali ke správné defekaci.

K2: „Stabilita při chůzi není taková, jakou bych potřebovala, abych se nebála vyjít.“

Tito klienti jsou při dobrém rozpoložení schopni potřebu vykonat na toaletě s pomocí kompenzačních pomůcek nebo za asistence personálu. Pokud je jejich stav z hlediska psychiatrického onemocnění zhoršený, dochází k vyprazdňování na lůžku pomocí podložní mísy. Podložní mísa je pro klienty velmi nepohodlná, proto se ani někdy nechtějí vyprázdnit.

Klientka K3 má problém s tím, aby dosáhla dostatečného fyzického pohybu, který by pomohl jako prevence zácpy. Začala cvičit na lůžku vleže, snaží se, aby se trochu hýbala. S invalidním vozíkem jezdí do dílen a pracoven. Klientka zkusila i nacvičení defekačního reflexu, který jí doporučila všeobecná sestra. Tato metoda zlepšení nepřinesla. Nyní taktéž na doporučení všeobecné sestry zkouší používat defekační stoličku pod nohy během defekace, ale protože trpí chronickými bolestmi dolních končetin, není schopná na stoličce dolní končetiny udržet.

V domově pro seniory klientka K4 nemá tolik soukromí a času na vyprazdňování, kolik by potřebovala. Spolubydlící jí ruší a nemají se moc rády.

K4: „Když přijdou koupat nebo pomoc s přebalováním spolubydlící, je lepší vypadnout a nechat jim prostor.“

Fyzický pohyb má klientka dostačující, co se týká denní aktivity. Je spíše na chodbě nebo v areálu, kam se chodí projít a odpočinout si. Pokud se necítí dobře, má s sebou nějakou

kompenzační pomůcku, například berle. Ven nebo mezi ostatní klienty chodí nerada, protože se bojí onemocnění.

O klidu a soukromí k defekaci se klient K5 vyjádřil tak, že soukromí na vyprazdňování má docela dostatečné, žádné velké vlivy ho nevyrušují. Problémy mu však přináší jeho uzavřenost, psychické problémy a bolesti dolních končetin, kvůli kterým často nemůže opustit pokoj nebo dokonce lůžko.

Se soukromím je klientka K6 spokojená. Celý život bydlela v panelákovém bytě a tam to soukromí ohledně vyprazdňování a ostatních věcí nebylo, protože bylo slyšet každé slovo. Takže se soukromím je spokojená, ale na toaletě někdy prosedí dlouhý čas a bojí se, že bude blokovat toaletu ostatním klientům. Někdy je tedy nucena toaletu opustit, aniž by k defekaci vůbec došlo.

Klientka K7 má soukromí dostačující, i když často si stěžuje na špinavou toaletu po jiném klientovi. Jako další rušivý faktor uvádí hluk. Hluku je v domově nejvíce po ránu, při obědě a po večerech, kdy se provádí večerní hygieny. Klientka se snaží chodit na toaletu po ránu, když se probudí, ale většinou se nevyprázdní.

Klientka K8 dostatek soukromí na vyprazdňování má, ale stejně, jak sama říká, by raději byla v hluku a v rušivých faktorech, jen kdyby mohla chodit každý den.

Fyzický pohyb není u klienta K9 skoro žádný. Přes bolesti dolních končetin, kvůli ischemické chorobě dolních končetin, vůbec nechodí a je závislý pouze na svém invalidním vozíku. Na vozíku ale jezdí pouze na balkon a zpět si zakouřit. Se soukromím na vyprazdňování je to dobré, klient má i dostatek klidu na toaletě.

Kategorie: Vyprazdňování

- Samostatně na toaletě
- S dopomocí či kompenzační pomůckou na toaletě
- Podložní mísa
- Defekační stolička pod nohy během defekace na toaletě

Kategorie č. 6: Léky na chronickou zácpu

Cílem tohoto rozhovoru bylo, jaké metody pacienti s chronickou zácpou volí k vyprázdnění. Klienti K1, K2, K5 a K9 jsou spokojeni se sirupem Lactulosa, který dostávají od všeobecných sester každé ráno v dávce jedné odměrky. Pokud sami klienti ví, že na stolici nebyli více jak 3 dny, tak si o Lactulosu požádají sami. Klientka K2 má zácpu už roky a tvrdí, že sirup je z vyzkoušeného nejlepší. I když jsou známy případy, že při tak dlouhodobém užívání laxativ se stav chronické zácpy ještě více zhorší.

Klientky K3 a K4 jsou spokojené s glycerinovými čípkami, které dostávají dle potřeby a opět si o ně mohou samy požádat. Nemají je ale moc rády, protože vyvolají průjem a musí se snažit, aby čípek dostatečně dlouho udržely. Také hned mají zašpiněné plenkové kalhotky a často čípek vytlačí ven. Laxativa jako jsou sirupy nechťejí, protože efekt nastává až za několik dnů a to takový, že opět způsobí průjem a takhle se stále opakuje.

Mezi farmakologickou terapií, podle zdravotnické dokumentace, kterou klienti K1, K2, K5 a K9 používají je sirup Lactulosa, který je stejně jako Duphalac osmotickým laxativem. To znamená, že zadržuje vodu ve střevě a zvětšuje objem stolice. Klienti jsou se sirupem spokojeni, splní vždy účel, ale nezabírá hned. Proto by také chtěli začít využívat nějaké jiné a lepší možnosti.

U klientky K8 je to ale úplně jiné. Sirupy užívá každý den, ale vůbec jí nepomáhají, není spokojená ani s glycerinovými čípkami. Má po nich pocit ještě většího nadmutí, a ještě horší celkový stav.

Klientky K6 a K7 žádná laxativa neužívají, pouze samy si vyhledávají vhodné potraviny a jiné možnosti, díky kterým se mohou vyhnout farmakologickým prostředkům. Zdravotnický personál je s tím obeznámen. Nejsou spokojené s užíváním. Vždy jim to stav akorát zhorší a někdy to vede k nezastavitelnému průjmu trvajícím několik dní nebo k velkým bolestem. Pokud je potřeba nějaké pomoci, tak jako nejzazší možnost klientky využívají provedení projímavého klysmatu.

Kategorie: Léky na chronickou zácpu

- Sirup
- Glycerinové čípky
- Projímavé klysmata

Kategorie č. 7: Nefarmakologická terapie

Nefarmakologické řešení u klientek K1 a K4 probíhá právě v kombinaci s farmakologickým. Klientky si samy hlídají dostatek fyzického pohybu, pohybují se díky kompenzačním pomůckám, jako je vysoké chodítko a berle. Klientka K1 každé ráno provádí cviky na lůžku. Omezuje jí pravostranná hemiparéza, s kterou se ale naučila žít a dělat věci, které potřebuje. V případě příznivého počasí, má možnost se zdravotnickým personálem vyjít ven do areálu.

Po obědě se s klienty prochází po areálu aktivizační pracovník. Takže i klienti na invalidním vozíku a s velkým pohybovým omezením se mohou dostat ven, což pozitivně ovlivňuje náladu klientů.

K1: „Hned v 5 hodin ráno se budím a chytmu se toho věšáku, zvedám nohy nahoru a pokrčuju, takhle to dělám i během dopoledne.“

Nefarmakologická léčba je v souvislosti s dostatečným fyzickým pohybem, vyvážeností stravy a s dostatkem příjmu tekutin. U klientů K2, K3 a K5 je těžké zlepšit fyzický pohyb z důvodu snížené soběstačnosti a omezení fyzického pohybu. Kompenzační pomůcky mají k dispozici, ale bez pomoci personálu nedokáží udržet rovnováhu. Klientka K3 nemůže zlepšit svůj fyzický pohyb ani pomocí kompenzačních pomůcek, je závislá na personálu a svém invalidním vozíku. Klientka K6 to má s fyzickým pohybem úplně odlišně. Je velice aktivní, ráda si pustí hudbu a u toho tancuje. Ráda si zahraje společenské hry a ráda se každý den projde po areálu domova pro seniory a někdy s sebou bere i klientku K7.

Velká únava a bolesti omezují klienta K5. O vysokém chodítku se dostane na toaletu, ale nejde se projít na chodbu. Podle nálady využívá program v pracovnách.

U některých klientů je složité je zapojit do aktivit a přispět k fyzické aktivitě, protože se jim nechce. Klidně by mohli, nemají nějaké výrazné omezení. Překážkou tedy není jejich fyzický stav, ale vůle a psychické rozpoložení. To je případ i klientky K8, která pohyb nemá ráda, nevyhledává procházky a ani výlety. Někdy se nechá přesvědčit ke krátké procházce chodbou ke kávovému automatu. K aktivizačním věcem se také nehlásí a nejraději je pouze na svém pokoji.

Ohledně dostatečného příjmu tekutin je to takové, že klienti K1, K2, K3, K5, K8 a K9 trpí dehydratací. Za den nepřijmou více jak 1,5 litru tekutin. Nemají chuť pít, a i bez dostatečného fyzického pohybu nemají pocit žízně.

Vlákninu do stravy přidává pouze klientka K1, K4, K6 a K7. Nedostatek příjmu ovoce a zeleniny je dalším problémem u klientů v domově pro seniory. Někteří nemají dostatečný příjem ovoce a zeleniny a někteří ho nekonzumují úmyslně, protože jim to stejně od chronické zácpy nepomáhá.

Kategorie: Nefarmakologická terapie

- Fyzický pohyb
- Hydratace
- Vlákna

Kategorie č. 8: Alternativní postupy pro léčbu chronické zácpy

O možnostech různých vyšetření ohledně diagnostiky zácpy a o dalších možných terapiích klienti od svého lékaře neslyšeli. Pouze v minulosti byly klientky K1 a K6 na kolonoskopii z důvodu problému s vyprazdňováním. Na kolonoskopii se nic nezjistilo.

Klientky K2 a K6 se zmínily o naučení biofeedbacku, o kterém slyšely na různých přednáškách, které absolvovaly z vlastní iniciativy ještě před nástupem do domova pro seniory. Popsaly mi, že je zvláštní, když se snažíte naučit své pánevní svalstvo ke správnému vyprazdňování. Klientky ví, jak na různé cviky a naučení ovládnutí své pánve, ale s přibývajícím věkem je to čím dál tím těžší a jako prevence chronické zácpy jim to moc nepomáhá.

K6: „Je to něco, jako když mám únik moči a posiluju pánev a ty svaly tam.“

Reflexní terapii nohou neboli čínskou medicínu zkusila klientka K2, když se před nástupem do domova snažila najít způsob, jak se zácpy zbavit. V minulosti navštívila specializované pracoviště v Praze, kde popsala své problémy a absolvovala terapii nohou. Terapie nohou prý byla příjemná a zdálo se, že pomohla. Kvůli vzdálenosti terapii vícekrát neabsolvovala a nebyla ani schopná jí sama aplikovat.

O extraktu z konopí slyšela klientka K6, ale nikdy ho nevyzkoušela, protože nevěděla, kde by ho mohla sehnat a zda je to vůbec legální.

Se švestkovým kompotem jsou velice spokojeni klienti K2, K5, K6, K7 a K9. Pomáhá jim to od bolesti a nadýmání a vyprázdnění je pak snazší. Ne vždy mají zrovna švestkový kompot u sebe, protože ho dostávají pouze od rodiny. Další metodou, kterou tito klienti vyzkoušeli, je chléb namočený v teplé vodě. Chléb namočený v teplé vodě klientům nepomáhá, ale vždy ho zařadili jako poslední možnost k vyvolání defekace.

O naučení správného defekačního reflexu byly informovány klientky K1, K4 a K6. Každé ráno pijí šálek vlažné vody na prázdný žaludek ihned po probuzení. Mají vysledovaný čas, kdy by se jim mělo chtít na toaletu. Účinek není vždy zaručený. Také byly informovány o přípravě vhodného prostředí k defekaci, možnosti použití různých hmatů a pomůcek na toaletě (stolička pod nohy, tlak rukou na podbřišek). Klientkám to ještě dostatečně nepomáhá, protože se svůj defekační reflex teprve snaží správně naučit a přijít na to, jak a kdy je vyprázdnění nejlepší.

V lékárnách je k dostání vláknina, která se poté přidává do jídla nebo pití. S touto metodou má pozitivní zkušenosti klientka K4, která o této možnosti slyšela od své praktické lékařky. Používá rozpustnou vlákninu psyllium, která po spojení s vodou nabobtná a trávicí trakt tak má šanci se pořádně pročistit a detoxikovat. Upraví počet stolic za týden, nejlépe tak, že klientka začala chodit po 2 dnech. Je ale důležité, že si musí hlídat zvýšený pitný režim pro správný účinek. Podobné zkušenosti má klientka K7, která ale používá lněné semínko. Lněné semínko podporuje správnou funkci trávicího traktu a pravidelnost vyprazdňování. O semínku klientka slyšela při těhotenstvích, kdy tato forma vlákniny ale nebyla tak rozšířená jako je dnes. Lněné semínko se opět přidává do jídla nebo pití, nejčastěji do jogurtů.

Kamarád klientovi K5 doporučil, aby si s sebou na toaletu bral nějaké noviny, časopis nebo poslouchal hudbu a zkusil relaxovat. Doporučil mu, aby si do jídla přidával olivový olej, který se dá vypít samotný, nebo smíchaný s citronovou šťávou či jogurtem. Klient rady vyzkoušel a našel pozitivní účinek.

Kešu oříšky používá klientka K6 a nemůže si stěžovat. Tuto radu dostala od své dcery a pravidelně kešu oříšky jí. Jako další radu od dcery dostala konzumaci zavařeného červeného řepy, kterou jí obden. Výsledky jsou velmi dobré a klientka nemusí přestupovat na farmakologickou léčbu. Klientka si také často pomáhá s vyjmutím stolice z konečníku manuálně. Zkusila to jednou, když už nevěděla, co má dělat. Pomocí prstů sáhne do konečníku a stolicí si posune směrem ven. Ne vždy to vyjde, ale i s tímto způsobem je spokojená.

V létě, kdy je na zahrádkách černý a červený rybíz spolu s angreštem, jsou klientky K1 a K7 spokojené, protože jim rybíz a angrešt nosí syn a velmi jim to pomáhá ke správné a pravidelné defekaci.

Klientky K6 a K7 jsou znalé v různých bylinách. Dočetly se o pozitivním účinku pampelišky, kdy se dá využít květ, listy i kořen. Nejvhodnější je kořen, ze kterého se udělá čaj. Čaj je podle klientek docela chutný a i účinný. Čaj by se měl pít alespoň 3krát denně. Jako další přírodní zázrak uvádějí jitrocel, který dodává organismu velké množství vlákniny a dá se sehnat v různých variantách podle preference klientů.

Klientky K2, K3 a K6 zkusily také do své stravy přidávat ovesné vločky. Ovesné vločky mohou být přidány v jogurtech, v mléce nebo v podobě ovesných kaší. Vločky by se měly jíst ke snídani, aby byl efekt dostačující a důležitá je jejich pravidelnost ve stravě.

Mléčné výrobky, jako je například jogurt, mléko, podmáslí, zákys a smetana, napomáhají k rychlému vyprázdnění. Zkušenosti má klientka K7, ale sama říká, že po mléčných výrobcích mívá průjem, který trvá třeba 3 dny. Takže mléčné výrobky se dají použít pouze tehdy, pokud člověk nebyl na toaletě více jak 5 dnů a už neví, co by mohl použít. Není ale špatné, pokud za den máme vyrovnaný přísun mléčných výrobků, protože mohou pozitivně ovlivnit proces defekace.

Klientka K8 se nějak výrazně nezajímá o alternativní léčbu chronické zácpy. Překvapilo mě tedy to, že se ale vyznala v různých metodách a bylinných čajích. Jako nejlepší bylinný čaj pro prevenci vzniku chronické zácpy označila čaj z listu senny. Čaj se dá sehnat v lékárnách a mezi výrazné kontraindikace užívání patří choroby trávicího traktu. Nesmí ho užívat lidé s ochablostí nebo neprůchodností střev, zánětlivými procesy ve střevech a s výraznou alergií na list senny. Čaj se užívá 1x denně, nejlépe je ho vypít na noc a účinek by se měl dostavit za 8–12 hodin od užití.

Klientka se zmínila také o homeopatické léčbě chronické zácpy, kterou sama vyzkoušela a pomáhala jí. Ve svém sešitě měla zapsaný název Alumina 9CH. Alumina je vhodná tam, kde chybí nucení na stolicí a stolice je drobná. Další homeopatický přípravek s názvem Bryonia 9CH je vhodný na suchou, tvrdou a bobkovitou stolicí. Tento přípravek je vhodné použít u klientů, kteří mají i stálý pocit žízně při chronické zácpě. Přípravek Causticum 15CH by se měl užívat tam, kde je nucení k defekaci, ale nucení skončí jako neúspěšné a k defekaci nedojde. Jako poslední název, který měla klientka zapsaný, byl Lycopodium Clavatum 9CH. Ten je vhodný u chronické zácpy s velkým nadmutým a bolestivým břichem. Homeopatická léčba je vhodná u klientů, kteří v homeopatii věří. Přípravky jsou ve formě granulí.

Podle klienta K9 je postup proti chronické zácpě jednoduchý. Musí se konzumovat hodně kyselého a sladkého ovoce, nejlépe na noc, aby to mělo dobrý účinek hned ráno po probuzení. Další účinný postup je teplá voda s citronem, nebo lžící soli nalačno ihned po probuzení a pití Actimelu každé ráno. Od rodiny je informovaný o tom, že by měl více do svého těla dostávat probiotika.

Kategorie: Alternativní postupy pro léčbu chronické zácpy

- Naučení biofeedbacku
- Švestkový kompot
- Vyprazdňovací reflex
- Psyllium
- Lněné semínko
- Olivový olej
- Kešu oříšky
- Kyselé a sladké ovoce
- Zavařená červená řepa
- Manuální vyjmutí stolice
- Byliny
- Ovesné vločky
- Mléčné výrobky
- Čaj z listu senny
- Homeopatie
- Teplá voda s citronem, nebo se solí
- Actimel
- Probiotika

Kategorie č. 9: Stravování a příjem tekutin

Nutriční anamnéza klientů souvisí s konkrétním onemocněním. U většiny klientů převažuje dieta číslo 3 – tedy racionální strava. Klientka K1 má k dietě číslo 3 přidáné omezení vitamínu K (například omezení špenátu). U klientek K2 a K3 je dána dieta číslo 9 – tedy diabetická. Diabetická dieta má omezení ve větším příjmu ovoce, a proto u těchto klientek nemůže dojít k úplnému zlepšení přísunu vlákniny ve stravě.

Zdravá dutina ústní a zubní protéza je velice důležitá ke správnému příjmu stravy u seniorů. Potíže s polykáním tuhé stravy má klientka K2 a K3. Proto volí raději tekuté potraviny. K obědu si tedy nedávají maso, ale pouze omáčku s přílohou. Zubní protézu nenosí klienti K4 a K5 z důvodu bolesti dutiny ústní. Zubní protéza jim nesedí tak dobře, aby s ní mohli přijímat potravu, která se jim nerozmělní dostatečně dobře, a i tímto způsobem může vzniknout riziko zácpy. Potíže s kousáním vznikly u klientky K1 a K6, protože mají odřené dásně od zubní protézy, která nesedí tak dobře, jak by sedět měla, ale při běžném nošení jim nevadí.

V domově pro seniory mají za den 4 jídla (snídaně, oběd, svačina ve formě jogurtu, tvarohových dezertů a večeře). Pacienti s DM mají ještě druhou večeři. Klienti si ohledně jídel nestěžují, ale klientky K1 a K2 jídlo nedojídají. Jídla jim moc nechutnají a ani nemají chuť k jídlu. Klienti K1, K2, K3, K4, K5, K6 a K7 si stěžují na nedostatek ovoce. Ovoce mají jenom nějaký den ke svačině, ale uvítali by ho více. Některým klientům ovoce nosí rodina, ale někteří se s ovocem jinde neseťkají.

K1: „Nevím, co to přesně vláknina je, ale snažím se jíst dostatek ovoce.“

Příjem tekutin je značným významným problémem u všech seniorů. Tekutiny v nedostatečném množství přijímají klienti K1, K2, K5, K6 a K9. Za den nevypijí více než litr a půl tekutin. Těžkou dehydratací trpí klientka K3, která byla z tohoto důvodu hospitalizována v nemocnici. Má to zapříčiněné i kvůli častým zánětům močových cest, proto chce pít více tekutin, urologických čajů, ale vůbec jí to nejde. Klientka K4 si svůj příjem tekutin hlídá a zapisuje. Klientka K8 místo vhodných nápojů k dosažení dostatečného pitného režimu za den pije nápoje sladké, a ne úplně vhodné pro prevenci chronické zácpy. Mezi nápoje, které za den vypije, patří například Coca cola, Sprite, Fanta, Kofola, velké množství černé kávy a večer sklenička piva. Klientka je zvyklá pít tyto nápoje celý život.

Kategorie: Stravování a příjem tekutin

- Dieta číslo 3 – racionální
- Dieta číslo 9 – diabetická
- Přítomnost zubní protézy
- Nedostatek ovoce a zeleniny
- Dehydratace

Kategorie č. 10: Informovanost a získávání informací

Na chronickou zácpu u klientů, kteří začali trpět zácpou až v domově pro seniory, upozornil zdravotnický personál, který informoval lékaře. Nyní lékař pravidelně jednou týdně obchází domov pro seniory a dělá vizity u klientů na pokojích. Informace jsou pro klienty někdy nesrozumitelné a nedostatečné.

Klienti, kteří s chronickou zácpou do domova pro seniory už přišli, mají informace od svých praktických lékařů a gynekologů. Poznatky se ale hodně změnilo oproti minulým letům, a tak nové informace, které by potřebovaly, seženou pouze přes zdravotnický personál či pokud mají možnost využívání internetu.

Klientka K1 si informace zjistila od svých přátel a rodiny. Díky tomu ví věci o zácpě, které jsou pro ni potřebné. Pokud potřebuje získat poznatky nové, tak se baví s ostatními klienty v pracovní dílně, kam chodí odpoledne vyrábět a tvořit. Informace pro ni ale nejsou dostačující, chtěla by získat nové informace ohledně prevence a léčby chronické zácpy. Uvítala by nějaké semináře či naučení práce s internetem. Klientka K1 zjistila, že na chronickou zácpu není dobrá hořká čokoláda, kterou od té doby nejí. Klientka neví, zda je to opravdu pravda, ale myslí si, že ano.

K1: „Jedla jsem hořkou čokoládu, tu teď kvůli zácpě vůbec nejím, protože na to není dobrá.“

Klienti K2, K4, K5 a K6 mají informace ohledně chronické zácpy získané z dřívějších let od svých praktických lékařů a od ostatních lidí, kteří zkušenosti se zácpou mají. Informace mají i od rodiny, ale lékař v domově pro seniory s nimi moc nekomunikuje, a tak množství informací od něj není vůbec dostačující. Klientku K2 informoval její gynekolog, když začala mít menopauzu a necítila se vůbec dobře. Gynekolog jí řekl věci, které souvisí s chronickou zácpou, ženským tělem a stárnutím.

K2: „Doktor tady mi povídal, že zácpa je běžná věc ve stáří, a tak k tomu teda přistupuju.“

Informovanost u klientky K3 je velmi špatná. Klientka neví, co dělat při prevenci chronické zácpy. Poznatky nemá od rodiny, nemá internet, někdy se poptá zdravotnického personálu.

Dle klientky K4 není v současné době s lékařem, který je lékařem pro domov pro seniory, dobrá komunikace. Lékaře viděla jednou za půl roku při příjmu a více ho neviděla a ani s ním nemluvila. Klientce přijde, že se vůbec nezajímá o potřeby klientů v domově. O chronické zácpě se naposledy bavila se svojí praktickou lékařkou.

K4: „*Personál spíše nemá čas na vybavování se a neřeší moc problémy klientů.*“

Klientky K6 a K7 mají informace z internetu, protože si samy chtějí vyhledávat nové informace ohledně nejnovějších řešení chronické zácpy. Jiné poznatky mají třeba získané postupem času, ale nyní v domově pro seniory se nové informace nedozvídají ani od zdravotnického personálu a ani od lékaře. Díky možnosti přístupu k internetu mají informací nejvíce ze všech klientů.

Klientka K8 je na internetu celý den. Z hlediska alternativní léčby chronické zácpy toho věděla hodně o homeopatické léčbě a spoustu jiných informací si dokáže najít a zapsat do svého sešitu. Klientku ale zdravý životní styl a věci ohledně chronické zácpy moc nezajímají a nemá chuť se tomu věnovat. Ráda dělá jiné věci, ale dozvěděla jsem se, že nemá problém s tím, aby občas ostatním klientům vyhledala nějaké informace k prevenci a léčbě chronické zácpy u seniorů.

Klient K9 má nejvíce informací od své rodiny. Sám říká, že kdyby nebyl tak líný a měl větší chuť do života, tak by jeho zdraví bylo lepší. Na rodinu nedá dopustit, dělají pro něj jen to nejlepší a vždy, když potřebuje něco zjistit, nebo něco vědět, tak se jako první obrací na rodinu.

Klienti se shodli, že už dobře znají personál domova pro seniory a vědí, které všeobecné sestry nebo pečovatelky se mohou ptát a požádat jí o zjištění dalších informací.

Kategorie: Informovanost a získávání informací

- Praktický lékař, gynekolog
- Zdravotnický personál
- Internet
- Rodina a přátelé
- Ostatní klienti

5 Diskuse

Se stárnutím souvisí nezvratné a nevyhnutelné změny (Pokorná et al., 2013). Seniorů výrazně v lékařských ordinacích přibývá a přibývat bude (Kalvach et al., 2008). Tomuto výraznému trendu musí být přizpůsoben celý zdravotnický systém.

Stárnoucí společnost má několik stupňů, podle kterých se určuje její velikost (Lee et al., 2018). Mezi první stupeň je zařazena společnost s více než 7 % populace ve věku 65 let a více. Populace s více než 14 % je označována za stárnoucí společnost a řadí se do druhého stupně. Třetí stupeň je označován jako super stárnoucí společnost a má více než 20 % populace ve věku 65 let a více. Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo devět seniorů od 65 do 94 let. Z tohoto počtu bylo sedm žen a dva muži. V domově pro seniory byli různě dlouhou dobu, nejkratší doba pobytu byla půl roku a nejdelší doba byla osm let.

Chronická zácpa je nejčastějším střevním problémem u starších lidí (De Giorgio et al., 2015). Až 30 % seniorů má potíže s chronickou zácpou ve stáří. Více jsou postihnuty ženy, kdy v poměru k mužům je to 2-3:1 (Ž:M). Počet výskytu chronické zácpy se zvyšuje v souvislosti s pobytem v nemocnicích nebo pečovatelských domech, kdy výskyt zácpy narůstá až o 20 %. I v našem výzkumném vzorku je zastoupeno více žen než mužů. Pět klientů během výzkumného šetření uvedlo, že problém se zácpou začali mít až v domově pro seniory. Ještě před nástupem do domova se se zácpou setkali čtyři klienti.

U ambulantních návštěv je zácpa jednou z nejčastějších diagnóz v posledních letech (Bharucha et al., 2013). Chronická zácpa se vyznačuje obtížným průchodem stolice a stálým nucením k defekaci bez finální defekace (Forootan et al., 2018). Při analýze rozhovorů bylo zjištěno, že mezi nejčastější problémy klientů s chronickou zácpou patří bolest, krev ve stolici, nadmuté břicho, nechutenství, plnost břicha, tvrdá stolice, nucení k defekaci, ale bez následné defekace, bolestivý a podrážděný konečník, bolest a plnost močového měchýře.

Existují kritéria, podle kterých se určuje, zda se jedná o chronickou zácpu (Lukáš et al., 2018). Potíže přetrvávající déle než 3 měsíce a zahrnující více než dva z těchto příznaků jsou charakterizovány jako chronická zácpa: namáhavá defekace ve více než ¼ defekací; hrudkovitá, tvrdá stolice (Bristol stool scale 1-2) ve více než ¼ defekací; pocit neúplného vyprázdnění; pocit anorektální obstrukce nebo blokády; manuální manévry k usnadnění

defekace a méně než 3 stolice za týden. Nutno dodat, že řídké stolice jsou přítomné pouze při užití různých druhů laxativ. Klienti K2, K5, K6 a K7 z našeho výzkumného souboru trpěli zácpou od určité chvíle ve svém životě, ať už se jednalo o těhotenství, klimakterium nebo celkové stárnutí organismu a ostatní klienty tento problém začal omezovat po nástupu do domova pro seniory z důvodu změny životního stylu a snížení soběstačnosti.

Důležitou prevencí při výskytu chronické zácpy je dodržování správného stravování, dostatečného příjmu tekutin během dne a přiměřené fyzické aktivity za den (Mari et al., 2020). Do stravy by měla být přidána vláknina v jakékoliv podobě (ovoce, oříšky, vláknina v podání psyllia a listů senny) a měl by být dodržován dostatečný pitný režim v podobě čajů, vody a vody se šťávou. Senioři by se měli vyvarovat příjmu sladkých tekutin, alkoholu a velkého množství černé kávy. Fyzická aktivita by měla být přiměřená věku a stavu konkrétního seniora. Klientky K1 a K4 během rozhovoru uvedly, že si samy hlídají dostatek fyzického pohybu a pravidelně se procházejí po areálu domova. Klientky K6 a K7 to mají s fyzickým pohybem velmi dobré, protože obě rády tancují, poslouchají hudbu a chodí spolu na procházky. Klienti K2, K5, K6, K7 a K9 konzumují švestkový kompot, který jim pomáhá od bolesti a nadýmání. Švestkové kompoty ale nejsou v zařízení běžně dostupné, a tak je klientům musí vozit rodina. Někteří klienti nemají ke kompotům přístup ani od rodiny. Klientka K4 používá rozpustnou vlákninu psyllium, kterou si dává do jídla, nejčastěji do jogurtů. Podobně to má i klientka K7, která místo psyllia používá lněné semínko. U klienta K5 byly pozitivní účinky olivového oleje a klientka K6 našla účinek v kešu ořechách a v zavařené červené řepě. Také věděla o pozitivním účinku některých bylin, například jitrocele. Ovesné vločky do své stravy přidávají klientky K2, K3 a K6. Homeopatickou léčbu vyzkoušela klientka K8. Klient K9 uvedl, že sladké a kyselé ovoce je pro něj nejlepší, ráno pije Actimel.

V současné době, i přes obrovský pokrok medicíny, se lékaři k chronické zácpě staví odmítavě. Ve většině případů předepíší pouze laxativa a doporučí více ovoce a zeleniny. Přitom existuje mnoho postupů (nefarmakologických, farmakologických a alternativních) díky kterým se dá předejít problémům týkajících se gastrointestinálního traktu. Ve výzkumném vzorku užívá většina klientů laxativa, využívají buď čípky, nebo sirup. Klienti K1, K2, K5 a K9 jsou spokojeni se sirupem. S čípkem jsou spokojené klientky K3 a K4. Klientka K8 užívá laxativa ve formě sirupu nebo čípku každý den, ale

s užíváním není spokojena. Bez užívání laxativ jsou klientky K6 a K7, protože s užíváním nesouhlasí. V nejhorším případě jsou ochotny využít projímavé klysmata.

Cílem práce bylo zjistit, jaké metody pacienti s chronickou zácpou volí k vyprázdnění. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka „Jaké metody vyprazdňování pacienti s chronickou zácpou volí?“. Z výzkumu bylo patrné, že zdravý životní styl seniorů a přidávání vlákniny do stravy má pozitivní vliv na chronickou zácpu. Klienti mají výrazné omezení ve fyzickém pohybu z důvodu základního onemocnění. Co bylo zjištěno jako nedostatečné je pitný režim, kde je velký prostor na zlepšení.

Také jsme zjišťovali, proč někteří klienti nechtějí dále užívat laxativa a glycerinové čípky. Spousta klientů má své účinné alternativní postupy v nefarmakologické, ale i farmakologické skupině. Klienti mají vyzkoušeno už spoustu postupů k prevenci a léčbě chronické zácpy.

Druhým cílem bylo zjistit, kde pacienti hledají informace o prevenci a léčbě chronické zácpy. Výzkumná otázka zněla „Kdo nejčastěji edukuje pacienty s chronickou zácpou?“.

Z výzkumu také vyplývá, že senioři nemají velký přístup k informacím, které by si chtěli zjistit a najít. Většinu klientů edukují rodiny, přátelé, nebo mají informace z dřívějších let.

Zdravotnický personál klienty nedostatečně edukuje, na zácpu mají od lékaře předepsanou většinou Lactulosu sirup a glycerinové čípky. Lékař neordinuje pouze domov pro seniory, což vede k nedostatku času na jednotlivé klienty. Problémy s nimi moc neřeší, pokud nejsou vážné. Ohledně chronické zácpy nemají klienti od lékaře žádné informace.

Klienti by uvítali nějaké semináře nebo edukační materiály a více informací od zdravotnických pracovníků. Zde nacházíme velký prostor pro zlepšení.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala chronickou zácpou u seniorů. Byly vybrány dva cíle, kdy prvním cílem bylo zjistit metody, které klienti s chronickou zácpou volí k vyprázdnění a druhým cílem bylo zjistit, kde klienti hledají informace ohledně prevence a léčby zácpy. K cíli byly vytvořeny i výzkumné otázky, pomocí nichž bylo zjištěno, kdo klienty s chronickou zácpou edukuje. K získání dat byla použita kvalitativní metoda a výzkumný soubor tvořili senioři 65+ s chronickou zácpou. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z otázek, které byly kladeny informantům. Avšak nebyl striktně dodržován sled otázek, pokud informanti zavedli rozhovor k jiné věci týkající se zácpy, bylo jim vyhověno a informace byly zpracovány do výzkumu. Informantů bylo vybráno celkem devět a všichni využívají služeb domova pro seniory.

Teoretická část bakalářské práce byla rozdělena do jednotlivých kapitol, které se zabývaly vysvětlením zácpy, co to je, kam se řadí a jaké jsou rizikové faktory. Dále jak se zácpa dělí, proč je označována jako chronická a jaké jsou příčiny vzniku jednotlivých druhů zácpy. V práci byl popsán trávicí trakt, stolice a její podoby, transit time a nejčastější příznaky. Ve druhé části bakalářské práce byla popsána správná defekace a její fáze, chronická obstipace ve stáří, stárnutí a vliv na gastrointestinální trakt a senior v roli pacienta. Třetí část se zabývala diagnostikou zácpy, například laboratorními testy, vyšetřením per rektum a dalším možným vyšetřením. Čtvrtá část byla věnována nefarmakologické a farmakologické terapii. Byly vysvětleny i možné alternativní postupy. Pátá část byla o prevenci poruch vyprazdňování, kam patří hlavně správná strava, dostatek tekutin a fyzický pohyb seniorů. Poslední šestá část byla o geriatrii a gerontologii, geriatrických škálách a testech a o geriatrických syndromech.

Praktická část bakalářské práce se zabývala interpretací výzkumného šetření na téma chronická zácpa u seniorů jako ošetrovatelský problém. Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovorů se zúčastnilo 9 klientů domova pro seniory. Z kladených otázek byl výzkum rozdělen do 10 kategorií a ty byly následně sepsány.

Díky výzkumu bylo zjištěno spoustu nových a účinných metod k pomoci pro vyprazdňování. Každý klient měl vyzkoušenou jinou metodu a našel tu, která mu vyhovuje. V současné době už není léčba zácpy pouze o podávání různých druhů laxativ.

Ohledně informovanosti klientů bylo zjištěno, že nové informace klienti nedostávají. Pokud informace potřebují, tak klienti, kteří mají dobrou komunikaci s rodinou, informace mají dostatečné, ale ti, kteří nejsou v kontaktu s rodinou, nemají informace žádné. Někteří klienti mají spoustu tipů týkajících se zácpy z minulých let a od svých praktických lékařů či gynekologů, nebo od jiných klientů domova pro seniory.

Edukace klientů probíhá pouze z jejich iniciativy, kdy jim poté zdravotnický personál podá informace, které má od lékaře. Lékař nemá dostatek času na klienty a edukace o problémech není dostačující. Zde je velký prostor na zlepšení.

Seznam informačních zdrojů

1. ADAMOVIČ, Z. et al., 2014. *Obstipace* [online]. *Interní medicína pro praxi*, 16 (3), p. 113-115, [cit. 2023-11-11]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201403-0007_Obstipace.php.
2. ANDEL, R., 2014. *Aging in the Czech Republic* [online]. *The Gerontologist*, 54 (6), p. 893-900, [cit. 2023-11-21], doi: 10.1093/geront/gnu047.
3. ANDĚL, P., 2014. *Inkontinence stolice a obstipace pohledem chirurga*. 142 p. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-140-7.
4. AZIZ, NASA., et al., 2017. *Assessing the Nutritional Status of Hospitalized Elderly* [online]. *Clinical Interventions in Aging*, 4 (12), p. 1615-1625, [cit. 2023-09-28], doi: 10.2147/CIA.S140859.
5. AZIZ, I. et al., 2020. *An Approach to the Diagnosis and Management of Rome IV Functional Disorders of Chronic Constipation* [online]. *Review of Gastroenterology and Hepatology*, 14 (1), p. 39-46, [cit. 2023-09-13], doi: 10.1080/17474124.2020.1708718.
6. BARBER, TM. et al., 2020. *The Health Benefits of Dietary Fibre* [online]. *Nutrients*, 12 (10), p. 3209, [cit. 2023-10-30], doi: 10.3390/nu12103209.
7. BARON, S. et al., 2015. *Assessment of Hydration Status in a Large Population* [online]. *British Journal of Nutrition*, 113(1), p. 147-158, [cit. 2023-09-28], doi:10.1017/S0007114514003213.
8. BHARUCHA, AE. et al., 2013. *American Gastroenterological Association Technica: Review on Constipation* [online]. *Gastroenterology*, 144 (1), p. 218-238, [cit. 2023-09-20], doi: 10.1053/j.gastro.2012.10.028.
9. BHARUCHA, AE. et al., 2022. *Faecal Incontinence in Adults* [online]. *Nat Rev Dis Primers* 8 (1), p. 53, [cit. 2023-10-29], doi: 10.1038/s41572-022-00381-7.
10. BLAKE, MR. et al., 2016. *Validity and Reliability of the Bristol Stool Form Scale in Healthy Adults and Patients with Diarrhoea-predominant Irritable Bowel Syndrome* [online]. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 44 (7), p. 693-703, [cit. 2023-12-29], doi: 10.1111/apt.13746.
11. CAMILLERI, M. 2014. *Physiological Underpinnings of Irritable Bowel Syndrome: Neurohormonal Mechanisms* [online]. *The Journal of physiology*,

- 592 (14), p. 2967-2980, [cit. 2023-09-11], doi: 10.1113/jphysiol.2014.270892.
12. DE BOER, A. et al., 2013. *Physiological and Psychosocial Age-related Changes Associated with Reduced Food Intake in Older Persons* [online]. *Ageing research reviews*, 12 (1), p. 316-328, [cit. 2023-09-12], doi: 10.1016/j.arr.2012.08.002.
 13. DE GIORGIO, R. et al., 2015. *Chronic Constipation in the Elderly: a Primer for the Gastroenterologist* [online]. *BMC Gastroenterology* 15, p. 130, [cit. 2023-09-04], doi: 10.1186/s12876-015-0366-3.
 14. DOSEDĚL, M. et al. 2012. *Léčba průjmu a zácpy pomocí volně prodejných léčiv* [online]. *Medicína pro praxi*, 9 (4), p. 167–173, [cit. 2023-11-10]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/04/05.pdf>.
 15. EL-SHARKAWY, AM. et al., 2015. *Acute and Chronic Effects of Hydration Status on Health* [online]. *Nutrition Reviews*, 73 (2), p. 97-109, [cit. 2023-11-17], doi: 10.1093/nutrit/nuv038.
 16. EMMANUEL, A. et al., 2016. *Constipation in Older People: A Consensus Statement* [online]. *Clinical Practice*, 71 (1), p. e12920, [cit. 2023-11-04], doi:10.1111/ijcp.12920.
 17. FOROOTAN, M. et al., 2018. *Chronic Constipation: A Review of Literature* [online]. *Medicine*, 97(20), e10631, [cit. 2023-09-06], doi:10.1097/MD.00000000000010631.
 18. GUPTA, CH., PRAKASH, D., 2015. *Nutraceuticals for Geriatrics* [online]. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 5 (1), p. 5-14, [cit. 2023-11-21], doi: 10.1016/j.jtcme.2014.10.004.
 19. HARTMANN, D., SARTON, J., 2014. *Chronic Pelvic Floor Dysfunction* [online]. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28 (7), p. 977-990, [cit. 2023-10-30], doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.07.008.
 20. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha, Czechia: Portál. 407 p. ISBN 978-80-7367-485-4.
 21. HILL, AL., RUSSELL, MM., 2013. *The Special Needs of Elderly Patients* [online]. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 24 (4), p. 200-208, [cit. 2023-11-04], doi: 10.1053/j.scrs.2013.08.007.

22. HILLMAN, RJ. et al., 2019. *International Society for Anal Neoplasia Guidelines for the Practice of Digital Anal Rectal Examination* [online]. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 23(2), p. 138-146, [cit. 2023-09-13], doi: 10.1097/LGT.0000000000000458.
23. CHIARIONI, G., 2016. *Biofeedback Treatment of Chronic Constipation: Myths and Misconceptions* [online]. *Tech Coloproctol* 20, p. 611-618, [cit. 2023-11-11], doi: 10.1007/s10151-016-1507-6.
24. JIANG Ch. et al., 2015. *Current Developments in Pharmacological Therapeutics for Chronic Constipation* [online]. *Acta Pharmaceutica Sinica B*, 5 (4), p. 300-309, [cit. 2023-09-20], doi: 10.1016/j.apsb.2015.05.006.
25. JIRÁSEK, V., 2007. *Zácpa*. [online]. *Medicína pro praxi* 3(5), p. 210-213 [cit. 2023-10-29]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/05/02.pdf>.
26. JUŘICA, J., KROUPA, R. 2017. *Farmakoterapie dráždivého tračniku* [online]. *Interní medicína pro praxi*, 13 (2), p. 52-59, [cit. 2023-11-10]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2017/03/09.pdf>.
27. KABELKA, L. et al., 2022. *Syndrom křehkosti*. Praha: Grada Publishing. 407 p. ISBN: 978-80-271-3178-5.
28. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. 864 p. ISBN: 80-247-0548-6.
29. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing. 336 p. ISBN: 978-80-247-2490-4.
30. KENDAL, KL., FAIRMAN, CM., 2014. *Women and Exercise in Aging* [online]. *Journal of Sport and Health Science*, 3 (3), p. 170-178, [cit. 2023-09-29], doi: 10.1016/j.jshs.2014.02.001.
31. KLIMOVA, B. et al., 2020. *The Impact of Nutrition and Intestinal Microbiome on Elderly Depression—A Systematic Review* [online]. *Nutrients*, 12(3), p. 710, [cit. 2023-11-04], doi: <https://doi.org/10.3390/nu12030710>.
32. KUCKIR, M. et al., 2017. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing. 277 p. ISBN: 978-80-271-0054-5.
33. LEE, SB. et al., 2018. *Differences in Youngest-old, Middle-old, and Oldest-old Patients who Visit the Emergency Department* [online]. *Clinical and*

- experimental emergency medicine, 5 (4), p. 249-255, [cit. 2023-11-21], doi: 10.15441/ceem.17.261.
34. LUKÁŠ, K. et al., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. 711 p. ISBN 978-80-271-0353-9.
35. MABBOTT, NA. et al., 2014. *Aging and the Mucosal Immune System in the Intestine* [online]. *Biogerontology*, 16, p. 133-145, [cit. 2023-09-13], doi: 10.1007/s10522-014-9498-z.
36. MARI, A. et al., 2020. *Chronic Constipation in the Elderly Patient: Updates in Evaluation and Management* [online]. Israel: The Korean Academy of Family Medicine, 41(3), p. 139–145, [cit. 2023-04-14], doi: 10.4082/kjfm.18.0182.
37. OSOBA, MY. et al., 2019. *Balance and Gait in the Elderly: A Contemporary Review* [online]. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology* 4 (1), p. 143-153, [cit. 2023-11-21], doi: 10.1002/lio2.252.
38. PHILLIPS, MM., 2022. *Bowel Transit time: MedlinePlus Medical Encyclopedia* [online]. The George Washington University School of Medicine, Washington, DC, [cit. 2023-09-05]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/003887.htm>.
39. PODZEMNY, V. et al., 2015. *Management of Obstructed Defecation* [online]. *World J Gastroenterol*, 21 (4), p. 1053-1060, [cit. 2023-11-04], doi: 10.3748/wjg.v21.i4.1053.
40. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici*. Praha: Grada Publishing. 810 p. ISBN 978-80-247-4316-5.
41. QUAGHEBEUR, J. et al., 2021. *Pelvic – Floor Function, Dysfunction, and Treatment* [online]. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 265, p. 143-149, [cit. 2023-10-30], doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.08.026.
42. RAO, S., SC. et al., 2016. *Anorectal Disorders* [online]. *Gastroenterology*, 150 (6), p. 1430-1442.e4, [cit. 2023-10-29], doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.009.
43. RAO, S., SC., PATCHARATRAKUL, T., 2016. *Diagnosis and Treatment of Dyssynergic Defecation* [online]. *J Neurogastroenterol Motil*, 22 (3), p. 423-435, [cit. 2023-11-04], doi: 10.5056/jnm16060.

44. RAWLA, P. et al 2018. *Updated Review of Current Pharmacological and Non-pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome* [online]. *Life Sciences*, 212, p. 176-181, [cit. 2023-11-10], doi: 10.1016/j.lfs.2018.10.001.
45. RÉMOND, D. et al., 2015. *To Understand the Gastrointestinal Tract of the Elderly and Develop Dietary Solutions that Prevent Malnutrition* [online]. *Oncotarget*, 6, p. 13858-13898, [cit. 2023-09-12], doi:10.18632/oncotarget.4030.
46. ROQUE, MV., BOURAS, EP., 2015. *Epidemiology and Management of Chronic Constipation in Elderly Patients* [online]. *Clinical Interventions in Aging* 10, p. 919-930, [cit. 2023-09-04], doi: 10.2147/CIA.S54304.
47. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z*. Praha: Grada Publishing. P. 336. ISBN 978-80-247-3013-4.
48. SLÍVA, J. 2012. *Stimulační laxativa v léčbě chronické zácpy*. [online]. *Farmacie pro praxi*, 8(1), p. 38-39, [cit. 2023-11-10]. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2012/01/12.pdf>.
49. STOCCHI, F., Torti, M., 2017. *Constipation in Parkinson's Disease* [online]. *International Review of Neurobiology*, 134, p. 811-826, [cit. 2023-09-06], doi: 10.1016/bs.irn.2017.06.003.
50. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Czechia: Portál. 377 p. ISBN 978-80-7367-313-0.
51. TONIAZZO, MP. et al., 2018. *Relationship of Nutritional Status and Oral Health in Elderly: Systematic Review with Meta-analysis* [online]. *Clinical Nutrition*, 37 (3), p. 824-830, [cit. 2023-11-21], doi: 10.1016/j.clnu.2017.03.014.
52. VERKUIJL, SJ. et al., 2020. *The Influence of Demographic Characteristics on Constipation Symptoms: a Detailed Overview* [online]. *BMC Gastroenterology* 20, p. 168, [cit. 2023-09-06], doi: 10.1186/s12876-020-01306-y.
53. XU, X., 2016. *On the Oral Health and Chewing Enjoyment of the Elderly: A Review from the Point of Mechanics* [online]. *Texture Studies*, 47 (4), p. 323-341, [cit. 2023-11-04], doi: 10.1111/jtxs.12206.

54. YAQI, H. et al., 2020. *Foot Reflexology in the Management of Functional Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis* [online]. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 40, p. 101198, [cit. 2023-09-19], doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101198.

Seznam příloh

Příloha 1 – Bristol Stool Form Scale

Příloha 2 – Funkční geriatrické hodnocení

Příloha 3 – Test základních všedních činností

Příloha 4 – Nutriční screening

Příloha 5 – Edukační materiál pro klienty s chronickou zácpou

Příloha 6 – Materiál pro všeobecnou sestru a pečovatelku

Příloha 7 – Otázky použité při výzkumu








Seznam zkratek

ADL	Activity of Daily Living
BMI	Body Mass Index
CGA	Funkční geriatrické hodnocení
GIT	Gastrointestinální trakt
MNA	Mini Nutrition Assessment
MNA-SF	Mini Nutrition Assessment Short Form
MMSE	Mini Mental State Exam
DM	Diabetes mellitus
BSFS	Bristol Stool Form Scale
PFDD	Pelvic Floor Dysfunction
CCT	Clock Completion Test
ICHS	Ischemická choroba srdeční
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc

Přílohy

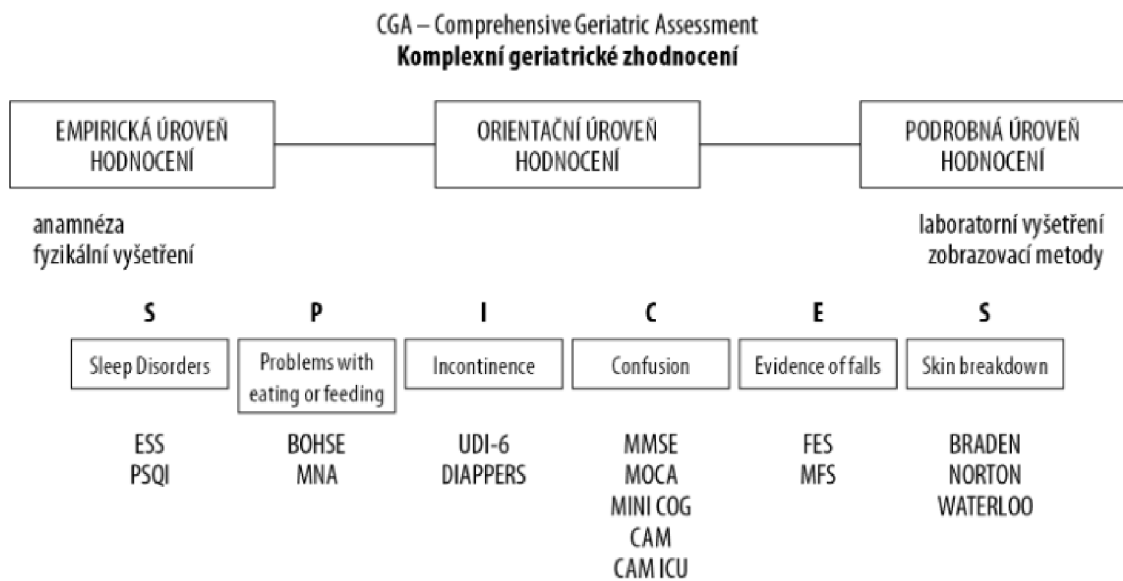
Příloha 1 – Bristol Stool Form Scale

THE BRISTOL STOOL FORM SCALE

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces ENTIRELY LIQUID

Zdroj: (Blake et al., 2016)

Příloha 2 – Funkční geriatrické hodnocení



Zdroj: (Pokorná et al., 2013)


Příloha 3 – Test základních všedních činností

Hodnocená oblast		Objektivní zhodnocení	Subjektivní zhodnocení
najedení a napití	samostatně bez pomoci	zvládne samostatně bez přítomnosti jiné osoby v místnosti	po nachystání pomůcek pro stravování (úprava polohy, donesení stravy, úprava pomůcek ke stravování) se pacient zvládne samostatně najíst a napít
	s pomocí	je nutný buď dohled, nebo minimální dopomoc při jídle (osoba pomáhá stanovit logický sled stravování)	aplikace kontinuální výživy přes pumpu – zátěž pro ošetřující osobu je spíše středního charakteru, v porovnání s krmením jedince je náročná jak časově, tak po stránce psychicko-fyzické.
	neprovede	stravování zajišťuje druhá osoba (krmení jedince, aplikace enterální výživy sondou, a to jak kontinuální, tak bolusová	
kontinence moči	plně kontinentní	pacient cítí nutkání na močení, o kterém informuje ošetřovatelský personál	pacient se zavedeným PMK
	občas inkontinentní		
	inkontinentní	pacient bez nutkání na močení, neinformuje o pomočení ošetřovatelský personál, pacient se zavedeným PMK	
kontinence stolice	plně kontinentní	pacient cítí nutkání na stolici, o kterém informuje ošetřovatelský personál	pacient se stomií
	občas		pacient s poruchou adherence

	inkontinentní		stometické pomůcky
	inkontinentní	pacient necítí nutkání na stolici, pacient se stomií	
použití WC	samostatně bez pomoci		pacient využívající klozet u lůžka
	s pomocí	s doprovodem, s dohledem, užití klozetu u lůžka	
	neprovede	podložní mísa, adsorpční pomůcky	

Zdroj: (Pokorná et al., 2013)

Příloha 4 – Nutriční screening

<input type="checkbox"/>	Identifikační číslo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Oddělení: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 MNA012
MNA - Mini Nutritional Assessment			
Datum vstupu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Datum kontroly: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Věk: <input type="text"/> <input type="text"/>	Váha [kg]: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Výška [cm]: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Vypněte část Screening tým, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Sečtěte čísla, abyste získali celkový výsledek screeningu.			
VSTUP	KONTR.	A) Snižil se příjem potravy u pacienta za uplynulá 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (učetné potíže se žvýkáním nebo polykáním)?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0]	výrazné snížení příjmu potravy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1]	mírné snížení příjmu potravy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2]	žádné snížení příjmu potravy
B) Úbytek váhy za poslední 3 měsíce			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0]	úbytek váhy větší než 3 kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1]	neví
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2]	úbytek váhy mezi 1 a 3 kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3]	žádný úbytek váhy
C) Mobilita			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0]	upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík - imobilní
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1]	schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2]	samostatná chůze bez omezení
D) Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0]	ANO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2]	NE
E) Neuropsychické poruchy nebo obtíže			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0]	vážná demence nebo deprese
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1]	mírná demence
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2]	žádné psychické problémy
lýtka BMI <input type="text"/> <input type="text"/>	lýtka BMI <input type="text"/> <input type="text"/>	F) Obvod lýtka v cm (měří se v nejširším místě)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0]	menší než 31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3]	31 nebo větší
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Výsledek Screeningu = součet bodů (max 14)	
		F) BMI (Body Mass Index)*	
		[0]	BMI < 19
		[1]	BMI 19 a < 21
		[2]	BMI 21 a < 23
		[3]	BMI >= 23
		Vyhodnocení Screeningu	
		12 - 14 bodů: normální výživový stav	
		8 - 11 bodů: v riziku pod výživy	
		0 - 7 bodů: podvyživený	

* BMI = hmotnost/(výšková)2 v kg/m2

Zdroj: (Kuckir et al., 2017)

Chronická zácpa

CO TO JE?



- Obtížné vyprazdňování tuhé stolice, které trvá déle než 3 měsíce
- nemožnost si dojít na toaletu a vyprázdnit se
- pocit neúplného vyprázdnění
- stolice přítomna po 3-5 dnech, nebo i více
- vyšší výskyt u seniorů, zejména u žen

Jaké jsou projevy?

- bolest břicha, nadýmání, nevolnost, ztráta chuti k jídlu
- velká námaha při tlačení stolice, pocit překážky v konečníku
- po vyprázdnění stolice vypadá jako hrudky, kamínky (je velice tvrdá)



Rizikové faktory

- Nedostatek fyzického pohybu (procházky, sport)
- Nedostatek příjmu tekutin (méně než 2,5l za den)
- nevyváženost stravy (nedostatek vlákniny)

Co dělat?

- Chodte se každý den projít ven, zacvičte si, dojděte na nákup, vyvenčit domácí mazlíčky - alespoň 30 minut denně
- Hlídejte si svůj pitný režim, pijte vodu, vodu se šťávou, čaj - alespoň 2-2,5 l za den
- Přidejte do stravy vlákninu - ovoce (jablka, sušené švestky), zeleninu, ořechy, lněná semínka, vlákninu v prášku

Farmakologická léčba?

- ! Přistupujte k projímadlům jako k poslední možnosti a po poradě s lékařem !

Vyprazdňovací reflex

- Každé ráno po probuzení vypijte sklenici vlažné vody
- Dejte si snídani a za 20-30 minut se pokuste vyprázdnit
- Toto opakujte každý den



Zdroj: Vlastní – Sabina Brávková, 2024

Obrázky: <https://depositphotos.com/...tml>

Jsem všeobecná sestra? Jsem pečovatelka?

Dej si pozor, pokud má klient..

- Chronické onemocnění
- Naordinovaná analgetika, antiepileptika, antidepressiva, antiparkinsonika
- Příznaky jako bolest a plnost břicha, nechutenství, krev ve stolici, tvrdou stolici, nucení k defekaci, ale bez následné defekace, bolestivý a podrážděný konečník

Nevyužívej pouze:

- Sirupy (Lactulosa, Duphalac)
- Glycerinové čípky

Snaž se u klientů zlepšit:

- Fyzický pohyb (i pouhý cvik na lůžku, nebo pasivní cviky s klientem jsou +)
- Příjem tekutin za den (pobízej je, hlídej, zapisuj)
- Přidání vlákniny do stravy klientů

Co pro prevenci chronické zácpy u klientů ještě mohu udělat?

- Projdi se s klientem, pobídní klienta, aby se napil čaje, zkus s nutričním terapeutem probrat dostupnost vlákniny (švestkové kompoty, ovoce, zelenina, psyllium) ve vašem zařízení

Zamysli se, edukuj klienty a jejich rodinu o alternativních postupech pro léčbu chron. zácpy

- Cviky na posílení pánevního dna, naučení vyprazdňovacího reflexu, lněné semínko, olivový olej, kešu oříšky, švestkový kompot, zvýšený příjem ovoce, mléčné výrobky, vlažná voda s citronem nalačno,...

Informace a edukace!!!

- Vytvoř edukační materiál pro klienty, vyhledej informace, ptej se, sleduj příznaky, edukuj o možnostech prevence a léčby chronické zácpy
- Zkus tento problém řešit s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, staniční nebo vrchní sestrou
- Chronická zácpa je velmi častý problém, který se přehlíží a je léčen sirupy nebo čípky

Zdroj: Vlastní – Sabina Brávková, 2024

Příloha 7 – Otázky použité při výzkumu

1. Identifikační otázky:

- Jaké jsou vaše iniciály? – K1, K2, ...
- Jaké je vaše pohlaví?
- Kolik je vám let?
- Odkdy jste v domově pro seniory?

Základní anamnéza:

- Máte nějaké onemocnění?
- Popíšete mi vaše onemocnění?
- Odkdy máte tyto problémy? Začaly až při nástupu do domova?
- Jak se to projevuje, jak to probíhá?
- Užíváte léky na zácpu? Jaké?
- Jaké další léky užíváte? (analgetika, opiáty, antidepressiva, antiparkinsonika, vitamíny) – chronická medikace
- Máte dostatek soukromí na vyprázdnění?
- Jaké vlivy vás při vyprazdňování vyrušují?

Nutriční anamnéza:

- Jakou máte dietu?
- Nosíte zubní protézu? – potíže s chrupem, dutinou ústní, kousáním
- Máte dostatečný fyzický pohyb?
- Kolik jídel za den sníte? Svačíte?
- Jaký máte příjem tekutin?
- Myslíte si, že přijímáte dostatek vlákniny ve stravě? Jíte denně ovoce a zeleninu?

2. Zácpa:

- Kdy vám zácpa začala?
- Jak dlouho se se zácpou léčíte?
- Kolikrát týdně chodíte na WC?
- Jaké pocity máte při vyprazdňování?
- Jak vypadá vaše stolice?
- Víte o možnostech dalšího vyšetření? A jakých?

3. Prostředky:

- Jaké medikamenty používáte? Jsou od lékaře nebo z lékárny?

- Používáte nějaké nefarmakologické přípravky? Jaké?
- Slyšeli jste o dalších? O jiném řešení?

4. **Kde hledají informace:**

- Dal vám lékař nějaké informace? Sestra?
- Hledáte informace na internetu?
- Od ostatních klientů? Od rodiny?