

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Ivana Chloubová

2008

Tereza Huličková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Zácpa – problém imobilních pacientů

Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová

Tereza Huličková

2008

Abstract

Constipation – immobile patients' trouble

My thesis deals with constipation in immobile patients. The research was carried out by collecting data using the questionnaire method. The questionnaires were focused on immobile patients of all ages hospitalized in any units in the České Budějovice hospital, Inc. The objective of this thesis was to survey the drinking regimen and eating habits in immobile patients and to analyze their impact on the development of constipation.

I set three hypotheses: The first hypothesis suggests that immobile patients' alimentation does not include an increased requirement for dietary fiber. My research shows that patients' diet at home contains more fruits, vegetables and whole meal bread. A diet therapist hardly ever comes to see hospitalized immobile patients. Most patients are not on any diet which would limit the intake of particular nutrients. The first hypothesis was confirmed.

The second hypothesis suggests that immobile patients do not observe the drinking regimen. The research data analysis shows that patients' fluid intake is the same no matter if they stay in hospital or at home – it is about 1- 2 litres a day. The fluid intake depends on patients' age, weight and health condition. It is possible to say that immobile patients observe the drinking regimen. The second hypothesis was not confirmed.

The third hypothesis suggests that immobile patients do not have enough privacy while they pass stool. They feel ashamed and these feelings also raise the constipation development. There is a lot to improve in this respect, the nursing staff should be aware of the fact that immobile patients need more intimacy at passing bowel motion. It is not surprising that most immobile patients feel the lack of privacy in hospital.

In my opinion not enough attention is paid to the question of privacy in hospitals. This has a negative impact on patients' comfort. Patients' diet should include more dietary fiber. Individual consultations with a diet therapist are advisable for patients. The nursing staff should also focus on the patients' drinking regimen. The right diet and drinking regimen may contribute to constipation prevention. The empathetic, holistic,

psychological and sensitive approach to patients should improve patients' condition and alleviate their pain. Each nurse should make her best to prevent patients from feeling undignified in hospital.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zácpa-problém imobilních pacientů“ vypracovala samostatně a že jsem použila zdroje, které uvádím a cituji v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu se zákonem § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě-v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

podpis.....

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Ivaně Chloubové za metodické vedení, cenné rady, trpělivost a přátelský přístup při psaní této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	3
I.	
1. Současný stav.....	4
1.1 Anatomie a fyziologie střeva.....	4
1.2 Vyprazdňování stolice.....	5
1.3 Faktory ovlivňující vyprazdňování.....	6
2. Zácpa.....	9
2.1 Definice.....	9
2.2 Historie.....	9
2.3 Příčiny zácpy.....	9
2.4 Klinické dělení zácpy.....	10
2.5 Diagnostika.....	11
2.6 Rizikové faktory vzniku zácpy.....	12
2.7 Léčba zácpy.....	13
3. Imobilní pacient.....	14
3.1 Hodnocení imobility.....	14
3.2 Reakce pacienta na imobilitu.....	15
4. Pomůcky k vyprazdňování imobilního pacienta.....	19
5. Hygiena vyprazdňování imobilního pacienta.....	21
6. Prevence zácpy u imobilních pacientů.....	22
7. Ošetřovatelský proces u imobilního pacienta se zácpou.....	23
II.	
8. Cíl práce a hypotézy.....	28
8.1 Cíle práce.....	28
8.2 Hypotézy práce.....	28
9. Metodika.....	29
9.1 Metodické postupy.....	29
9.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	29

10. Výsledky.....	30
10.1 <i>Výsledky dotazníkového šetření</i>	30
11. Diskuze.....	49
12. Závěr.....	54
13. Seznam použitých zdrojů.....	55
14. Klíčová slova.....	58
15. Přílohy	

Úvod

Problematika vyprazdňování je tématem velmi choulostivým, už proto, že lidé se stydí hovořit o problémech souvisejících s intimními partiemi. V dnešní hektické době, kdy zdravý životní styl je mnohdy spíše módním „doplňkem“ než opravdovým přesvědčením, dochází ke zvýšení výskytu problémů s vyprazdňováním, ať už v podobě konkrétní (průjem, zácpa) nebo nekonkrétní (pocit plnosti, stálá mírná nevolnost ap.). Vyprazdňování je ovlivňováno mnoha faktory. Stravováním, pitným režimem, celkovou životosprávou a také psychika zde hraje důležitou roli, proto je stres dalším negativním faktorem, ovlivňujícím vyprazdňování. Tabuizování tématu vyprazdňování však brání postiženým naplno hovořit o jejich potížích a tak umožnit nápravu jejich stavu. Denní vyprazdňování není nutně, jde o to, aby proces vyprazdňování byl pravidelný a nebyl bolestivý. Po vyprázdnění se má dostavit pocit úlevy, což osoby se zácpou nepocítují. Pod pojmem zácpa se většinou rozumí obtížné vyprazdňování tuhé stolice s přítomností nepříjemných pocitů. Je to silný a častý problém současné populace.

Tato práce je zaměřena na pacienty s imobilitou a výskyt zácpy u nich. Slovo „imobilita“ překládáme jako nehybnost, nepohyblivost, neschopnost pohybu. Už tedy samotná imobilita má na člověka negativní důsledky. Přicházejí pocity méněcennosti, neschopnosti, nepotřebnosti, pocity, že je pacient ošetřujícímu personálu na obtíž. Úlohou sestry je, nedat svým chováním podnět k tomu, aby tyto myšlenky pacienta vůbec napadly a pokud už jsou přítomny, opět svým chováním je vyvracet a dávat tak pacientovi najevo zájem, účast a vracet mu pocit bezpečí. Je potřeba zdůraznit důležitost komunikace při ošetřování imobilního pacienta a pokud má navíc potíže s vyprazdňováním, je na místě empatický přístup. Při asistenci vyprazdňování pacienta s imobilitou dbáme na maximální zachování a respekt jeho potřeby intimity.

Ideální je vzniku zácpy předcházet správnými stravovacími návyky, pitným režimem, přiměřeným pohybem, odstraněním stresu a pokud se již vyskytne, pak existují různé možnosti jejího řešení jako aplikace čípků, zvýšený příjem tekutin, nácvik defekačního reflexu či konzumace syrové zeleniny a kompotů. Nevhodné je nadužívání laxativ. Pacienti s imobilitou mají kvůli své snížené fyzické aktivitě větší náchylnost je vzniku zácpy a je úkolem ošetřujícího personálu této nepříjemné komplikaci zabránit.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie střeva

Tenké střevo je dlouhé 3-5 metrů a má tři oddíly, které na sebe navazují-duodenum, jejunum a ileum. Do duodena ústí vývodné cesty žlučové a také vývody slinivky břišní. Vnitřní stavba střeva je tvořena klky, přes které se naštěpené živiny transportují do krevního, hlavně žilního oběhu. V první části tenkého střeva (duodenum a část jejunum) se štěpí hlavně živiny. V druhé části střeva se štěpené látky absorbují do krevního a lymfatického oběhu. Ve všech úsecích sliznice tenkého střeva jsou žlázy, které produkují střevní šťávu s enzymy a hlenem. Tato šťáva je zásaditá, pokrývá střevní stěnu a tím jí chrání před kyselou tráveninou, která přichází ze žaludku. Střevní šťáva také dokončuje štěpení bílkovin, tuků a cukrů. V místě vyústění ilea do tlustého střeva se nachází ileocekální chlopeň. Tenké střevo je složeno z hladké svaloviny vnitřní cirkulární a zevní podélné. Peristaltickými pohyby obou svalovin je posunován střevní obsah, který se mísí se střevní šťávou. Zrychlená peristaltika má za následek průjem, zpomalení těchto pohybů vede k zácpě až ke střevní neprůchodnosti-ileu. **(3)**

Tlusté střevo je poslední oddíl trávicí trubice a měří asi 1,5 metru. Nejobjemnější je slepé střevo, dalšími úseky jsou vzestupný, příčný, sestupný a esovitý tračník. Esovitý tračník je ukončen konečníkem. Malá výchlipka slepého střeva se nazývá červovitý přívěsek. Vnitřní stěna tlustého střeva je nápadná výdutěmi stěny, tzv. haustrací. Stejně jako v tenkém střevě, i zde nacházíme hlenové žlázy. Hlen chrání sliznici střeva při tvoření a posunu střevního obsahu. V tlustém střevě dochází hlavně k resorpci vody a minerálních látek, zahuštění tráveniny a jejímu posunu směrem ke konečníku. Konečník je uložen v pánvi a ústí na povrchu těla jako řitní otvor. V pánvi konečník tvoří ampulu, jejíž sliznice je složena ze tří řas. Střední a vnitřní řasa je z hladké svaloviny a nepodléhá vůli, zevní je složena z příčně pruhovaného svalstva a je ovládána vůli. Defekace je reflexní děj, který lze však potlačit vůlí. Při nashromáždění střevního obsahu v ampule se v dutině konečníku zvýší tlak a dojde k nucení na stolicí. Vnitřní svěrače konečníku ochabují, zapojují se břišní svaly a bránice, po vědomém zapojení

ochabuje i vnější svěrač a dojde k vyprázdnění střevního obsahu. Množství stolice a frekvence jejího vyprazdňování je individuální. **(3)**

1.2 Vyprazdňování stolice

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu člověka a je jeho základní biologickou potřebou v hierarchii potřeb dle A. H. Maslowa (viz. příloha č.8). Téma vyprazdňování je často tabuizováno. Překážka je v tom, že toto téma souvisí s blízkostí močových cest a pohlavních orgánů a mluvením o této problematice lidé cítí zásah do své intimní sféry. **(21, 4)**

Pravidelné vyprazdňování zajišťuje rovnováhu v organismu. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je individuální. Pro někoho je normální vyprazdňování stolice dvakrát denně, pro někoho jednou denně, pro jiného člověka může být normální vyprazdňování stolice jednou za dva dny. Je důležité, brát tyto individuální zvláštnosti na vědomí a hlavně respektovat oprávněné nároky člověka na intimitu, diskrétnost a respektování studu při vyprazdňování. Proto je nutné zvláště citlivě přistupovat k imobilním pacientům, u nichž je zajištění studu a respektování intimity problematické. Vyprazdňování stolice má také aspekty psychosociální. Při dostatečném vyprázdnění člověk pocítuje pocity libosti a pohody. Nedostatečné uspokojení této potřeby je provázeno psychickými i somatickými projevy. Ze somatických je to bolest, nadýmání či pocity plnosti, z psychická odezva se může projevit škálou nelibých pocitů, např. napětím, nervozitou, rozladěností, úzkostí či strachem. **(21)**

Při hospitalizaci je nezbytné kontrolovat, zda se pacient vyprázdnil a zapsat sdělení do dekurzu. Chodící nemocní se vyprazdňují na klozetu, u kterého by nemělo chybět madlo pro pohodlnější vstávání a sedání pacienta. Denní mytí a dezinfekce madel by měla být samozřejmostí. Částečně imobilní pacienti se vyprazdňují na toaletní židli, nebo jim podkládáme podložní mísu. Kompletně imobilním pacientům též podkládáme podložní mísu, při inkontinenci používáme vhodné pomůcky tzn. savé podložky, které brání znečištění lůžka a plenkové kalhotky, které jsou různých typů a velikostí. **(18)**

Při jednom vyprázdnění člověk vyloučí asi 150-300g stolice. 10-15% celkové váhy stolice tvoří nestrávené zbytky potravy, 75% je tvořeno vodou a 10-15% je hlen, střevní epitele a anorganické látky. **(21, 3)**

Při vyprazdňování sledujeme nejen frekvenci, ale hodnotíme i formu, množství, barvu, konzistenci a zápach stolice. Tužkovitá, tenká stolice, je znakem stenózy konečné části tlustého střeva, bobkovitá je znakem spastické zácpy. Barva stolice závisí na druhu přijaté potravy a léčivech. Pokud člověk přijímá ve stravě hodně mléčných výrobků, stolice bude mít světlejší barvu. Při konzumaci listové zeleniny nebo červené řepy bude mít stolice tmavou barvu. Světlá až bělavě šedá stolice, tzv. acholická se objevuje u pacientů s postižením žlučových cest. Příměs krve je patologickým jevem a svědčí o krvácení z konečníku. Naproti tomu krvácení z horních částí gastrointestinálního traktu se projevuje tmavou, dehtovitou, nasládle zapáchající stolicí - melénou. Konzistence závisí na množství přijatých tekutin. Fyziologicky je stolice hnědá, formovaná do cylindrického tvaru dle obrysu konečníku, měkká, polotuhá, hnilobného zápachu, obsahuje malá množství nestrávených zbytků potravy, mrtvé bakterie, odloupané epitele, tuky, bílkoviny, vysušené složky trávicích šťáv a anorganické látky **(19, 21, 6)**

1.3 Faktory ovlivňující vyprazdňování

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

Mezi fyziologicko-biologické faktory můžeme zařadit věk, příjem stravy a tekutin, aktivitu a pohyb, nemoci zažívacího traktu, chirurgické výkony a diagnostické postupy a v neposlední řadě imobilitu. Věk ovlivňuje charakter vyprazdňování, ale zejména kontrolu člověka nad vyprazdňováním. U kojenců a batolat je vyprazdňování reflexním procesem, ve stáří můžeme pozorovat snížení nebo ztrátu tonu svěračů a omezení schopnosti jejich vědomé kontroly. Dostatečný příjem stravy bohaté na vlákninu a celulózu zajišťuje objem stolice. Po dietní chybě nebo při nepravdělné stravě se defekace stává nepravdělnou. Tuhá stolice se objevuje při nedostatečném příjmu

tekutin. Při zvýšeném příjmu tekutin se fyziologicky zvyšuje i výdej tekutin. Pokud se tekutin ve střevě nestačí resorbovat, výsledkem je řídká konzistence stolice až stolice vodnatá. Aktivita a pohyb přispívají ke správné střevní peristaltice a tím usnadňují průchod tráveniny tlustým střevem. Proto je vhodná přiměřená tělesná aktivita, nedostatek pohybu má pro vyprazdňování vážné následky. Onemocnění tenkého a tlustého střeva, nádorová a infekční onemocnění, anální figury nebo hemeroidy, to vše ovlivňuje defekaci člověka. U chirurgických výkonů hrozí riziko narušení vyprazdňování, anestézie i operační výkon snižují až zastavují peristaltiku. Sledování obnovení střevních pohybů v pooperačním období je důležité-neobnovení peristaltiky může vést až k pooperačnímu ileu. Zvláštní kapitolou je potlačení defekačního reflexu. Člověk vědomě potlačuje pocit nucení na stolicí a oddálí ho na několik hodin, ale pak se tento pocit znovu objeví. Opakované potlačení defekačního reflexu může vést až k rozšíření konečníku nebo ke ztrátě citlivosti na potřebu defekace. **(21, 6, 3)**

Mezi psychicko-duchovní faktory patří životní styl člověka, který zahrnuje výživu a pohybovou aktivitu. Dále mezi tyto faktory patří osobnost člověka, sebepojetí a sebekoncepce a emocionální ladění. Návlek pravidelného a bezproblémového vyprazdňování je předpokladem duševní pohody. Osobnostní vlastnosti člověka také ovlivňují peristaltiku. Emocionálně labilnější jedinci mají zrychlenou peristaltiku a mohou se u nich objevit průjmy, zatímco u depresivních pacientů se často vyskytuje zpomalení střevní peristaltiky, která vede až k zácpě. Negativní emoce zrychlují střevní peristaltiku. Nerespektování intimity při defekaci a stud člověka vede nepříznivým psychickým reakcím. Člověk je ve stresu, pociťuje úzkost, strach a tento nepříznivý stav je dále zhoršován pocitem nedostatečného uspokojení potřeby vyprazdňování. **(21)**

V sociálně-kulturních faktorech nalézáme problém tabuizace, respektování soukromí a intimity a diskrétnost. Pro člověka je defekace intimní a citlivá záležitost, proto chce být při této činnosti sám. Pro některé lidi je proto obtížné vykonávat potřebu na společných záchodech, v přítomnosti jiných osob. Je proto pochopitelné, že nesoběstační pacienti, kteří jsou nuceni vykonávat potřebu vyprazdňování ve společnosti ostatních pacientů, jsou těmito zážitky traumatizováni a mají s defekací problémy a prožívají v této

souvislosti negativní emoce. Je důležité v těchto situacích respektovat stud pacienta a snažit se jim zajistit co největší soukromí. (viz. příloha 11. Etický kodex práv pacientů)

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

(21, 4)

2. Zácpa

2.1 Definice

Zácpu lze definovat jako namáhavé, obtížné vyprazdňování suché tuhé stolice až nemožnost spontánní defekace. Frekvence vyprazdňování stolice je méně častá. V české literatuře definoval zácpu Pelnář r. 1934 takto: „Zácrou rozumíme zleněné vyprazdňování střeva, takže zbytky střevní neodcházejí ani v obyčejném čase, ani v obyčejném množství“. Zácpa je pojem subjektivní a nelze ji definovat v přesných termínech nebo dokonce kvantitativně. (17, 5, 6, 15)

2.2 Historie

Zácpa provází člověka od samého počátku civilizace. První zmínky o zácpě jsou téměř 4000 let staré a pocházejí ze středověké Číny. V lékařských záznamech je zácpa uváděna na předních místech a zmiňuje se o ní Hippokrates, Avicena a mnoho dalších. I v české literatuře se problematikou zácpy zabývalo mnoho autorů. Teoretické i klinické poznámky z první poloviny dvacátého století pochází z roku 1957 od Z. Mařatky. (15)

2.3 Příčiny zácpy

Příčiny zácpy mohou být systémové neboli extraintestinální, druhou skupinou jsou příčiny lokální, respektive gastrointestinální. . (15)

Do skupiny systémových příčin zácpy patří psychosociální a psychické aspekty. Strach z vyprazdňování, odpor ke stolici, změny v sociální sféře, práce a způsob života jsou nejčastější. Nízký příjem vlákniny, celulózy, nedostatečný pitný režim a nedostatek pohybu také negativně ovlivňují vyprazdňování (viz. 1.2 *Faktory ovlivňující vyprazdňování*). Důstojné sociální zázemí je předpokladem pro vyhovění defekačnímu reflexu a vědomému nezadržování stolice. Další systémovou příčinou vzniku zácpy může být chronická medikace. Řada léků má totiž nežádoucí obstipační účinek, např. analgetika anodynového typu, anticholinergika a především anxiolytika a antodepresiva. Velmi silný obstipační účinek mají v kardiologii užívané blokátory kalciových kanálů. Psychiatrická onemocnění také mohou ovlivňovat zácpu. Je nutné odlišit, zda se

psychiatrické onemocnění projevuje, nebo je spojeno se vznikem zácpy, (např. deprese nebo pacient trpí psychiatrickou poruchou a ve skutečnosti nejde o žádné funkční či organické postižení střev, ale zájem o defekaci je patologicky vystupňovaný a je vlastním projevem pacientovy duševní choroby. Ke správné anamnéze tak dospějeme trpělivostí a pečlivou a opakovaně provedenou anamnézou. Se vznikem těžké zácpy se můžeme setkat u pacientů s endokrinními a systémovými chorobami. Neurologické příčiny zácpy sledujeme především u starších pacientů, kde je zácpa vyvolána degenerativními změnami periferního či centrálního nervového systému. Patří sem zácpa u pacientů s Parkinsonským syndromem nebo u roztroušené mozkomíšní sklerózy. (15)

Lokální příčiny zácpy může být malý intraluminální obsah střeva, který se objevuje při sníženém příjmu vlákniny stravou, nedostatečném příjmu tekutin, hladovění a dehydrataci. Malý objem tráveniny není schopen dráždit střevní stěnu k přiměřené peristaltice. Takto nejčastěji vzniká akutní zácpa. Méně obvyklou příčinou vzniku obstipace je porucha funkce hladké svaloviny tenkého a tlustého střeva a vrozené poruchy inervace tlustého střeva. Další příčinou zácpy může být stenóza tlustého střeva, nejčastěji maligní při rakovině tlustého střeva. U pacienta se střídá zácpa s průjmem, bolestmi břicha, hubnutím a pozorujeme ve stolici příměsi jako krev a hlen. Relativně častou příčinou obstipace jsou poruchy mechaniky defekace. Příkladem je porušená koordinace relaxace pánevního dna, ochabnutí rektálních stěn či vymizení rektoanálního inhibičního reflexu. Na vzniku obstipace se může významně podílet i megakolon-v prostornějším rektu se musí nahromadit více stolice, aby došlo k nutkavým pocitům na stolici. (15)

2.4 Klinické dělení zácpy

Zácpu rozdělujeme do dvou základních skupin. V prvním případě je zácpa pouze symptom jiného onemocnění (druhotná zácpa), v druhém významu máme na mysli funkční zácpu (habituální). Zde chápeme zácpu jako vlastní chorobu. V této kategorii dále rozlišujeme zácpu prostou, spastickou a domnělou. Zvláštní skupina zácpy je nepravý průjem. Prostá zácpa (rektální) je na podkladě zadržování defekačního reflexu.

Obvykle jde o zácpu akutní nebo krátkodobou. Spastická zácpa (zácpa tlustého střeva) se projevuje bolestmi břicha a obtížným vyprazdňováním. Typická jsou opakovaná nutkání na stolicí hlavně po ránu. Domnělá zácpa (percipovaná, vnímaná) je vlastně zácpou neexistující, člověk si sám učí diagnózu zácpy a na jejím podkladě dochází k nadužívání laxativ, klyzmat nebo čípků. Nepravý (paradoxní) průjem je těžký stav, nejčastěji u imobilních pacientů, kdy v důsledku celkové choroby, dehydratace a příjmu léků zpomalující peristaltiku dochází k retenci stolice v rektu. Měštnání této tvrdé stolice stimuluje peristaltiku, tvoří se hlen a voda. Důsledkem je inkontinence pacienta, kdy odchází hnedě zabarvená tekutina. Nevyšetření nemocní často dostávají zbytečně antidiarotika, čímž se zácpa ještě podporuje. Přitom je terapie velmi snadná-spočívá v manuálním vybavení stolice a v podání očistných klyzmat. Zácpu mohou také způsobovat hemeroidy, resp. bolest z nich. Hemeroidy je rozšíření žil v anální oblasti, buď vnitřní nebo vnější. Hemeroidy mohou vznikat i jako následek chronické zácpy, při namáhavé defekaci. (21, 15, 6)

2.5 Diagnostika

Základem je podrobná anamnéza. U pacientů středního a vyššího věku musíme vyloučit organickou příčinu zácpy. Pro diagnostiku funkční zácpy považujeme za přínosná tato vyšetření:

Fyzikální vyšetření břicha zaměřené na problémy s vyprazdňováním zahrnuje pohled, poslech, poklep a palpaci. Vyšetření poslechem by mělo předcházet vyšetření poklepem, protože poklep může ovlivnit peristaltiku. Vyšetření análního otvoru a konečníku se provádí pohledem a pohmatem. (15, 6)

Defekografie je diagnostický postup, při kterém plníme konečník kontrastní látkou, kterou pak pacient vyprazdňuje pod rentgenologickou kontrolou. (15)

Irigografie je přínosnější než endoskopie, protože lépe hodnotí tvar, uložení, šířku a délku tlustého střeva, elasticitu stěn a peristaltické vlny. (15)

Rektoskopie se provádí bez přípravy, protože přítomnost či nepřítomnost stolice v rektu nám může pomoci diagnostikovat typ zácpy. Pokud je stolice přítomna, jedná se o

prostou zácpu, nepřítomnost stolice svědčí pro zácpu spastickou. Rektoskopii někdy spojujeme se střevní biopsií. (15)

Manometrie análních svěračů je jednoduchá a minimálně invazivní vyšetřovací metoda. Před vyšetřením se pacient vyprázdní, samotné vyšetření probíhá vleže, na levém boku a pokrčenými koleny. Manometrický katetr zavedeme do konečníku a ponecháme kratší dobu ke zklidnění a adaptaci. Základní je stanovení klidového tlaku. Ke snížení dochází ve stáří, více u žen a u análních fisur. (15)

Elektromyografie (dále jen EMG) análního svěrače a svaloviny pánevního dna je doplňujícím vyšetřením. Větší význam má při diagnostice a léčbě inkontinence. Provádí se v laboratořích provádějících EMG. (15)

Funkční vyšetření tenkého a tlustého střeva pomocí radiokontrastních kapslí je méně známé vyšetření radiokontrastními značkami, které pacient pozře při nezměněném stravovacím režimu. Následně provedené prosté snímky břicha umožňují sledovat posun stolice střevem a diagnostikovat funkční poruchu nebo anatomickou patologii. Městnání značek v rektu je pak indikací k provedení defekografie. (15)

2.6 Rizikové faktory vzniku zácpy

Nepřavidelnost v jídlu a režimu dne, nedostatek tekutin, nedostatek vlákniny a celulózy ve stravě, nedostatek pohybové aktivity, nadužívání nebo zbytečné užívání laxativ, čípků a klyzmat, potlačování nucení na stolici, léky mající jako nežádoucí obstipační účinek, diagnostické procedury, při kterých pacient nemůže přijímat stravu ani tekutiny nebo zatvrdnutí baria v tlustém střevě po rentgenologickém (dále jen RTG) vyšetření, zvýšený psychický stres, nevhodná dieta, věk, chorobné procesy na střevě. Dále omezená pohyblivost, neurologické problémy, emocionální poruchy a zmatenost. Zácpa může být pro pacienty nebezpečná. Námaha při defekaci může způsobit napětí a následnou rupturu břišních nebo perianálních stehů po operaci. Rovněž pokud pacient při defekaci zadržuje dech, může mu to způsobit problémy, zvláště pokud má onemocnění srdce nebo poranění mozku. Zadržování dechu vede ke zvýšení nitrolebního a nitrohruďního tlaku, který je možné snížit, pokud pacient vydechuje ústy.

(15, 6, 5, 21, 22)

2.7 Léčba zácpy

Předpokladem správné terapie je přesné určení typu zácpy. Terapie návykové zácpy je v zásadě komplexní s psychoterapií, úpravou životního stylu, dietních opatření a medikamentózní léčby. Vyjíměčně se používá elektrostimulace nebo chirurgická léčba. Nemělo by se stávat, že lékař pacientovi se zácpou jednoduše předepíše projímadlo, aniž by se snažil proniknout do hloubky pacientova problému a podrobnějšího rozboru jeho životního stylu. Naopak vhodné je užívání laxativ u akutních forem zácpy, u těžkých tvarů zácpy a jsou také prvním postupem léčby u imobilních pacientů, starých lidí a osob s neurologickými poruchami a inoperabilními poruchami pánevního dna a análního kanálu. Doporučují se také masáže břicha. Místo klasického laxativa může lékař předepsat léky stimulující motilitu tlustého střeva. Další terapií může být podání mikroklyzmat, čípků. Důležitý je také nácvik defekačního reflexu. Mezi doporučené potraviny při zácpě můžeme zařadit tuky, mléčné výrobky, maso, zeleninu a ovoce, koření a mlýnské výrobky. Konzumaci těchto potravin samozřejmě podřizujeme individuální snášenlivosti. Naopak se nedoporučuje bílé pečivo, jemné pokrmy nevýrazné chuti a alkohol. Správnou prevencí zácpy nebo její efektivní léčbou lze předejít komplikacím, mezi něž patří dráždění střevní sliznice a poškození střevní flóry, vznik divertiklů tlustého střeva, hemoroidy, brániční kýla a nečistá kůže. K nejzávažnějším následkům zácpy patří zvýšené riziko vzniku kolorektálního karcinomu. (15, 5, 17, 19, 11, 7)

3. Imobilní pacient

Lidské tělo je určeno k pohybu. Nemocní lidé mají z různých příčin problémy v této sféře. Omezení pohyblivosti může být dáno geneticky, získáno handicapem, úrazem, degenerativním onemocněním, pooperačním stavem nebo akutním vzplanutím nemoci. Neschopnost pohybu - imobilita, přináší riziko vážným komplikací. Aby se tyto komplikace nerozvinuly, „mobilizují“ se nemocní po operaci, po porodu nebo po vážných onemocněních co nejdříve. Přesto jsou pacienti, kteří jsou dlouhodobě upoutaní na lůžko a právě u nich hrozí rizika komplikace. Nejčastějšími komplikacemi jsou plicní embolie, hluboká žilní tromboza, infekce, dýchacích cest, zácpa, močové kameny a močová infekce, rozvoj atrofie, svalová slabost a osteoporóza, která zvyšuje riziko vzniku ledvinových kamenů. Sestra se o takové pacienty musí starat tak, aby se co nejvíce snížila riziko těchto komplikací. (22)

Pohyblivost do velké míry závisí na zvyklostech v životě, na individuálním postoji k pohybové aktivitě a na individuální úrovni energie a věku. Faktory ovlivňující pohyblivost jsou především životní styl, neschopnost či slabost, která brání člověku normálně vykonávat denní činnosti, syndrom z inaktivity, který je synonymem pro sekundární poruchu způsobenou mobilitou. Mobilitu může omezovat i strach nebo bolest, nedostatek energie a věk. Nemocnému člověku se často doporučuje klid na lůžku z důvodu šetření energie nebo chránění části těla před dalším poškozením. Výhodou klidu na lůžku je zmenšení bolesti, zaměření energetických zdrojů na procesy hojení a snížení nároků buněk těla na spotřebu kyslíku. Nevýhody se množí úměrně s dobou připoutání pacienta na lůžku. Hlavní příčiny imobility jsou tedy silná bolest, poruchy kosterního, svalového nebo nervového systému, generalizovaná slabost, psychosociální problémy-např. deprese, infekční procesy.(6)

3.1 Hodnocení imobility

Z hlediska soběstačnosti můžeme pacienty rozdělit do čtyř skupin:

1. zcela soběstační pacienti, nezávislí na pomoci sestry
2. částečně soběstační pacienti, jsou schopni sebeobsluhy za vydatné pomoci okolí

3. Nemocní zcela či částečně soběstační, upoutaní na lůžko, vyžadují větší či menší pomoc sestry

4. nesoběstační pacienti, upoutaní na lůžko, psychicky dekompenzovaní či v bezvědomí, zcela závislí na péči ošetrovatelského personálu.

Stupeň soběstačnosti sestra zjišťuje odhadem a pozorováním pacienta, při denní činnosti. K přesnějšímu vyjádření soběstačnosti pacienta sestře pomáhají různé měřicí techniky zpracované do podoby testů (viz. příloha 4. Barthelův test) (20)

Existují rozdílné stupně imobility. Člověk v bezvědomí je často úplně imobilní. Někdy jde jen o částečnou imobilizaci, např. u pacienta se zlomenou nohou. Někteří lidé mají omezenou aktivitu ze zdravotních důvodů, např. člověku s poruchami dýchání se nedoporučuje chůze do schodů. Imobilita může být krátkodobá (např. po úrazech), nebo dlouhodobá (např. při chronické nemoci) (6)

V ošetrovatelství se používá termín „klid na lůžku“, který popisuje stupeň mobility pacienta. Tento pojem má různý význam. Někde „úplný klid na lůžku“ znamená, že pacient vůbec neopouští lůžko. Jindy to může znamenat, že pacient je v posteli, ale přitom může sedět, případně si sám vykonávat denní hygienické činnosti. Sestra by si proto měla vždy ověřit význam tohoto pojmu. (6)

3.2 Reakce pacienta na mobilitu

Fyziologickou odpovědí na imobilizaci je imobilizační syndrom. Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy. (21)

Nejvýraznější změny se během mobility objevují na kosterním a svalovém systému. Pacient zjišťuje úbytek svalové síly, vzniká svalová atrofie. V důsledku svalové atrofie se pak rozvíjí snížení svalové síly a vytrvalosti. Další reakcí těla na imobilizaci je osteoporóza z inaktivity. Při imobilizaci se totiž vyplavuje z kostí mnoho kalcia. Demineralizace kostí začíná již druhý a třetí den imobilizace. Fibróza a ankylóza kloubů se vyskytuje při nedostatečné aktivaci kloubů. To vede k nezvratnému deformování kloubu, jeho ztuhlosti, zkrácení příslušných svalů a vzniku kontraktur. Kontraktury se nejčastěji vyskytují na dolních končetinách. Poloha, kterou pacient zaujímá na lůžku nebo na vozíku se často zafixuje a zůstává i tehdy, když už se pacient může postavit a

chodit. Výsledkem je fixovaný postoj kdy pacient nemůže opírat paty o podložku, což stěžuje či dokonce znemožňuje jeho chůzi. (21, 6)

Dlouhodobá mobilita ohrožuje i kardiovaskulární systém. Běžným důsledkem imobilizace je ortostatická hypotenze, kdy vlivem dlouhodobého upoutání na lůžko dochází k utlumení reflexního vyrovnávání optimálního prokrvení jednotlivých orgánů. Při změně polohy se pak dostávají závratě, mdloby a objevuje se zvýšená frekvence srdce. Hromadění krve v dolních končetinách vlivem nedostatečné kontrakce atrofických kosterních svalů má za následek rozšíření žil dolních končetin. Tento stav označujeme jako insuficienci žilních chlopní. Vznikají otoky kolem pánve v křížové oblasti, nebo v patách. Edematózní tkáň je pro pacienta nepříjemná a je víc náchylná k poranění. Z tohoto stavu se může vyvinout tromboflebitida. (21, 6)

U dlouhodobě ležících pacientů je změněná ventilace plic a z toho plyne negativní reakce respiračního systému. Pacient má omezené pohyby hrudníku tím nedochází k hlubokým vdechům potřebným pro uvolňování sekretu z bronchů. Mělké, povrchní dýchání má negativní dopad na vitální kapacitu plic. Vlivem gravitace se sekrety shromažďují na nejnižších místech plic, stoupá jejich viskozita a přilnavost. Oslabením dýchacích svalů je narušeno vykašlávání a stagnující hlen je vhodným prostředím pro růst bakterií. I malá infekce horních dýchacích cest může vést k hypostatické pneumonii a atelaktáze plic. Tyto komplikace jsou častou příčinou smrti u slabých imobilních jedinců, zejména silných kuřáků. (21, 6)

Imobilita u pacientů vede k negativnímu vlivu na metabolický a výživový systém. Při snížení bazálního metabolismu v těle vzniká nerovnováha, kdy katabolické procesy převažují nad anabolickými. Negativní dusíkovou bilancí je katabolizována svalová hmota. Dalším problémem je anorexie, která může vyústit až v malnutrici. Výsledkem hypoproteinémie při sníženém množství bílkovin v krvi je vznik otoků. Častou komplikací imobility je změna způsobu vyprazdňování. Změna konzistence stolice vyžaduje zvýšené úsilí při vyprazdňování, což imobilního pacienta značně vysíljuje. Vyprazdňování komplikuje i nepřirozená poloha vleže na zádech, která neumožňuje efektivně používat břišní lis. Komplikací vyprazdňování na lůžku je i ztráta soukromí, pocit závislosti na druhých a další negativní pocity, které mohou vést pacienta

k zadržování stolice a ten se dostává do bludného kruhu, kdy je opakovaně neuspokojena jeho základní biologická potřeba. Tyto pocity může sestry zmírnit dostatečným zajištěním soukromí, empatickým přístupem a evalvační komunikací. Sestra by měla uklidnit pacienta neverbálními projevy laskavosti-úsměvem, přívětivým tónem, oslovením pacienta jménem. **(21, 9, 6)**

Kožní systém při déletrvající mobilitě atrofuje, mění se pevnost a struktura pokožky, dochází ke snížení kožního turgoru a vznik proleženin. Pacienti jsou ohroženi dekubity, pokud jsou nějaké oblasti jejich těla vystaveny dlouhodobému tlaku. Zvýšené riziko vzniku dekubitů lze u pacienta relativně přesně určit. Nejznámější metodou je použití škály dle Nortonové (viz. příloha 10- hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové) - u pacienta je stanovena pět kritérií a v každém může dostat 1-4 body. Konečné skóre ukáže míru rizika vzniku dekubitů. Čím nižší počet bodů pacient má, tím větší je u něj riziko vzniku dekubitů. Škála je jednoduchá a tak je její použití snadné, její nevýhodou je však to, že vznikla více než před třiceti lety a od té doby se naše znalosti faktorů, které ovlivňují vznik dekubitů značně prohloubily. Kromě mobility přispívá ke vzniku dekubitů také inkontinence moči nebo stolice. Existuje Waterlowova škála, která je dle výzkumných studií přesnější než škála dle Nortonové (viz. příloha 12-Waterlowova škála) **(21, 8, 6)**

Močový systém je imobilizací také ovlivněn. Na začátku imobilizace pozorujeme u pacienta zvýšené vylučování moče, později se její vylučování snižuje a mění se také její koncentrace. Horizontální poloha pacienta má také negativní dopad na vylučování moče, kdy dochází k nekompletnímu vyprázdnění ledvinové pánvičky, močového měchýře a dochází ke stáze moče, moč se stává alkalickou a to usnadňuje vznik močových kamenů. U ležících pacientů se mění i způsob vyprazdňování moče-vzniká retence moče, dystenze močového měchýře, inkontinence a paradoxní dysurie. Stagnující moč je také dobrým prostředím pro infekci (nejčastěji E. Coli) a vznik dalších komplikací v podobě zánětu močových cest. Kontaminace může vzniknout nedostatečnou péčí o perigeum, rizikové je také dlouhodobé zavedení močového katetru. Názory na frekvenci výměny katétru a systému hadiček a sběrného sáčku se různí. Někde se používá praxe, že oboje je třeba vyměnit, pokud se na distálním konci

hromadí sediment. Dle jiných zkušeností zůstává katétr zavedený jen na nejkratší nutnou dobu a nemění se, systém hadiček a sběrný systém se mění častěji, např. každých 24 nebo 48 hodin. Při výměně postupujeme přísně asepticky. (21, 6, 16)

Imobilní pacienti mívají často problém s vylučováním stolice. Zvýšená produkce adrenalinu způsobuje, že se peristaltika s celková motilita střeva snižuje a svěrače se více kontrahují. Celková svalová slabost ovlivňuje funkci abdominálních a perianálních svalů používaných při vyprazdňování. Když je stolice nadměrně tuhá, k jejímu vypuzení potřebuje člověk více síly a energie, která může imobilním pacientům chybět. Vyprazdňování sťažuje i nepřírozená poloha při vyprazdňování a dlouhé setrvávání stolice v tlustém střevě, což může mít za následek obstrukci tlustého střeva a paradoxní průjem. Pak hrozí tekutinová a elektrolytová nerovnováha (6)

Dlouhotrvající mobilita způsobuje některé poruchy v centrálním a vegetativním nervovém systému. Snížení motorické aktivity se pak projeví zvýšenou činností srdce a také se může rozvinout akutní smyslová deprivace. Můžou vznikat i jiné reakce jako ospalost, nepokoj, bolesti hlavy, neobjektivní vnímání a zmatenost. (6)

Samostatnou kapitolou je psychosociální reakce na imobilitu. Pacient si uvědomuje svoji omezenou pohyblivost, závislost na pečující osobě a ztrátu vlastní nezávislosti, které vyvolává pocity nejistoty, strach, úzkost, změny ve vnímání sebe sama, pocity beznaděje, bezmocnosti, izolace a apatie. U imobilizovaných osob vzniká riziko vzniku depresivně-anxiózního syndromu. Nastávají změny v sexuálním životě, intelektové schopnosti klesají. Je narušeno řešení problémů a rozhodovacích procesů. Imobilita nejvíce ovlivňuje děti a staré lidi. U dětí může zpomalit intelektový a sociální rozvoj a retardovat motorický vývoj, u starých osob může zvýšit jejich závislost na druhých a podporovat rozvoj nesoběstačnosti. Další změny v mentálních funkcích: snížená motivace učit se a řešit problémy, snížené vnímání času a prostoru, zvýšený pocit bezmocnosti, snížená schopnost rozhodování, koncentrace nebo zvládnutí problému, zhoršený spánek. (21, 6)

4. Pomůcky k vyprazdňování imobilního pacienta

Pomůcky rozdělujeme podle toho, zda jsou pro kontinentního imobilního pacienta nebo pro inkontinentního. Pod kontinentní imobilního podkládáme podložní mísu, u inkontinentního používáme plenkové kalhotky, případně ještě savou podložku, abychom zabránili znečištění lůžka. Chybou je volba nevhodné velikosti pomůcky, zaměňování velikosti a účelu použití, ledabylá fixace, ignorování indikátorů vlhkosti, chybné používání jen omezeného typu pomůcek a chybné souběžné používání pomůcek jako např. vkládání samostatné pleny do plenkových kalhotek. Ženám podkládáme podložní mísu jak při močení, tak při vyprazdňování stolice. Mužům pouze při odchodu stolice, na močení jim podáme močovou láhev. Dezinfikovanou mísu podáváme ihned jak pacient pocítí nutkání na stolicí, abychom předešli návykové zácpě. Imobilní pacienti potřebují při podkládání mísy pomoc. Pacientovi je třeba poskytnout podporu při sezení na míse, aby si zbytečně nenapínal svaly. Pokud pacient může zvednout zadní část těla, ohne dolní končetiny v kolenu a nadzvedne sedací část těla. Při tomto pohybu sestra umístí ruku dlaní nahoru pod pacientovu křížovou část zad, přičemž loktem se opírá o matraci a předloktí používá jako páku. Pak vloží mísu pod pacientovu sedací část užším koncem dopředu z zadní části postele. Pacient nasedá an hladký zaoblený okraj. U pacienta, který nemůže zvednou sedací část pomůže sestra pacientovi do polohy vleže na boku, položí mísu proti sedací části pacienta otevřeným okrajem směrem k nohám postele, drží vzdálené pacientovo rameno jednou rukou a druhou přidržuje mísu. Otočí celého pacienta k sobě na záda, mísu má pacient pod sedací částí těla. Poté sestra zdvihne přední část postele do mírné Fowlerovy polohy, která uvolňuje napětí zad pacienta a umožňuje lepší komfort při vyprazdňování. Potom sestra přikryje pacienta a na dosah ruky mu umístí signalizační zařízení. Poté nechá pacienta o samotě a pro mísu se vrátí, až jí pacient pomocí signalizačního zařízení zavolá. Následuje vrácení postele do vodorovné polohy, odkrytí nezbyté části pokrývky, otočení pacienta na bok, vyjmutí mísy a hygiena perianálního okolí. Mísa se nikdy nezasouvá pod pacienta, mohlo by dojít k poškození kůže. Před vyprázdněním mísy si sestra všimá střevního obsahu a hodnotí ho. Dalším typem pomůcky je pokojový klozet, který je určen pacientům částečně imobilním. Jedná se druh židle, v jejíž sedací ploše je otvor a

do něj je vložen kbelík z plastu. Vyprazdňování vsedě je pro pacienta pohodlnější a přirozenější, proto mu tuto formu umožníme vždy, když to dovoluje jeho stav. Některé typy pokojových klozetů mají kolečka, takže můžeme pacienta odvézt mimo pokoj a zajistit mu tak větší soukromí. **(18, 6, 1)**

5. Hygiena vyprazdňování imobilního pacienta

Při vyprazdňování imobilního pacienta maximálně respektujeme jeho intimitu a pocit studu. Potřeba čistoty je základní lidskou biologickou potřebou, Je velmi individuální a je ovlivněna kulturními, sociálními a rodinnými faktory. Dobrá hygiena je předpokladem pro pozitivní meziosobní vztahy, navozuje pozitivní emoce, napomáhá relaxaci a uvolnění a především brání vzniku infekcí a následných komplikací. Hygiena je proto důležitou a nedílnou součástí péče o vyprazdňování imobilních pacienta. **(21)**

Pokud pacient potřebuje pomoc při čištění perianální oblasti, sestra očistí pacienta toaletním papírem od pubické oblasti směrem k anální použítím jednoho pohybu na každý kus pohybu. Otírání směrem z méně zašpiněných do víc znečištěných oblastí zabrání rozšiřování mikroorganismů. Sestra následně otočí pacienta na bok, roztáhne sedací část a očistí mu anální oblast výše popsáním způsobem. Oblast okolo anu je třeba umýt mýdlem a vodou a potom pečlivě osušit, popř. natřít ochranným krémem. Přiměřené mytí a osušování chrání kůži imobilního pacienta před drážděním a nadměrným hromaděním mikroorganismů. **(6, 18)**

6. Prevence zácpy u imobilních pacientů

Důležitá je pravidelnost v jídle a režimu dne, dostatek tekutin nejen na žízeň, ale i jako lék, dieta obsahující zvýšené množství vlákniny. Nestravitelné zbytky tzv. balastní látky na sebe vážou vodu a tím způsobují žádoucí větší objem stolice. Kromě normální stravy, ve které by se měl vyskytovat dostatek celozrnných produktů, ovoce a zeleniny je přidat ještě lněné semínko, pšeničné klíčky nebo otruby, ovšem za předpokladu, že pacient vypije alespoň 2l/24h. Vlákninu a kysané výrobky dávkujeme individuálně. Doporučená je pohybová aktivita, především posílení břišního svalstva (v rámci možností imobilního pacienta např. pasivní rehabilitace, masáže břicha). Opatrně s užíváním projímadel. Vhodnější jsou laktulózy, projímavé minerálky, klyzmata nebo léky příznivě působící na střevní motilitu. Sestra nacvičuje s imobilním pacientem defekační reflex-pacient po probuzení vypije sklenku vlažné vody, provedou se u něj obvyklé ranní úkony a ranní rituál se zakončí snídaní. Po 20-30 minutách se pokusí o defekaci bez ohledu na to, zda zrovna pociťuje nucení na stolicí. Pokud se nácvik defekačního reflexu provádí denně po dobu několika týdnů, ve většině případů se úspěch dostaví. Důležité je nepotlačovat nucení na stolicí, i kdyby se dostavilo kdykoli v nejméně vhodné situaci. Je na sestře, aby pacienta o této prevenci edukovala a vysvětlila pacientovi podstatu úspěšných zákroků a vybídla pacienta ke spolupráci.

(5, 14, 2)

Nesmíme zapomínat na pravidelné otáčení a polohování pacienta, které zaznamenáváme do polohovacího záznamu. (viz příloha 14-Polohovací záznam). Využíváme přitom i rozličných polohovacích pomůcek (viz. příloha 13-Pomůcky k polohování pacienta). Velký význam má také často opomíjená komunikace s pacientem během polohování. Péči má sestra poskytovat trpělivě a dopřát pacientovi čas a prostor, aby se mohl otevřeně projevit. Je třeba si všimnout i toho co nebylo řečeno, vnímat pacientův výraz tváře. Nesmíme zapomínat na výše zmiňovanou pečlivou perianální hygienu. Nezanedbatelnou prevencí zácpy u imobilního pacienta je sociální stimulace a interakce, psychická pomoc a empatie. V konečném důsledku jde přeci o to, zajistit pacientovi co nejkvalitnější péči a odpočinek. **(16, 17, 8, 10)**

7. ošetrovatelský proces u imobilního pacienta se zácpou

Anamnestické údaje o vyprazdňování pacienta informují sestru o individuálních návycích pacienta. Ptáme se na předchozí problémy a každodenní zvyky, informace doplníme dle výsledků vyšetření. (21)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy u imobilního pacienta se zácpou

00011 zácpa v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin, dlouhodobým upoutáním na lůžko a s tím spojenou slabostí břišní stěny, stravou chudou na vlákninu a diagnostickými procedurami, projevující se obtížným a bolestivým vyprazdňováním tuhé stolice, pocity plnosti nebo tlaku v břiše či konečníku, změnou střevních zvuků, rozepněním břicha a verbální stížností pacienta.

00028 deficit objemu tělesných tekutin v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin, projevující se tuhou suchou stolicí, snížením kožního turgoru, zrychlením pulsové frekvence a suchostí kůže a sliznic.

00032 neefektivní dýchání v souvislosti s dlouhodobou horizontální polohou pacienta, projevující se mělkým dýcháním, poklesem vitální kapacity plic, zapojováním pomocných dýchacích svalů a dušností.

00046 porušená kožní integrita v souvislosti s namáhavou defekací a dlouhodobým upoutáním na lůžko, projevující se destrukcí tkáně kolem konečníku, vznikem proleženin a subjektivní stížností pacienta na tento stav.

00132 akutní bolest v souvislosti s vyprazdňováním tuhé stolice, projevující se verbální stížností, ignorováním nucení na stolicí a vegetativními projevy

00052 poškozená sociální interakce v souvislosti s omezenou tělesnou pohyblivostí, projevující se verbální stížností pacienta.

00095 porušený spánek v souvislosti s nedostatečným uspokojením základní biologické potřeby vyprazdňování, projevující se verbální stížností pacienta, ospalostí a sníženou funkční schopností.

00146 úzkost v souvislosti s nedostatečným uspokojením základní biologické potřeby vyprazdňování, projevující se verbální stížností pacienta, chabým očním kontaktem, bezděčnými pohyby a napětím v obličeji.

00108 deficit sebedpěče při koupání a hygieně v souvislosti s imobilizací pacienta, projevující se neschopností obstarat si běžnou denní hygienu a závislostí na pečující osobě.

00109 deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s imobilizací pacienta, projevující se neschopností se sám obléct a upravit se a závislostí na pečující osobě.

00110 deficit sebedpěče při vyprazdňování v souvislosti s imobilizací pacienta, projevující se neschopností dojit si na WC a závislostí na pečující osobě.

00125 bezmocnost v souvislosti s chronickým imobilizujícím stavem, projevující se verbální vyjádření nespokojenosti a frustrace pacienta na současnou situaci, apatii, pasivitou, nespolupráci a nadměrnou závislostí na ostatních.

00137 chronický zármutek v souvislosti s těžkým stavem pacienta a nelepším se stavem, projevující se vyjádřením pacientovy tísně, pláčem, změnou v úrovni aktivity a poruchou způsobu komunikace.

00054 riziko osamělosti v souvislosti s dlouhodobým upoutáním na lůžko

00040 riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s dlouhodobým upoutáním na lůžko

00004 riziko infekce v souvislosti s poškozenou kožní integritou v perianální oblasti

00086 riziko periferní neurovaskulární dysfunkce v souvislosti s dlouhodobou imobilizací pacienta

00094 riziko intolerance aktivity v souvislosti se snížením svalové síly

Cíle ošetrovatelské péče

Pacient (dále jen P.) nemá zácpu

P. má objem tělesných tekutin v normě

P. dýchá efektivně

P. má kožní integritu bez porušení

P. nepocítuje akutní bolest

P. je zařazen do společnosti

P. nemá poruchy spánku

- P. není úzkostný
- P. je schopen provést denní hygienu
- P. je schopen se sám obléct a upravit se
- P. vyjadřuje pocit kontroly nad situací
- P. nepocítuje zármutek
- P. není osamělý
- U P. nevzniká imobilizační syndrom
- P. nemá infekci
- P. netrpí periferní neurovaskulární dysfunkcí
- P. toleruje aktivitu

Ošetřovatelské intervence

Prober s pacientem obvyklý stravovací režim a dle potřeby zajistí návštěvu nutričního terapeuta.

Určí příjem tekutin a určí, zda jich má pacient vzhledem ke svému stavu dostatek.

Aktivně nabízej tekutiny

Edukuj pacienta o vhodných a nevhodných nápojích

Zhodnoť užívané léky, možné interakce a vedlejší účinky.

Posuď pacientovu míru aktivity a způsob možného pohybu.

Polohuj P. á2h. a polohu zaznamenávej do dokumentace

Posuď způsob vyprazdňování a míru soukromí při této činnosti a problémy jimiž je provázeno.

Ptej se pacienta na bolest při defekaci, prohlédni perianální oblast.

Zjistí, zda pacient užívá projímadla či klyzmata.

Zaznamenávej frekvenci, barvu, zápach, konzistenci a množství stolice

Edukuj pacienta o významu konzumace vlákniny

Motivuj pacienta k pohybu dle jeho možností

Dběj zajištění intimity při defekaci a pravidelnou dobu vyprazdňování

Edukuj pacienta o vztahu mezi dietou, cvičením, dostatkem tekutin a přiměřeným používáním projímadel

Edukuj a prováděj s pacientem nácvik defekačního reflexu
Pomoz pacientovi s relaxačními technikami
Dle potřeby edukuj pacienta o vědomé kontrole frekvence dýchání
Dle indikace fixuj hrudní koš při nacvičování hlubokého dýchání
Pobízej pacienta k vyjádření subjektivních pocitů
Pečuj o pohodlí nemocného
Povšimni si vztahů a sociálního chování v rodině
Vytvoř s pacientem pozitivní vztah s využitím pozitivního přístupu a aktivního naslouchání
Dle indikace zapoj do péče o pacienta psychiatrickou sestru
Uspořádej péči tak, aby měl pacient k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek, zejména pro spánek v noční době.
Hovoř k pacientovi v krátkých větách, vol jednoduchá slova
Motivuj pacienta k sebeděči ve všech oblastech
Poskytni pacientovi možnost veškeré kontroly nad věcmi, pokud mu stačí energie
Pomoz pacientovi osvojit si asertivní komunikaci
Veď pacienta k přijímání realistických cílů do budoucnosti
Prodiskutuj způsoby, jak se zdravě vypořádat s obtížnými situacemi
Nalezni silné stránky pacientovy osobnosti a oblasti zájmu, vytvářející příležitost pro socializaci.
Všimni si přítomnosti/blízkosti dalších osob (rodina, přátelé)
Pravidelně posuzuj nervové a oběhové funkce částí těla. Všímej si změn teploty, barvy, citlivosti a pohyblivosti.
Používej při polohování pomůcky ke zmírnění tlaku
Umožni přiměřenou úroveň stimulace z prostředí (hudba, TV, rádio, hodiny, kalendář, návštěvy)
Pečuj o dostatečnou hygienu pacienta
V případě invazivních vstupů dodržuj aseptický postup při jejich ošetřování
Dle indikace zahaj rehabilitační program

(14, 13)

Vyhodnocení

Je důležité, aby pacient pochopil důležitost příjmu vhodné potravy, dodržování pitného režimu a pravidelný nácvik defekačního reflexu. Pacient by měl vypít 2-3 litry tekutin za 24 hodin. Vhodné jsou slabé ovocné nebo bylinkové čaje, voda, projímavé minerálky. Mléko dle individuální snášenlivosti. Kofein a silný černý čaj může zácpu jen podporovat.

Pokud zjistíme u některých léků vedlejší obstipační účinek, je vhodné tuto skutečnost prodiskutovat s lékařem a eventuálně navrhnout jiný lék, který by pacientovi zácpu nezpůsobil.

Imobilní pacienti mají omezenou aktivitu, proto je třeba postupovat individuální, pasivní nebo aktivní rehabilitací, včetně dechové. Můžeme zavést masáže břicha, které mají pozitivní účinek na stagnující peristaltiku. Dodržování pravidelného polohování imobilního pacienta s maximálním využitím dostupných je prevencí před poškozením kožní integrity dekubity, pečlivá hygiena po vyprazdňování pak prevencí před poškozením kožní integrity v okolí konečníku. Po hygieně můžeme okolí konečníku ošetřit ochrannou mastí, která uleví pacientovi od bolesti a promaštěním kůže a tím zvýšením její elasticity eliminuje další poškozování kůže. Není vhodné nadužívání projímadel a klyzmat, snažíme se proto najít jiné alternativy např. prostřednictvím vhodné stravy, pitného režimu a přiměřené pohybové aktivity. Zajištění soukromí pacienta při defekaci by již mělo být samozřejmostí. Zaznamenáním údajů o stolici získáme přehled nad vývojem situace.

Vytvoření terapeutického vztahu mezi pacientem a sestrou napomáhá k otevření pacienta, verbalizaci jeho problémů a tím k zefektivnění péče o pacienta. K tomu patří i péče o psychickou stránku pacienta, která může být jeho stavem značně narušena. Kontakt s jinými pacienty se stejnou diagnózou, návštěvy rodinných příslušníků a přátel a vůbec celkové zlepšení sociálních kontaktů může přispět ke zlepšení pacientova somatického i psychického stavu.

8. cíl práce a hypotézy

Cíl práce: 1. Zmapovat denní stravovací návyky u imobilních pacientů a posoudit jejich vliv na vznik zácpy

2. Zmapovat pitný režim u imobilních pacientů a posoudit jeho vliv na vznik zácpy.

3. Zjistit míru zajištění intimity při vyprazdňování imobilních pacientů

Hypotézy: Na základě prostudované literatury jsem si stanovila tyto hypotézy:

1. Stravování imobilních pacientů nezohledňuje zvýšené nároky těchto pacientů na přísun vlákniny.

2. Imobilní pacienti nedodržují pitný režim.

3. Při vyprazdňování imobilních pacientů není zachována a respektována jejich intimita a pocit studu, což má za následek další podporu vzniku zácpy.

9. metodika

9.1 metodické postupy

Pro získání dat k stanovení cílů jsem použila metodu **kvantitativního** výzkumu. Technika byla formou dotazníku. V úvodu dotazníku je uvedeno, kdo a proč výzkum provádí, k čemu je dotazník určen a ujištění respondenta o zachování jeho anonymity, včetně poděkování za spolupráci. První část je zaměřena na identifikační údaje-věk, pohlaví, výšku a hmotnost respondenta. V další části dotazníku jsou otázky zaměřeny na životosprávu, stresové faktory a téma vyprazdňování. Dotazník byl sestaven tak, aby byl co nejkratší, ale zároveň výstižný. Otázky byly koncipovány tak, aby odpovídaly cílové skupině.

9.2 charakteristika zkoumaného souboru

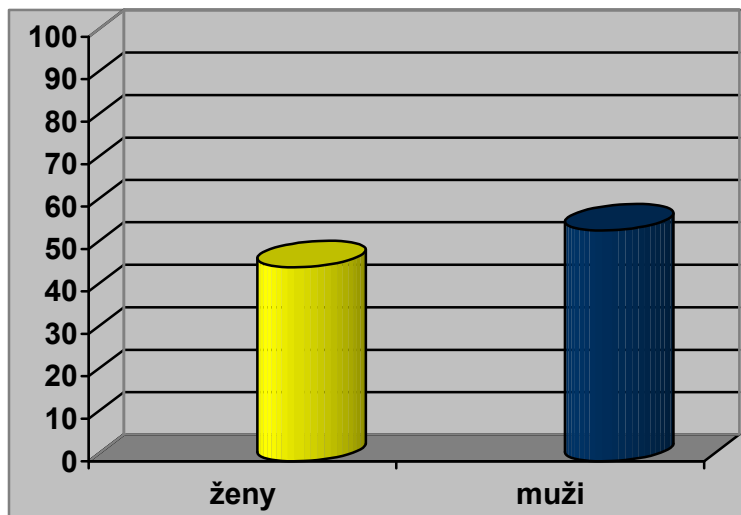
Základní soubor pro dotazníkové šetření tvořili záměrně vybraní imobilní pacienti bez omezení věku či pohlaví, na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. Kvótním omezením záměrného výběru byla imobilizace pacientů (krátkodobá i dlouhodobá)

Dotazníkové šetření probíhalo od 10.2 do 10.3 2008 na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. Rozdáno bylo 100 dotazníků, vráceno jich bylo 96, z toho bylo 7 dotazníků vyřazeno pro neúplnost a 19 se vrátilo nevyplněno. Návratnost byla 96%. Pro zpracování dat jsem sestavila grafy a výsledky jsou uváděny v procentech.

10. Výsledky

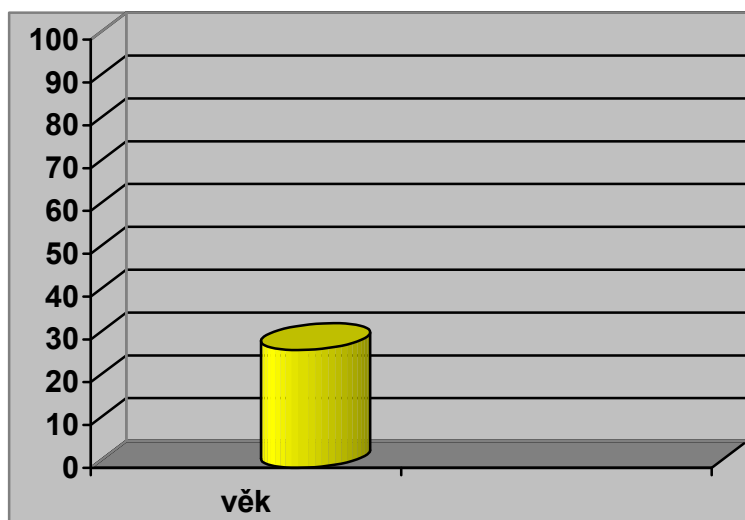
10.1 výsledky dotazníkového šetření

Graf 1 Pohlaví pacientů



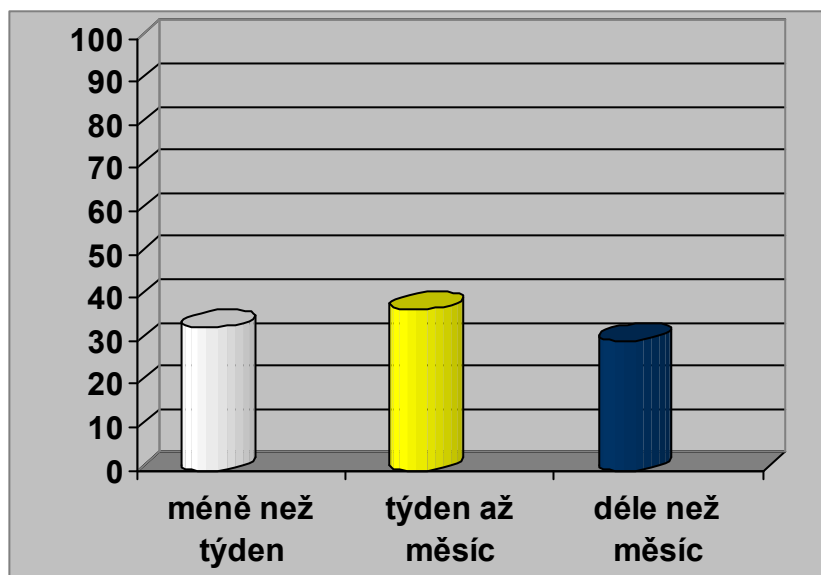
Výzkumu se účastnilo celkem 70 respondentů. Z tohoto souboru odpovědělo 38 mužů (54,3 %) a 32 žen (45,7 %)

Graf 2 Průměrný věk všech respondentů



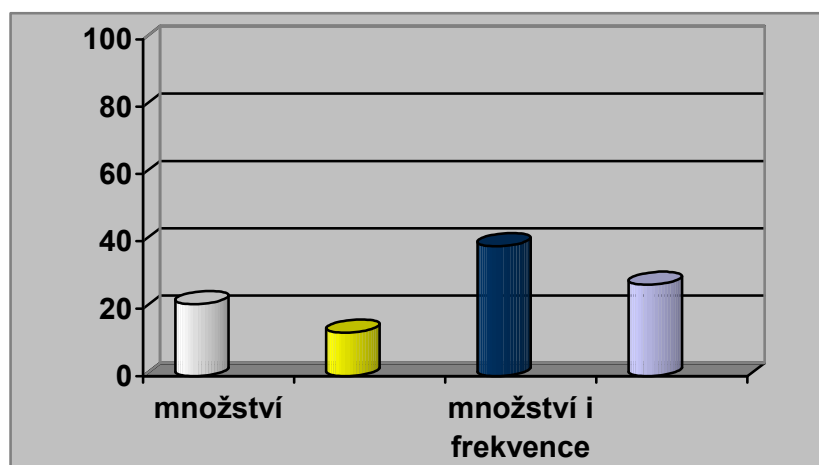
Průměrný věk všech respondentů byl 27,5 let.

Graf 3 Doba upoutání na lůžko



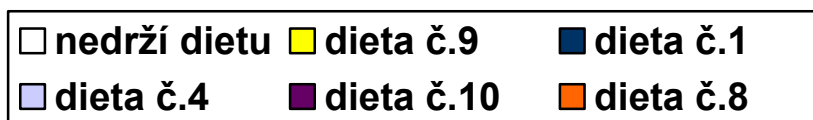
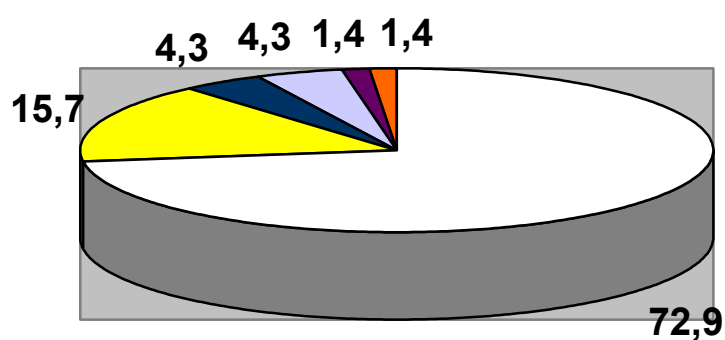
Graf znázorňuje, že 23 respondentů (32,9 %) bylo na lůžku upoutáno méně než týden, 26 respondentů (37,1 %) týden až měsíc a 21 respondentů (30 %) déle než měsíc.

Graf 4 Rozdíly ve stravování v nemocnici a doma



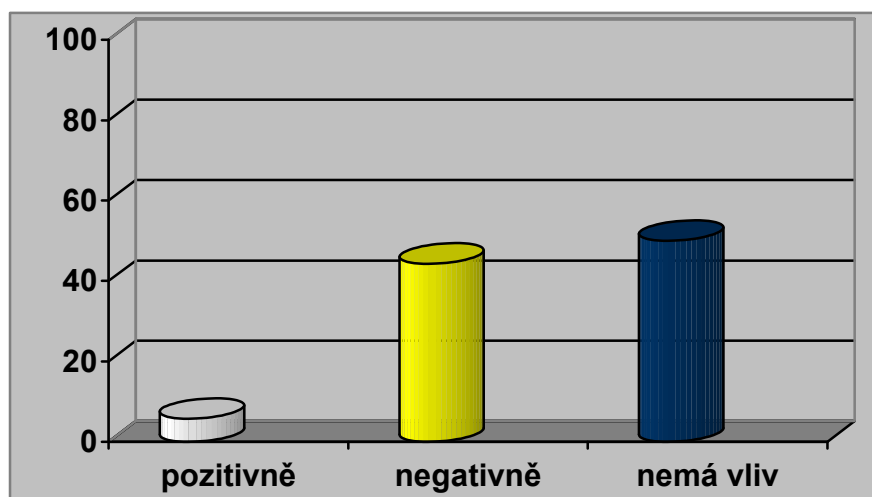
Na otázku, jaké jsou rozdíly ve stravování respondentů doma a v nemocnici, uvedlo 15 respondentů (21,4 %) rozdíl v množství přijímané stravy, 9 respondentů (12,9 %) ve frekvenci přijímané stravy, 27 respondentů (38,6 %) v množství i frekvenci přijímané stravy a 19 respondentů (27,1 %) nepocíťovalo rozdíl ve stravování doma a v nemocnici.

Graf 5 Dietní omezení



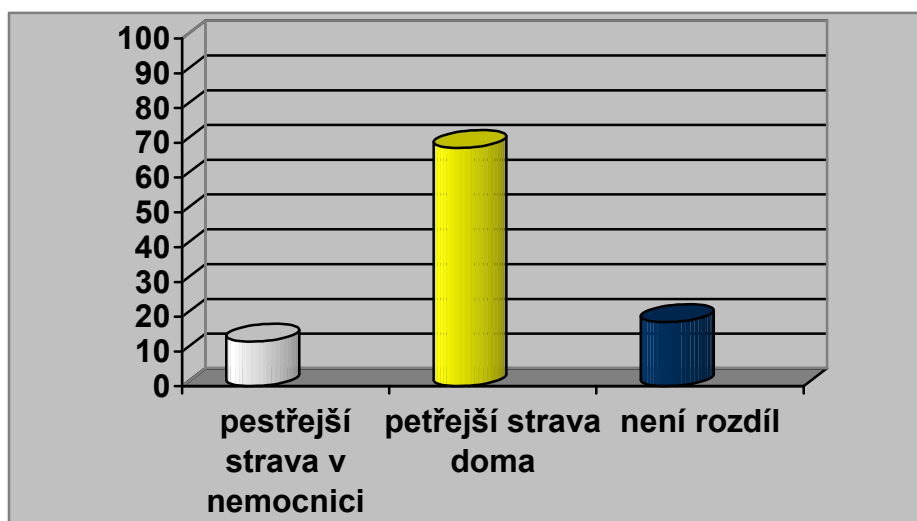
Graf znázorňuje, zda respondenti měli v době probíhání výzkumu naordinovanou dietu. 51 respondentů (72,9 %) uvedlo, že nedrží dietu, 11 respondentů (15,7 %) uvedlo, že drží dietu č.9, 3 respondenti (4,3 %) měli dietu č.1, 3 respondenti (4,3 %) měli dietu č.4, 1 respondent (1,4 %) uvedl, že drží dietu č.10, a 1 respondent (4,1 %) měl naordinovanou dietu č.8.

Graf 6 Ovlivnění vyprazdňování stravou v nemocnici



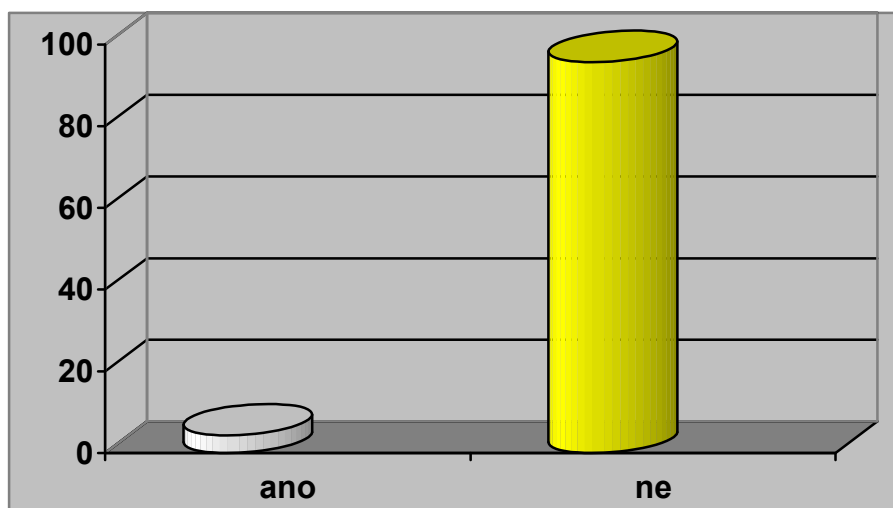
Na otázku, jak ovlivňuje stravování respondentů v nemocnici jejich vyprazdňování, uvedli 4 respondenti (5,7 %), že stravování má na jejich vyprazdňování pozitivní vliv. 31 respondentů (44,3 %) vyjádřilo názor, že stravování ovlivňuje jejich vyprazdňování negativně a 35 respondentů (50 %) tvrdilo, že strava v nemocnici nemá vliv na jejich vyprazdňování.

Graf 7 Rozdíly ve složení potravy doma a v nemocnici



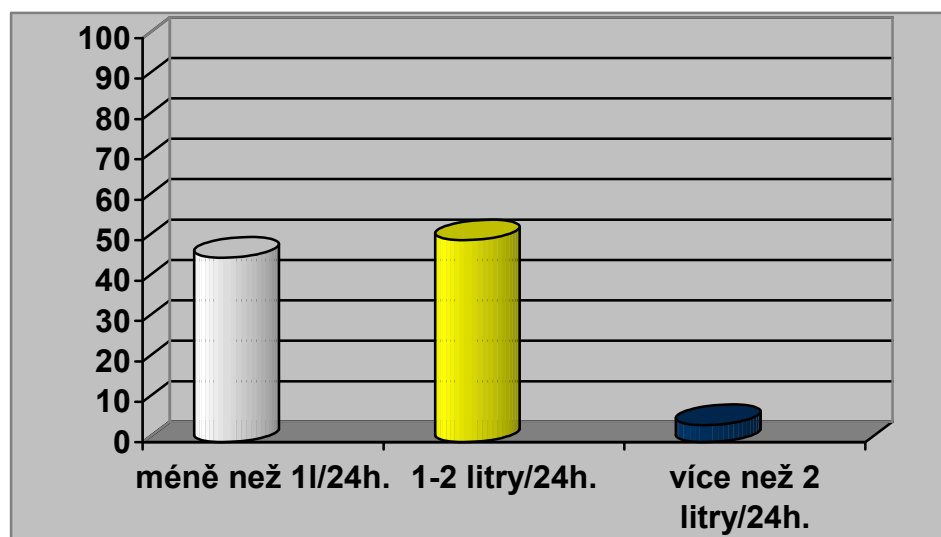
9 respondentů (12,9 %) souhlasilo s názorem, že mají pestřejší stravu v nemocnici. Naopak 48 respondentů (68,6 %) se ztotožnilo s tvrzením, že mají k dispozici pestřejší stravu doma. 13 respondentů (18,5 %) nevidělo rozdíl mezi stravováním doma a v nemocnici.

Graf 8 Návštěva nutričního terapeuta



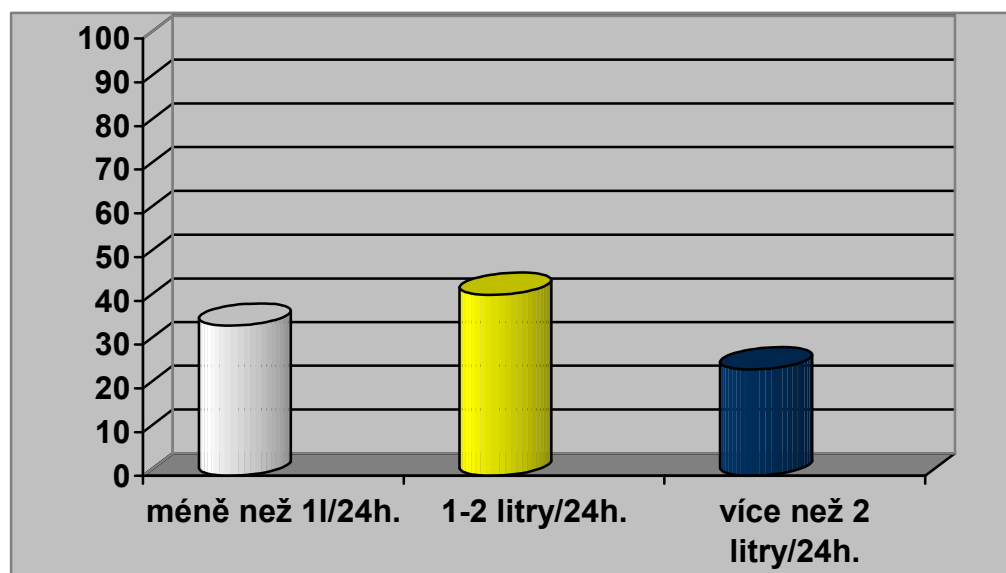
3 respondenti (4,3 %) uvedlo, že je v nemocnici navštívil nutriční terapeut, u 67 respondentů (95,7 %) převládá názor, že za nimi v době hospitalizace nutriční terapeut nebyl.

Graf 9 Pitný režim v nemocnici



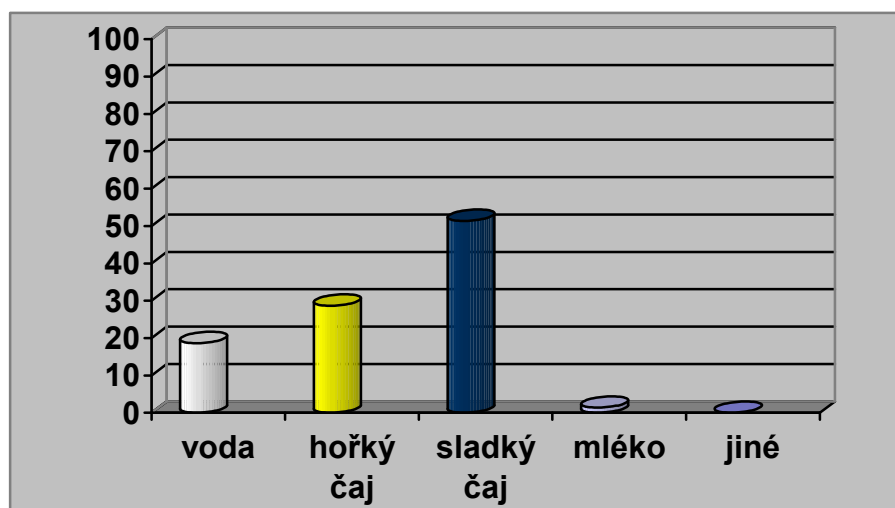
Zde mohli respondenti vyjádřit, kolik tekutin přijmou v nemocnici za 24h. 32 respondentů (45,7 %) přijme méně než 1 litr tekutin/24h., 35 respondentů (50 %) vypije za 24h. 1-2 litry a více než 2 litry/24h. vypijí 3 respondenti (4,3 %)

Graf 10 Pitný režim doma



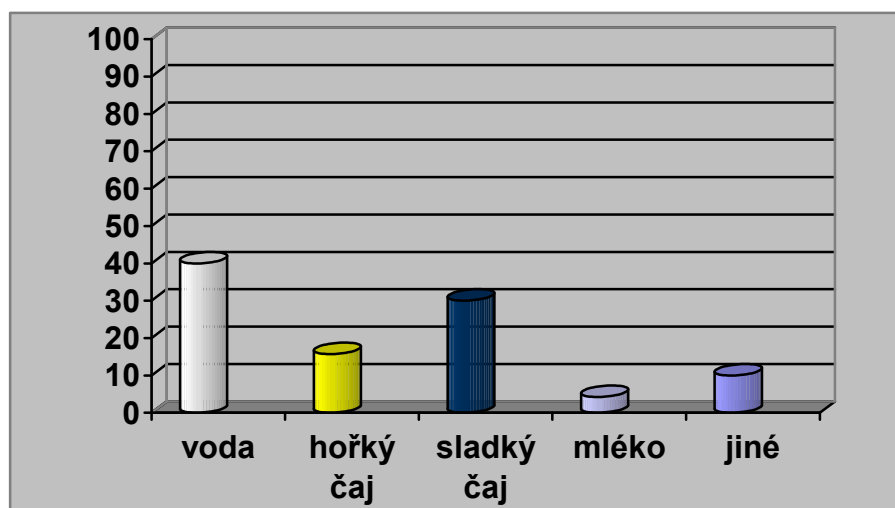
Zde mohli respondenti vyjádřit, kolik tekutin přijmou doma za 24h. 24 respondentů (34,3 %) přijme méně než 1 litr tekutin/24h., 29 respondentů (41,4 %) vypije za 24h. 1-2 litry a více než 2 litry/24h. vypije doma 17 respondentů (24,3 %)

Graf 11 Nejčastější tekutina přijímaná v nemocnici



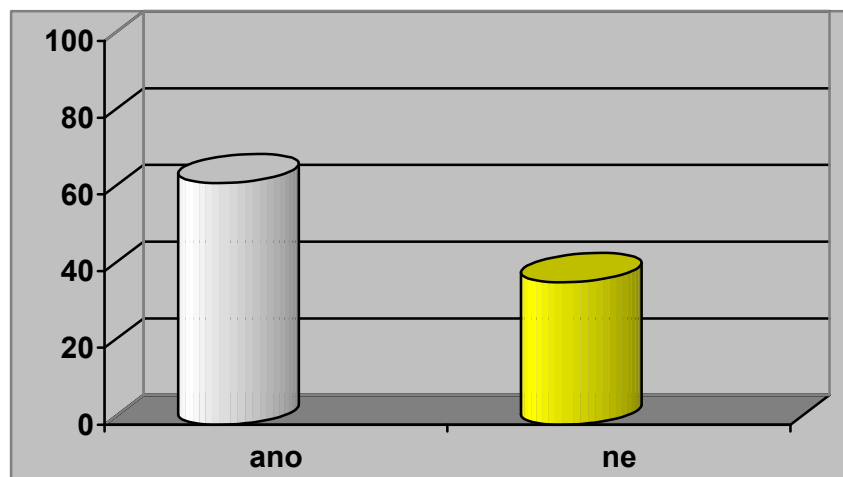
13 respondentů (18,6 %) uvedlo, že nejčastěji v nemocnici pijí vodu. Hořký čaj za nejčastější nápoj v nemocnici označilo 20 respondentů (28,6 %), sladký čaj pije nejčastěji 36 respondentů (51,4 %). Mléko jako nejčastější nápoj označil 1 respondent (1,4 %) a jiný nápoj, než bylo uvedeno nepije žádný z respondentů (0 %).

Graf 12 Nejčastější tekutina přijímaná doma



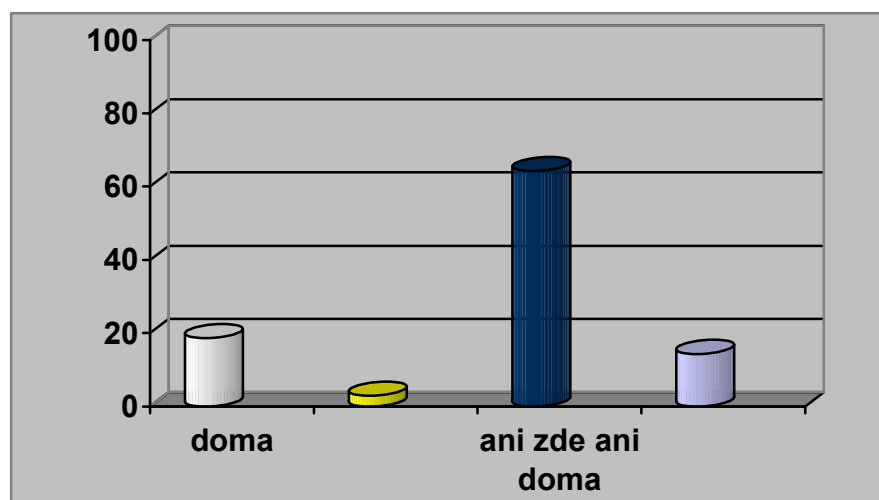
28 respondentů (40 %) uvedlo, že doma nejčastěji pijí vodu. Hořký čaj za nejčastější nápoj doma označilo 11 respondentů (15,7 %), sladký čaj pije v domácím prostředí nejčastěji 21 respondentů (30 %). Mléko jako nejčastější nápoj označili 3 respondenti (4,3 %) a jiný nápoj, než bylo uvedeno pije doma nejčastěji 7 respondentů (10 %).

Graf 13 Spokojenost s výběrem nápojů v nemocnici



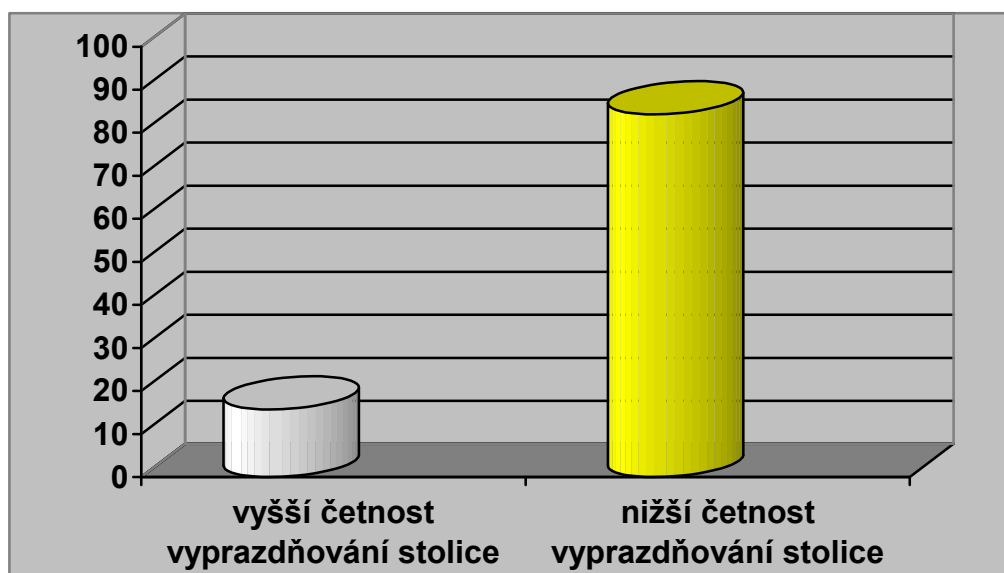
Z grafu 13 vyplývá, že 44 respondentů (62,9 %) je spokojeno s výběrem nápojů v nemocnici. 26 respondentů (37,1 %) spokojeno není.

Graf 14 Pocit žízně v nemocnici a doma



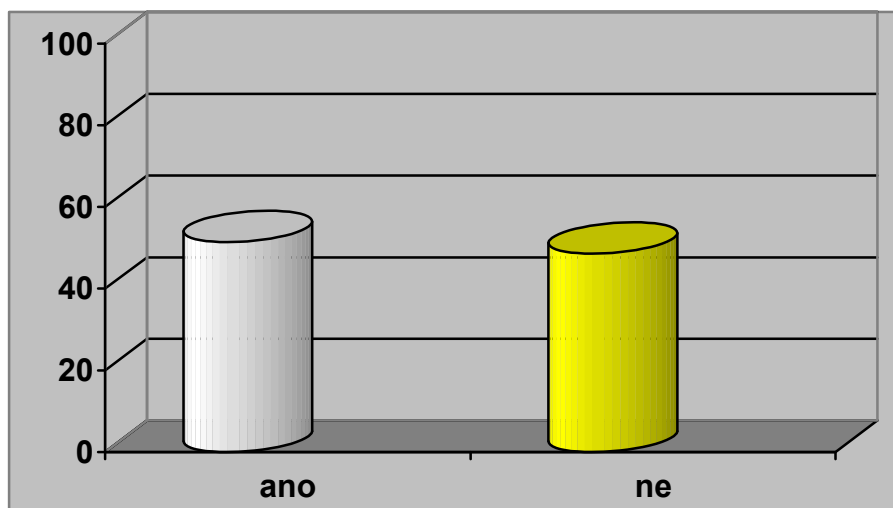
13 respondentů (18,6 %) uvedlo, že pociťuje žízeň doma, 2 respondenti (2,9 %) má žízeň v nemocnici. 45 dotázaných (64,2 %) nepociťuje žízeň v nemocnici ani doma a 10 dotázaných (14,3 %) uvedlo pocit žízně doma i v nemocnici.

Graf 15 Změna ve frekvenci vyprazdňování v nemocnici oproti vyprazdňování doma



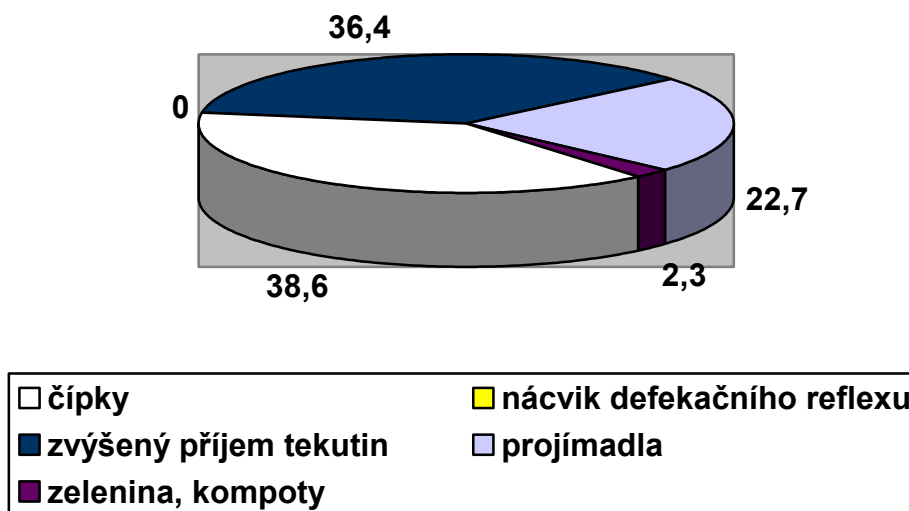
Tento graf znázorňuje, že 11 respondentů (15,7 %) pociťuje změnu ve frekvenci vyprazdňování v nemocnici ve smyslu vyšší četnosti a 59 respondentů (84,3 %) pociťuje v nemocnici nižší četnost vyprazdňování stolice oproti vyprazdňování doma.

Graf 16 Konzultace personálu s pacientem ohledně řešení zácpy



S 34 respondenty (48,6 %) personál konzultoval možnosti řešení zácpy, s 36 respondenty (51,4 %) tyto možnosti personál nekonzultoval.

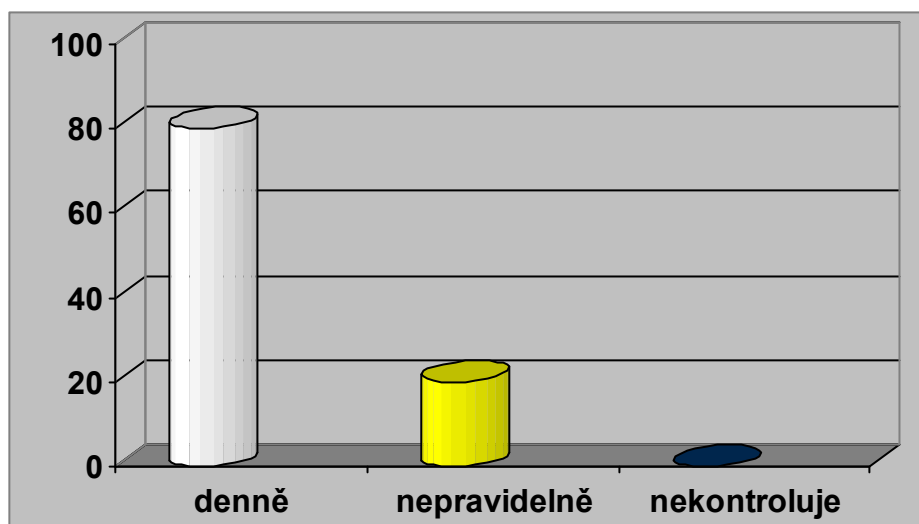
Graf 17 Možnosti řešení zácpy nabídnuté personálem pacientovi



Graf navazuje na graf 16, vychází z odpovědi „ano“. Odpovídalo 34 respondentů (100 %) a dotazovaní mohli označit více odpovědí.

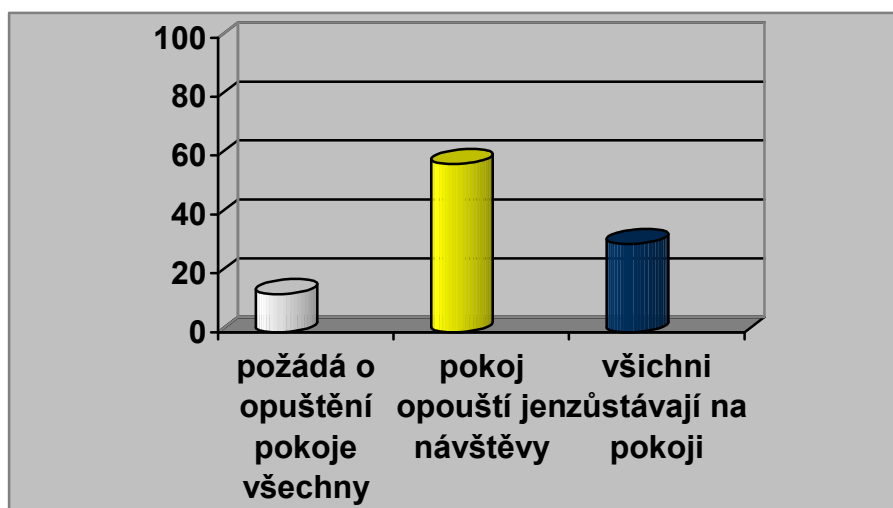
Pokud personál konzultoval s pacienty možnosti řešení zácpy, 17 respondentům (38,6 %) byly nabídnuty glycerinové čípky, 10 respondentům (22,7 %) projímadla, 16 pacientům (36,4 %) byl doporučen zvýšený příjem tekutin, 1 respondentovi (2,3 %) personál doporučil konzumaci syrové zeleniny nebo kompotů. Nácvik defekačního reflexu nebyl nabídnut žádnému pacientovi.

Graf 18 Kontrola personálem, zda pacienti byli na stoličce



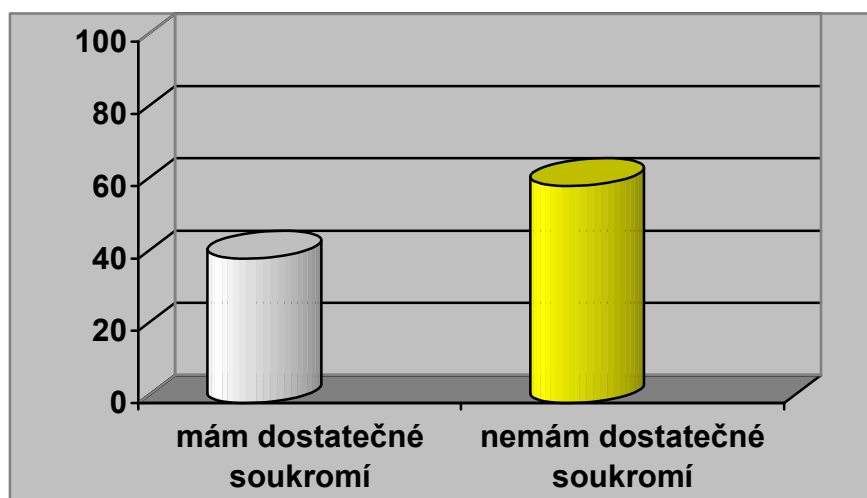
Tento graf znázorňuje, že u 56 pacientů (80 %) v nemocnici kontroluje personál denně, zda byli na stoličce. U 14 pacientů (20 %) toto kontroluje personál nepravidelně. Možnost, že personál nekontroluje, zda byli pacienti na stoličce nevedl žádný respondent (0 %).

Graf 19 Chování personálu k návštěvám a spolupacientům, při žádosti pacienta o pomoc při vyprázdnění.



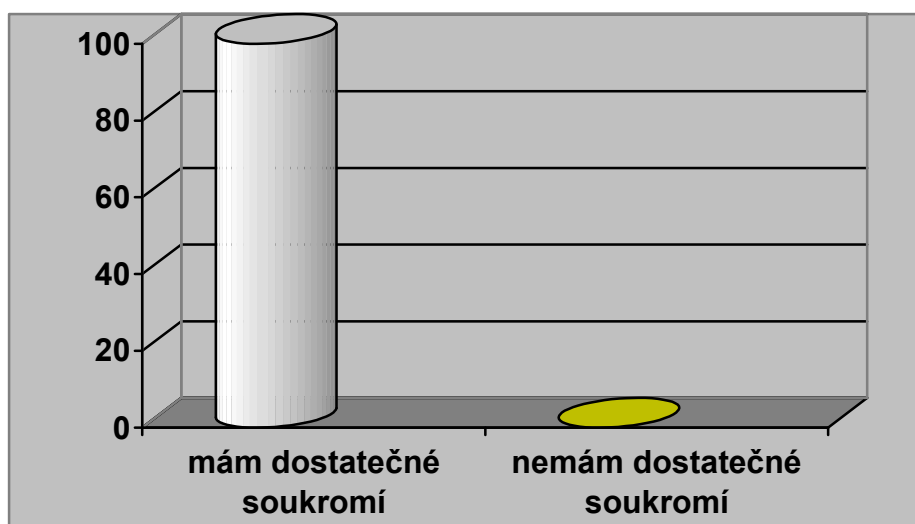
9 dotazovaných (12,9 %) uvedlo, že pokud zavolají personál o pomoc při vyprázdnění, ten požádá o opuštění pokoje jak návštěvy, tak spolupacienty. 40 respondentů (57,1 %) uvedlo, že v této situaci personál požádá o opuštění pokoje jen návštěvy-buď jejich nebo spolupacientů a u 21 respondentů (30 %) převládá názor, že při žádosti o pomoc při vyprázdnění se personál věnuje jen jim a spolupacienti i návštěvy zůstávají na pokoji po celou dobu jejich vyprazdňování.

Graf 20 Míra soukromí ve vyprazdňování v nemocnici



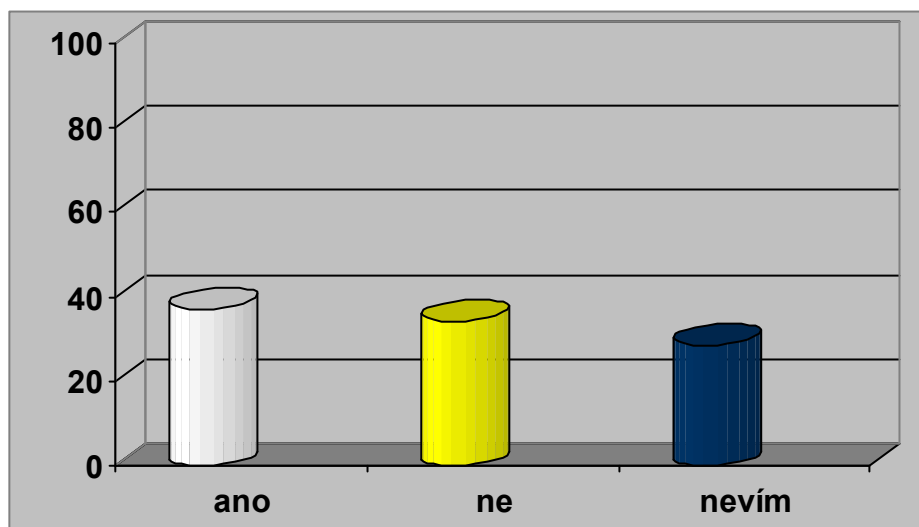
V otázce míry soukromí při vyprazdňování v nemocnici uvedlo 28 dotázaných (40 %), že mají dostatečné soukromí, naopak 42 dotázaných (60 %) dostatečné soukromí nepocítuje.

Graf 21 Míra soukromí ve vyprazdňování doma



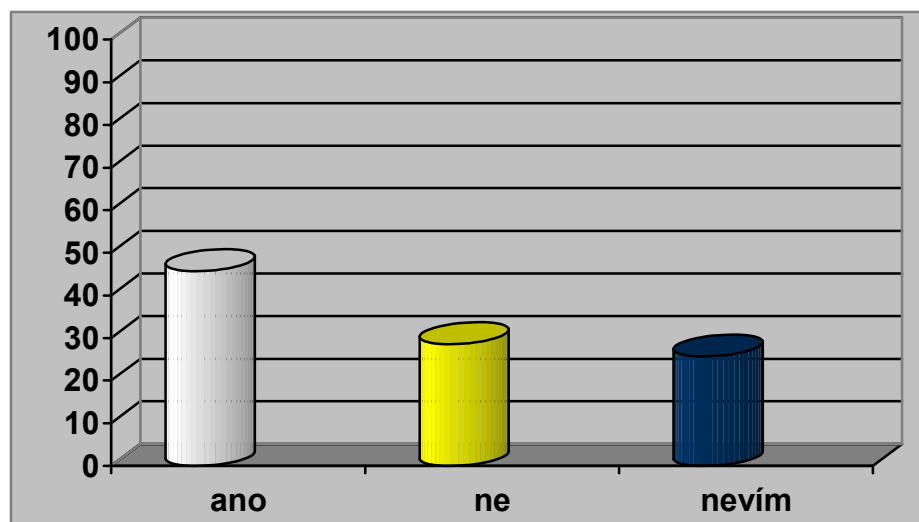
Na otázku, jestli mají dostatečné soukromí při vyprazdňování doma, všech 70 pacientů (100 %) uvedlo, že doma mají dostatečné soukromí. Nedostatečné soukromí při vyprazdňování doma nepocítoval žádný respondent (0 %)

Graf 22 Prožívání stresu



Z grafu vyplývá, že 26 pacientů (37,1 %) v současné době prožívá stres. 24 pacientů (34,3 %) stres neprožívá a 20 respondentů (28,6 %) nevědělo, zda v současné době prožívají stres.

Graf 23 Vyhovuje vám denní režim v nemocnici?



32 dotazovaným (45,7 %) vyhovuje denní režim v nemocnici. 20 pacientům (28,6 %) tento denní režim nevyhovuje a 18 respondentů (25,7 %) nevědělo, zda jim denní režim v nemocnici vyhovuje.

11. Diskuze

Cílem výzkumu bylo zmapovat denní stravovací návyky a pitný režim u imobilních pacientů a posoudit vliv těchto aspektů na vznik zácpy, při pacientově imobilitě. Dalším cílem bylo zjistit míru zajištění intimity imobilních pacientů při vyprazdňování.

K výzkumu byla použita metoda kvantitativního výzkumu, použitou technikou byl anonymní dotazník. Dotazník obsahoval celkem 17 otázek, všechny byly uzavřené. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. 4 dotazníky se nevrátily, návratnost byla 97 %. 19 dotazníků se vrátilo nevyplněných a 7 dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplnost. Výsledný vzorek se týkal 70 respondentů. Základní soubor pro dotazníkové šetření tvořili záměrně vybraní imobilní pacienti bez omezení věku či pohlaví, na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. Kvótním omezením záměrného výběru byla imobilizace pacientů (krátkodobá i dlouhodobá).

První otázka se týkala základních údajů respondentů. Výzkumu se účastnilo 38 mužů a 32 žen. Průměrný věk všech respondentů byl 27,5 let, což je překvapující, ale odpovídá množství rozdaných dotazníků na ortopedickém, traumatologickém a chirurgickém oddělení nemocnice, kde v době výzkumu byli hospitalizováni pacienti mladší věkové kategorie.

Na otázku, jaké rozdíly pociťují respondenti ve stravování doma a v nemocnici, převažuje mínění respondentů, že rozdíly pociťují jak v množství, tak i frekvenci přijímané stravy. Mnoho respondentů však naopak nevidí žádný rozdíl ve stravování v nemocnici. Tyto názory jsou patrně ovlivněny skutečností, zda pacienti měli naordinovanou dietu, či nikoli. Krátce imobilní pacient po operaci, který přijímá jen tekutou nebo kašovitou stravu bude samozřejmě pociťovat rozdíl v množství i frekvenci přijímané stravy a dlouhodobě imobilní pacient bez dietního omezení se může stravovat prakticky jako doma, zvláště pokud má možnost donášky doplňků stravy rodinnými příslušníky. Otázkou zůstává, jaký mají tyto doplňky stravy vliv na jeho vyprazdňování. Dále pak respondenti shledali rozdíl v množství přijímané stravy a nejmenší počet respondentů pociťuje rozdíl ve frekvenci přijímané stravy.

Na otázku č. 4 – jakým způsobem ovlivňuje jejich vyprazdňování strava v nemocnici, polovina respondentů odpověděla, že podle jejich názoru nemá strava žádný vliv na jejich vyprazdňování. Myslím si, že vysoký počet respondentů takto odpovídajících na danou otázku byl dán jejich neznalostí problematiky vlivu stravování na vyprazdňování. Beňo (2) uvádí jako jednu ze zásad pravidelného vylučování stolice konzumaci energeticky i biologicky vyváženého a pestrého jídla. Pokud pacient nemůže tuto vyváženou stravu přijímat, tato skutečnost zásadně ovlivní jeho vyprazdňování. Skoro polovina respondentů byla přesvědčená, že stravování v nemocnici negativně ovlivňuje jejich vyprazdňování. Jen málo respondentů uvedlo, že strava v nemocnici ovlivňuje jejich vyprazdňování pozitivně.

Se čtvrtou otázkou souvisí svým obsahem otázka č. 5. Zde mohli respondenti vyjádřit, jaké jsou rozdíly ve složení potravy, kterou konzumují v nemocnici, oproti potravě přijímané doma. Většina respondentů se shodla na tom, že pestřejší stravu má doma, což nekorresponduje s názorem většiny v předcházející otázce. Pokud je strava v nemocnici méně pestrá než ta, kterou mají pacienti doma, může mít negativní vliv na jejich vyprazdňování a podílet se na vzniku zácpy. I přesto se však zařazení čerstvé zeleniny nebo celozrnného pečiva do jídelníčku imobilních pacientů prakticky nevyskytuje. Karel Lukáš (11) uvádí, že při problémech s vyprazdňováním je dobré se zaměřit na nesprávné dietní návyky, které mohou být příčinou zácpy, nebo jí zhoršovat. K tomuto zhoršení dochází pokud pacient nesnídá a také pokud nemá dostatečný přísun vlákniny. Stejně jako v předcházející otázce, množství respondentů konkurovalo předcházející odpovědi s názorem, že ve stravování doma a v tomto zařízení nevidí rozdíl. Je pravděpodobné, že skupina, která zvolila tuto odpověď byla bez dietního omezení. Někteří respondenti si dokonce myslí, že pestřejší stravu mají k dispozici v nemocnici.

Otázka č. 6 byla zaměřená na přítomnost a konzultaci nutričního terapeuta s imobilním pacientem. Je na pováženu, že téměř všichni dotázaní odpověděli, že za nimi nutriční terapeut nebyl. Minimum respondentů odpovědělo, že se u nich návštěva nutričního terapeuta uskutečnila, ale myslím si, že tito respondenti nemuseli úplně porozumět otázce. Služby nutričního terapeuta totiž Nemocnice České Budějovice a.s. nenabízí a

proto mohli respondenti považovat např. rozhovor o stravování se sestrou na oddělení, za návštěvu nutričního terapeuta. Přitom si myslím, že nutriční terapeut by v Nemocnici České Budějovice jistě našel uplatnění a to nejen u lůžek imobilních pacientů. Hlavní výhoda péče nutričního terapeuta je především individualizace diety podle specifických potřeb konkrétního pacienta.

V sedmé otázce byly předmětem výzkumu rozdíly respondentů v pitném režimu doma a v nemocnici. Polovina respondentů uvedla, že v nemocnici vypijí denně 1-2 litry. Tento objem tekutin vypijí respondenti nejčastěji i doma. Nedostatek tekutin tedy v zásadě těmto respondentům nehrozí, i když je třeba zohlednit individuální potřeby jednotlivých osob.

Důležitou otázkou také bylo, jaký nápoj pijí respondenti nejčastěji v nemocnici a jaký doma. Jako nejčastěji konzumovaný nápoj v nemocnici uvedli pacienti černý sladký čaj. Doma nejčastěji pijí vodu. Podle Karla Lukáše (11) je pití černého čaje faktorem zpomalujícím střevní pasáž. Beňo (2) také doporučuje příjem zakysaných výrobků, z nichž je vhodné popíjení např. keřirových nápojů, samozřejmě podle individuální snášenlivosti. I když mohli odpovídající napsat i jinou nejčastěji konzumovanou tekutinu doma a v nemocnici, této možnosti ve vztahu konzumovaného druhu nápoje v nemocnici nevyužil žádný respondent.

Následující otázka se týkala spokojenosti pacientů s výběrem nápojů v nemocnici. Zde byly výsledky jednoznačné, většina respondentů byla spokojena. Zda je to nenáročností pacientů na výběr tekutin, nebo rozšiřující se nabídkou tekutin v nemocnici, není jasné. Standardem na odděleních bývá volný přístup pacientů k zásobě hořkého i sladkého čaje. V případě imobilního pacienta se stará o jeho dostatečný přísun tekutin sestra. Přísun jiných druhů nápojů např. od rodinných příslušníků je možný s přihlédnutím na celkový zdravotní stav a dietní omezení konkrétního pacienta a pacienti této možnosti rádi využívají. Je proto možné, že při dostatečné zásobě rozmanitých tekutin z domova v oblasti výběru nápojů nestrádají, nemají potřebu konzumace čajů nabízených v nemocnici a tak jsou s nabídkou spokojeni.

V další otázce jsem se ptala, zda pacienti pociťují žízeň doma, či v nemocnici. Nejvíce respondentů nepociťuje žízeň ani v nemocnici ani doma, což je samo o sobě odpovědí

na otázku o pitném režimu. Druhý největší počet odpovědí ukazoval, že pacienti pociťují žízeň v nemocnici. Mohlo by se jednat o pacienty, u nichž onemocnění či jejich tělesné dispozice vyžadují příjem tekutin vyšší než nejčastěji uvedené 1-2 litry denně.

Zásadní otázkou byla otázka č.14 – jak se chová personál k spolupacientům a návštěvám, pokud ho pacient zavolá s žádostí o pomoc při vyprázdnění. Podle mínění respondentů se tato situace nejčastěji odehrává tak, že personál se spolupacienty nekomunikuje, ti zůstávají na pokoji po celou dobu jeho vyprazdňování a požádá o opuštění pokoje jen návštěvu imobilního pacienta nebo návštěvu spolupacientů, pokud je přítomna. Podle Kozierové (6) je jedním z předpokladů podpory pravidelného vyprazdňování zabezpečení soukromí. Pacientovi jistě nepomůže jen odchod návštěv, přítomnost spolupacientů ho může stresovat a získaný negativní psychický vjem se může rovněž podílet na vzniku či udržování zácpy a tím k zhoršení vyprazdňování. Navíc je pacient stresován nedostatkem času, vzhledem k často netrpělivé návštěvě čekající za dveřmi pokoje. Tato skutečnost mu vyprazdňování také jistě neulehčí. Zarážející je i velký počet respondentů s odpovědí, že při jejich vyprazdňování personál nekomunikuje ani se spolupacienty ani s návštěvami a ti zůstávají na pokoji během jejich vyprazdňování. I když je pacient ležící na podložní míse většinou přikryt pokrývkou, z hlediska zachování intimity je toto řešení nepřijatelné. Po upozornění návštěv a spolupacientů a stručném vysvětlení této problematiky by pro ně neměl být problém na přechodnou dobu se vzdálit a dát tak příležitost imobilnímu pacientovi ke klidnému vyprázdnění se zachováním jeho intimity.

Otázka č. 15 zjišťovala míru soukromí při vyprazdňování v nemocnici a doma. Vzhledem k odpovědím v předcházející otázce, mě odpověď nepřekvapila. Většina pacientů při vyprazdňování nepociťuje dostatečné soukromí. Jak by také mohla, pokud jsou po dobu jeho vyprazdňování na pokoji přítomni spolupacienti, v horším případě i návštěvy. V případě přítomnosti dvou imobilních pacientů na jednom pokoji lze toto řešit alespoň umístěním přenosné zástěny či zatažením závěsu mezi oběma pacienty. Myslím si, a výsledky mojí domněnku potvrzují, že problematikou intimity při vyprazdňování a důsledky při jejím nedodržení se zabývá jen málo personálu ošetřující imobilní pacienty. Doma pociťují všichni respondenti dostatečnou míru intimity.

V první hypotéze jsem se domnívala, že stravování imobilních pacientů nezohledňuje zvýšené nároky těchto pacientů na přísun vlákniny. Hypotéza se na základě získaných výsledků potvrdila. Pacienti mají pestřejší stravu doma, než v nemocnici, což dokazuje Graf 7. Rozdíly jsou patrné i v množství a frekvenci přijímané stravy a tato skutečnost vyprazdňování také ovlivňuje. Zeleninu, tmavé pečivo a další potraviny se zvýšeným obsahem vlákniny nemocnice nenabízí.

Druhá hypotéza se zabývala tím, zda imobilní pacienti nedodrží pitný režim. Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Imobilní pacienti vypijí dostatek tekutin doma i v nemocnici. Je to pravděpodobně tím, že v nemocnici sestry imobilním pacientům aktivně nabízejí tekutiny, což je chvályhodné. Doma mívají pacienti větší výběr tekutin a to podporuje jejich aktivitu v tomto směru.

Podle třetí hypotézy při vyprazdňování imobilních pacientů není zachována a respektována jejich intimita a pocit studu, což má za následek další podporu vzniku zácpy. Tato hypotéza se potvrdila. Jen málo ošetrovatelského personálu se zabývá problematikou intimity u imobilních pacientů a nevhodným postupem při asistenci vyprazdňování u imobilního pacienta tak přispívá ke vzniku, udržení či zhoršení zácpy, nemluvě o psychických následcích zanechaných tímto jednáním na pacientovi.

12. Závěr

Mé cíle v práci na téma Zácpa – problém imobilních pacientů byli zmapovat denní stravovací návyky a pitný režim u imobilních pacientů a posoudit vliv těchto aspektů na vznik zácpy. Dalším cílem bylo zjistit míru zajištění intimity při vyprazdňování imobilních pacientů. Všechny cíle se podařilo splnit.

Hypotéza 1

Stanovená Hypotéza 1 - stravování imobilních pacientů nezohledňuje zvýšené nároky těchto pacientů na přísun vlákniny, se potvrdila. V současné době v nemocnici není nabídka potravin s vysokým obsahem vlákniny. Diety neberou ohled na mobilitu či mobilitu pacienta, ale jsou ordinovány podle základního onemocnění.

Hypotéza 2

Imobilní pacienti nedodržují pitný režim. Tato hypotéza se na základě získaných výsledků nepotvrdila (viz. Graf 9 a 10) Dá se říci, že pacienti pitný režim dodržují a nejsou ohroženi dehydratací. Výsledky však nezohledňují individualitu jednotlivých respondentů. Imobilní pacienti mají tekutiny k dispozici stále.

Hypotéza 3

Při vyprazdňování imobilních pacientů není zachována a respektována jejich intimita a pocit studu, což má za následek další podporu vzniku zácpy. Hypotéza 3 se potvrdila. Tato opomíjená problematika by si zasloužila více pozornosti ze strany ošetřujícího personálu. Zajištění a respektování intimity by mělo být prvním krokem při zajištění vyprazdňování imobilního pacienta.

Práce přinesla velmi zajímavé poznatky. S imobilními pacienty se v praxi setkávám často a uvědomuji si, jak důležité je věnovat pozornost oblasti vyprazdňování. Správným jednáním můžeme pacientovi významně ulehčit jeho situaci, zpříjemnit mu hospitalizaci, dát mu naději a motivovat k pozitivnímu myšlení i do budoucna.

Výsledky této práce budou nabídnuty sestřám na odděleních kde výzkum probíhal a měly by sloužit ke zlepšení kvality péče o imobilní pacienty.

13. seznam použitých zdrojů

1. BARDOVÁ M., *Co přináší management inkontinence*, Sestra, mimořádná příloha Inkontinence, Praha:2005, ročník XV., číslo 7, str.15 ISSN 1210-0404
2. BEŇO I., *Náuka o výživě, Fyziologická a léčebná výživa*, 1.vyd., Martin: Osveta, 2003, 142.s., ISBN 80-8063-089-5
3. DYLEVSKÝ, I., *Somatologie*, 2.vyd. Olomouc: Epava, 2000, 480s., ISBN 80-86297-05-5
4. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha:Triton, 2003., 223s., ISBN 80-7254-329-6
5. KLENER P. a kol., *Gastroenterologie, Hematologie-Vnitřní lékařství, svazek IV.*, 1.vyd., Praha: Galén, 2002, 263s., ISBN 80-7262-139-4
6. KOZIEROVÁ, B.-ERBOVÁ, G.-OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2.* 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 633s., ISBN 80-217-0528-0
7. LEIBOLD G., *Zácpa, Léčba bez projímadel*, 1.vyd., Nakladatelství Svoboda: Praha, 1996, 120s., ISBN 80-205-0514-8
8. *Lemon 1.* 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 184s., ISBN 80-7013-234-5
9. *Lemon 2.* 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 134s., ISBN 80-7013-238-8

10. LIŠKOVÁ M., *Polohování*, Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry, Praha:2005, ročník XV., číslo 4, str.15, ISSN 1210—0404
11. LUKÁŠ K. a kol., *Funkční poruchy trávicího traktu.*, 1.vyd., Praha: Grada, 2003, počet stran, ISBN 80-247-02967
12. LUKÁŠ M., *Diety při onemocnění zácpou*, 1.vyd., Vydavatelství a nakladatelství Sdružení MAC s.r.o.: Praha, 1996, 31s., ISBN 80-86015-04-1
13. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*, 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 264s., ISBN 80-247-1399-3
14. MARILYNN, M.-DOENGES., MARY, F.-MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada publishing, 2000., 568s., ISBN 80-247-0242-8
15. MAŘATKA Z., *Gastroenterologie*, 1.vyd., Praha: Karolinum, 1999, 490s., ISBN 80-7184-561-2
16. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1.vyd., Praha: Grada, 2006, 248s., ISBN 80-247-1442-6
17. RICHARDS A., EDWARDS S., *Repetitorium pro zdravotní sestry*, 1.vyd., Praha: Grada, 2004, 376s., ISBN 80-247-0932-5
18. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ M., *Ošetrovatelství I./I* 3.vyd. Praha: Informatorium, 1999. 234s., ISBN 80-86073-39-4
19. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ M., *Ošetrovatelství I.21* 2.vyd. Praha: Informatorium, 1999. 209s., ISBN 80-86073-40-8

20. STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2006, 55s., ISBN 80-7013-323-6*
21. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2004, 186s., ISBN 80-7013-324-4*
22. WORKMAN A. B., BENNET L. C., *Klíčové dovednosti sester, 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 260s., ISBN 80-247-1714-X*

14. Klíčová slova

Zácpa

Imobilizace

Stres

Výživa

Tekutiny

Vláknina

15. Přílohy

1. Dotazník
2. Pyramida zdravé výživy
3. Barthelův test
4. Hierarchie potřeb člověka dle A. H. Maslowa
5. Etický kodex práv pacientů

Příloha 1 – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Tereza Huličková a jsem studentkou Jihočeské univerzity, Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Nyní studuji třetí ročník a mým úkolem je vyhotovit bakalářskou práci na téma „Zácpa-problém imobilních pacientů.“ Touto cestou bych vás ráda požádala o spolupráci. Vyplňte prosím tento dotazník, který je pro mou práci velmi důležitý. Na otázky se snažte odpovídat co nejpřesněji. Veškeré informace, které mi budou díky Vám poskytnuty, budou zachovány v anonymitě a budou určeny jen pro účely mé bakalářské práce. Děkuji Vám za pomoc a za čas strávený nad dotazníkem.

Tereza Huličková

Jednu odpověď (pokud není uvedeno jinak), která je Vám nejbližší, prosím zakroužkujte, nebo dopište svou odpověď.

Zde prosím, vyplňte základní údaje:

Pohlaví:

Věk:

1. Jak dlouho jste upoután/a na lůžko?

- a) méně než týden
- b) týden až měsíc
- c) déle než měsíc

2. Jaké jsou rozdíly ve Vašem stravování doma a zde v tomto zařízení?

- a) v množství přijímané stravy
- b) ve frekvenci přijímání stravy (jak často)
- c) v množství i frekvenci přijímané stravy
- d) nevidím žádný rozdíl ve stravování doma a zde

3. Držíte v současné době nějakou dietu?

- a) ano (doplňte jakou).....
- b) ne

4. Jakým způsobem podle vás ovlivňuje vaše vyprazdňování strava v tomto zařízení?

- a) pozitivně
- b) negativně
- c) myslím si, že nemá žádný vliv na moje vyprazdňování

5. Jaké jsou rozdíly ve složení potravy, kterou jíte zde a kterou jíte doma?

- a) mám více pestrou stravu zde (zelenina, ovoce, tmavé pečivo)
- b) postřejší stravu mám k dispozici doma (zelenina, ovoce, tmavé pečivo)
- c) ve stravování doma a zde v tomto zařízení nevidím rozdíl

6. Byl zde za Vámi nutriční terapeut? (dietní sestra)

- a) ano
- b) ne

7. Jaké jsou rozdíly ve Vašem pitném režimu zde a doma? (v každém řádku označte křížkem jedno pole)

	Vypiji méně než 1 litr denně	Vypiji 1-2 litry denně	Vypiji více než 2 litry denně
zde v tomto zařízení			
doma			

8. Jaký nápoj převážně pijete zde a jaký doma? (v každém řádku označte křížkem jedno pole. Do pole „jiné“ můžete doplnit tekutinu, kterou převážně pijete a není uvedena, je-li tomu tak)

	vodu	černý čaj hořký	černý čaj sladký	mléko	jiné
zde					
doma					

9. Jste spokojen/a s výběrem nápojů zde v tomto zařízení?

- a) ano
- b) ne

10. Pociťujete žízeň zde v tomto zařízení nebo doma?

- a) zde
- b) doma
- c) nepociťuji žízeň zde, ani doma
- d) pociťuji žízeň zde i doma

11. Vnímáte změnu ve frekvenci Vašeho vyprazdňování zde v tomto zařízení a doma?

- a) ano, vnímám změnu ve smyslu + (vyšší četnost vyprazdňování stolice)
- b) ano, vnímám změnu ve smyslu – (nižší četnost vyprazdňování stolice)

12. Máte-li zácpu, konzultoval s Vámi personál možnosti řešení zácpy?

- a) ne
- b) ano (pokud ano, v následující tabulce označte řešení, které vám bylo nabídnuto.
Můžete označit více polí)

glycerinové čípky	
použití projímadel	

zvýšený příjem tekutin	
nácvik defekačního reflexu	
zvýšená konzumace syrové zeleniny či kompotů.	

13. Kontroluje personál, zda jste byl/a na stolici?

- a) ano, denně
- b) ano, nepravidelně
- c) nekontroluje

14. Jak se chová personál k spolupacientům a návštěvám, pokud ho zavoláte s žádostí o pomoc při vyprázdnění?

- a) požádá spolupacienty i návštěvy o opuštění pokoje z důvodu zachování Vaší intimity
- b) personál se spolupacienty nekomunikuje, ti zůstávají na pokoji po celou dobu Vašeho vyprazdňování, požádá o opuštění pokoje jen návštěvu (Vaši, nebo spolupacientů), pokud je přítomna
- c) personál nekomunikuje ani se spolupacienty ani s návštěvou, věnuje se jen Vám

15. Jak byste vyjádřil/a míru soukromí při vyprazdňování zde a doma? (v každém řádku označte jedno pole, které odpovídá Vaší situaci)

	Při vyprazdňování <u>mám</u> dostatečné soukromí	Při vyprazdňování <u>nemám</u> dostatečné soukromí
zde		
doma		

16. Prožíváte v současné době stres?

- a) ano
- b) ne

c) nevím

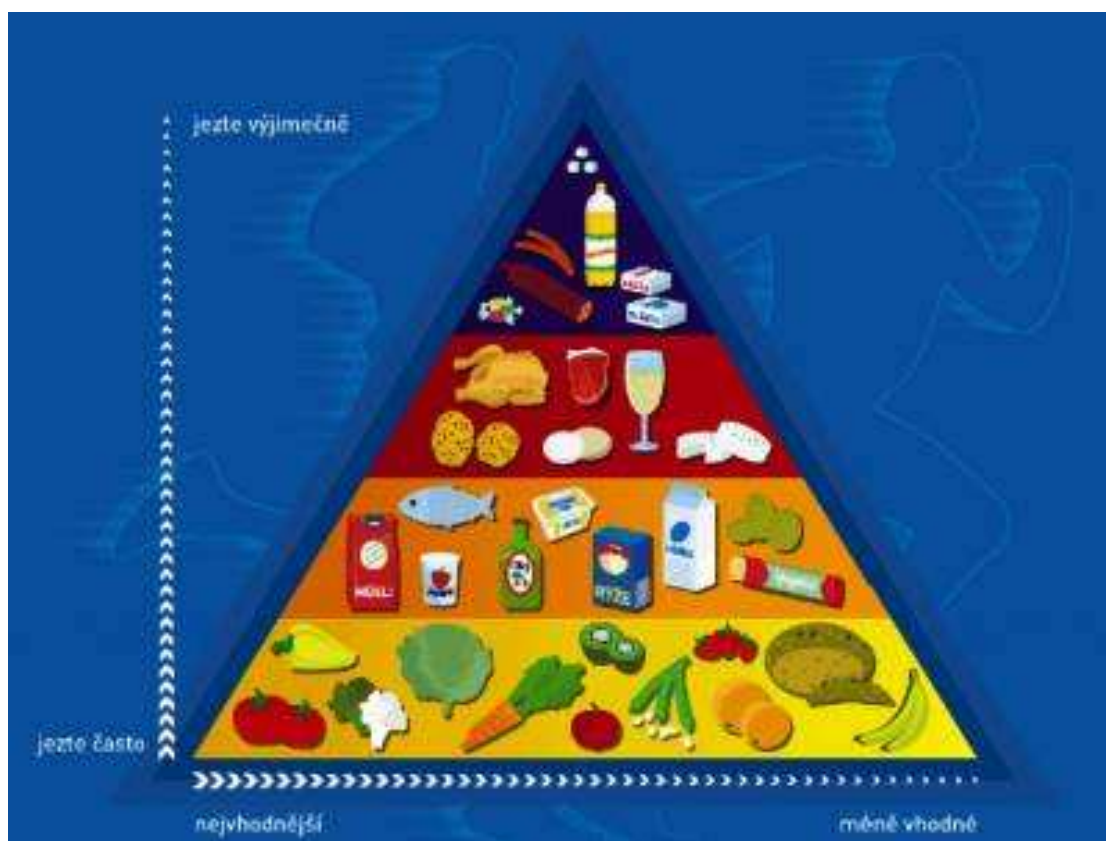
17. Vyhovuje Vám denní režim tohoto zařízení?

a) ano

b) ne

c) nevím

Příloha 2 – Pyramida zdravé výživy



Zdroj: Doc. Ing. POLEDNE, Rudolf CSc., *Pyramida zdravé výživy*, Platný

http://www.fzv.cz/web/fzv-akcni/informacni_materialy/pyramida, 24. dubna, 2008

Příloha 3 – Barthelův test

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 4 - Hierarchie potřeb člověka dle A. H. Maslowa



Zdroj: ŠŤASTNÝ M., *Maslow – hierarchie potřeb*, Platný
<http://www.rozcestnik.org/psychologie/potreby.htm>, 24. dubna, 2008

Příloha 5 – Etický kodex práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být omezeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativním postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány do důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče

v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam být převezen poté, když mu bylo poskytnuto plné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný má v závěru života právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva pacientů byla prohlášena za platná dne 25. února 1992.

Zdroj: JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha:Triton, 2003., 223s., ISBN 80-7254-329-6

