



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Enkopréza u dětí jako ošetrovatelský problém**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Zuzana Tillerová, DiS.

**Vedoucí práce:** Mgr. Andrea Schönbauerová, Ph.D.

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci s názvem „Enkopréza u dětí jako ošetrovatelský problém“ 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Bc. Zuzana Tillerová, DiS.

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce paní Mgr. Andree Schönbauerové, Ph.D. za odborný a vstřícný přístup při vedení mé diplomové práce.

# **Enkopréza u dětí jako ošetrovatelský problém**

## **Abstrakt**

### **Současný stav**

Enkopréza je poruchou, při které dochází k svévolnému či mimovolnému odchodu stolice na nevhodných místech či neustálým špinění stolicí. U každého dítěte dochází k individuálnímu vývoji kontroly vyměšování a proto svévolný odchod stolice není označován za zdravotní problém do 4 let věku dítěte. Samovolný odchod stolice nebo fekální znečištění má obvykle mimovolní charakter. Enkopréza se často vyskytuje současně s enurézou. Může být také součástí dalších organických či psychických poruch, včetně poruch chování.

Poprvé přichází dětský pacient s enkoprézou a jeho rodiče do kontaktu se zdravotníky obvykle v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Ostatní případy jsou diagnostikovány při přijetí na lůžkové oddělení převážně psychiatrické péče.

### **Cíle práce**

Pro tuto práci byly stanoveny tři cíle. Cíl 1: Podrobně popsat problematiku ošetrovatelské péče o dítě s enkoprézou, Cíl 2: Specifikovat potřeby dítěte s enkoprézou a role sestry při jeho ošetrování, Cíl 3: Vytvořit edukační materiál pro dětské sestry v ambulantní a lůžkové sféře.

### **Metodologie**

Bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření, při kterém byl sběr dat prováděn prostřednictvím hloubkových rozhovorů. Hloubkové rozhovory probíhaly se sestrami s různými profesními zkušenostmi s ošetrováním dětí s enkoprézou. Výzkumný soubor byl vytvořen dvanácti sestrami působícími v lůžkové i ambulantní péči o děti.

Rozhovory se sestrami byly doslovně přepsány v textovém editoru Microsoft Word a následně byla provedena kvalitativní analýza dat a kategorizace v analytickém nástroji ATLAS.ti.

## **Výsledky**

Výsledky výzkumného šetření ukazují na nedostatečné teoretické znalosti sester při rozeznání enkoprézy u dětí. Současně však sestry ošetrovatelský proces těchto dětí zvládají díky dlouhodobé praxi. Z výzkumného šetření a případových studií vyplývá, že nejzásadnějšími specifiky ošetřování dětí s enkoprézou je pomoc dítěti s enkoprézou při hygieně, pomoc při psychickém zvládnání nemoci a sociálním začleňování dítěte s enkoprézou. Sestra také významně přispívá k edukaci dítěte, jeho rodičů a blízkých, zvláště v oblastech nastavení režimu dítěte v oblastech hygieny a stravování.

## **Závěr**

Od prvního kontaktu je důležitá role sestry ať už v primární či lůžkové péči především při uspokojování základních potřeb dětských pacientů s enkoprézou, jejich edukaci a edukaci rodičů dítěte. Pro zajištění kvality ošetrovatelské péče u těchto dětí je nutná specifická znalost sester včetně existence potřebných podpůrných materiálů pro edukaci sester, dítěte a jeho rodičů.

**Klíčová slova:** dítě; enkopréza; inkontinence stolice; ošetrovatelská péče

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

## **Abstract**

### **Current status**

Encopresis is an arbitrary or involuntary passing of stool in inappropriate places or repeated passing of stool into clothing. Each child has an individual development of bowel control and therefore arbitrary passing of stool is not considered a medical problem in children up to four years of age. Spontaneous passing of stool or fecal soiling is usually involuntary in nature. Encopresis often occurs concurrently with enuresis and may be part of other organic or psychiatric disorders, including behavioral disorders.

The first time a child patient with encopresis and their parents meet with health professionals is usually at the general practitioner for children and adolescents. Other cases are first diagnosed during admission to an inpatient facility, predominantly psychiatric care.

### **Objectives**

There were three objectives set for this work, Goal 1 - To describe in detail the nursing care of the child with encopresis, Goal 2 - To specify the needs of the child with encopresis and the role of the nurse in its care, Goal 3 - To create educational material for pediatric nurses in the outpatient and inpatient facilities.

### **Methodology**

A qualitative research investigation was conducted, and the data collection was carried out through in-depth interviews. In-depth interviews took place with nurses with different professional experiences of treating children with encopresis. The research set constituted of twelve nurses working in inpatient and outpatient care for children.

The interviews were transcribed verbatim in Microsoft Word and then qualitative analysis and categorization of the texts took place. Anylysis and diagramming were carried out in the analytical tool ATLAS.ti.

### **Results**

The results of the research investigation show the nurses' lack of theoretical knowledge in recognizing encopresis in children; however, they have mastered the nursing process of these

children due to their long-term practice. Nurses described the issues of nursing children with encopresis. The research investigation and case studies show that the most important roles of the nurse are to assist the child with encopresis in hygiene, psychological management of the disease and social inclusion of the child with encopresis. The role of the educator of the child, his parents, and relatives is indispensable, especially in the areas of setting the child's hygiene and dietary regime.

### **Conclusion**

From the beginning, the role of the nurse, whether in primary or inpatient care, is important, especially in meeting the basic needs of pediatric patients with encopresis, their education, and the education of the child's parents. To ensure the quality of nursing care for these children, unique knowledge of nurses is necessary, including the existence of the necessary support materials for the education of nurses, the child, and his/her parents.

**Key words:** child; encopresis; fecal incontinence; nursing care

# Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Enkopréza.....	11
1.1.1 Klasifikace .....	12
1.1.2 Prevalence a prognóza .....	13
1.1.3 Příčiny .....	14
1.1.4 Diagnostické postupy.....	15
1.1.5 Léčba.....	16
1.1.6 Střevní mikroflóra.....	18
1.2 Enuréza.....	20
1.2.1 Klasifikace .....	20
1.2.2 Prevalence .....	22
1.2.3 Léčba primární enurézy .....	22
1.2.4 Koincidence enurézy a enkoprézy .....	23
1.3 Význam poruch vyměšování u dětí.....	23
1.3.1 Sociální hodnocení.....	23
1.3.2 Rozumový postoj dětí .....	24
1.3.3 Psychické projevy a emoční prožívání dětí .....	25
1.3.4 Rozumový postoj rodičů.....	26
1.4 Ošetřovatelství při poruchách vyměšování .....	27
1.4.1 Stanovení ošetřovatelské diagnózy.....	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	31
2.1 Cíle práce .....	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
3 Metodika .....	32
3.1 Metodika výzkumu.....	32



3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4	Výsledky výzkumu .....	34
4.1	Kategorizované výsledky rozhovorů.....	34
4.1.1	Identifikační údaje .....	34
4.1.2	Souvislosti neorganické enkoprézy .....	36
4.1.3	Edukace sester v oblasti enkoprézy .....	40
4.1.4	Role sestry při edukaci dětských pacientů a jejich rodičů .....	47
4.1.5	Multidisciplinární péče o dítě s enkoprézou .....	49
4.1.6	Přístup sestry k dětskému pacientovi a jeho rodičům.....	53
4.1.7	Potřeby dětského pacienta s enkoprézou .....	59
4.2	Případové studie dětí s enkoprézou.....	62
4.2.1	Valentýna .....	62
4.2.2	Saša .....	65
5	Diskuze .....	67
5.1	Diskuse k případovým studiím.....	73
6	Závěr .....	75
7	Seznam použité literatury .....	77
	Seznam příloh .....	87
	Seznam zkratk .....	88

## Úvod

Enkopréza je poruchou, při které dochází k svévolnému či mimovolnému odchodu stolice v situacích, které jsou v daném kulturním a sociálním prostředí k tomuto účelu nevhodné.

Dětský pacient s enkoprézou a jeho rodiče obvykle poprvé přicházejí do kontaktu se zdravotníky v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Ostatní případy enkoprézy jsou poprvé diagnostikovány při přijetí na lůžkové oddělení převážně psychiatrické péče. Od prvního kontaktu je důležité, aby sestry znaly specifika ošetrovatelské péče při této poruše. Pro zajištění kvality ošetrovatelské péče u těchto dětí je nutná specifická znalost sester, včetně dostupnosti potřebných podpůrných materiálů pro edukaci dítěte a jeho rodičů.

V českém jazyce je dostupné malé množství prací, které se věnují specifickým ošetrovatelské péče o děti s enkoprézou. Práce si klade za cíl přispět k této oblasti a předložit sestrám a dalším čtenářům souhrnný popis problematiky ošetrovatelské péče o děti s enkoprézou a poskytnout dostatek informací nejen sestrám pro jejich ošetrovatelskou péči, ale i rodičům dětských pacientů tak, aby byli schopni k dětem s enkoprézou správně přistupovat a edukovat je.

Součástí práce je i návrh metodického materiálu pro sestry primární a lůžkové péče. Tento materiál je cílen na podání základních informací o tomto onemocnění, potřebách dítěte s enkoprézou a návodné postupy nejen pro sestry, ale i pro dětské pacienty a jejich rodiče.

Úlohou sestry je podpora dítěte k dosažení lepších výsledků léčby, aniž by se v dětech rozvíjelo nebo narůstalo trauma, znát specifické potřeby dítěte s enkoprézou a zajistit tak podmínky pro biopsychosociální rozvoj tohoto dítěte.

## 1 Současný stav

Enuréza a enkopréza jsou zdrojem psychických a sociálních problémů dětí, které těmito poruchami trpí, a patří k častým dlouhodobým problémům v pediatrii. Tato část práce se věnuje etiologii, diagnostice, terapii a ošetrovatelské péči o dítě trpící enkoprézou a souvisejícími problémy jako je zvláště enuréza a zácpa. Současně budou uvedeny známé vztahy mezi enkoprézou a souvisejícími psychickými a sociálními problémy dětí. Předkládaný souhrn je zpracován na základě aktuálních znalostí dle odborné literatury.

### 1.1 Enkopréza

Enkopréza (z řeckého *kopros – stolice*) (Vokurka, 2015) je poruchou, při které dochází k svévolnému či mimovolnému odchodu stolice, která má obvykle normální nebo téměř normální konzistenci, na nevhodných místech. Pojem enkopréza zavedl Weissenberg v roce 1925. V současné době doporučuje Mezinárodní společnost pro dětskou inkontinenci ( ICCS - International Children's Continence Society) (Koppen, 2016) užívání termínu inkontinence stolice (Fecal incontinence). U každého dítěte dochází k individuálnímu vývoji kontroly vyměšování a proto lékaři neoznačují svévolný odchod stolice za zdravotní problém do 4 let věku dítěte. Samovolný odchod stolice nebo fekální znečištění má obvykle mimovolní charakter a je tedy nutné při jakémkoli přístupu k dítěti vycházet z faktu, že dítě toto znečištění nedělá schválně (Muntau, 2014). Výjimkou je případ neorganické enkoprézy ve vyšším věku dítěte, která může být již důsledkem ztráty sebekontroly a je velmi pravděpodobně spojena s jinými závažnými psychickými a emočními problémy (Mugie, 2011). V takovém případě může docházet k úmyslné defekaci na nevhodných místech i přes objektivní fyziologickou schopnost vyprazdňování ovládat (Colombo, 2015).

U 95% dětí trpících inkontinencí stolice nemůže být identifikována organická příčina (Koppen, 2016) a tato inkontinence je pak označována jako neorganická enkopréza. U 80% dětí s neorganickou enkoprézou je tento symptom spojen s chronickou zácpou, která způsobuje nechtěné odtékání měkké stolice obcházející obstrukční fekální masu (Rajindrajith, 2013). Zbývajících 20% dětí s neorganickou enkoprézou je pak klasifikováno jako FNRFI (functional nonretentive fecal incontinence). V současnosti jsou používána kritéria ROME IV (Zeevenhooven, 2017) pro specifikaci funkčních gastrointestinálních poruch.

Dle těchto kritérií je funkční inkontinence stolice bez přítomnosti zácpy (Functional nonretentive fecal incontinence) diagnostikována, pokud nejméně 3 měsíce před diagnózou dochází k defekaci na sociálně nevhodných místech nejméně jednou měsíčně a současně nejsou přítomny žádné zánětlivé, anatomické, metabolické či onkologické procesy vysvětlující tento stav. Současně není přítomna zácpa (Zeevenhooven, 2017).

Chronická zácpa (Functional constipation) je diagnostikována, jestliže nejméně 3 měsíce před diagnózou jsou splněny alespoň dvě z následujících podmínek nejméně jednou týdně: k defekaci dochází méně než 3x týdně, každý týden dochází k epizodě úniku stolice, úmyslné dlouhodobé zadržování stolice, bolestivé křeče střev, rektum obsahuje nadměrné množství stolice, vyměšování stolice o velkém průměru (Zeevenhooven, 2017). Chronická zácpa je běžným problémem v dětském věku (Koppen, 2018) a přináší značné problémy dětem a jejich rodičům s dopadem na kvalitu jejich života (Vriesman, 2019).

Enkopréza má zřídka svůj původ v anatomické abnormalitě či onemocnění. K výskytům epizod poruchy vyměšování stolice dochází téměř výhradně v bdělém stavu. Noční epizody enkoprézy jsou velmi výjimečné a jsou spíše příznakem organických příčin, je tedy doporučeno detailní vyšetření (Freeman, 2014).

### ***1.1.1 Klasifikace***

Neorganická enkopréza, dle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů F98.1 (MKN-10, 2017-2018), je opakované volní či mimovolní vylučování stolice v situacích, které jsou v daném kulturním a sociálním prostředí k tomuto účelu nevhodné. Tento stav může znamenat patologické pokračování normální infantilní inkontinence, ztrátu kontinence již po získání kontroly nad funkcí střev, nebo účelové vyprazdňování na nevhodných místech i přes normální fyziologické ovládní střeva. Může se objevit jako monosymptomatické onemocnění nebo jako součást dalšího onemocnění, zvláště emoční poruchy (MKN-10, 2017-2018).

Poruchy vyprazdňování stolice organického charakteru nemají jednu statistickou klasifikaci. Nejčastější diagnózou je R15 - Inkontinence stolice, která je součástí skupiny onemocnění trávicí soustavy a břicha (MKN-10, 2017-2018).

U dětí v raném věku je nejčastějším důvodem enkoprézy chronická zácpa a následná inkontinence stolice. Neorganickou enkoprézu tedy můžeme dělit v souladu s Frances (2013) na dva subtypy: enkopréza se zácpou (retentivní enkopréza) a bez zácpy.

### ***1.1.2 Prevalence a prognóza***

V současné době je odhadováno, že enkoprézou je postiženo 1-2% dětí mladších 10ti let s tím, že 80% dětských pacientů tvoří chlapci (Har, 2010). Pro samotnou zácpu dle studie Mugie at al. (2011) je prevalence 0.7% až 29.6% (medián 12%) v závislosti na pohlaví dítěte, věku, socioekonomického statutu rodiny a dosažené úrovně vzdělání rodičů. Dle studie Lomas Mevers et al. (2020) je možné definovat tři skupiny dětí trpících enkoprézou: skupina dětí, které trpí chronickou enkoprézou více let; děti, které jsou postiženy relapsy; děti, u kterých problém spontánně vymizí.

Obecně je úroveň prevalence závislá na použité definici neorganické enkoprézy. Například 5,4% dětí ve věku 7 let má poruchy vyměšování stolice, ale pouze 1,4% jednou nebo dvakrát týdně (Har, 2010). Přesnou prevalenci je těžké určit vzhledem k zásadním limitům metodologie jednotlivých studií, jako je výběr populačního vzorku, sběr dat, homogenita studovaného populačního vzorku (LeLeiko, 2020; Ferreira-Maia, 2016). Koppen et al. (2018) poukazují na významně vyšší prevalenci u dětí v Americe a Evropě než v Asii. Studie více než 1000 dětí na Srí Lance (Walter, 2019) udává prevalenci 8% se zvýšeným rizikem pro děti žijící v městských oblastech a pro děti s podváhou.

Projevy šikany a verbální či fyzické týrání dítěte zvyšují riziko vzniku funkční zácpy (Walter, 2019). Verbální týrání nemusí být směřováno přímo k dítěti, ale dítě může být rodiči zataženo do sporů mezi jimi samými, nebo je dítě konfrontováno s těmito projevy mezi rodiči (Ferreira-Maia, 2016).

Děti s poruchou ADHD, emočními poruchami a jinými dysfunkcemi spojenými s výbuchy vzteku mají také zvýšenou pravděpodobnost výskytu funkční zácpy a enkoprézy (Joinson, 2019). Podstatnou roli při zvýšení pravděpodobnosti vzniku funkční zácpy a enkoprézy hrají také dietologické návyky spojené s nízkým příjmem ovoce a zeleniny a naopak zvýšeným podílem jídla z fast-foodu. To vše spojené s nízkou fyzickou aktivitou dítěte (Koppen, 2018).

Neorganická enkopréza může přetrvávat do adolescence nebo dokonce do dospělosti. U 49% dětí trpících enkoprézou bez výskytu zácpy tato porucha přetrvává i ve věku nad 12

let a u 15% dětí problém přetrvává i po 18. roce (Colombo, 2015). Prognóza neorganické enkoprézy doprovázené zácpou je ještě méně příznivá. Ve věku 16 až 27 let dále přetrvává porucha u 20 - 25% případů a pouze u 60% pacientů je bez příznaků po 6-12 měsících léčby (Bongers, 2010).

Při léčbě a soustavné péči se tedy většina dětí zbaví enkoprézy ať už je spojena se zácpou či bez ní. Léčba může trvat různou dobu v závislosti na emočním a sociálním zázemí dítěte a samozřejmě s ohledem na postup jeho mentálního dospívání (Anderson, 2019). Většina pacientů se enkoprézy zbaví do počátku dospělosti. To ovšem platí při dodržování léčebných postupů jako je dodržování diety, soustavné psychologické péči ve spolupráci s rodiči dítěte a případného dodržování medikace (Koppen, 2018). V případě spojení enkoprézy se závažnými psychologickými či emočními potížemi může problém přetrvat až do dospělosti (Bongers, 2010).

Dle údajů Ústavu pro informace ve zdravotnictví získaných autorem (ÚZIS, 2020) bylo v roce 2019 v České republice evidováno 917 osob s diagnózou F98.1 – Neorganická enuréza viz tabulka 2 v Příloze 1. Podklady ÚZIS byly poskytnuty od roku 2010 do roku 2019. Po celou dobu počet osob s diagnózou F98.1 kolísá kolem 1000 osob s maximem v roce 2016 (1070 osob). Podle statistické ročenky Českého statistického úřadu, bylo v roce 2019 v České republice 1 710 202 osob ve věku 0-14 let (ČSÚ, 2019). Těmto údajům odpovídá prevalence ve výši menší než 1%.

Možnou příčinu lze nalézt v datech incidence poskytnutých ÚZIS (2020) viz tabulka 3 v Příloze 1. Z těchto dat byla v letech 2012 – 2019 prvotní diagnostika (incidence) diagnózy F98.1 zaznamenána u 481 případů v roce 2019. Průměrný počet ročních incidencí diagnózy F98.1 je pak 578 případů.

Graf 1 v Příloze 1 zobrazuje podíl incidencí F98.1 dle typu zdravotnického zařízení. Nejvyšší podíl 56 % incidencí pochází z ambulantních zařízení psychiatrie.

### ***1.1.3 Příčiny***

Jak již bylo řečeno výše, příčiny neorganické a organické enkoprézy jsou zásadně odlišné. Prvním vodítkem může být výskyt epizod poruchy během spánku, které výrazně indikují pravděpodobnost organické poruchy. Nejčastějšími organickými poruchami jsou poruchy centrálního nervového systému (Beaudry-Bellefeuille, 2017).

V případě neorganické enkoprézy je nutné posoudit stupeň vývojové zralosti dítěte. Velemínský (2017) popisuje 4 kroky vývoje dítěte při kontrole vyprazdňování střev. Prvním krokem je prvotní vnímání okamžiku vyměšování, kdy je pozornost dítěte věnována tělesnému pocitu vyměšování a dítě typicky přerušuje i hru či jiné aktivity. Druhým krokem je vědomé vytlačení stolice do pleny, kdy dítě již rozezná podnět signalizující vyprázdnění. Třetím krokem je ohlášení vytlačení stolice i když stále dochází k vytlačování stolice do pleny. Ve čtvrtém kroku vývoje dítě signalizuje svoji potřebu a je schopno ji chvilkově oddálat. V této fázi jde důležitá pohotová reakce rodičů a zajištění vykonání potřeby do nočníku či toalety. Pro správné upevnění návyků je nutné nešetřit pochvalou dítěte při úspěchu.

Právě v těchto jednotlivých krocích může dojít k neorganické poruše, která způsobí vznik enkoprézy. Nejčastějším důvodem je výskyt časté či chronické zácpy (Olaru, 2016), která způsobuje bolestivost defekace a postupně může vést až k anatomickým změnám. Při těchto změnách dochází k roztažení konečníku a laxnosti řitního svěrače. Důsledkem je nejen výskyt zácpy, ale současně také tlak na močový měchýř a narušení činnosti svalů detruzoru močového měchýře. Důsledkem jsou pak i poruchy mikce – enuréza, které velmi často enkoprézu doprovázejí (Ho, 2020).

K narušení standardního vývoje dítěte však také dochází z psychických a emočních příčin, které mohou pocházet od způsobu výchovy rodičů, ale mohou být i projevem psychických a emočních poruch dítěte (Anderson, 2019). V tomto případě dítě buď nezvládá volní řízení vyměšování, nejčastěji v období polospánku těsně po probuzení, nebo dítě provede defekaci či mikci jako projev vzdoru či připoutání pozornosti (Vuletic, 2017).

#### ***1.1.4 Diagnostické postupy***

Při vyšetření je nutné zjistit, zda v minulosti (byť vzdálené) nedocházelo u vyšetřovaného dítěte k zácpám, nebo bolestivému vyměšování stolice. Uvádí se, že 80-95% dětí s enkoprézou má tuto historii (Velemínský, 2017). Dále se vyšetřuje neschopnost rozlišit při flatulenci pouze odchod plynů a procházející výkaly. Součástí diagnostiky je pečlivé vyšetření břicha s diagnostikou extrémního pohybu střev. Pokud není známa kontraindikace, mělo by být provedeno i digitální rektální vyšetření (Hyams, 2016).

Fyzikální vyšetření zahrnuje povrchovou a hloubkovou palpaci břicha k určení hmatatelné stolice v celé délce tlustého střeva, zejména v levém dolním kvadrantu, dále

vyšetření konečníku a rekta pro určení zbytků stolice kolem konečníku, laxního či otevřeného anální svěrače, zvětšeného rekta naplněného měkkou stolicí s negativními nálezy na okultní krevní testy (Hyams, 2016).

Neurologické vyšetření musí vyloučit organické poruchy jako jsou malformace centrální nervové soustavy (spina bifida), narušení míšního kanálu, meningomyelokéla, Hirschsprungova choroba, periproktální píštěl a podobně (Tabbers, 2014).

Cílem uvedených vyšetření je rozlišení poruch organického charakteru, které vedou k léčbě trávicí soustavy, od neorganické enkoprézy. Dle DMS-5 (Frances, 2013) je možné diagnostikovat neorganickou enkoprézu při splnění následujících podmínek.

Dochází k opakovanému vyměšování stolice na nevhodných místech, ať záměrnému, nebo mimovolnému. Tyto epizody se opakují minimálně jednou měsíčně a to po dobu minimálně tří měsíců. Dítě je starší čtyř let (při normální úrovni vývoje). Epizody nejsou následkem podání léčiv či substancí s psychologickým efektem nebo důsledkem celkového zdravotního stavu (Frances, 2013).

### ***1.1.5 Léčba***

Pro léčbu je zásadním krokem rozlišení funkční zácpy (H3a. Functional Constipation) a fekální inkontinence bez přítomnosti zácpy (H3b. Nonretentive Fecal Incontinence) dle kritérií Rome IV (Zeevenhooven, 2017).

Při diagnostice je vždy nejdříve nutné vyloučit organický původ včetně Hirschsprungovy choroby, u které je dítě postiženo zácpou s volnou ampulí a občasným průjmem (Lebl, 2014). Organická enkopréza může být důsledkem nerozpoznané těžké hypotyreózy, důsledkem celiakie nebo se může jednat o poruchy metabolismu minerálů. V literatuře je popisována i renální tumorální acidóza (Lebl, 2014).

V případě nálezu celiakie je nasazena bezlepková dieta, při hypotyreóze je stav dítě řešen se specialistou na endokrinologii a při zjištěné fyziologické vadě střev situaci řeší chirurgie (Lebl, 2014).

Při léčbě je nutné prověřit léky, které dítě má již v současné době ordinovány. Častým zdrojem enkoprézy je Risperdal (risperidon), který je využíván k léčbě schizofrenie a bipolárních afektivních poruch. V tomto případě je nutná konzultace s psychiatrem s doporučením změny medikace (Dikshit, 2019).



Při léčbě neorganické enkoprézy spojené se zácpou je nutné přerušit příčinný řetězec, který vznikl při odplenování dítěte. Dítě se bojí, nechce tlačit a tím následně tuhnou stolice a bolí konečník při procesu vyměšování. Následkem toho dítě ještě více zadržuje stolici a vzniká tuhá suchá stolice blokující vyměšování. Obsah tlustého střeva pak tento blok obtéká a volně vytéká i svěračem. Zanedbaná zácpa pak může vést až k tomu, že tlusté střevo ztrácí svalové napětí a dítě není schopno vyprázdnění (Lebl, 2014).

U dítěte je tedy vhodné nasadit osmotická laxativa (soli hořčičku, laktulóza, glycerol, rostlinné polysacharidy, makrogol), která zvyšují objem vody ve střevě a podporují peristaltiku střev (Gordon, 2016). Po první fázi léčby je laxativum podáváno v udržovací dávce po dobu zhruba třech měsíců. Od používání laktulózy se v současné době ustupuje, vzhledem k vedlejším účinkům jako je nadýmání, nechutenství a vzniku návyku (Gordon, 2016).

Po vyloučení organických poruch a diagnóze neorganické enkoprézy je možné přejít k následné léčbě. Vzhledem k faktu, že neorganická enkopréza je zvláště psychiatrické onemocnění, je nutné léčbu zaměřit tímto směrem s případnou podpůrnou léčbou zácpy. Je tedy nezbytně nutné zahájit edukaci dítěte a jeho rodiny, zvláště se zaměřením na odstranění psychických bloků a traumat (Coehlo, 2011).

Při léčbě enkoprézy a zácpy u dítěte je nutné minimalizovat manipulaci s konečníkem a proto je klyzma prováděno až jako poslední možnost při neúspěšném nasazení laxativ (Gordon, 2016).

Obnova defekačního reflexu je u dítěte komplexním procesem, který zahrnuje úpravu stravy, nastavení defekačního režimu, edukace dítěte i rodičů a psychologické práce s dítětem (Lebl, 2014).

Úprava stravy zahrnuje zvýšení příjmu vláknin, ideálně z přírodních zdrojů jako je ovoce a zelenina. Dále je nutné omezit sladkosti a vyloučit konzumaci želatinových produktů a hořké čokolády. Zvláště želatinové produkty velice často vyvolávají zácpu. Doporučován je modifikovaný režim dle profesora Mařatky (Lebl, 2014). Dítě po probuzení vypije 2dcl ovocné šťávy, pak si vyčistí zuby, nasnídá se a cca 15 minut po snídani se posadí na toaletu. Zde je poučeno, že má tlačit a jsou omezeny rozptylující faktory jako je například hraní s tabletem. Na toaletě dítě sedí maximálně 5 minut. Pokud se dítě nevyprázdní, sestra ho povzbudí a nijakým způsobem nekomentuje neúspěch. V případě, že se dítě

vyprázdní je odměněno, v žádném případě však jídlem nebo sladkostmi (Lebl, 2014) či (Beaudry-Bellefeuille, 2017). Velký úspěch zaznamenává vedení nějakého defekačního deníku, kde jsou zaznamenány úspěchy (sluníčko) či neúspěchy (mráček) vyprazdňování (Ismail, 2011).

Spolupráce s psychologem je naprosto zásadní u starších dětí a rodičů dětí. Edukace často naráží na odpor rodičů, kteří nevnímají rozdíl mezi psychologem a psychiatrem. V každém případě bez úpravy chování rodičů a dítěte zřídka dochází k dlouhodobému zlepšení neorganické enkoprézy a ta může přetrvat do dospělosti spolu s vývojem již psychiatrických onemocnění dítěte (Akdemir, 2015).

Dítě i rodiče musí být edukováni o existujícím stavu a jeho možných příčinách. Významnou složkou edukace dítěte je informování o tom, že vyměšování je normální součástí života a způsob vyměšování je dán společenskými normami. Cílem je ubezpečit dítě o tom, že se svým problémem není samo a že tento problém lze vyřešit (Brazzelli, 2011).

Dále je dítě edukováno o správném používání toalety, což je například správná poloha na toaletě, které pomáhají různé stoličky u toalety. Rodiče jsou vedeni k nastavení a dodržování pravidelného harmonogramu chování dítěte na toaletu se zajištěním klidného prostředí při vyměšování (Brazzelli, 2011).

### ***1.1.6 Střevní mikroflóra***

Střevní mikroflóra (Gut microbiome) je tvořena miliardami mikroorganismů a je pokládána za „virtuální tělesný orgán“ vzhledem ke své důležitosti při udržování homeostázy člověka (Avelar Rodriguez, 2019). Narušení střevní mikroflóry je často nazýváno „disbióza“ a je stále více spojováno s různými chorobnými stavy dětí (Stiemsma, 2018) včetně funkčních gastrointestinálních poruch jako je syndrom podráždění střev (Rigsbee, 2012) a zácpa (Moraes, 2016).

Střeva jsou osídlována bakteriemi v počátcích života a dle Avelara et al. (2019) je toto osídlení silně závislé na způsobu porodu dítěte (přirozený porod, císařský řez) a na tom, zda a jak je dítě kojeno před přechodem na umělou výživu. Zatímco děti přijímající umělou výživu mají střeva osídlena různorodějšími bakteriemi, u kojených dětí se projevuje větší interakce mezi geny dítěte a mikroby, což naznačuje vyšší úroveň bioaktivních složek v mateřském mléce než v umělé výživě (Praveen, 2015).

Při kojení dochází k výraznějšímu dopadu na formování střevní mikroflóry směrem k dospělému fenotypu (Bäckhed, 2015) než u dětí vyživovaných umělým mateřským mlékem s rychlým přechodem na pevnou stravu. Zjištění Bäckheda (2015) tedy popírá doposud zažitou představu, že rychlý přechod na pevnou stravu urychluje vytváření střevní mikroflóry.

Z práce Moraese et al. (2016) vyplývá že u dětí trpících funkční zácpou je vyšší podíl dětí narozených císařským řezem a s krátkou dobou kojení než u kontrolního vzorku dětí, u kterých se zácpa nevyskytla.

Několik studií doposud zkoumalo souvislost střevní mikroflóry a zácpy u dětí (Zhu, 2014; Gomes, 2020; Jomehzadeh, 2020), přičemž Zhu et al. (2014) publikoval první studii užívající 16s rRNA genetické pyrosekvenování. Tato práce doložila, že obézní děti se zácpou konzumují méně vlákniny a mají nižší úroveň bakterií *Prevotella* a zvýšenou úroveň bakterií produkujících kyselinu máselnou (*Coprococcus*, *Roseburia* a *Faecalibacterium*) oproti kontrolní skupině.

V nejnovější studii (Jomehzadeh, 2020) autoři použili kvantitativní polymerázovou řetězovou reakci (qPCR) pro zjištění sedmi druhů laktobacilů ve vzorcích stolice 40ti dětí trpících funkční zácpou a stejně velkého kontrolního vzorku bez zácpy. U dětí se zácpou byla nalezena nižší úroveň počtu laktobacilů než u kontrolního vzorku. Nicméně tato studie nebrala do úvahy vliv diety u dětí, která může mít zásadní vliv na stav mikroflóry střev (Herman, 2020).

V práci Avelara et al. (2019) bylo prokázáno, že metan má vliv na prodloužení času průchodu stravy střevy. Metan je biologicky aktivní plyn vytvářený hlavně organismy z domény *Archea* jako vedlejší produkt fermentace uhlohydrátů (Smith, 2019). U dětí se zvýšeným podílem metanogenních bakterií ve střevní mikroflóře (SIBO – small intestinal bacterial overgrowth) se projevují symptomy jako je enkopréza, abdominální bolesti, flatulence či nadýmání (Leiby, 2010; Ojetti, 2014).

Jedním z hlavních důvodů pro porozumění střevní mikroflóře u dětí se zácpou a enkoprézou je vývoj léčiv jako jsou probiotika, prebiotika a symbiotika. Paradoxně však existuje podstatně více výzkumů orientovaných na probiotika než na střevní mikroflóru jako takovou (Avelar Rodriguez, 2021).

Alternativní metodou léčby pacientů se zácpou je transplantace střevní mikroflóry (FMT – fecal microbiota transplantation). V současné době je však známa pouze jedna studie dospělých pacientů s pomalým průchodem stravy střevem, u kterých byla transplantace střevní mikroflóry o 30% úspěšnější než standardní léčba laxativy, probiotiky a behaviorálním tréninkem (Tian, 2017).

Avelar et al. (2021) uvádí, že patofyziologie funkční zácpy je multifaktoriální a obsahuje vzájemné působení psychologických faktorů, gastrointestinální motility a střevní mikroflóry. Z tohoto hlediska může narušení střevní mikroflóry dětí vést k funkční zácpě a následně až enkopréze.

## **1.2 Enuréza**

Enuréza (z řeckého *enourein* – vypouštět moč) (Vokurka, 2015) je poruchou schopnosti kontrolovat únik moči u osob, které by již měly umět močení kontrolovat. Stejně jako u defekace je nástup kontroly moči individuální. U zdravých dětí je tato kontrola v bdělém stavu obvykle fixována do 3.roku věku. Ve vyšším věku dítěte je možné, že pomočení v bdělém stavu značí zdravotní problém. Oproti tomu schopnost udržení moči během spánku se vyvíjí déle. Po 5.roce života lze již předpokládat vývoj regulace nočního močení za ukončený (Jedlička, 2015). Vedle věku je nutné samozřejmě zohlednit i případné další potíže (přerušované močení, současná zácpa a únik stolice, nadměrné pití, infekce močových cest, zúžení močové trubice, neurologický a psychomotorický stav) (Jedlička, 2015).

Abrams et al. (2017) tvrdí, že ve většině případů není pomočování zapříčiněno psychikou, ale jedná se o funkční nebo organickou poruchu. Příkladem může být nedostatek vasopresinu (specifického hormonu), porucha funkce močových cest či zánět. Není přesně dáno, jak časté pomočení lze již označit za enurézu. V ČR lékaři považují za enuretiku toho, kdo se pomočí častěji než dvakrát za posledních šest měsíců. Existuje zde ale tolerance, takže někteří lékaři za nemoc považují častější pomočení než dvakrát za měsíc (Lebl, 2014) .

### **1.2.1 Klasifikace**

Enuréza je často zaměňována s inkontinencí či je považována za druh inkontinence. Pro enurézu je charakteristické kompletní vyprázdnění močového měchýře bez neurologických či anatomických anomálií. Naopak při inkontinenci dochází k úniku

moči, nikoli vyprázdnění močového měchýře. Tento únik moči nemusí být kontinuální a je typicky spojen s funkční nebo anatomickou poruchou (Lebl, 2014) .

Enuréza se podle toho, kdy k nechtěnému pomočení dochází, rozděluje na denní enurézu (*enuresis diurna*) a noční enurézu (*enuresis nocturna*). Noční pomočování je mimovolní únik celého objemu močového měchýře během spánku. Pojem noční pomočování není zcela přesný, může k němu docházet při jakémkoli spánku tedy nejen v noci, ale také přes den – například při poledním spánku (Lebl, 2014).

Primární enuréza vzniká v prvních letech života a může přetrvávat do dospělosti. Primární enuréza je hodnocena jako biologicky podmíněná porucha. Méně častým případem je sekundární enuréza, kdy porucha vznikne po delším období (déle než 6 měsíců) bez pomočení. Sekundární enuréza se vyskytuje nejčastěji mezi pátým až sedmým rokem a zřídka přetrvává až do dvanácti let. Sekundární enurézou trpí častěji chlapci než dívky (Abrams, 2017).

Příčinou primární noční enurézy mohou být špatné návyky příjmu a výdeje tekutin. Zde jde zejména o nadměrné pití ve večerních hodinách navíc kombinované s odkládáním či urychlováním močení během dne. Dále se může jednat o poruchu sekrece hormonů regulujících produkci moči ledvinami v nočních hodinách. Při spánku pak není snížena produkce moči, což vede u řady dětí k dlouhodobému překračování fyziologické kapacity močového měchýře ve spánku a reflexivnímu vyprázdnění močového měchýře. Při takto přeplněném močovém měchýři je současně přetěžována a dekompenzována funkce dolních močových cest (Vande Walle, 2012).

Poruchy vyzrávání nervového systému vedoucí ke zpomalení procesu dozrávání reflexů, dědičné postižení 13.chromozomu či opožděné dozrávání nervového systému mohou být organickými příčinami vzniku enurézy. U těchto dětí je viditelná neschopnost udržení pozornosti a zklidnění. Děti jsou pak neklidné a obtížně zvladatelné, a trpí různými poruchami řeči, grafického projevu a příbuznými projevy (Vande Walle, 2012).

Neorganickými příčinami vzniku enurézy jsou poruchy spánku, které se navenek prezentují jako poruchy probouzení, příliš tvrdý spánek, či sklon k náměsíčnosti (Lebl, 2014) .

Velmi častou příčinou vzniku enurézy je nesprávná výživa, zejména nadměrný příjem poživatin jako je kofein a podobné látky (coca cola, čokoláda, kakao), koření, kyselé džusy (Lebl, 2014) .

Sekundární enuréza je nejčastěji podmíněna psychogenně. Jedná se o důsledek nějaké traumatizace či nezvládnuté stresové situace. Rozvoj sekundárních poruch je často důsledkem psychosociálních faktorů. Necitlivý trénink udržování čistoty, který nerespektuje aktuální vývojovou úroveň dítěte, nebo naopak zanedbávání tohoto tréninku vytváří specifickou zátěž dítěte. Tato zátěž pak vede k narušení rozvoje regulace vyměšování. Disharmonické, emočně neuspokojivé rodinné prostředí bez adekvátní vzájemné komunikace vytváří psychosomatický problém potíží s kontrolou vyměšování (Shepard, 2016).

### ***1.2.2 Prevalence***

Jak uvádí Franco et al. (2013) ve svém standardizovaném průvodci International Children's Continence Society (ICCS) a Vande Walle (2012), 15–20 % pětiletých dětí má potíže s úniky moče. V dospělosti přetrvávají tyto potíže jen u 1 % populace (Bongers, 2010).

### ***1.2.3 Léčba primární enurézy***

Pomočování je pro postižené osoby zásadním stresujícím faktorem. Výsledkem pomočování mohou být psychické problémy, sociální handicap, pocity méněcennosti a nepohody (Von Gontard, 2011).

Cílem léčby je urychlit odeznívání enurézy a vyloučit závažnější postižení močových cest. Do dvanácti až třinácti let věku dítěte se daří upravit většina nekomplikovaných forem pomočování. Léčba je časově náročná a vyžaduje systematický a trpělivý přístup rodiny i zdravotnického personálu (Akdemir, 2015), spočívá v mnoha krocích. Při léčbě jsou postupně na noc odstraňovány dětské pleny, upravuje se režim příjmu a výdeje tekutin pro předcházení naplnění močového měchýře při spánku, případně jsou podávány léky snižujícího noční produkci moči (desmopresin, spazmolytika) (Monda, 2020).

Pro vytvoření podmíněného reflexu mezi maximální náplní močového měchýře a procitnutím dítěte je používán enuretický alarm, který zaznamená první úniky moči a probudí dítě. Dítě pak může samo odejít na záchod a dokončit potřebu. Postupně tak dochází zejména ke zvýšení sebedůvěry dítěte ve vlastní schopnosti (Lebl, 2014).

Úspěšná je i homeopatická léčba zejména v případě, že noční pomočování dětí je psychického původu (Huang, 2011).

Edukace dítěte postiženého poruchou vyměšování a jeho rodinných příslušníků je nezbytným prvkem u léčby. Cílem edukace je zlepšit informovanost, posílit aktivní péči o své zdraví, podpořit efektivnější způsoby prevence a léčení (Von Gontard, 2011).

#### ***1.2.4 Koincidence enurézy a enkoprézy***

Dle dat ÚZIS, které byly poskytnuty autorovi na žádost (ÚZIS, 2020), je zřejmá koincidence diagnózy F981- Neorganická enkopréza, k současné diagnóze F980- Neorganická enuréza viz tabulka 2 a tabulka 3 v Příloze 1. Z dat je zřejmé, že koincidence pro incidenci diagnóz 98.1 a 98.0 v období let 2012 až 2019 je na úrovni 17 – 22 %. Koincidence pro prevalenci diagnóz 98.1 a 98.0 v letech 2010 až 2019 je na úrovni 17 – 23 %.

Průměrně za roky 2010 až 2019 byla u existujících výkazů diagnóz neorganické enkoprézy ve 20% případů indikována též neorganická enuréza.

### ***1.3 Význam poruch vyměšování u dětí***

#### ***1.3.1 Sociální hodnocení***

V současné společnosti je neschopnost ovládat vyměšování zásadním handicapem při sociálním hodnocení. Schopnost regulace vyměšování a respektování běžných společenských pravidel je společností pokládáno za automatismus. Pouze v raném dětství jsou tolerovány nedostatky a přetrvávání poruch vyměšování do pozdějšího věku je značně stigmatizující. Neovládnutí regulace vyměšování je společností vnímáno jednoznačně negativně a je důvodem k odmítání a ztrátě prestiže. Znečištění močí či stolicí a zápach, který problém signalizuje, vyvolává odpor, nechut', zřídka i soucit. V dětském kolektivu se navíc přidružuje výsměch a izolace postiženého dítěte vrstevníky. Samo postižené dítě se pak záměrně neúčastní mnoha aktivit ze strachu, že by se jeho handicap mohl projevit a stalo by se tak terčem výsměchu (Helus, 2018).

Zásadní pomocí dítěti je pomoc nejbližšího okolí a uvědomění faktu, že existuje více dětí s tímto postižením. Pro člověka, který si připadá se svým problémem osamocený nebo přímo vyčleněný ze společnosti „normálních“ lidí, přináší úlevu a posilu zjištění, že není ve své situaci sám, že také někdo jiný se potýká se stejným trápením (Myers, 2016).

Dětem trpícím poruchami vyměšování se nevěnuje velká pozornost, přestože v případě enurézy je tento problém v populaci hojně zastoupen (Shepard, 2016).

### ***1.3.2 Rozumový postoj dětí***

Rozumový postoj dítěte závisí na jeho stupni vývoje, délce trvání problému a reakce okolí. V raném dětství před dosažením věku 4 až 5 let dítě ještě nemusí být schopno porozumět faktu, že způsob a místo vyměšování se řídí kulturními a sociálními pravidly. Vyměšování je přirozený fyziologický projev a dítě ho vnímá, ale jde o víceméně neutrální fakt. Zásadním bodem je zařazení dítěte do předškolní výchovy, kdy se setkává se svými vrstevníky. V předškolním věku tedy již dítě chápe, že vyměšování je intimní záležitost a při normálním psychomotorickém vývoji je již schopno pochopit, že má používat toaletu (Helus, 2018).

Od počátku školní docházky pak je již dítě postižené poruchou vyměšování na rozumové úrovni zcela orientováno a ví, že má problém. Rozumový postoj dítěte je pak odlišný pro případ, kdy jde o vědomé jednání související s psychickou či emoční poruchou a pro ostatní případy. Naprostá většina dětí trpících neorganickou enkoprézou má normální rozumové schopnosti a nijak se rozumově neliší od ostatních dětí na stejné úrovni vývoje. Dítě je schopno sebehodnocení a velmi citlivě vnímá hodnocení svého okolí, které považuje kontrolu vyměšování za samozřejmost. Postižené dítě se tedy za svůj problém stydí a snaží se ho před svým okolím utajit. Špinění stolicí je však vzhledem k zápachu těžce utajitelné před okolím a dítě považuje poruchu za vlastní selhání a začne se vědomě vyčleňovat z kolektivu ze strachu před výsměchem (Helus, 2018).

Léčba a intervence sestry tedy musí vést k tomu, aby dítě rozumově přijalo svoji poruchu s tím, že ji lze změnit a získat tak větší sebedůvěru (Anderson, 2019). Tato sebedůvěra pak napomáhá zlepšení psychické pohody dítěte a zásadně přispívá k léčbě a vymizení problému, pokud je hlavní příčinou psychická a emoční porucha. V případě organické enkoprézy pak edukace sestry a rozumové přijetí dítětem vede k odstranění pocitů selhání a psychických poruch pramenících z tohoto pocitu (Ismail, 2011).

Při vědomém jednání a z toho pramenící neorganické enkoprézy dítě ví, že jedná v rozporu se sociálními a kulturními pravidly a činí tak záměrně. V rozumové rovině je zcela orientováno a jde zcela o projev asociálního jednání ve většině případů spojený s dalšími závažnými poruchami chování nebo psychickými a emočními poruchami (Zaky, 2016).



### ***1.3.3 Psychické projevy a emoční prožívání dětí***

Je obecným psychologickým faktem, že neschopnost ovlivnit nějakou situaci vede k pocitům bezmocnosti a zlosti (Jedlička, 2015). Nastává pro dítě nepříjemná situace, kterou nemůže ovlivnit. Dítě trpí pocit selhání a méněcennosti v okamžiku, kdy neovládá vyměšování v souladu s postojem svého sociálního okolí bez schopnosti toto jednání ovlivnit. Děti trpící enkoprézou mohou hůře utajit svoji poruchu než děti trpící enurézou. Z toho pramení i závažnější poruchy osobnosti těchto dětí v oblasti prožívání, uvažování a chování. Děti trpící enkoprézou jsou většinou vývojově opožděné a trpí výchovným zanedbáním (Anderson, 2019). Typickým projevem je nízká úroveň sebedůvěry, která pramení z negativního postoje okolí, jeho ponižování a trestání. Dítě projevuje obrannou reakci různého druhu. Tato obranná reakce může mít projevy uzavřenosti a izolace od svého okolí nebo naopak útočnosti a agresivního jednání. Tato útočnost a agrese je však pouze symbolického charakteru nikoli primární složkou psychiky dítěte. Nicméně během dalšího vývoje mohou tyto postoje v dítěti natolik zakořenit, že se stanou dominantní stránkou emočního profilu dítěte (Vuletic, 2017).

Z výzkumů (Beaudry-Bellefeuille, 2017; Mellon et al., 2013) vyplývá, že děti trpící enkoprézou mají úzkostné projevy, trpí depresemi a jejich školní prospěch neodpovídá jejich rozumovým schopnostem. Pokud problém přetrvává do vyššího věku, mohou nastoupit na první pohled nepochopitelné projevy, jako je předstírání lhostejnosti k zašpinění spodního prádla a zápachu. Často také dochází k obrané agresi dítěte (Coehlo, 2011).

Studie Gontard et al. (2011) uvádí, že 30 až 50% dětí s fekální inkontinencí trpí současně emočními poruchami a poruchami chování. Děti s častými výskyty fekální inkontinence (alespoň jednou týdně) častěji trpí úzkostmi z odloučení, obecnou úzkostí, specifickými fobiemi, poruchou pozornosti s hyperaktivitou, opozičními vzdornými poruchami. Vzhledem k vysoké pravděpodobnosti psychických problémů dětí trpících neorganickou enkoprézou doporučuje Mezinárodní společnost pro dětskou inkontinenci provádění screeningu psychologických symptomů, rozhovorů s rodiči nejlépe s pomocí dotazníku poruch chování dítěte (Child Behaviour Checklist – CBCL) (Příloha 3). Lékařům a ošetrovatelskému personálu je doporučováno věnovat intenzivní pozornost případným problémům s chováním a emočním poruchám dětí trpících enkoprézou (Abrams, 2017).

#### ***1.3.4 Rozumový postoj rodičů***

K formování hygienických návyků a základů sociálního jednání dochází v rodině. Kvalita rodiny a rodinného zázemí je tedy klíčovým faktorem celkového zdravotního stavu jejích členů. V tomto směru rodiče nejsou vždy přiměřeně seznámeni s procesem vytváření hygienických návyků dítěte při vyměšování (Velemínský, 2017). Některé rodiny se slabým sociálním a rozumovým zázemím vytvářejí prostředí, ve kterém nedojde ke správnému rozvoji schopnosti dítěte ovlivňovat vyměšování v souladu se sociálním, kulturním a zdravotním standardem ve společnosti (Belsey, 2010).

Naopak řada rodičů klade nepřiměřené nároky na své dítě a předpokládá podstatně rychlejší upevnění návyků. Potřebu plínek a nedokonalou kontrolu vyměšování považují za ohrožení vlastní sociální prestiže a nepřiměřeným nátlakem na dítě se snaží dosáhnout urychlení přirozeného vývoje. V případě vývoje enurézy či enkoprézy se pak tyto rodiče stydí o svých obtížích mluvit a pocítují hanbu za nezvládnutí výchovy. Rodiče se pak snaží tento problém řešit jen v rámci rodiny a vytváří tak dítěti následný stres spojený s utajováním skutečného stavu nejen před cizími lidmi, ale dokonce i v rámci širší rodiny (Mosca, 2013). Odbornou pomoc pak vyhledávají až po několika letech a velmi tím snižují šance dítěte na odstranění problému a jeho plnohodnotný život (Mosca, 2013).

Rodiče před příchodem k lékaři u dítěte odstraní veškeré stopy poruch vyměšování a s lékařem ani sestrou o tomto problému nemluví. Lékař či sestra mají mizivou možnost problém odhalit bez detailního vyšetření. Naopak v případě návštěvy psychiatrické ambulance již zřejmě nedochází k takovému utajení ze strany rodičů, neboť problém přerostl již do zásadního psychického a emočního postižení dítěte (Mosca, 2013).

Bohužel není ojedinělé, že jeden z rodičů obviňuje druhého ze způsobení obtíží dítěte a tento rodič pak pocítuje nesmyslné uspokojení z psychických příznaků dítěte, které pro něj potvrzují jeho pravdu (Akça, 2015).

Rozumový postoj rodičů je vzácně přiměřený a bez edukace nejsou schopni poskytnout dítěti vhodné emoční a psychické zázemí pro léčbu enkoprézy. Závažným problémem tohoto utajování může také být závažné organické poškození dítěte, pokud se jedná o organickou enkoprézu. Může pak dojít k vážnému fyziologickému poškození dítěte, které pak již léčba nemůže ovlivnit (Zaky, 2016).

#### ***1.4 Ošetřovatelství při poruchách vyměšování***

Při poruchách vyměšování sestra při péči v nemocničním zařízení a ústavech zajišťuje dítěti ošetřovatelskou péči. Poskytuje asistenci dítěti při hygieně odpovídající věku a mentální zralosti dítěte. V případě použití inkontinenčních pomůcek provádí jejich výměnu a provádí související hygienickou pomoc. Cílem činnosti v této roli je dosažení psychického a emočního komfortu dítěte s ohledem na jeho schopnosti sebezpečí (Colombo, 2015).

Zásadní je edukační role sestry k dítěti, jeho rodičům a blízkým. Sestra poskytuje veškeré informace potřebné pro dítě a jeho rodiče o poruše vyměšování, kterou dítě trpí a zvláště o doporučených postupech. Jedním z nich je trénink vyměšování na toaletě. Tento trénink spočívá v pravidelném posazování dítěte na toaletu třikrát denně, nejlépe po jídle, kdy jsou nejvíce aktivní vyměšovací reflexy. Dítě je požádáno o setrvání na toaletě 5-10 minut. Důležité je, aby nohy dítěte byly opřeny o podložku. V případě malých dětí je vhodné použít odpovídající stoličku nebo schůdky. Tyto nácviky na toaletě by měly být pro dítě pozitivní a motivující. V žádném případě není očekáváno, že při každém pokusu bude tento úspěšný a dojde k vyprázdnění moči či stolice. Dítě nesmí být káráno či kritizováno a v žádném případě trestáno při neúspěšném pokusu o defekaci a urinaci. Dítě může být pozitivně motivováno pomocí pochval a malých odměn (Tappin, 2013).

Edukace rodičů a blízkých členů rodiny je zaměřena na pochopení situace. Dítě trpí poruchou vyměšování, která je pro ně samotné stresující, zvláště u malých dětí. Dítě vnímá svůj problém velmi citlivě a každé zašpinění spodního prádla či defekace na nevhodném místě mohou u něj vyvolat pocity méněcennosti a vyčlenění ze společnosti. Zápach, který nutně provází takovou příhodu, je obvykle zdrojem nelibosti od osob blízkých. Tyto projevy dále dítě traumatizují a akcelerují spirálu příčin a následků psychické nepohody. Rodiče a blízké osoby tedy musí zachovat maximální neutralitu při těchto příhodách a nabídnout dítěti pomoc. Dítě nesmí získat pocit, že je méně milováno natož, že se rodičům a blízkým oškliví (Ismail, 2011).

Sestra obhájí pozici dítěte trpícího poruchou vyměšování v každé situaci, která by dítě mohla znevýhodnit, přivést do rozpaků či vyvolat emoční blok. Sestra je dítěti vždy nápomocna a pomáhá posílit jeho sebedůvěru. Nedovolí, aby dítě bylo vysmíváno okolím a každého edukuje o této chorobě. Zvláštní důraz při této obhajobě je kladen na fakt, že

porucha vyměšování je zdravotní problém dítěte, který postihuje především toto dítě (Ismail, 2011).

#### ***1.4.1 Stanovení ošetrovatelské diagnózy***

Sestra při určení ošetrovatelských diagnóz provádí sběr subjektivních a objektivních údajů pocházejících z anamnestických podkladů v záznamech pacienta, fyzikálních vyšetření. Pro případ enkoprézy je zásadním pro stanovení relevantních ošetrovatelských diagnóz i pohovor s pacientem a jeho rodinou. Sestra vyhodnocuje silné stránky, příležitosti k podpoře zdraví a rizika, předcházení nebo oddálení potencionálních problémů. Sestra musí postupovat systematicky a v souladu s indikací lékaře tak, aby zvolila postupy reflektující celkový zdravotní stav pacienta. Zásadním je rozlišení, zda pacient trpí funkční enkoprézou nebo neorganickou enkoprézou a zda je současně postižen akutní či chronickou zácpou (Pijpers, 2010).

Správné stanovení ošetrovatelských diagnóz vede k relevantním ošetrovatelským intervencím s požadovanými výsledky. Musí tedy správně posoudit ohnisko diagnózy (Herdman, 2020), což může být velmi obtížné. V případě výskytu enkoprézy současně s enurézou musí posoudit, zda ohniskem diagnózy je pouze inkontinence, nebo jsou zde dvě ohniska – inkontinence stolice (diagnóza 00014) a funkční inkontinence moči (diagnóza 00020). Ošetrovatelské diagnózy poruch vylučování a výměny tvoří třídu 1. funkce močového systému (proces sekrece, opětovného vstřebávání a vylučování moči) a třídu 2. funkce gastrointestinálního systému (proces vstřebávání a vylučování konečných produktů trávení) domény 3. vylučování a výměna dle taxonomie II NANDA International (Herdman, 2020).

Ošetrovatelská diagnóza 00014 *Inkontinence stolice* dle NANDA – II (Herdman, 2020) je součástí domény 3 – vylučování a výměna. Je definována jako samovolný odchod stolice s určujícími znaky: pacient nerozezná nutkání k defekaci, pacient je neschopen pozdržet defekaci, pociťuje naléhavou potřebu vyprázdnit střeva a případně je neschopen vypudit formovanou stolicí navzdory rozpoznání naplnění rekta. Dalšími znaky jsou neúplné vyprazdňování střev, neustálý odchod měkké stolice. Pacient případně nevěnuje pozornost nutkání k defekaci. Společným znakem je znečištění konečníku a následně i prádla stolicí (Herdman, 2020).

Inkontinence stolice může souviset s abnormalitou svěrače konečníku či jeho dysfunkcí, zvýšením abdominálního a intestinálního tlaku nebo s chronickým průjmem. Dalšími

souvisejícími stavy jsou poškození dolního či horního motoneuronu, kolorektální léze či zaklínění stolice. Pozornost je třeba věnovat projevům změny kognitivních funkcí, chronickému průjmu či zácpě a případným důsledkům podání léčivých přípravků (Akça, 2015).

Po stanovení ohniska sestra stanovuje diagnózy pro plánování a intervence v oblasti podpory zdraví. Z tohoto hlediska je pro sestavení plánu ošetrovatelské péče nutné určit další relevantní ošetrovatelské diagnózy, jako je například neefektivní péče o zdraví v rodině (diagnóza 00080), neefektivní dynamika jídla u dítěte (diagnóza 00270) či riziko chronicky nízké sebeúcty (diagnóza 00224), (Herdman, 2020).

Během procesu péče u pacienta sestra kontinuálně vyhodnocuje relevanci stanovených ošetrovatelských diagnóz a úspěšnost intervenčního plánu. Vzhledem k faktu, že enkopréza může být důsledkem širokého vějíře funkčních i neorganických poruch, není možné stanovit jednoznačný a přímý návod na určení správných ošetrovatelských diagnóz. Není neobvyklé, že v průběhu péče dojde ke změně diagnóz a plánů ošetrovatelských intervencí, ať už v souvislosti s úrovní poznání problémů pacienta, nebo v souvislosti s jeho fyzikálním vyšetřením (Mosca, 2013).

Doporučený postup řešení ošetrovatelského problému dítěte s enkoprézou je tedy následující:

Sestra je informována lékařem, nebo sama rozpozná, že dítě může trpět enkoprézou. Nejčastěji ze zašpinění spodního prádla nebo zbytků stolice kolem řitního otvoru při ambulantním ošetření, nebo zaznamenáním defekace mimo toaletu při hospitalizaci. Současně může docházet také k úniku moči - enuréze (Herdman, 2020).

Sestra rozhovorem s dítětem a rodiči zjistí, zda jde o náhodnou příhodu, či reakci na neobvyklou situaci, jako je hospitalizace. Současně si sestra všímá reakcí dítěte na rozhovor o této nehodě a zaznamenává projevy studu nebo naopak lhostejnosti k problému. Sloučením informací z anamnézy dítěte a těchto pohovorů může sestra dospět k závěru, že se jedná o problém funkčního charakteru a informuje lékaře o doporučení provést další fyzikální vyšetření k vyloučení či potvrzení funkční poruchy (Vande Walle, 2012).

Častějším případem je, že na základě provedených kroků a konzultace s ošetřujícím lékařem sestra dospěje k závěru, že se jedná o neorganickou enkoprézu a následně se zaměřuje na ošetřovatelské diagnózy z oblasti psychické a kognitivní (Tappin, 2013).

Ve všech případech sestra zjišťuje možnou spojitost s chronickou zácpou či bolestivou defekací v přítomnosti či minulosti dítěte a svá zjištění zahrnuje do plánu ošetřovatelských intervencí. Po celou dobu péče o pacienta sleduje a kontinuálně přehodnocuje implementaci ošetřovatelských intervencí a jejich výsledků viz graf 2 v Příloze 1 (Herdman, 2020).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Podrobně popsat problematiku ošetrovatelské péče o dítě s enkoprézou

Cíl 2: Specifikovat potřeby dítěte s enkoprézou a role sestry při jeho ošetřování

Cíl 3: Vytvořit edukační materiál pro dětské sestry v ambulantní a lůžkové sféře

### **2.2 Výzkumné otázky**

V1 Jaká je profesní zkušenost sestry s enkoprézou u dětí?

V2 Na jaké oblasti se zaměřuje práce sestry v souvislosti s péčí o dítě trpící enkoprézou?

V3 Jaké jsou potřeby dítěte s enkoprézou?

V4 Na jaké oblasti se zaměřuje edukační činnost sestry u dětí s enkoprézou?

V5 Jaký charakter má multidisciplinární spolupráce při péči o dítě s enkoprézou?

V6 Jaká je úloha dětské sestry v péči o dítě s enkoprézou?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

Empirická část práce byla zpracována formou kvalitativní analýzy a kategorizace dat získaných prostřednictvím hloubkových rozhovorů. Hloubkové rozhovory probíhaly se sestrami s různými profesními zkušenostmi s ošetřováním dětí s enkoprézou. Pro potřeby výzkumu byl vytvořen soubor dvaceti dvou předem připravených otevřených otázek (Příloha 2), které sloužily jako osnova při polostrukturovaném rozhovoru se sestrami. Tyto otázky byly rozčleněny tak, aby v průběhu rozhovoru byly získány rozsáhlejší soubory informací, které mohou být následně vytěženy podle kategorií odpovídajících výzkumným otázkám.

Metoda kvalitativního výzkumu byla zvolena vzhledem k cílům práce. Tato metoda poskytuje hlubší porozumění problematice, což je základem pro kvalitně vytvořený metodický materiál, který je třetím cílem práce. Díky použité metodice kvalitativního výzkumu mohou sestry více vyjádřit své názory a postoje a nejsou omezeny kvantitativním hodnocením zkoumané problematiky. V souladu s Hendlem (2016) tedy pro dosažení výsledku nebyly použity statistické metody nebo jiné způsoby kvantifikace výsledků.

Sběr dat probíhal na pracovištích sester v jejich pracovní době se souhlasem managementu jednotlivých pracovišť i se souhlasem jednotlivých sester. Rozhovory vždy probíhaly jednotlivě v oddělené místnosti. Po informačním úvodu, kdy byly sestry seznámeny se zkoumanou problematikou, byl od každé získán souhlas se záznamem rozhovoru a dalším zpracováním informací, s tím, že bude zajištěna jejich anonymita.

Po informačním úvodu probíhal rozhovor, který byl zaznamenáván na záznamové zařízení a následně doslovně přepsán do programu Microsoft Word.

Kvalitativní analýza, kódování a vytváření schémat bylo prováděno v analytickém nástroji ATLAS.ti. Získaný přepis jednotlivých rozhovorů byl rozčleněn na významové celky, kterým byly přiřazeny kódy charakterizující obsah části. Tyto kódy byly seskupovány dle kategorií, které zachycovaly vnitřní souvislosti s přímou vazbou k výzkumným otázkám.

Dále jsou v práci uvedeny dvě případové studie dětských pacientů s enkoprézou. Jsou popsány případy dvou dětí, které autorka měla v přímé ošetrovatelské péči. Popis



dlouhodobého průběhu lékařské a ošetrovatelské péče je vyhodnocen spolu s analytickými výsledky rozhovorů se sestrami z výzkumného souboru.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen celkem dvanácti sestrami z třech rozdílných skupin. Pracoviště sester lůžkové péče byla vybrána záměrně s ohledem na problematiku ošetřování dětí s enkoprézou.

Prvním pracovištěm bylo oddělení dětské psychiatrie, kde jsou léčeny děti do osmnácti let věku v dlouhodobé psychiatrické lůžkové péči. Jsou zde často dlouhodobě ošetřováni dětské pacienti s neorganickou enkoprézou s vazbou na psychiatrické onemocnění či poruchy chování. Na tomto pracovišti byly rozhovory provedeny s pěti sestrami.

Jako druhé pracoviště bylo zvoleno specializované dětské oddělení, kde jsou v lůžkové péči ošetřovány děti s širokým spektrem metabolických poruch. Na tomto oddělení se vyskytují dětské pacienti jak s organickou, tak neorganickou enkoprézou. Zde byly provedeny rozhovory se čtyřmi sestrami.

Třetí skupina výzkumného souboru byly tři sestry pracující v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost, které mají dlouhodobé zkušenosti s ošetřováním dětí v ambulantní primární péči.

Sběr dat byl prováděn od března do května 2021.

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Kategorizované výsledky rozhovorů

V následující kapitole jsou blíže popsány výsledky analýzy rozhovorů dle jednotlivých kategorií, které byly stanoveny na základě výzkumného šetření.

#### 4.1.1 Identifikační údaje

Kategorie Identifikační údaje byla zvolena pro bližší popis výzkumného souboru. Zde i v dalším textu jsou sestry uváděny pouze s označením S1-S12 pro zachování jejich anonymity.

Tabulka 1 Identifikační údaje

	Věk	Délka praxe na oddělení či ambulanci	Celková praxe ve zdravotnictví	Nejvyšší dosažené vzdělání
S1	57	37 let	37 let	Středoškolské – všeobecná sestra, specializační studium pro dětskou a dorostovou psychiatrii, psychoterapie
S2	56	11 let	35 let	Vysokoškolské – Mgr. všeobecné ošetřovatelství
S3	71	51 let	51 let	Středoškolské – všeobecná sestra
S4	51	16 let	32 let	Středoškolské – všeobecná sestra, specializace psychiatrie
S5	59	5 let	40 let	Vysokoškolské – Bc. Všeobecná sestra
S6	41	19 let	19 let	Vyšší odborné – diplomovaná všeobecná sestra DiS., ARIP
S7	68	19 let	49 let	Středoškolské – všeobecná sestra
S8	55	36 let	36 let	Středoškolské – všeobecná sestra specializace dětská sestra
S9	43	15 let	20 let	Vysokoškolské – Mgr. Všeobecná sestra
S10	48	12 let	25 let	Vyšší odborné – diplomovaná dětská sestra
S11	56	20 let	30 let	Středoškolské – všeobecná sestra
S12	32	5 let	10 let	Vysokoškolské – Bc. Všeobecná sestra

Z výše uvedeného přehledu je zřejmé, že praxi více než 15 let na současném pracovišti uvedlo celkem osm sester. Kratší praxi na současném pracovišti zmínily čtyři sestry, přičemž nejkratší praxi 5 let mají sestry S5 a S12. Věk sester se pohyboval v rozmezí od 32 do 71 let. Věku sester odpovídá i celková praxe ve zdravotnictví. Všechny sestry pracují nepřetržitě ve zdravotnictví od ukončení vzdělání. Pouze jedna sestra S12 zmiňuje část praxe na jiném oddělení, všechny ostatní účastnice výzkumu po celou dobu své práce ve zdravotnictví pracují s dětskými pacienty.

Sestry S3, S7, S8 a S11 dosáhly středoškolského vzdělání bez další specializace. Sestry S1 a S4 po středoškolském vzdělání absolvovaly specializaci v oblasti psychiatrie. Vyšší odborné vzdělání dosáhly sestry S6 a S10. Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem bakalář uvedly sestry S5 a S12. Sestry S2 a S9 absolvovaly vysokoškolské vzdělávání zakončené titulem magistr.

#### 4.1.2 Souvislosti neorganické enkoprézy

Analýzou rozhovorů byla stanovena kategorie souvislostí neorganické enkoprézy. Pro tuto kategorii bylo vytvořeno následující schéma, které popisuje nalezené souvislosti.

Schéma 1 Souvislosti neorganické enkoprézy

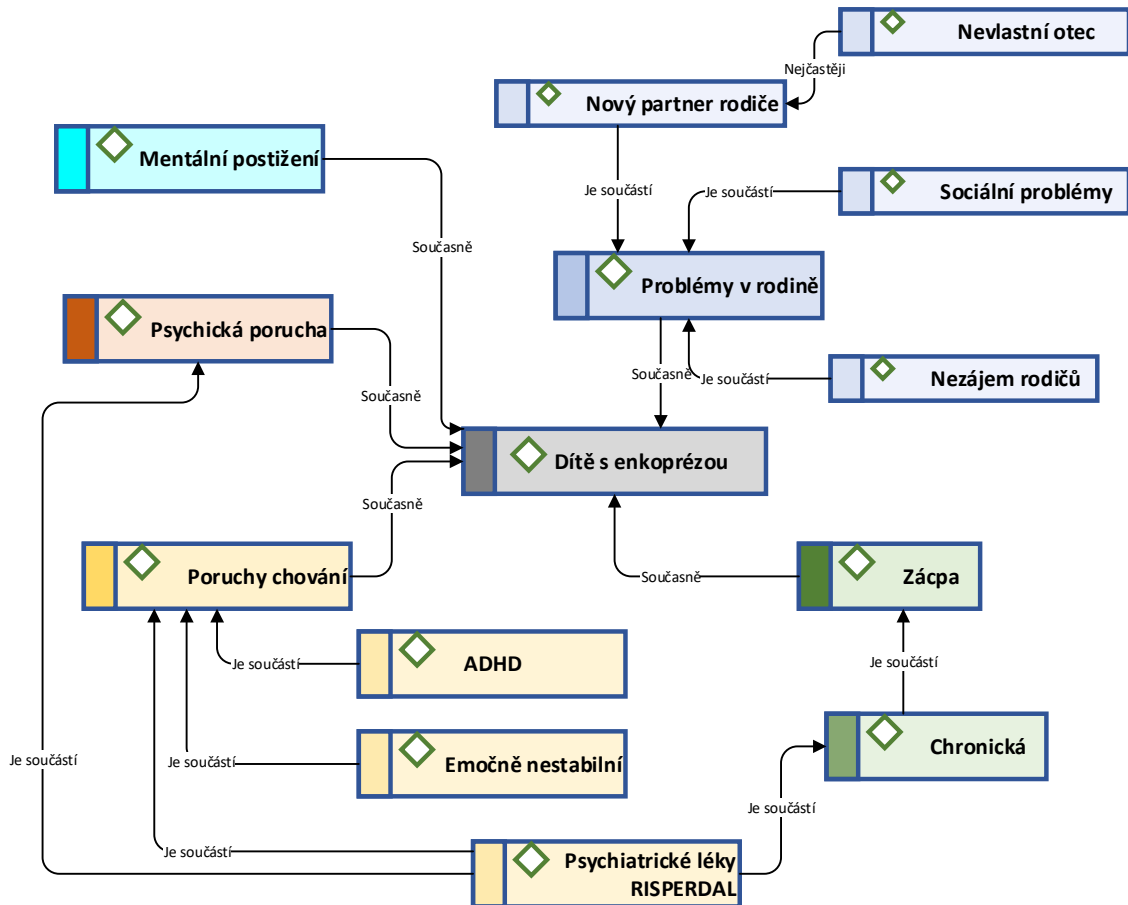


Schéma 1 zobrazuje souvislosti, které provázejí výskyt neorganické enkoprézy. Bylo zjištěno, že neorganická enkopréza se nejvíce pojí s problémy na straně dítěte, kam můžeme zařadit mentální postižení, psychické poruchy, poruchy chování a užívání psychiatrických léčiv. Dále je spojena s problémy v rodině, kdy odpovědi sester odhalily souvislosti s novým partnerem rodiče, sociálními problémy v rodině a nezájmem rodičů.

Nejčastěji zmiňovanou souvislostí jsou poruchy chování dítěte, které jsou spojovány nejvíce se syndromem poruchy pozornosti (ADHD) a emočně nestabilní poruchou chování. Vícekrát zaznamenanou souvislostí je psychiatrický lék Risperdal, který způsobuje výskyt chronické zácpy s následným nekontrolovatelným únikem stolice. Setra S10 popsala případ 11ti letého chlapce: „*Matka nám říkala, že chlapec na nic nemá čas, u ničeho nevydrží a ani u vyprazdňování. Prostě přiletí na záchod, sedne, trochu toho*

*udělá a zas běží. Prostě se nikdy pořádně nevyprázdní. Takže potom takhle umazává a je mu to celkem jedno.“* Sestra S12 upozornila na možnou souvislost léků na léčbu ADHD se vznikem problémů s vyprazdňováním až enkoprézou: *„Byl tu takový chlapecek. ADHD a další poruchy. Pak se začal umazávat, řešili jsme to. Pak se přišlo na to, že bral léky na to ADHD, které mu to způsobovaly.“*

Druhou často uváděnou souvislostí jsou problémy v rodině dítěte. Zde je popisován nezáměr rodičů o stav dítěte, či špatné sociální návyky v rodině. Jako příčina problémů v rodině dítěte je zmiňován také nový partner rodiče, nejčastěji nevlastní otec. Sestra S1: *„Většinou jde o velké problémy v rodině, figuruje tam někdo, s kým nechce dítě mít nic společného, nebo se s ním nesžije, to dítě pak na sebe upozorňuje.“* a dodává *„To dítě pak vyrůstá jako zvířátko, je mu jedno, kde vyměšuje. To dítě se s tím problémem sžije, nepřijde mu to divné, nenormální.“* Sestra S10 se domnívá, že: *„A je fakt, že v rodině, kde jiné věci fungují normálně, se tohle většinou nestává. Týká se to z 90% rodin nějak nestandardních, sociálně problémových.“* Sestra S1 popsala případ chlapce, kterého měl v péči otec. Otec si našel přítelkyni a: *„chlapec začal být zanedbáván, nebo se tak alespoň cítil.. s přítelkyní v každém případě nevycházel. Pak začal mít různé potíže, jednou z nich byla právě enkopréza.“* Tento případ dle vyjádření sestry nakonec vedl k úpravě problému *„Chlapec se k nim nakonec vrátil, prošli rodinnou psychoterapií a pokud vím, situace s enkoprézou se zlepšila.“*

Sestra S3 uvedla další případ 12ti letého chlapce *„Pak jsme zjistili, že pochází z neutěšené rodiny, byl dost zoufalý“* a následný vývoj: *„Ale nutno říci, že se enkopréza začala upravovat až ve chvíli, kdy se začal zklidňovat on.“*

Třetí uváděnou souvislostí neorganické enkoprézy je psychická porucha dítěte či mentální postižení. Sestra S7 popsala případ dívky, která sama prováděla manipulaci se svým konečníkem, až si ho poškodila. Sestra shrnula tento případ slovy: *„Tento případ byl takové propojení funkčního poškození konečníku a psychické poruchy.“* U těchto dětí byl zmiňován problém s dodržováním společensky přijatelných norem při vyměšování, neschopnost rozpoznání společensky a sociálně nevhodného postupu při vyměšování. Sestra S9 popisuje následující případ: *„Měli jsme tu jednu dívku, starší, tak 16 – 18 let. Přijela v doprovodu matky, jako úplný ležák, nechala o sebe zcela pečovat, že se nemůže hýbat, vylučovala pod sebe, někdy jen špinila. Byla vyšetřena snad úplně všude na*

*různých klinikách. Později jsme zjistili, že je to těžká psychiatrie, ony se týraly s matkou navzájem. Když se na to přišlo, léčbu odmítly a odjely.“*

Výskyt zácpy u dětí s enkoprézou je zmiňován také velmi často, někteří probandi vnímají enkoprézu jako další stupeň chronické zácpy.

#### *4.1.2.1 Prevalence neorganické enkoprézy*

Do kategorie souvislostí byla zahrnuta podkategorie kvalitativního zkoumání prevalence výskytu organické a neorganické enkoprézy a rozdělení chlapců a dívek dle zkušeností probandů.

Sestry S1-S5 z dětského oddělení psychiatrické nemocnice mají dle rozhovorů téměř výhradně zkušenosti s ošetřováním dětí s neorganickou enkoprézou. Sestra S3 uvedla: *„Organické je málo, za celá ta léta jí moc nepamatuji.“* Současně sestry tvrdí, že enkopréza je málo častý jev. Například sestra S2 odpověděla *„Velmi zřídka se vyskytuje jakákoli enkopréza. Pokud už se vyskytne, je rozhodně neorganická.“*

Sestry S6-S9 z Dětského oddělení metabolických poruch se neshodují ve vnímání výskytu organické a neorganické enkoprézy. Sestra S6: *„Už dlouho jsme tu nikoho s enkoprézou neměli, ale občas se vyskytnou. Organická i neorganická, mně se zdá, že je to tak půl napůl.“* A naopak například sestra S9 odpověděla: *„Častěji s neorganickou, organická je velmi výjimečná.“* Nebo odpověď sestry S8: *„Z mých zkušeností se tady, ani na jiných dětských odděleních enkopréza příliš nevyskytuje a když, tak spíše neorganická.“*

Sestry S10-S12 z ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost zmiňují častěji zkušenosti s neorganickou enkoprézou. Sestra S11 popsala zkušenost s organickou enkoprézou u dětského pacienta: *„Nejdříve se to řešilo standardně, úprava režimu, vyprázdnění, pořád nic nezabíralo pořádně, nakonec se zjistil tumor ve střevech.“* Všechny sestry dále popisují častý výskyt enkoprézy u dětí. Sestra S10: *„Ano, rozhodně to není nijak výjimečné.“* Tyto sestry také poukazují na stálý nárůst výskytu enkoprézy u dětí. Sestra S11: *„Ano, dokonce myslím, že v současné době je to čím dál více. Nevím proč je jich tolik, jako když se všichni bojí se pořádně vykadit.“* Sestra S12 poznamenala *„Paní doktorka říkala, že dříve toho tolik nebylo.“*

Účastníci výzkumu se shodují na tom, že výskyt enkoprézy je podstatně častější u chlapců než u dívek.

Například sestra S1: *„Rozhodně z mé zkušenosti se tento problém týká daleko častěji chlapců, než dívek.“* Při popisu zkušeností s ošetřováním dítěte popisovaly sestry v devíti případech zkušenosti s ošetřováním chlapce a pouze ve dvou případech ošetřování děvčete, přičemž u jednoho případu šlo ve skutečnosti o projev připomínající Münchhausenův syndrom by proxy (Sousa Filho, 2017).

Sestra S4 sdělila postřeh: *„Za ta léta jsem vyzorovala, že u kluků je enkopréza daleko častější a spíše neorganická. U dívek zase naopak organická, někdy si třeba hrají s konečником a poškodí si ho.“*

#### 4.1.2.2 Schopnost sester rozpoznat enkoprézu u dítěte

V této podkategorii byla zjišťována schopnost sester rozpoznat enkoprézu u dětí na základě analýzy jejich odpovědí.

Sestry při popisu enkoprézy uváděly převážně rozdíl ušpiněného prádla a pokálení se. Příkladem jsou odpovědi sestry S7: *„Ano, enkopréza je špinění stolicí. Pokálení je takovéto ‘někdy se přihodí’,“* a sestry S9: *„Jistě, enkopréza je umazávání, špinění, je to nejtěžší forma zácpy, kdy ta zácpa je zcela mimo kontrolu.“*

Některé sestry připustily, že si nejsou zcela jisté rozlišením. Sestra S6: *„Řekla bych, že při enko to dítě jen tak umazává během celého dne a když má třeba nervy, tak se pokáká, líp to asi nevysvětlím.“* Sestra S12: *„Spíše ano, i když občas se to může asi zaměnit. Ale při enkopréze umazávají, několikrát denně.“* Sestra S5 dodala: *„Vyhýbá se kolektivu, stydí se a rozpozná problém.“*

Sestry dále shodně zmiňují, že enkopréza či pokálení se není samostatný stav, ale je doprovodným projevem jiných poruch. Sestra S2 ve své odpovědi sdělila: *„Při pokálení se třeba ze stresové situace jde o to, že se pokálí hodně, úplně,“* a sestra S8: *„Vím, ale musí se na to vylučovací metodou, protože k některým diagnózám pokálení nebo alespoň ušpinění stolicí patří, to ty děti neovlivní. Třeba u rotavirů apod. Jinak se to pozná tak, že jinak zdravé dítě je ušpiněné.“*

Celkem deset sester sdělilo ve svých vyjádřeních, že problémy v rodině považují za klíčový faktor vzniku enkoprézy.

### 4.1.3 Edukace sester v oblasti enkoprézy

Na základě analýzy rozhovorů byla stanovena tato kategorie a bylo vytvořeno schéma, které zachycuje rozložení zdrojů edukace sester v oblasti enkoprézy u dětských pacientů.

Schéma 2 Zdroje edukace sester

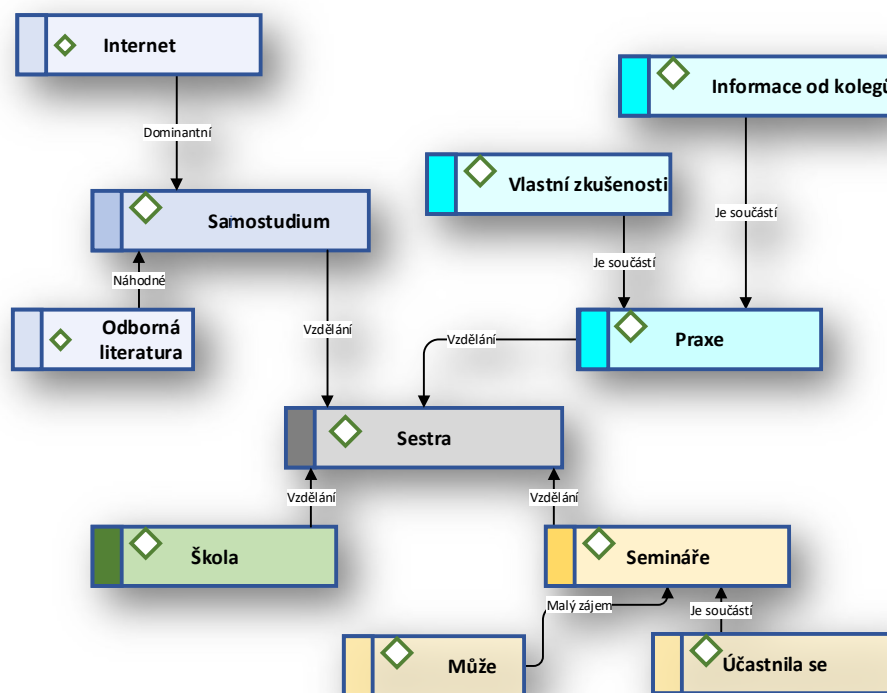


Schéma 2 zobrazuje nalezené zdroje edukace sester. Bylo zjištěno, že sestry nejvíce vycházejí ze svých praktických zkušeností, znalostí ze školy a případného samostudia. Dále je uváděna možnost účasti na odborných seminářích, kterou však sestry dle svých vyjádření spíše nevyužívají.

Všechny sestry ve svých vyjádřeních tvrdí, že specifické vzdělávání sester o ošetřování dítěte s enkoprézou ani na jednom pracovišti v podstatě neexistuje. Spoléhají se na informace, které získaly během svého vzdělávání. Sestra S1 vyjádřila ve své odpovědi tento názor: „Kdo studuje dětské a dorostové ošetřovatelství, tak ze studií ví, jak to řešit, co dodržovat.“ Sestra S9 poznamenala: „Také mám nějaké povědomí o enkopréze ze školy.“

Sestry předkládají jako nejčastější zdroj praxi, ať už vlastní nebo zprostředkovanou od svých kolegů. Sestra S9 uvedla, že personál využívá zkušeností získaných při práci na svých odděleních: „Asi tady víme o této diagnóze více, než na jiných dětských odděleních,



*protože jsme vlastně spojeni s gastrem.*“ Shodně s tímto vyjádřením sestra S3 sdělila: *„Vycházíme především ze sesterské dokumentace, pak také, většina personálu, který je tu delší dobu, což je asi většina, tak už má s touto diagnózou zkušenosti a řeší situaci podle sebe.“*

Dalším zdrojem informací je samostudium a to převážně volně přístupné informace na internetu. O systematickém vzdělávání formou seminářů sestry sdělují, že tato možnost existuje, ale je popisována právě jen jako možnost. Skutečná účast na seminářích je zmiňována velmi řídko. Všechny sestry na lůžkových odděleních připouštějí existenci seminářů pro sestry v rámci zdravotního zařízení. Sestra S4 však dodává: *„Máme občasné semináře, ale stejně tam málokdo chce chodit,“* stejně tak sestra S6: *„Chodíme občas na semináře, toto téma ale není časté.“*

Sestry nepocitují deficit informací o ošetřování dítěte s enkoprézou. Z odpovědí je zřejmé, že tento problém berou jako okrajový vzhledem ke specializaci svého oddělení a nepocitují potřebu dalšího vzdělávání v uvedené oblasti, i když shodně tvrdí, že v případě jejich zájmu by vedení zdravotnického zařízení potřebný seminář zajistilo. Tyto odpovědi byly podobné na obou odděleních. Sestra S7 například tvrdí: *„Pokud se něco takového vyskytne, řešíme to selským rozumem a dbáme pokynů lékaře,“* podobně se vyjádřila sestra S5: *„Přímo zde máme semináře, tato problematika je ale okrajově,“* a sestra S6: *„Pokud bychom chtěly, asi by nám vrchní zařídila nějaký seminář, ale jinak nepamatují, že by něco ohledně tohoto někdy bylo.“*

Sestra S10 uvedla *„Kdysi jsem byla na nějakém školení, které se týkalo i jiných věcí, ale enkopréza tam také zazněla. Ale jinak na nic takového nechodím,“* a sestra S12 poznamenala: *„Nevím o ničem, že by se kvůli této diagnóze někde dělalo.“* Sestra S11 vyjádřila ve své odpovědi rozdíl mezi zajištěním vzdělávání u velkých poskytovatelů zdravotní péče a samostatných ambulancí: *„Už jsem párkrát někde na přednášce byla, ještě v době, kdy jsem pracovala na oddělení v nemocnici, ale to je dávno.“* Také poznamenala, že: *„Dneska se dá všechno najít na internetu.“*

Z hlediska všeobecné možnosti dalšího vzdělávání pro sestry z ambulancí praktických lékařů sestra S10 uvedla: *„To asi mívají hlavně na lůžkových odděleních. My na ambulanci ne“* a sestra S11 shodně dodává: *„To bývá, když pracujete v nemocnici, tady*

ani ne.“ Sestra S12 se k otázce možnosti dalšího vzdělávání vyjádřila takto: „*To netuším, tady v rámci ordinace žádné semináře nemáme a netuším, zda je někdo někde pořádá.*“ Sestra S11 navíc dodala: „*Ale kdyby bylo třeba, asi jsem schopna si něco najít a zúčastnit se.*“

#### 4.1.3.1 Přípravenost pracovišť

Tato podkategorie popisuje stav pracovišť probandů z hlediska připravenosti na ošetrovatelskou péči dětí s enkoprézou. Bylo tedy zjišťováno, jaká je celková připravenost oddělení pro ošetřování dětí s enkoprézou.

Z rozhovorů vyplynulo, že ani na jednom pracovišti není vedena žádná statistika dětí trpících enkoprézou. Odpovědi byly lakonické jako například u sestry S9: „*Nevedeme žádné statistiky,*“ nebo odkazovaly na jiné, jako je staniční, vrchní sestra nebo obecné vedení. Příkladem je odpověď sestry S4: „*Takové statistiky nevedeme, nevím o tom. Pokud něco takového existuje, dělá to vedení.*“ Sestra S7 dokonce předpokládá, že statistiky jsou prováděny ambulantními lékaři: „*Statistiky taky nemáme, jestli je někdo vytváří, tak snad lékaři na obvodě, my určitě ne.*“ Sestry S10, S11 a S12 působící v ambulantních ordinacích praktického lékaře se shodly na faktu, že žádné statistiky dětí s enkoprézou nejsou v ambulancích vedeny. Sestra S10: „*Žádné statistiky nevedeme.*“

Z hlediska specifické připravenosti pracoviště na ošetřování dětí s enkoprézou sestry z dětského oddělení psychiatrie vyjadřují připravenost oddělení na ošetřování těchto dětí. Sestra S1 uvedla: „*Tento pavilon je překoupený a přetoaletovaný.*“ Dále popisuje důležitost toho, aby dítě trpící enkoprézou mělo svoji toaletu, kterou může považovat za vlastní. V případě používání společných toalet pro více dětí se podle jejího vyjádření podstatně snižuje ochota dítěte udržovat společensky akceptovatelné postupy. Sestra S1 dále dodala: „*Když chodí na více, je mu pak už jedno, kde a kdy to pustí.*“

Dále na tomto oddělení sestry shodně hodnotily připravenost na péči o děti s neorganickou enkoprézou a dávaly tento fakt do souvislosti s připraveností na psychiatrické pacienty. Sestra S2 uvádí: „*Žádný extra režim nemáme, staráme se o ně podobně jako o retardované.*“ Sestry jsou tedy zvyklé na nadstandardní dohled na hygienu dětí, jak plyne z odpovědi sestry S3: „*Denně je několikrát kontrolujeme, sprchujeme, velmi se dbá na hygienu, převlékají se.*“

Sestry z oddělení metabolických poruch se shodují na tom, že žádná specifika ošetřování dětí s enkoprézou na oddělení nejsou uplatňována. Sestra S7: *„Specifika nemáme. Staráme se o to dítě běžně, jako o jiné pacienty.“* Sestry se shodně vyjadřovaly tak, že na případnou enkoprézu dítěte je třeba brát zřetel zvláště v souvislosti se zácpou, která se u dětí na tomto oddělení vyskytuje častěji.

Sestry z ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost uvádějí, že pro ošetřování dětských pacientů s enkoprézou nemají zavedena žádná specifika. Sestra S12 toto shrnula slovy: *„Specifika žádná nemáme, postupujeme vždy podle toho, jak se dítě jeví.“* Sestra S10 uvedla: *„Specifika žádná nemáme. Když zkrátka takový pacient přijde, řešíme jeho problém, ale nikterak odlišně, než jiné potíže.“*

Z hlediska zápisu do ošetřovatelské dokumentace na obou lůžkových odděleních i v ambulancích probandů nejsou zavedeny žádné zvláštní postupy a zápisy jsou prováděny jako při každé dokumentaci vyměšování. Sestra S2 se ve své odpovědi vyjádřila takto: *„U dětí, kde je problém s vylučováním, se píše běžně do dokumentace frekvence stolice, případně čas, kdy došlo k vylučování.“* Stejně tak dopověděla sestra S9: *„Také běžným způsobem – jak často bylo dítě umazáno, jak s tím nakládalo, zda byla sprcha, promazání, apod.“* Standardně jsou zapisovány i ošetřovatelské intervence v oblasti psychologické podpory dětí jako u sestry S3: *„Pokud byl silně pokálen, tak čas a intervence... zda byla sprcha, čisté prádlo.“*

Některé sestry jsou seznámeny s metodou defekačního deníku, do kterého jsou dítětem přístupnou formou zapisovány úspěchy a neúspěchy defekace. Tuto metodu popisuje ve své odpovědi sestra S1: *„Kdysi vymysleli psychologickou tabulku, rozdělenou na smajlíky, je rozdělena na týden. Do té tabulky se dělají záznamy, dítě samo chodí zaznamenávat úspěchy. To opravdu funguje, děti se těší, hlídají si to docela hodně, samy vyžadují záznam smajlíku, někdy sluníčka. V případě neúspěchu se tam kreslí třeba mráček. Je to hodně motivující.“*

U jedné sestry byla v odpovědi zmíněna důležitost mužského personálu u starších chlapců trpících enkoprézou: *„Důležitý je mužský personál u starších hochů.“* Ostatní sestry se o tomto faktu nezmiňovaly.

V souvislosti s ošetřováním dítěte s enkoprézou byla zmíněna vzájemná informovanost sester při předávání služeb. Sestra S1 k tomuto odpověděla: *„Klasický standard k této*

*diagnóze nemáme, domlouváme individuálně.*“ V odpovědi sestry S5 byl uveden důraz na zápis příjmu tekutin, stravy a vylučování do ošetrovatelské dokumentace: *„Sledujeme hydrataci, příjem stravy, spánek, celkové chování, spolupracujeme s nutriční terapeutkou.*“ Sestrou S1 byla také zmíněna enuréza, při které jsou používány obdobné postupy při ošetřování: *„Enurézu a enkoprézu řešíme velmi podobně.*“

Dále sestra S1 poznamenala: *„Je důležité vzít v úvahu, že ty děti berou někdy léky, po kterých usnou, včas se nevzbudí a je to hotovo. Důležité jsou naučené stereotypy.*“ Sestra S5 dodala: *„Sledujeme hydrataci, příjem stravy, spánek, celkové chování.*“

Sestry S10-S12 z ambulance praktického lékaře pro děti a dorost k zápisu do dokumentace uvedly, že jej provádí lékař. Například S12 sdělila: *„Do dokumentace píše pan doktor.*“ Dále sestry z ambulancí tvrdí, že zápisy o enkopréze se z hlediska ambulance neliší od zápisů jiných zdravotních problémů dítěte. Sestra S10 uvedla: *„V podstatě vše, co nám řekne rodič, který s dítětem přijde – jak dlouho to trvá, jak často se to projeví. Případně, pokud jde o starší dítě, zeptáme se na to přímo jeho.*“ Sestra S11 dodala informaci o zápisu případných souvisejících potíží: *„Je-li k tomu něco přidruženého, nebo podezření na další potíže, které mohou souviset, napíše se to také.*“

#### *4.1.3.2 Personální zajištění pracovišť a vzdělávání sester*

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak jsou jednotlivá pracoviště strukturovaná z hlediska zajištění ošetrovatelské péče o dětského pacienta s enkoprézou. Sestry z lůžkových oddělení uváděly fakt, že pro ošetřování dítěte s enkoprézou není vyčleněn žádný specializovaný personál a ošetřování dítěte vždy provádí sestra, které je dítě přiděleno standardním postupem. Tento postup popisuje sestra S7: *„Žádná extra sestra tu pro takové účely není. O dítě pečuje ta, která ho dostane na starost.*“ Sestra S5: *„Nicméně vyloženě, aby byla vyčleněna sestra pro pacienta s enkoprézou, to není. Věnuje se mu vždy ta, které byl přidělen, nebo kdo má čas.*“ Sestra S6: *„Ne, není tu žádný personál, který by se mohl věnovat jen dítěti s enkoprézou. Chodí to tady tak, že při příjmu si sestra vezme určitý počet dětí na starost a o ty se pak kompletně stará. Včetně takto specifické péče.*“

Obě pracoviště lůžkových oddělení se však od sebe liší odpověďmi o obecném dostatku personálu. Dětské oddělení psychiatrie dle vyjádření sester netrpí nedostatkem personálu. Sestra S2 uvedla: *„Na dětském oddělení dostatek personálu máme, proti jiným zařízením máme obsazeno nadstandardně.*“ Tento fakt podle odpovědí souvisí s tím, že na toto

oddělení jsou přijímány děti se širokým spektrem diagnóz a je vyžadována individuální péče o děti jak popisuje například sestra S2: „jiná zařízení neberou tolik různých diagnóz, jako my. Takže myslím, že je to zcela odpovídající situaci, kolik pacientů léčíme.“

Nicméně zazněl i názor sestry S1: „Možná bychom upotřebily další psychology, aby měli ještě více času na pohovory s dětmi.“ Sestra S4 tvrdí, že některé sestry a ošetrovatelský personál se vyhýbají práci s dítětem s enkoprézou: „Záleží, s kým sloužíte, někdo se vyhýbá péči o pacienta s enkoprézou, řekne, že se mu zvedá žaludek a nechce k tomu dítěti jít, nižší personál se u tohoto snaží úplně vykrotit, takže nakonec jde dítě ošetřit třeba vedoucí sestra.“

Sestry z dětského oddělení metabolických poruch jednoznačně popisují nedostatek personálu. Sestra S8 uvádí: „Personálu je neustále nedostatek, momentálně tu máme minus 3 sestry, takže opravdu není možnost, aby se kdokoli staral o dítě s enkoprézou extra.“ Sestry z tohoto oddělení shodně uvádějí postup, kdy se o dítě s jakýmikoli potřebami stará přidělená sestra, jak je zřejmé například z odpovědi sestry S9: „Začnu druhou otázkou, personálu je samozřejmě nedostatek, jako všude. Dítěti se věnuje ta sestra, která si ho vzala do péče při příjmu.“

Vzhledem k faktu, že na tomto oddělení dochází často ke kritickým stavům pacientů, je obvyklá celodenní nepřetržitá péče o děti. Sestra S8 se vyjádřila takto: „Taková situace tu byla párkrát za ta léta, co jsem tady, ale šlo třeba o dítě s těžkým metabolickým rozvratem, kdy byla přítomnost sestry 24 hod nutná.“ Jsou zde také často přijímány děti s doprovodem rodičů, sestra tedy může spoléhat i na pomoc rodičů s hygienou dítěte a současně edukovat rodiče o specifické péči v případě výskytu zácpy či enkoprézy, jak popisuje ve své odpovědi sestra S8: „Také vzhledem k tomu, že tady jsou přijímány děti s rodiči, tak pracujeme i s nimi, na to dítě si mohou dohlížet.“

Sestry z ambulancí praktického lékaře pro děti a dorost poukazovaly na fakt, že typicky pracují pouze samy, ve spolupráci s lékařem. Sestra S10: „Neradím se, není s kým,“ a sestra S11 dodává: „Poradíme se tady s paní doktorkou, co dál.“ Sestra S12 uvedla získávání informací z veřejných zdrojů a osobním rozhovorem: „Od doby, co jsem se s tím začala setkávat, jsem si sama zjistila, hlavně z internetu, o co jde a jak s tím zacházet. Bavila jsem se o tom jen s bývalou kolegyní z interny, která zas dříve pracovala na dětském v nemocnici.“

#### 4.1.3.3 Dostupnost edukačních materiálů pro sestry

V této podkategorii bylo zjišťováno, zda probandi mají přístup k edukačním materiálům a jakého jsou tyto materiály druhu. Z rozhovorů byly získány velmi obdobné odpovědi od všech sester. Žádné materiály k dispozici nejsou a je spoléháno na znalosti sester a jejich případné samostudium. Sestra S2 popisuje tento stav: „*Nemáme takové materiály. Někdy se stane, že něco takového přinesou pacienti od praktického lékaře, ale nic zásadního.*“ Podobně se vyjádřila sestra S4: „*Nic nemáme. Nikdy jsem tu žádné neviděla,*“ sestra S8: „*Materiály na oddělení nemáme, něco mají na gastro ambulanci,*“ a sestra S7: „*Nic takového nemáme.*“ Sestra S3 uvedla, že existence pomocného materiálu pro sestry by byla přínosná pro nastupující kolegyně, které nemají zkušenosti při ošetřování dětí a ještě se s podobným dítětem nesetkaly: „*Nějaký přehledný letáček by se nám asi hodil, zvláště mladším sestrám, které s tím zatím nemají dost zkušeností.*“

Sestra S12: „*Nemáme. A nevím o tom, že by to měli vedle v ordinaci.*“ Sestra S11 dodává: „*Máme jen doporučení pro úpravu stravy, ale to není v podobě letáčku, ani nic takového.*“

Stejně jako u materiálů pro edukaci sester nejsou na odděleních k dispozici pomocné materiály pro edukaci rodičů. Zde však odpovědi sestry více obsahují slova poukazující na fakt, že nedostupnost těchto materiálů jim chybí. Sestra S2 odpověděla: „*Bohužel to samé, co výše. Nemáme.*“ Sestra S1, S3 a S4 se domnívají, že tyto materiály „*snad*“ mají lékaři. Příkladem je vyjádření sestry S3: „*Ale vzhledem k tomu, že rodiče mluví hlavně s lékaři, tak snad jim něco dají.*“ Sestra S8 sděluje, že občas rodiče přijdou již na oddělení s informačním letáčkem od ambulantního lékaře: „*Občas přijde někdo s nějakým letáčkem z ambulance.*“

Sestra S9 odpověděla k tomuto tématu: „*Materiály také nemáme a s rodiči se snažíme mluvit co nejvíce formou vysvětlování toho problému, aby dítě nenutili k něčemu, čeho není schopné.*“ Obdobně se vyjádřila sestra S11: „*Edukujeme je verbálně, nemáme žádné materiály, letáčky, nebo něco podobného.*“

#### 4.1.4 Role sestry při edukaci dětských pacientů a jejich rodičů

Tato kategorie byla stanovena vzhledem k faktu, že edukace dětí s enkoprézou a jejich rodičů je zásadním krokem při léčbě a ošetřování pacientů. Sestry v odpovědích zmiňovaly různou míru rozložení této edukace mezi sestry a lékaře.

Schéma 3 Rozložení témat edukace

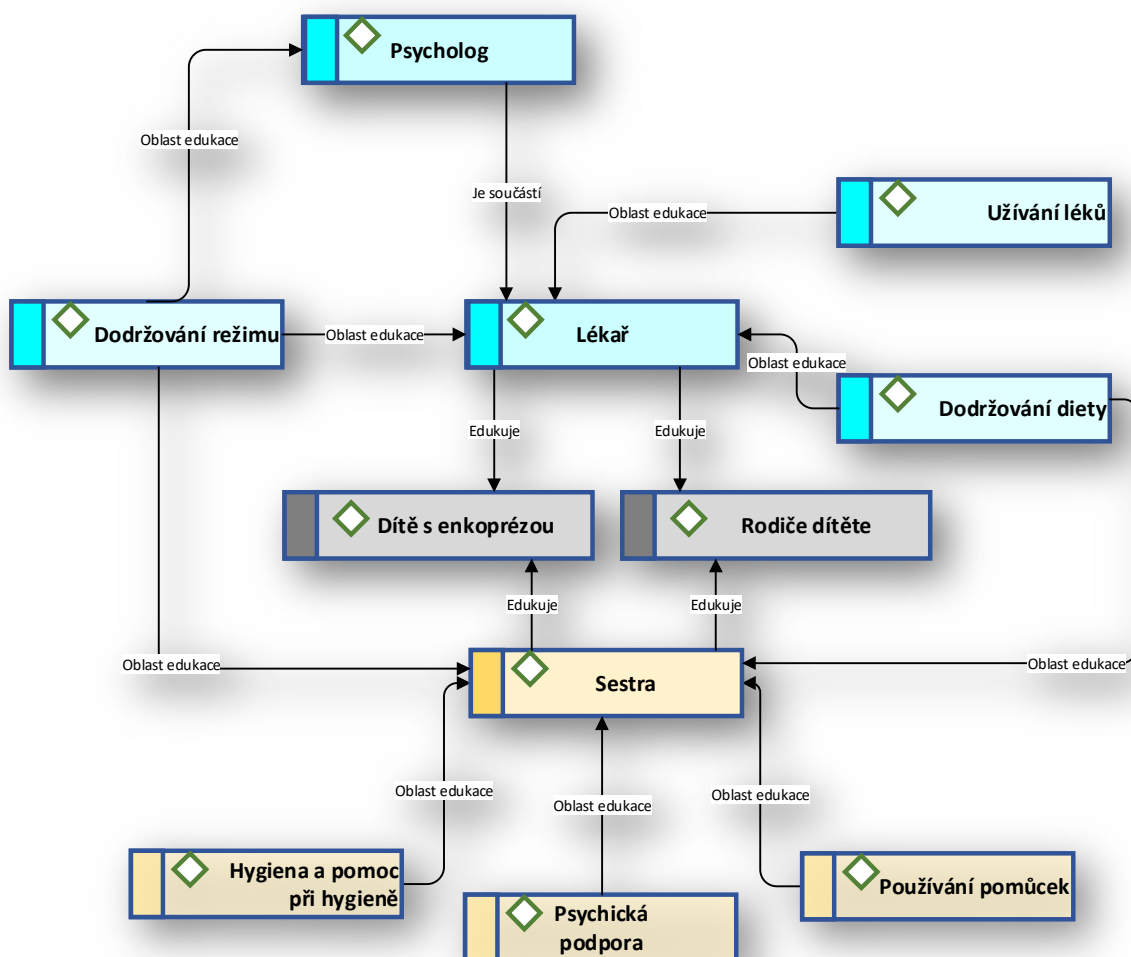


Schéma 3 zobrazuje rozdělení edukace dítěte s enkoprézou a jeho rodičů mezi sestry a lékaře a uvádí typické oblasti edukace jak jsou popisovány v rozhovorech. Bylo zjištěno, že sestry nejvíce provádí edukaci dítěte a jeho rodičů v oblasti hygieny a používání pomůcek. Poskytují také dítěti a jeho rodičům psychickou podporu. Ve spolupráci s lékařem se pak účastní na edukaci v oblasti dodržování diety a nastavení režimu dítěte.

Skupina sester z dětského oddělení psychiatrické nemocnice shodně tvrdí, že edukaci provádějí především lékaři. Sestra S2 tento stav popisuje těmito slovy: „Pokud dochází k takové edukaci, tak hlavně lékařem. Případně psychologem, jiný personál, myslím,

rodiče needukuje.“ Stejně tak sestra S3 poznamenává: „Edukují v největší míře lékaři. Pak psychologové. Vypytávají se na domácí poměry, na vztahy v rodině. Hledají příčinu. Sestry příliš needukují v tomto případě.“ Stejný názor vyjádřila sestra S4: „Asi je tu víc sester než lékařů, ale edukují lékaři. Ona ta spolupráce s rodiči bývá všelijaká, takže je lepší, když to s nimi řeší lékař.“ Obdobně se vyjádřila sestra S5: „Edukaci se věnují především lékaři, sestra dohlíží na prostředí a hygienu, pomůcky.“ Sestra S1 ve své odpovědi uvádí, že edukační aktivity jsou rozděleny mezi lékaře a sestry dle povahy edukace: „Lékaři řeší lékařské věci, nelékaři zase ošetrovatelské záležitosti. My sestry edukujeme ohledně čistého prádla, v případě propustek s rodiči řešíme, aby doma nenajeli na staré pořádky, aby se vůbec dalo něco změnit.“

Z odpovědí sester z dětského oddělení metabolických poruch je zřejmé, že edukace dětí s enkoprézou je zde rozdělena mezi lékaře a sestry a je k ní přístupováno z hlediska dané odbornosti. Sestra S7 ve své odpovědi shrnula tento přístup: „Edukují sestra i lékař. Každý s ohledem na svou práci – sestra edukuje z hlediska přímého ošetřování, lékař třeba, jaké léky bude dítě brát.“ Stejně popsala situaci sestra S9: „Tak počet zhruba vyrovnaný, pokud počítám i psychology. Edukujeme rodiče asi všichni, každý ze svého hlediska.“ Sestra S6 se vyjádřila takto: „Na toto neumím asi odpovědět, je to asi půl napůl, pokud by bylo třeba, asi by k tomu své řekli lékaři a my sestry to doplníme.“ Sestra S8 vyslovila názor, že vyšší podíl na edukaci dětských pacientů a rodičů mají sestry, což odůvodnila takto: „Běžně by měli edukovat spíš lékaři, ale je tu víc sester, tak v tom provozu stejně chodí rodiče víc za námi. Takže myslím, že více edukují sestry.“

Sestry z ambulancí praktického lékaře uvádějí jednoznačné rozdělení edukační práce. Dětského pacienta a jeho rodiče edukuje vždy lékař. Sestra S10: „Tady je to jasně dané, jsem tu jen já a pan doktor. Dítě i rodiče edukuje vždy on,“ sestra S11: „Tak tady jsme jen s paní doktorkou a edukuje spíše ona“ a sestra S12: „Vzhledem k tomu, že tady jsme vlastně ambulantní provoz, edukuje pan doktor.“



#### 4.1.5 Multidisciplinární péče o dítě s enkoprézou

Tato kategorie je určena k analýze reálného stavu multidisciplinární péče o dítě s enkoprézou. V rámci této kategorie byla zjišťována spolupráce s odborníky jiných oddělení než je kmenové pracoviště.

Schéma 4 Multidisciplinární péče

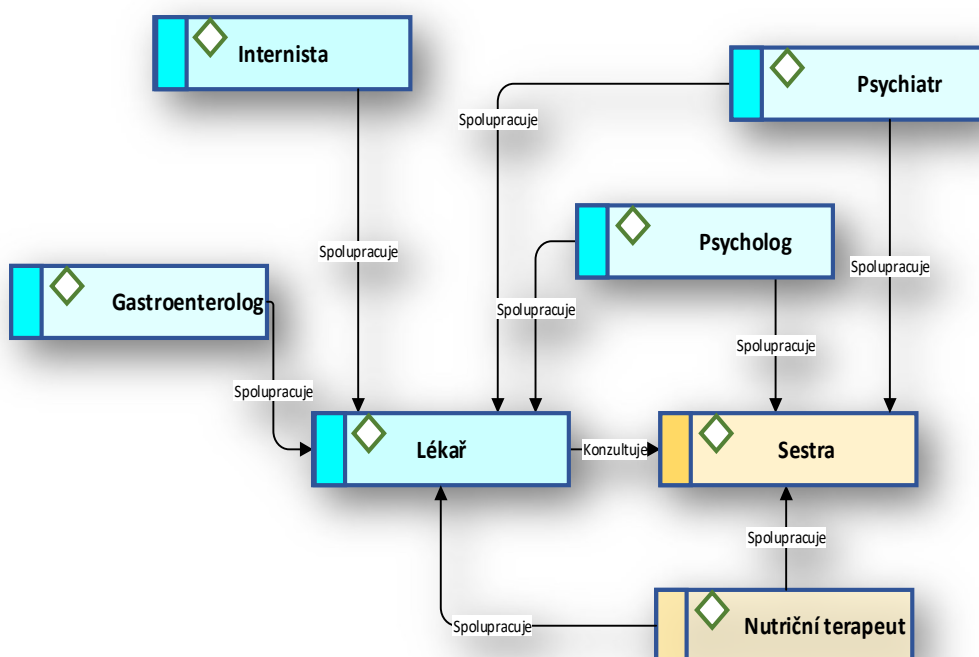


Schéma 4 zobrazuje rozložení multidisciplinární péče o dítěte s enkoprézou. Bylo zjištěno, že sestra primárně konzultuje s ošetřujícím lékařem. Dále spolupracuje s nutričním terapeutem a v případě potřeby také s psychologem a psychiatrem. Z této spolupráce pak vychází při ošetřování dítěte.

Sestry z dětského oddělení psychiatrie uvádí spolupráci s odborníky psychologického a psychiatrického zaměření. Sestra S1 poznamenala: „Většinou je tu enkopréza psychického rázu, takže se jede tímto směrem. To znamená psychiatr, psycholog, terapeut, všichni dají nějaké návrhy, vyhodnocují situaci toho dítěte a pak se vytvoří postup. Je to individuální.“ V případě, že vznikne podezření na organickou enkoprézu, zmiňují sestry ve svých odpovědích spolupráci s odborníky z jiných specializací. Sestra S2 odpověděla k této problematice: „V případě organického záchyty se hledají další příčiny, ale to se týká organické i neorganické enkoprézy. Pokud zjistíme problém, který spadá do interny, nebo gastroenterologie, voláme lékaře s příslušnou specializací.“ Shodně se vyjádřila sestra

S3: „*Pak tu byl kdysi lékař z gastra a dítě jelo na speciální vyšetření střev. Té organické je ale skutečně příliš málo, aby okolo toho běhalo moc odborníků.*“

Sestra S3 uvádí spolupráci s nutričním specialistou: „*Napadá mě hlavně nutriční sestra, pokud jde o dietní chybu. Ta rozepíše stravu a nějaká omezení.*“

Setra S1 popisuje týmovou multidisciplinární péči o dítě následujícími slovy: „*Je tu týmová spolupráce, i když občas máme názory každý jiný, někdo přijde s jiným návrhem, tak zkusíme, co bude fungovat.*“

Dětské oddělení metabolických poruch z povahy oddělení disponuje odbornými kapacitami na diagnostiku a léčbu organických poruch. Tento fakt popisuje sestra S6: „*Tak naše oddělení je víceméně propojeno s gastrem, denně sem chodí gastroenterolog a řeší různé případy, včetně třeba Crohnovy choroby a jiných různých metabolických onemocnění, takže pokud se vyskytne enkopréza, řeší to hlavně on.*“ Stejně tak odpovídá sestra S8: „*Gastro ordinace je přímo tady, vzhledem k povaze našeho oddělení. Další specializace asi není potřeba, respektive jsem nic jiného tady nezažila. A vzhledem k tomu, že tato vyšetření se tu dělají dnes a denně, tak žádné speciální postupy neprobíhají.*“

Na tomto oddělení naopak využívají externí specialisty v případě podezření na neorganickou enkoprézu. Sestra S7 uvádí: „*Postup je takový, že pokud odhalíme enkoprézu psychického rázu, tak se lékaři poradí a vedoucí lékař zavolá psychiatra, dělá se nějaké konzilium a podle toho, k čemu dojdou, postupují dál.*“ Stejně tak sestra S8 poznamenala nutnou účast psychiatra.

Pro spolupráci s psychiatry sestra S1 zdůraznila nutnost této spolupráce zvláště při práci s rodiči dítěte trpícího enkoprézou: „*Při komunikaci s rodiči je to někdy mnohem horší, než komunikace s tím postiženým dítětem. Občas to odmítají, bagatelizují, nespolupracují.*“ Stejně tak poznamenává sestra S2 „*Komunikace s rodiči bývá složitější, někteří to přijmou, někteří o tom již vědí a třeba to dosud i řešili, ale jiní problém odmítnou.*“ Sestra S3 dokonce vyjádřila názor, že komunikace s rodiči dítěte nemá smysl: „*S rodiči se to málo řeší, většinou je to stejně jedno, nenazvou to enkoprézou, řeknou, že to dítě se pokálí jen naschvál, ale problém v tom nevidí.*“

Sestra S3 připomněla opět defekační deník zavedený psychologem na pracovišti: „*Psychologové na to mají takové tabulky na zapisování úspěchu či neúspěchu,*“ sestra S5

zdůraznila roli psychiatrů při řešení neorganické enkoprézy: „*Psychiatři si takové záležitosti hodně berou na starost, mluví s tím dítětem, vysvětlují mu, co to je, jak se toho problému nejlépe zbavit a vysvětlují to podobně i rodičům.*“

Sestry z dětského oddělení metabolických poruch se shodují, že spolupráci s psychology a psychiatry provádí pouze lékaři. Sestra S6 přímo tvrdí: „*To si ale řeší lékaři mezi sebou,*“ sestra S8 dodává: „*V případě neorganické enkoprézy řeší problém hlavně lékaři mezi sebou.*“ Na tomto oddělení je pak zavedenou praxí, že sestry vykonávají ošetrovatelskou péči o dítě, včetně pacientů s enkoprézou, dle doporučení lékaře. Sestra S7 tento postup popisuje následujícími slovy: „*Přijde psychiatr, promluví s dítětem, prohlédne dokumentaci a snaží se určit, proč k enkopréze dochází. Podle toho se odvíjí ošetrovatelská péče.*“

Sestry z ambulancí praktického lékaře popisují specifické postavení ambulančí. Sestra S10 uvádí: „*S nikým. To je věc rodičů, jestli chtějí nějaká další vyšetření, pokud chtějí, sami si to zařídí, my jim dáme maximálně žádanku.*“ Obdobný přístup popisuje sestra S11: „*pokud se nedaří dítě vyprázdnit, pošleme ho na příjem do nemocnice. Tam musí lékař usoudit, jestli je to na hospitalizaci, nebo klyzma, nebo jestli chtějí spolupráci dalších odborností.*“ Sestry popisují standard, kdy lékař buď na základě svého uvážení, či přání rodičů, vydá doporučení k návštěvě specializovaného pracoviště, nemá však žádný vliv na to, zda rodiče s dítětem toto pracoviště navštíví, či nikoli. Tento fakt zjistí, až pokud je jim ze specializovaného pracoviště zaslána zpráva. Tento standard popisuje sestra S12: „*Vím o tom, že se naposledy dítě posílalo k psychiatrickému a psychologickému vyšetření. Dále nám pak přišla zpráva z dětské psychiatrické nemocnice o průběhu hospitalizace.*“

Shodně jako na pracovišti dětského oddělení psychiatrie i sestry z ambulancí praktického lékaře pro děti a dorost sdělují, že v případě rozpoznání neorganické enkoprézy je zásadní problém při komunikaci s rodiči dítěte. Sestra S8 zmiňuje: „*Směrem k rodičům to bývá mnohdy zajímavé, oni spolupracují jak kdy. Některé to vůbec nezajímá, jako když ani dítě není jejich.*“ Sestry S6, S7, S8 tvrdí, že psycholog či psychiatr zvláště spolupracuje při této komunikaci s rodiči: „*Zrovna tak komunikaci směrem k rodičům. Tam nastoupí i psycholog a výsledky jsou různé.*“

Obsáhlejší vyjádření poskytla sestra S9, která upozornila na vliv rodinného prostředí pro výskyt a následné ošetřování dítěte s neorganickou enkoprézou a nutnost spolupráce

s psychiatrem: „*Psychiatr také řeší hlavně rodinnou zátěž, zda již někdo z rodiny podobným problémem trpí, nebo trpěl, nebo zda má na dítě nějaký negativní vliv. V případě psychických poruch, kde je jedním z projevů enkopréza, je špatná rodinná situace běžná.*“ Tato sestra také upozornila na skutečnost, že některé psychiatrické léky vedou ke vzniku zácpy a následně enkoprézy, zvláště lék Risperdal: „*Dále je velmi důležité se domluvit s psychiatrem, aby například vyměnil pacientovi léky. Velice často způsobují psychiatrické léky, třeba Risperdal, těžké zácpy, které pak vedou k enkopréze. Když se ten lék vysadí, problém se upraví.*“

#### 4.1.6 Přístup sestry k dětskému pacientovi a jeho rodičům

Z hlediska specifík ošetrovatelské péče o dětského pacienta s enkoprézou byla stanovena tato kategorie pro analýzu specifického přístupu sestry. Do této kategorie byly zahrnuty otázky zachování důstojnosti a sebeúcty dětského pacienta s enkoprézou a komunikace s jeho rodiči. Specifika ošetrovatelské péče o dětského pacienta, která byla nalezena v rámci analýzy rozhovorů jsou znázorněna na následujícím schématu.

Schéma 5 Specifika ošetrovatelské péče o dítěte s enkoprézou

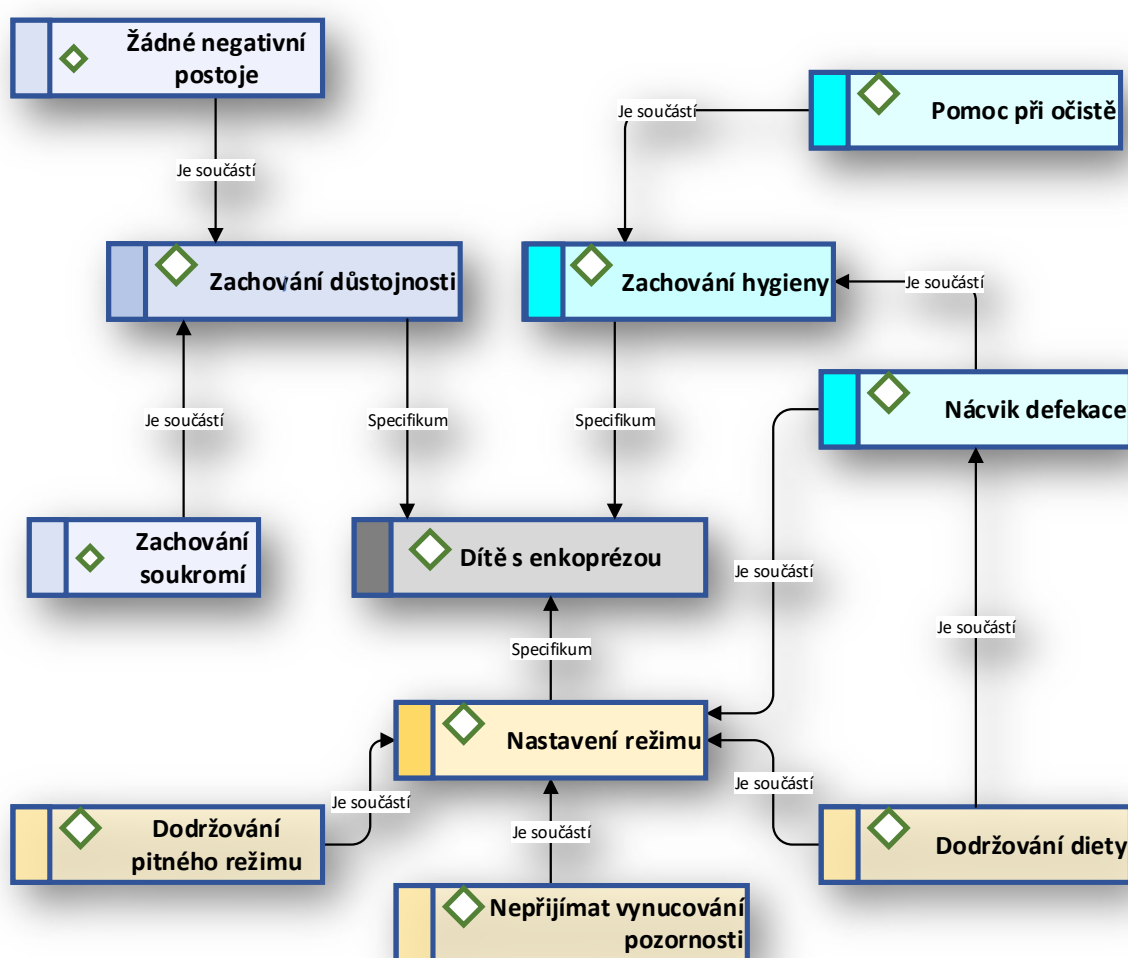


Schéma 5 znázorňuje rozdělení specifík do tří hlavních oblastí, a to zachování důstojnosti, hygieny a zajištění vhodného režimu pro dětského pacienta. V oblasti zachování důstojnosti jsou uváděny požadavky na zachování soukromí dítěte při řešení problémů s enkoprézou a vyhnutí se jakékoli negativní reakci na znečištění a stav dítěte.

Sestry poukazovaly na nutnost zachování intimity při řešení problémů s enkoprézou u dětských pacientů. Sestra S1: „*Chceme samostatný pokoj jen pro něj, aspoň do doby, než*

se naučí pracovat s potížemi, které má.“ Sestra S2 uvedla: „Nikdy to neřešíme před ostatními.“ Stejně tak sestra S3 obdobně: „Určitě to neřeším před ostatními dětmi, vezmu si ho do sesterny, nebo na pokoj.“ Sestra S5 si představuje zachování intimity takto: „V první řadě to neřeším v kolektivu, nejlépe někde, kde jsme sami.“ Stejně téma popisuje sestra S7 následovně: „nebudu nic řešit v kolektivu, nikde, kde by byli jiní lidé. Beru na něj ohled jako na každého pacienta v intimní situaci.“ Sestra S8 dodává: „Téměř vždy jsou na pokoji s rodičem, pokud to jde, takže je zachováno soukromí, to je hodně důležité.“ Sestra S9 k tomuto tématu sděluje: „Je vždy zachovávána intimita, podporována hygiena.“

U skupiny sester z ambulantních ordinací žádná ze sester nezmínila oblast zachování intimity. Lze předpokládat, že prostředí ambulance intimitu a soukromí při pohovoru či vyšetření zaručuje samo o sobě.

Dalším specifickým při ošetřování dětských pacientů s enkoprézou sdělovaným probandy, byla oblast zachování důstojnosti. Při péči o dětské pacienty s enkoprézou sestry zmiňovaly nutnost standardního přístupu, čímž je myšlen přístup jako ke každému jinému problému, bez zdůrazňování specifčnosti problému. Tento postup popisuje sestra S8: „Chováme se k těmto dětem jako ke všem, kteří mají jakoukoli jinou diagnózu. Řeší se to věcně.“ Sestra S9: „Vždy se ke každému pacientovi chováme ohleduplně a empaticky. Zrovna tak k dítěti s enkoprézou.“ Dále sestry popisují postupy pro zachování sebeúcty dětského pacienta následujícími slovy. Sestra S1: „Dohlídíme na něj, určitě ho nijak nesekýrujeme, nenadáváme mu,“ sestra S2: „nevytýkáme, nenadáváme,“ sestra S4: „Nikdy ho neponižuji a nezesměšňuji, spíš se snažím mu dát na vědomí, že to se stane,“ sestra S7: „V každém případě ho nebudu srážet,“ sestra S8: „Nikdy je nezesměšňujeme, ať mají jakýkoli věk.“

Sestra S12 popsala tento přístup: „Přístupujeme k němu stejně, jako kdyby mělo třeba respirační onemocnění.“ A dodala: „Jednáme pouze věcně, bez jakýchkoli výlevů, aby dítěti nebylo jednak ublíženo, také v případě, že si enkoprézou vynucuje pozornost, abychom tomu právě nevěnovaly přesně tu pozornost, kterou dítě chce.“ Přístup sestry S11 vystihuje její vyjádření: „Nikdy mu neříkáme, že za to může, nebo že kdyby něco dělal lépe, tak se mu to nestane.“

Postoj rodičů dětského pacienta s enkoprézou popisuje sestra S1 následovně: „Rodiče z toho bývají unavení, rezignovaní, myslí si, že zkusili všechno“ a dodává: „Někteří to

*skutečně odmítají, říkají, že z toho dítě 'vyroste', případně se nechtějí vůbec bavit.“* Přístup rodičů je dle sestry S1 velmi rozporuplný, zmiňuje příklad: *„tatínek je rád, že se do toho někdo pustil a že dítěti pomůže,“* jindy zase *„my vychováváme, tak se nám do toho nepleťte.“* Sestra S2 dodává: *„Principiálně se jim to stále znovu vysvětluje.“*

Potřebu spolupráce rodičů dětského pacienta s enkoprézou vyjadřuje sestra S4 následujícími slovy: *„Pokud se rodiče snaží dítěti pomoci a jsou schopni si uvědomit, kde je problém, dá se řešit hodně.“* Obdobně se k problematice staví sestra S6: *„Při této situaci je to rodič od rodiče, jak se k tomu postaví. Je nutné je přesvědčit, aby tu diagnózu přijali a nejlépe se naučili i s dítětem s tím pracovat.“*

Sestra S3 uvažuje o postoji rodičů následovně: *„Ti rodiče to vyloženě netabuizují, oni se od toho spíše svým způsobem distancují,“* a dodává *„nevidí v tom problém, případně to svádí na to dítě, že to dělá naschvál.“* Sestra S4 uvádí: *„V případě, že dítě rodiče nemá, nebo má nějaké ‚jednodušší‘, neuděláte nic. Jakákoli snaha nebude mít výsledek.“* Podobný postřeh popsala sestra S6: *„Občas někdo nastoupí systémem, že se ho to netýká, že to přejde samo, nebo dokonce tak, že s tím dítě problém nemělo, ale my jsme mu to tady způsobili.“* Postoj rodičů dětského pacienta s enkoprézou shrnula sestra S8 následovně: *„V zásadě jsou dvě skupiny rodičů, jedna skupina to popírá a ta druhá zveličuje. Defacto, podle toho, kdo před vámi stojí, se snažíme najít ten správný způsob komunikace.“*

Sestra S7 popisuje své zkušenosti následovně: *„Snažíme se těm rodičům vysvětlit, že to není žádná hanba, dodat trochu optimismu, že je to řešitelné“* a dodává: *„je nutné jim sdělit, že dítě potřebuje větší péči ohledně té hygieny a aby mu za to nespílali.“* Tato sestra také poukázala na nutnost úpravy stravy dětského pacienta: *„Také aby dbali na úpravu stravy, ale to se odvíjí od toho, kvůli čemu tu enkoprézu má, nikdy nevíte, rodiče jsou různí.“*

Sestra S9 popisuje spolupráci s rodiči následujícími slovy: *„Spolupráce s rodiči je různá. Někdy přijdou tací, kterým to stačí vysvětlit, oni mají velký zájem, aby se dítě uzdravilo a dostalo do normálu, ti to zvládnou s pár radami sami.“* Dodává však, že u všech rodičů není tento přístup stejný: *„Ale pak přijdou takoví ti jednodušší rodiče a tam je to horší. Oni vůbec nezvládají ten režim, který je tam tak důležitý.“* Sestra S9 výslovně zmínila problém komunikace s rodiči v případě, že dítěti byla ordinována laxativa vzhledem k zácpě: *„Nechtějí dítěti dávat dětská osmotická laxativa, která musí dítě užívat, řeknou*

*třeba, že to je návykové, špatné a pak se dítě, kterému se třeba už dařilo se vyprazdňovat, dostane zas na začátek.*“

Sestra S5 jako jediná měla zkušenost: *„Já jsem dosud negativní přístup rodičů neviděla.“*

Sestry z ambulantních ordinací praktického lékaře na spolupráci s rodiči dětského pacienta s enkoprézou nahlíží velice obdobně. Sestra S10 na dotaz spolupráce s rodiči uvádí: *„Relativně dobře, i když u některých rodin spolupracuje a chápe víc to dítě, než dospělý.“* Obdobně se vyjádřila sestra S11: *„To je jak kdy. Když přijdou s tím, že se to děje, přiznají si, že to doma nezvládnou sami a chtějí problém pořešit, tak spolupráce je bez problémů.“* Sestry zmiňují i problematické stránky komunikace s rodiči dětského pacienta. Sestra S10: *„Někteří rodiče běhají s dítětem z jednoho vyšetření na druhé a jiní se na to vykašlou a nechťejí o tom vůbec vědět. Jiní zas obviní to dítě, že si to samo způsobilo, nebo to dělá schválně“* a dodává svůj názor: *„a je fakt, že v rodině, kde jiné věci fungují normálně, se tohle většinou nestává. Týká se to z 90% rodin nějak nestandardních, sociálně problémových.“* Sestra S12 uvedla: *„Je to různé. Ale je dost rodičů, kteří to hrozně bagatelizují, říkají, že z toho dítě vyroste, že to samo přejde.“* Sestra S11 poukázala na specifika spolupráce s rodiči ze sociálně vyloučených rodin: *„Potíž je u rodin sociálně vyloučených, u některých menšin. Tito lidé vůbec nepochopí, co jim říkáte. Můžete je edukovat o režimu jak chcete, výsledek to mít nebude. Tam je skoro lepší poslat dítě k hospitalizaci, protože tam se to pohlídá.“*

Sestra S12 vyslovila obecnou úvahu: *„Dneska je vůbec tendence všechno přecházet. Děti si neumějí zavázat ve třetí třídě tkaničky a rodič si myslí, že je to tak v normě. Pak se ty normy posouvají donekonečna. S enkoprézou je to podobné. Nechápu, jak jim to může připadat normální a samoukončující.“*



#### 4.1.6.1 Vnímání úlohy sestry v péči o dětského pacienta s enkoprézou

Podkategorie vnímání úlohy sestry v péči o dětského pacienta s enkoprézou si klade za cíl nalézt jednotlicí prvky ve vyjádření jednotlivých probandů. V těchto vyjádřeních jsou obsaženy subjektivní názory jednotlivých probandů, které jsou systematizovány dle jednotlivých kódů. Dále se zde nacházejí vyjádření sester k jednotlivým oblastem této podkategorie.

V oblasti směřování k akceptaci a zájmu o léčení u dětského pacienta sestry uvádějí případy odmítání problému dětským pacientem. Sestra S1: „*Soustředil se možná jinam, na jiné věci, možná ani nepostřehl, že má problém s únikem stolice. Byl i tady na oddělení s tím problémem docela komfortní. Nevadilo mu to. Nepovažoval to za problém. Prostě měl jen špinavé kalhoty – no a co.*“ Sestra S2 popisuje situaci: „*Byl tu asi před půl rokem chlapec s těmito potížemi. Bylo mu asi 12 let, byl pořád celkem v opozici, skrýval to a odmítal ukázat kalhoty.*“ Sestra S3 zmiňuje případ mentálně retardovaného chlapce: „*Vzpomínám na jednoho, který když měl jen trochu ušpiněné kalhoty, tak rychle tlačil, aby toho vytlačil víc. Pak stolici naházel pod topení, následně to všechno ještě pomočil a měl z toho radost.*“ Sestra S5 si pamatuje odmítání problému u dvou chlapců 10 a 15 let: „*Měli to podobné. Oba zapírali problém.*“ Sestra S7 uvádí případ dívky: „*Strkala si něco do konečníku, poškodila si ho a pak u ní právě docházelo k tomuhle špinění. Moc jí to nevadilo, naopak, snažila se to zkoumat a jen čekala, co z ní ještě vyjde.*“. Sestra S10 popsala přístup, který aplikují rodiče pacienta: „*Prý se mu děti smějí, tak se pak zase pere.. nemá to řešení, dokud ho rodiče nepřinutí sedět v klidu aspoň na toaletě.*“

Sestra S3 zmínila případ 12ti letého pacienta: „*Nebylo jednoduché s ním vyjít, přecházel pak z napětí do určité agrese, ostatní děti ho neměly rády, byl to takový ten komplikovaný pacient, u něhož se musíte hodně ovládat a být profesionální*“ a dodává „*nutno říci, že se enkopréza začala upravovat až ve chvíli, kdy se začal zklidňovat on.*“ Sestra S1 si vybavuje situaci zklidnění dítěte po úpravě vztahů s otcem: „*prošli rodinnou psychoterapií a pokud vím, situace s enkoprézou se zlepšila.*“

Dále sestry vysvětlují postupy asistence dítěti s enkoprézou při hygieně. Dohlízejí na to, aby v případě ušpinění prádla dítě provádělo řádně očistu a měnilo si prádlo. Sestra S6 k tomuto tématu sdělila: „*Byl celkem spolupracující a šikovný, takže se mu dalo vysvětlit, že je nutné zachovávat hygienu a když byl ušpiněn od stolice, normálně to přišel říci.*“ Sestra S3 popisuje: „*Denně je několikrát kontrolujeme, sprchujeme, velmi se dbá na*

hygienu, převlékají se.“ Sestra S1: „*Postup je takový – začínáme od A – učit je veškeré návyky a hygienické úkony.*“ Sestra S7 vnímala vazbu s edukací rodičů: „*Je nutné jim sdělit, že dítě potřebuje větší péči ohledně té hygieny a aby mu za to nespílali.*“

Dalším bodem této podkategorie je zachování důstojnosti a psychické integrity dětského pacienta. Sestry ve svých odpovědích popisují postupy chránící psychickou integritu dítěte. Například sestra S10 uvádí: „*V první řadě to bereme vážně. Nesmějeme se mu, nezlehčujeme to.*“ Sestra S7 zmiňuje: „*V každém případě ho nebudu srážet, nebudu nic řešit v kolektivu, nikde, kde by byli jiní lidé. Beru na něj ohled jako na každého pacienta v intimní situaci.*“ Stejně jako sestra S9: „*vždy se ke každému pacientovi chováme ohleduplně a empaticky. Zrovna tak k dítěti s enkoprézou. Je vždy zachována intimita, podporována hygiena.*“ Sestra S4 vyjádřila názor o původu enkoprézy právě z narušení důstojnosti a psychické integrity dítěte: „*Může to být v rodině, ty děti to ponejvíce asi schválně nedělají. Někdy je to taková akce–reakce. Stane se jim to, smrdí, někdo se jim směje, to dítě propadne depresi a z toho pohnutí se mu to děje častěji.*“

V oblasti nácvičku defekačního režimu a diety sestry dle svých vyjádření dohlížejí na defekační režim dětí a zajišťují, aby pobyt na toaletě byl zafixován jako běžný účelný proces. Sestra S5 k tomuto uvádí: „*Myslím, že u mnoha dětí s enkoprézou nebyl vytvořen režim pro utvoření defekačního reflexu. Tyto děti nemají režim celkově. Špatně vstávají, nepijí, nevhodné stravovací návyky. Zde na oddělení se jim upraví režim, většinou to nese výsledky.*“ Zkušenosti s dítětem bez navyklého režimu má i sestra S10: „*Prostě přiletí na záchod, sedne, trochu toho udělá a zas běží. Prostě se nikdy pořádně nevyprázdní. Takže potom takhle umazává a je mu to celkem jedno.*“ Sestra S2 dále zmiňuje: „*Vysazujeme je častěji, někdy mají pleny, když vysazování nefunguje. Stejně je to i v režimu pomočování, před spaním je dáme vymočit, budíme zhruba v 1 hod v noci, pak posouváme čas.*“ K úpravě složení potravy sestra S1 poznamenává: „*Také potřebují nutně kontrolu stravy, aby nedocházelo ke zbytečným dietním chybám, oni se často přepřelávají sladkostmi a nedělá to jejich zažívání dobře.*“ Úpravu stravy jako standardní postup popisuje sestra S11: „*Nejdříve se vždy upravuje dietní režim, pití.*“

#### 4.1.7 Potřeby dětského pacienta s enkoprézou

Kategorie potřeb dětského pacienta s enkoprézou analyzuje, jak probandi vnímají ze své zkušenosti tyto potřeby, jednotlivé sestry se vyjadřují k této kategorii v následujících bodech.

Schéma 6 Potřeby dítěte

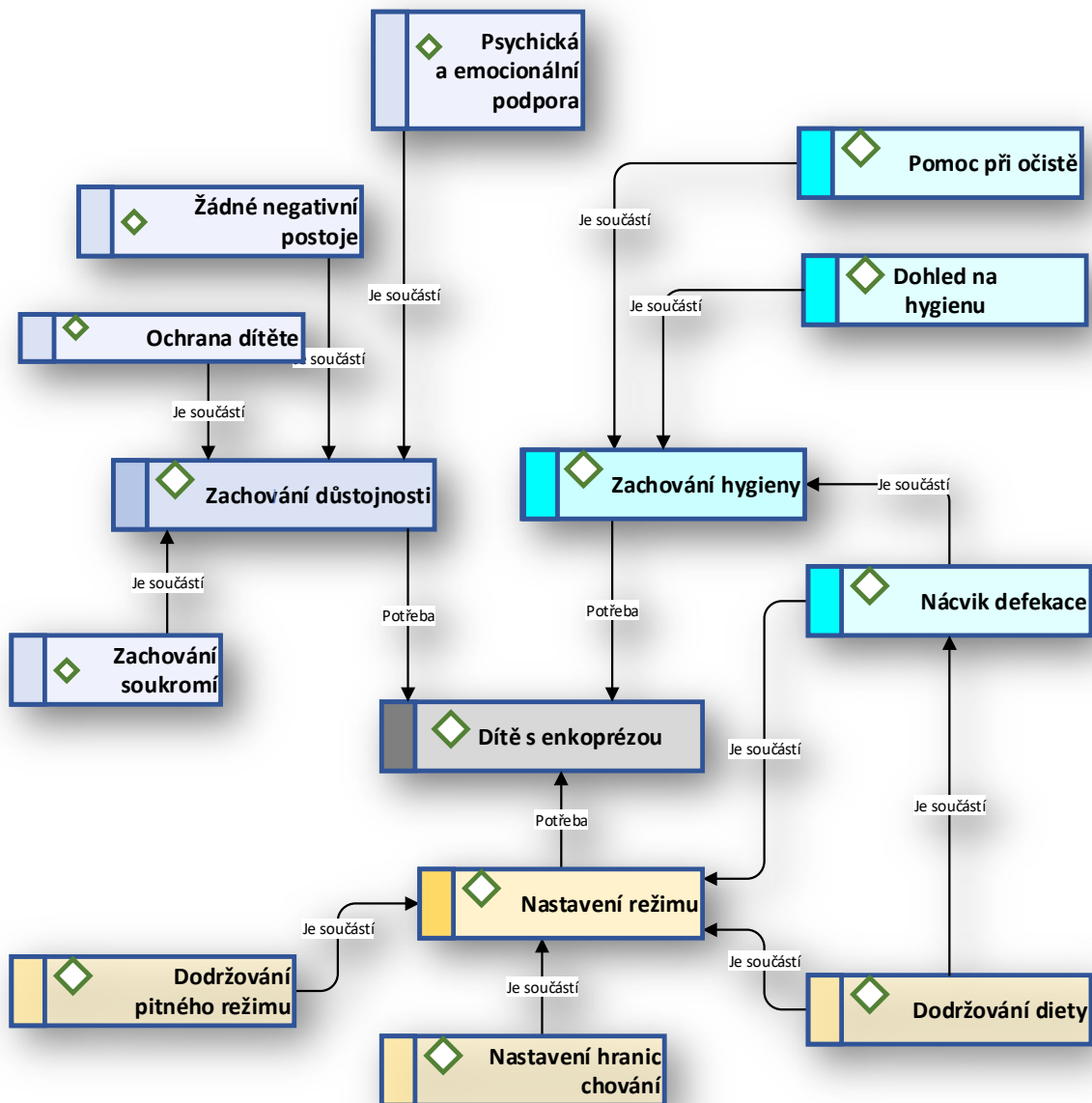


Schéma 6 přehledně uvádí potřeby dětského pacienta s enkoprézou jak byly nalezeny analýzou rozhovorů. Bylo zjištěno, že potřeby dítěte s enkoprézou se dělí do třech oblastí stejně jako specifika ošetrovatelské péče (Schéma 5) a to zachování důstojnosti a hygieny a zajištění správného režimu dítěte s enkoprézou.

Nastavení hranic chování – sestra S1 popisuje problematiku takto: „*Na začátek bych ráda zdůraznila, že je třeba ‘zarazit’ hranici, než dojde do dospělosti*“ a dále pokračuje „*a potřebuji někoho k sobě, kdo to s nimi bude řešit. Sami na to nepřijdou, jak se enkoprézy zbavit.*“ Sestra S9 se k dodržování režimu vyjádřila následovně: „*Je nutné k nim přistupovat opatrně, empaticky, ale důsledně. Pokud se naučí respektovat a dodržovat režim, upraví si stravu a pití, často enkopréza vymizí a už se nevrátí.*“ Podobně sestra S12 vnímá situaci, kdy dítě postižené enkoprézou užívá poruchu jako nátlakový prostředek na okolí: „*Ale už i vzhledem k výše uvedené zkušenosti se domnívám, že by se tomu měl člověk věnovat věcně a klidně. Aby si z toho dítě neudělalo bič.*“

Dále je sestrami popisován fakt, že dítě potřísněné výkaly zapáchá a tím je vyvolána negativní reakce okolí. Sestra S1 udává: „*Člověk umazaný od stolice zkrátka smrdí, to je třeba vzít na vědomí. Děti v kolektivu bývají kruté. Posmívají se těm postiženým, rychle na ně poukazují, dochází k šikaně.*“ Sestra S4 popisuje problematiku následovně: „*Mají potřebu být čisti a nesmrdět,*“ dodává „*problémy má to dítě hlavně v sociální oblasti, často jsou kvůli tomu odstrkované, vysmívané, nechťené.*“ Obdobně nahlíží na věc sestra S6: „*Nejvíce problémů bude mít s ostatními dětmi, je to vždycky cítit, prostě to dítě smrdí a ostatní mu to dají nepříjemně najevo.*“ Sestra S10 poukazuje na nebezpečí sociální vyloučenosti: „*Bude mu hrozit sociální vyloučení. Posměch. Začne zabředávat do depresí. Jestliže psychiatrickou poruchu ještě nemá, spíš se mu rozvine.*“

Sestry poukazují na fakt, že dětský pacient s enkoprézou nemůže svoji situaci vyřešit bez pomoci rodičů, ošetřujícího personálu a dalších dospělých. *Nezbavovat se zodpovědnosti za jejich trápení, frustrace, poruchy.*“ Sestra S2 potřebu pomoci dítěti popisuje následujícími slovy: „*Rozhodně nácvik, předcházení, vyrovnávání se, když k tomu dojde. Aby se dítě nevystresovalo ještě více a pak mu ten stres nebránil se toho zbavit.*“ Sestra S3: „*To dítě bude vždy potřebovat ochranu, podporu rodiny, nebo alespoň někoho známého, kdo bude ochoten to s ním řešit. Obecně budou tyto děti vždy potřebovat zázemí.*“ Sestra S6 zdůrazňuje potřebu podpory při vymanění se z izolace: „*Rozhodně potřebuje péči, tu fyzickou, jako třeba pomoc s hygienou, vyprání prádla a tak. A jistě i podporu, nenechat ho v té izolaci a snažit se ho začlenit co nejvíce.*“ Potřebu podpory v rodině popisuje sestra S8 následujícími slovy: „*Shoduje se to s tím, co jsme si tu říkaly, vždy je to o té rodině, dát tomu dítěti pocit bezpečí, když je dítě v psychické pohodě, tak se všechno dá do normálu.*“

Sestra S5 objasňuje potřebu pohybu: „*Hrozně moc potřebují pochopení, pozornost, začlenění do kolektivu, také pohyb, kterého mívají nedostatek. To tělo při zdravém pohybu úplně jinak funguje.*“ Sestra S7 popisuje potřebu psychické podpory a ochrany dětského pacienta: „*V první řadě je třeba mu dát najevo, že to není nic tak strašného, že by to nešlo řešit. Oni se musí hlavně uklidnit. A nedovolit, aby ho kvůli tomu někdo trápil.*“

Včasné řešení enkoprézy u dětských pacientů, považuje za zásadní sestra S10: „*Enkopréza by se měla vyřešit co nejdříve, než se rozjede kolotoč posměchu a urážek ve škole.*“ Sestra S1 dodává: „*Je třeba to řešit včas, jasně, důsledně.*“

## **4.2 Případové studie dětí s enkoprézou**

Jména dětských pacientů jsou pozměněna pro zachování jejich anonymity.

### **4.2.1 Valentýna**

Valentýna je 16ti letá dívka. Momentálně je hospitalizována v dětské psychiatrické nemocnici. Je to její osmá hospitalizace tady, během posledních šesti let byla hospitalizována několikrát na dětských odděleních dalších psychiatrických nemocnic.

Dívka trpí emočně nestabilní poruchou osobnosti. Pochází z neúplné rodiny, žije jen s maminkou a babičkou. S otcem se stýká pouze jedenkrát ročně. Maminka si s její výchovou neví rady. Udává, že Vali zlobila odmalička, hodně věcí si „vyřvávala“ na ní i na babičce. Raději jí vždy vyhověly, aby si sousedé nepřišli stěžovat na věčný křik a později, aby se dívka sama netloukla. Když jí bylo asi 6 let, poprvé se v afektu rozběhla hlavou do zdi. Potom se začala sama škrábat a kousat. Ubližovala fyzicky i babičce, bila ji rukou, kousala. Byly s tímto problémem u lékaře, mysleli, že má nějakou psychickou poruchu, nebo ADHD, ale nic z toho nebylo potvrzeno.

Dostala tehdy nějaké léky na zklidnění, docházely s ní k psychologce. Chvíli to bylo lepší, ale Valentýna se vztekala pak i ve škole, jen co se jí v něčem nevyhovělo. Před učitelkou i dětmi se škrábala schválně v obličeji, aby všichni viděli, co jí udělali. Když měla pocit, že to nepomáhá, začala fyzicky napadat děti, nebo učitelku. Léky jí lékař později vysadil, protože ji tlumily v nevhodnou dobu. Valentýna usínala ve škole třeba při druhé hodině a pak byla mrzutá a nevrlá.

V osmi letech byla prvně hospitalizována, to už nešlo zakrýt škrábance a řešilo se ve škole, jestli není týraná. V nemocnici se situace spíše zhoršila. Na pokoji s ní byly další dívky, které se také sebepoškozovaly a Vali se od nich podle vyjádření maminky naučila, „co ještě neuměla“.

Tam také přišlo poprvé umazávání stolicí, měla stále něco v kalhotkách. Dívky se jí smály a tím se problém ještě zhoršoval. Všem pak připadalo, že umazávání stolicí dělá ještě naschvál. Když se jí zdálo, že je na ní někdo zlý, nebo se jí směje, nebo nevyhoví jejímu požadavku, tak si trochu zatlačila a bylo to. Případně to doprovodila brachiální agresí. Tato situace se táhla asi dva roky a stala se standardem.

Valentýna během hospitalizací vlivem užívání různých léků hodně přibrala, v 16ti letech při 170 cm váží 110 kg, ovšem je nutno podotknout, že se i nekontrolovatelně přejídá.

Matka jí nosí sladkosti, brambůrky a jiné vysokokalorické pochutiny. V režimu oddělení je sice stanoveno, že takovéto jídlo je na přiděl, ale dívka dokáže během vycházky s matkou sníst abnormální množství takovýchto potravin. Ostatním pacientkám krade jídlo a když se nikdo nedívá, dojídá po nich. Matka si nepřeje, aby byla v jídle omezována, tudíž nemá v nemocnici nařízen žádný redukční režim. Spolupacientky se jí bojí a ona toho využívá. Našla fyzickou převahu a používá ji. Bohužel i doma, neváhá uhodit matku i babičku. Když je její chování neúnosné, zavolají záchranku a dívka je opět odvezena k hospitalizaci.

Lékaři udělali několik změn léků, aby se vyřešila enkopréza, ale ta trvá stále. Poslední roky dokonce i ve chvíli, kdy Vali leží v posteli a nechce se jí vstát. Tak to jednoduše „pustí“. Pach a dyskomfort jí nevadí, zvykla si na to. Zjistila, že když má něco v kalhotách, tak si jí hned každý všimne, ať už ostatní děvčata na oddělení, která jí kvůli tomu většinou spíše nadávají, nebo personál, který to jde řešit, nutit ji do sprchy a k převlečení, což ona odmítá, nicméně je to pro ni dobrá příležitost se fyzicky prát.

Dívka má IQ jen lehce podprůměrné, takže je zcela v jejich rozlišovacích schopnostech poznat, kdy a kde je vhodné se vyprazdňovat. Medikaci má nejnížší možnou, enkoprézu by jí jako vedlejší účinek neměla způsobovat. Lékaři se domnívají, že projevy enkoprézy jsou v jejím případě projevem vzdoru, neochoty spolupracovat, neochoty ke společenským konvencím.

Lékař edukuje matku o nutnosti nastavení režimových opatření, úpravě stravy a redukční dietě. Dle vyjádření ošetřujícího lékaře je režim u dívky nezvládnutý a dívka nemá z dětství nastavena žádná pravidla, je naučena na citové vydírání jako normu chování.

Matka s babičkou už se Valentýny bojí, nechtějí ji doma, nezvládají její agresi, ani snahu sama sebe poškodit. V řešení je nyní diagnostický ústav, kam chtějí dívku umístit.

Ošetřovatelská specifika při péči o tuto dívku spočívala v kontrole a pomoci dodržování hygieny. Dále sestra nastavuje a udržuje režim dítěte. Sestra prováděla častou kontrolu dívčina prádla a zvýšený dohled při hygieně. Sestra s dívkou chodí do sprchy a dohlíží na důkladnou očistu v případě, že zaznamená únik stolice. Ve chvílích, kdy dívka podléhá afektu, se sestra pokouší zaujmout dívku k jiné činnosti. Stále dochází k edukaci dívky, vždy se snahu o maximální soukromí, nicméně dívka o soukromí v této záležitosti nestojí. Naopak projevy enkoprézy prezentuje všem okolo. Sestra jí vysvětluje, že tento

stav jí nepřinese žádné výhody, naopak výsměch kolektivu a snaží se ji přesvědčit o přínosech správné hygieny, včetně záležitostí přidružených k enkopréze a její nadváze, jako jsou například opruzeniny, gynekologické potíže a neustálý zápach.



#### **4.2.2 Saša**

Saša byl 17 letý chlapec, který byl hospitalizován na dětském oddělení metabolických poruch.

Od raného dětství trpěl několika závažnými poruchami metabolismu, které se nedařilo vyléčit. Poprvé byl hospitalizován kvůli stále trvajícím průjmům s podezřením na ulcerózní kolitidu. Ta se následně nepotvrdila, ale průjmy, bolesti břicha a neprospívání pokračovalo dále. Hoch prošel mnoha vyšetřeními celého gastrointestinálního traktu, následně mu byla diagnostikována Crohnova choroba. I přes veškerou péči a léčbu jeho potíže přetrvávaly a přestal i růst následkem poruchy absorpce živin. Mentálně a intelektuálně byl vyvinut adekvátně svému věku. Další čím trpěl, byla artritida a časté kožní výsevy. V jeho asi 8 letech průjmy ustaly a naopak začal trpět zácpou. Nevylučoval stolici až 12 dní, poté dostal laxativa, někdy musela být stolice digitálně vybavena. Tento neuspokojivý stav trval zhruba rok. Během té doby začal chlapec umazávat a byla mu diagnostikována funkční enkopréza. V jeho případě nepomohla režimová opatření ohledně stravy a pitného režimu, nastavení defekačního režimu, ani běžně používaná medikace ke změkčení stolice.

Několikrát do roka mu bylo aplikováno klyzma v naději, že se střevo vyčistí a uklidní. Tento postup vždy zabral na krátkou dobu a problémy se objevily znovu.

Matka se chlapce vzdala kvůli jeho potížím a dostal se do dětského domova. Vzhledem k takto závažným a specifickým zdravotním potížím strávil v nemocnici převážnou část roku a to mezi jeho 5 – 12 rokem věku. Ošetřující sestry nazýval tetami, k nimž velmi přilnul. Trávil na oddělení i mnohé Vánoční svátky a když si chtěl číst, vyžadoval odbornou literaturu nebo chtěl číst standardy oddělení.

Sestry se vždy snažily vytvořit mu co nejlepší prostředí, chlapec časem běhal po oddělení i sesternách, aby nemusel trávit tolik času jen v pokoji. Vždy mu bylo umožněno se v klidu převléknout, o problému věděl, ze začátku se za enkoprézu velmi styděl, po nějaké době se s tím smířil a dovedl adekvátně reagovat, sám se umýt a ošetřit.

Sestry ho naučily používat různé krémy a masti k ošetření popraskaného konečníku a případných opruzenin. Zrovna tak si uměl posléze sám ošetřovat vyrážky, kterými trpěl.

Dostával veškerou medikaci, kortikoidy a antibiotika. Tyto léky bral i po odchodu z nemocnice, kdy byl schopen se definitivně o svou přetrvávající enkoprézu starat sám a

mohl žít v dětském domově. Do nemocnice docházel jen na pravidelná vyšetření, už bez hospitalizací.

V Sašových 17 letech, kdy měl tělo zhruba na úrovni šestiletého dítěte se bohužel sečetly roky trvající nemoci, množství léků, které za tu dobu bral i konzistentní malnutrice. Došlo u něj k ischemii a ucpání mozkové tepny a po dalších 14 dnech v nemocnici na oddělení bohužel zemřel.

## 5 Diskuze

Diplomová práce se zabývá problematikou dětských pacientů s enkoprézou z hlediska specifík ošetrovatelské péče. V práci jsou analyzovány taktéž širší vazby na jiné zdravotní problémy těchto pacientů. Tyto širší vazby ovlivňují směřování ošetrovatelské péče.

První výzkumná otázka je zaměřena na profesní zkušenosti sester s ošetrovatelskou péčí o děti s enkoprézou. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že většina sester popisuje zkušenosti výhradně s neorganickou enkoprézou. Sestry popisující zkušenosti s organickou enkoprézou mají současně zkušenosti i s neorganickou enkoprézou. Tento výsledek je v souladu s tvrzením Koppena (2016), že u 95% dětí trpících inkontinencí stolice nemůže být identifikována organická příčina. Dalším zjištěním, které zcela odpovídá dostupné literatuře a praxi, je, že většina sester uvádí zkušenosti s ošetřováním chlapce s enkoprézou. Zkušenosti s ošetřováním dívky zmínily pouze dvě sestry. Toto rozdělení odpovídá tvrzení Hara a Croffie (2010), že 80% dětských pacientů s enkoprézou tvoří chlapci.

Dále byly v první výzkumné otázce zkoumány odpovědi sester na schopnost rozeznat enkoprézu u dítěte. Při hodnocení vlastní odborné připravenosti na rozpoznání enkoprézy u dětí a odlišení od jiných stavů si všechny sestry byly jisté svou připraveností. Nicméně při analýze odpovědí bylo zjištěno pouze opakování příznaku umazávání od stolice. Probandi přes svoji praxi nebyli schopni podat přesné vymezení příznaků, kdy se u dítěte jedná o enkoprézu. Abrams (2017) či Frances (2013) uvádí v souladu s DMS-5, že diagnostika enkoprézy vyžaduje opakované vyměšování stolice na nevhodných místech, ať záměrné, nebo mimovolní. Tyto epizody se opakují minimálně jednou měsíčně a to po dobu minimálně tří měsíců. Dítě je starší čtyř let (při normální úrovni vývoje). Epizody nejsou následkem podání léčiv či substancí s psychologickým efektem nebo důsledkem celkového zdravotního stavu. Sestry tedy nejsou seznámeny s přesným postupem určení enkoprézy jak uvádí například Rogers (2012) dle postupů vytvořených UK National Institute for Health and Clinical Excellence. Tyto postupy vyžadují zjištění historie vzniku problému jako je chronická zácpa, či opakovaná bolestivost při defekaci. Dále zjištění dietetických návyků dítěte, zvyklosti režimu defekace a v neposlední řadě informace z lékařského vyšetření specialistů na oblasti gastroenterologie a psychologie.

Analýzou poskytnutých informací o vzdělávání sester (Schéma 2) bylo dále zjištěno, že je u sester spoléháno zejména na praxi a předávání informací na pracovišti. Dále sestry

poukazují na informace získané ve škole, samostudium a některé návštěvy seminářů. Vzdělávání sester v oblasti ošetrovatelské péče o dětského pacienta s enkoprézou tedy dle výsledků výzkumu není věnována systematická péče. Sestry z výzkumného souboru se neselektovaly se systematickým vzděláváním jaké uvádí Tappin (2013) a své znalosti čerpají téměř výhradně z praxe. Podle Tappin (2013) správné vedení ošetrovatelské péče snižuje na polovinu počet dětských pacientů s přetrvávajícími obtížemi.

V rozhovorech sestry uváděly souvislosti enkoprézy s dalšími problémy dítěte (Schéma 1), které mají vliv na ošetrovatelskou péči. Nejvíce souvislostí bylo sestrami identifikováno v rodinném prostředí, kde figuruje osoba či osoby negativně působící na dítě. Silnou souvislost psychologie rodinného prostředí na vznik a léčbu enkoprézy a dalších poruch vyměšování u dětí popisuje své práci také Akdemir (2015) či Velemínský (2017). Dle těchto autorů jsou nejčastějším zdrojem vzniku problémů s vylučováním přemrštěné požadavky rodičů na dítě, tedy příliš brzké vyžadování defekace do nočníku, které vede k psychickým problémům dítěte. Vylučování je tedy pro dítě stresujícím momentem místo přirozeného uspokojení z uvolnění střev. Opačným extrémem je naprostý nezáměr o vývoj dítěte, které pak nezíská sociální návyky ani v oblasti vylučování.

Dle Coehlo (2011) a Zaky (2016) může být působení rodinného prostředí negativní i v tom smyslu, že dítěti nejsou nastaveny pevné hranice ve výchově a je mu ustupováno při projevech poruch chování. Dle Abramse (2017) lze tento vliv pak hodnotit tak, že dítě upozorňuje na svoji osobu. Při analýze rozhovorů v této práci (Schéma 1) bylo zjištěno, že toto upozorňování na svoji osobu může být určitým podvědomým voláním o pomoc, nebo agresí k vynucení pozornosti. Zde je nutná zkušenost sestry při ošetrování dítěte, aby rozeznala příčiny a důvody a přizpůsobila jim svoji práci jak uvádí Frances (2013). Sestra tedy při směřování své ošetrovatelské péče musí brát do úvahy sociální nastavení rodiny, z kontaktů a rozhovorů s rodiči dítěte. Tappin (2013) tento krok také uvádí jako výchozí bod standardního postupu při plánování ošetrovatelské péče.

Druhá výzkumná otázka byla určena na nalezení oblastí, na které se zaměřuje práce sestry v souvislosti s péčí o dítě trpící enkoprézou (Schéma 5). Z provedené analýzy vyplývá, že klíčovými oblastmi jsou dohled nad hygienou dítěte, péče o zachování důstojnosti dítěte a nastavení a udržení režimu pro dítě. Jarczyk, et al., (2018) ve své práci popisuje program komplexní péče o děti s inkontinencí zahrnující oblasti urologie,

gastroenterologie a psychiatrie. Tento program je zaměřen jak na děti s enurézou, tak děti s fekální inkontinencí. Specifika ošetrovatelské péče se dělí dle výzkumu provedeného v této práci na oblasti zachování důstojnosti, zachování hygieny a nastavení režimu dětského pacienta.

Dítě trpící enkoprézou většinou vnímá svůj stav se studem a zahanbením. V tomto případě je nutné citlivě přistoupit k pomoci dítěti s hygienou, zajistit jeho očistu a výměnu prádla. Probandi vyjadřující se k tomuto problému shodně vyjadřují nutnost pomoci dítěti s hygienou, nikoli provádět tuto hygienu bez aktivní účasti dítěte. Postup nápomoci dítěte při hygieně popisuje také ve své případové studii Davis (2016). Autor doporučuje vysvětlit dítěti správný postup při defekaci a očistě a v případě znečištění dítěte či spodního prádla předvedení správného postupu. Důležitá je podle autora nejen samotná očista, ale i edukace o sociálních vztazích, které jsou zápachem znečištění zásadně narušeny. Cílem je, aby dítě s enkoprézou přijalo svůj problém a naučilo se ho řešit. Potřebu citlivého přístupu se zachováním důstojnosti dětského pacienta u dítěte s enkoprézou akcentují i další autoři (Freeman, 2014; Helus, 2018; Silverman, 2015). Tito autoři se zaměřují na psychologické a sociální důsledky necitlivého přístupu k dítěti, které je již traumatizováno dosavadní zkušeností.

Druhou skupinou dětí s enkoprézou jsou takové, které již rezignovaly na hygienu nebo se snaží svůj stav utajit. V tomto případě musí sestra aktivně ověřovat stav dítěte a následně dítěti v klidu pomoci s očistou. V obou případech je nutné, aby pomoc při hygieně byla poskytována klidně bez negativních emocí, aby dítě nemělo pocit, že se ošetřující sestře oškliví. Ismail (2011) ve své práci uvádí, že jakékoli projevy znechucení a odporu ze strany ošetřující sestry pouze prohlubují psychické nastavení a trauma dítěte.

Do třetí skupiny se řadí děti, které ignorují jakoukoli společenskou normu hygieny a adekvátní řešení potíží. Jedná se většinou o děti s osobnostními poruchami a děti pocházející z rodin s minimálními sociálními a hygienickými návyky. Příkladem je dívka z první případové studie, trpící emočně nestabilní poruchou osobnosti. Tato dívka musí být pod neustálým dohledem ošetřující sestry a musí být pevně vedena k udržování hygieny. Brazzelli (2011) ve své práci dochází k závěru, že behaviorální intervence spolu s další terapií přispívají ke zlepšování stavu dětských pacientů.

Při péči o zachování důstojnosti dětského pacienta sestry popisují zejména zachování intimity. Jakékoli řešení otázek souvisejících s enkoprézou a následnou hygienou musí

být prováděno v soukromí, odděleně od ostatních pacientů. Dobrou praxí při ošetřování dítěte s enkoprézou je zajištění samostatného pokoje do té doby, než se naučí pracovat se svými obtížemi a poskytnutí dostatku toaletních zařízení, které dítě může považovat za své. V tomto prostředí je možné zajistit efektivnější a snadnější nácvik defekačního reflexu. Důraz na intimitu a ošetrovatelskou roli sestry při nácviku defekace odpovídá práci Beaudry-Bellefeuille (2017), která ve své přehledové studii uvádí 17 jedinečných chování identifikovaných jako charakterizující obavy z defekace s tím, že chování ohledně defekace u dětí s autismem nebo ADHD není pro jejich diagnostickou skupinu jedinečné.

Zásadním postojem pro zachování důstojnosti dětského pacienta je vyvarování se jakýchkoli negativních reakcí ošetrovatelského personálu. Jedná se opět o klíčový bod, jelikož dítě trpící enkoprézou má typicky časté zkušenosti se zesměšňováním a urážkami od svého okolí a někdy bohužel i ze strany svých rodičů. Tyto zkušenosti dítěte popisuje ve své práci Coehlo (2011) s tím, že takto dlouhodobě psychicky traumatizované dítě reaguje na jakékoli negativní reakce ošetrujícího personálu přecitlivěle.

Třetí často zmiňovanou oblastí práce sestry s dětským pacientem s enkoprézou je nastavení pevného režimu. Brazzelli (2011) ve své analýze uvádí, že samotná úprava dietního režimu dítěte bez intervencí v oblasti chování dítěte není dostatečnou při léčbě. Doporučuje tedy doplnění behaviorální terapie. V případě neorganické enkoprézy je v rodinném prostředí dítěte často nezvládnut nácvik defekačního reflexu a celkového režimu dítěte. Otázka nastavení režimu se týká i konzumace potravin a tekutin podle dietního plánu. Nastavením a dodržováním režimu na lůžkovém oddělení dítě může dosáhnout významného zklidnění, odstranění stresujících faktorů, což vede k úpravě nebo celkovému vymizení neorganické enkoprézy.

Problematickým bodem je spolupráce s rodiči dětí s enkoprézou. Pouze jedna sestra uvedla: „*Zatím jsem zažila jen rodiče, se kterými domluva byla*“. Ostatní sestry z výzkumného souboru uvádí větší či menší problémy s komunikací s rodiči. Negativní role rodičů je součástí i obou případových studií. Spolupráce s rodiči je tedy významným bodem ošetrovatelské práce sestry, kterou je těžké zvládnout bez spolupráce s lékařem (Van Dijk, 2015).

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na nalezení potřeb dětského pacienta s enkoprézou (Schéma 6). Zde se opět opakovala potřeba udržování hygieny dítěte při zachování

intimity, potřeba zachování důstojnosti a nastavení hranic. Dítě s enkoprézou potřebuje pochopit, že ho nikdo nečiní vinným za jeho problém (Helus, 2018), nebude ho za něj žádným způsobem urážet nebo ponižovat a naopak mu bude sestrou vždy nabídnuta pomoc a ochrana.

Nastavení hranic a důsledné vyžadování jejich dodržování v dítěti vyvolává pocit bezpečí. Pokud se pohybuje ve vymezených hranicích, které jsou velmi jasné a zřetelné, pak nemá obavy z reakce ošetřujícího personálu. Zásadní roli postojí rodičů při vzniku a léčbě enkoprézy uvádí i van Dijk at al. (2015). Dle autorů během léčby dětí se zácpou je třeba řešit jakékoli problémy ve vztazích rodičů a dítěte. V případě, že jsou tyto vztahy narušeny či ohroženy, je nutné zajistit pomoc psychologa. Bohužel dle výsledků analýzy v této práci rodiče dítěte nezvládají svoji roli ochránce a pečovatele, se kterou je spojeno i nastavení odpovídajícího režimu dítěte. Dítě je pak vystaveno neustálému stresu, nemá vypěstovaný přirozený defekační režim a nemá vyváženou stravu s vyhovujícím pitným režimem.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na nalezení oblastí edukační činnosti sester (Schéma 3). Sestry z lůžkových oddělení popisovaly rozdělení edukace dítěte a jeho rodičů mezi lékaře a sestry. Sestry edukují dítě i rodiče v oblastech hygieny a zachování čistoty dítěte, případné používání inkontinenčních pomůcek. Dále jde o oblast nastavení potřebné diety a pitného režimu. Společně s lékaři, převážně psychology, pak řeší nastavení režimu dítěte. Podle Olaru (2016) a Velemínského (2017) je základním bodem nastavení režimu vyčlenění času pro klidnou a cílevědomou defekaci (nácvik defekačního reflexu) dítěte. V reakci na stresové události a v případech emočně nestabilních poruch chování jde pak o jasné vymezení reakce okolí na případnou defekaci mimo toaletu. Detailní edukaci rodičů na toto téma provádí převážně psycholog nebo jiný lékař i vzhledem k vyšší autoritě u rodičů.

Sestry z ambulancí v primární péči shodně uvedly, že edukaci dítěte i rodičů provádí zásadně lékař.

Výzkum prokázal, že ani sestry z lůžkových oddělení, ani sestry primární ambulantní péče, nemají k dispozici pomocné materiály pro edukaci dítěte a rodičů. Zkušenosti získávají až praxí a většinou docházejí ke stejným závěrům, jak bylo uvedeno výše. Nicméně absence takových pomocných materiálů neumožňuje rychlou a správnou reakci sester, které se s dítětem s enkoprézou setkají poprvé.

Pátá výzkumná otázka byla zaměřena na nalezení charakteru multidisciplinární spolupráce při péči o dítě s enkoprézou. Z analýzy odpovědí probandů (Schéma 4) vyplývá, že při lůžkové péči je významná spolupráce s psychology a psychiatry vzhledem k převažujícímu výskytu neorganické enkoprézy. V případech podezření na organickou enkoprézu či zácpu lékaři konzultují s odborníky z gastroenterologie. Z hlediska práce sestry byla uvedena pouze spolupráce s nutriční sestrou. Podle Lomas Mevers (2020) multidisciplinární péče o děti s neorganickou enkoprézou spočívá především ve spolupráci s psychology a psychiatry.

Šestá výzkumná otázka byla zaměřena na vymezení úlohy dětské sestry v péči o dítě s enkoprézou. Zde je možné shrnout závěry předchozích výzkumných otázek (Schéma 5 a Schéma 6). Zásadní úlohou dětské sestry je poskytnutí ochrany a péče o dítě bez jakéhokoli negativního poukazování na problém dítěte. Dětský pacient musí mít důvěru v to, že sestra ho nebude nikdy negativně posuzovat i když bude umazáno od stolice. V tomto bodě úlohou ošetrovatelské role sestry je zajištění pomoci při hygieně se zachováním intimity dítěte. Třetí zásadní role sestry je edukace dítěte ve všech oblastech života spojených s tímto problémem. Sestra učí dítě jak reagovat, jakou dodržovat dietu a pitný režim a jak provádět klidnou a cílenou defekaci. Tuto roli zastává sestra i vůči rodičům, případně dalším blízkým dítěte. Jak uvádí Ismail (2011), sestra obhájí pozici dítěte trpícího poruchou vyměšování v každé situaci, která by dítě mohla znevýhodnit, přivést do rozpaků či vyvolat emoční blok. Zvláštní důraz při této obhajobě je kladen na fakt, že porucha vyměšování je zdravotní problém dítěte, který postihuje především toto dítě.

Jak již bylo uvedeno v kapitole 1.1.2, z dat ÚZIS (Tabulka 2, Tabulka 3) získaných pro účely této práce jasně vyplývá, že 61% uvedení diagnózy F98.1 (neorganická enkopréza) v letech 2010-2019 pochází z psychiatrické oblasti (56% psychiatrické ambulance, 3% dlouhodobá psychiatrická lůžková péče, 2% akutní psychiatrická lůžková péče). Navíc v letech 2012-2019 byla roční incidence této diagnózy v rozpětí 481 až 665 případů s dlouhodobě klesající tendencí při prevalenci 907 až 1070 případů opět s klesající tendencí. S použitím dat ze statistické ročenky Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2019) bylo v roce 2019 v České republice 1 710 202 osob ve věku 0-14 let. Těmto údajům odpovídá prevalence ve výši menší než 1‰, což je v příkrém rozporu s údajem 1%-2% , který uvádí například Har a Croffie (2010) . Pro organickou enkoprézu neexistuje



výkazová položka pro statistické vykazování a není tedy možné získat celkový přehled za Českou republiku.

Na základě analýz a rozhovorů se sestrami se domníváme, že tento stav je způsoben jednak tím, že nejsou vedeny statistiky dětských pacientů s enkoprézou a diagnóza není vykazována. Druhým důvodem je fakt, že v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost může být diagnostikována enkopréza, ale další postup je závislý na přístupu rodičů. Ti jsou lékařem informováni a je jim nabídnuto doporučení na specializované vyšetření, ale o dalším postupu rozhodují pouze rodiče. V předkládané práci bylo prokázáno, že rodiče dítěte s enkoprézou většinou nespolupracují a problém svého dítěte bagatelizují. Lze tedy předpokládat, že specializované vyšetření není provedeno a dítě s enkoprézou většinou nedostane odpovídající odbornou pomoc.

### **5.1 Diskuse k případovým studiím**

První případová studie popisuje ošetrovatelskou péči o 16ti letou dívku s neorganickou enkoprézou s vazbou na emočně nestabilní poruchu osobnosti. Tato dívka trpí enkoprézou od svých osmi let doposud. Z hlediska ošetrovatelské péče o tuto dívku je zvláště významná potřeba zachování profesionálního přístupu sestry k dítěti s poruchou chování (Freeman, 2014). Z pohledu potřeb dítěte (Schéma 5) jde o zajištění hygieny dítěte důslednou kontrolou spodního prádla a vedení dítěte k hygieně i přes nechuť dítěte. Jak bylo popsáno v případové studii, vzhledem k emočně nestabilní poruše, sestra vedle edukační činnosti dítěte, která vzhledem k poruše chování nemá velký efekt, používá i psychologické postupy vedoucí k upoutání pozornosti dítěte při nástupu afektu. Tento postup regulace psychosociálního prostředí dítěte je doporučován i v práci Olaru (2016) a u dalších autorů (Myers, 2016; Helus, 2018). Přes veškerou ošetrovatelskou péči a edukaci lékařů a sester však vzhledem k psychosociálnímu rodinnému prostředí (Joisson, 2019) není dobrá prognóza úpravy enkoprézy.

Druhá případová studie popisuje ošetrovatelskou péči o 17ti letého chlapce, který trpěl organickou enkoprézou v souvislosti s několika závažnými poruchami metabolismu. Tento chlapec trpěl funkční enkoprézou jako následku chronické zácpy od svých osmi let a ve věku 17 let podlehl svým nemocem a následkům nepřetržitého užívání mnoha léků.

Spektrum potřeb tohoto dětského pacienta je velmi odlišné od předchozího případu. Chlapec byl velmi inteligentní a spolupracující. Uvědomoval si svůj stav a byl k němu schopen racionálně přistoupit. Zásadní potřebou tohoto dítěte bylo zachování důstojnosti,

zvláště s ohledem na ochranu dítěte, zachování intimity a pomoc při používání pomůcek, mastí a léků. Úroveň pomoci sestry při hygieně se měnila podle aktuálního fyzického stavu. U tohoto pacienta nevznikala potřeba nastavování režimu.

Hlavní rolí sestry při ošetřování tohoto dítěte byla jeho ochrana a péče o maximální kvalitu a důstojnost života. U dětí s takto závažnými poruchami metabolismu je enkopréza spojena především se zácpou (Leleiko, 2020), čemuž je nutné přizpůsobit ošetrovatelskou péči.

## 6 Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice enkoprézy u dětí jako ošetrovatelského problému. Tato problematika je v současné době zpracovávána spíše v cizojazyčné literatuře a v prostředí České republiky jí není věnována dostatečná pozornost. V zahraniční literatuře jsou rozvíjeny směry souvislosti neorganické enkoprézy (fekální inkontinence) u dětí s chronickou zácpou, stavem střevní mikroflóry a emočně nestabilními poruchami chování. U organické enkoprézy, která se vyskytuje významně méně častěji, existuje široké spektrum primárních organických poruch a enkopréza je zde řešena jako doprovodný stav těchto poruch.

Prvním cílem předkládané práce byl podrobný popis problematiky ošetrovatelské péče o dítě s enkoprézou. Na základě odborné literatury, provedeného kvalitativního výzkumu a případových studií je možné dospět k závěru, že ošetrovatelská péče o dítě s enkoprézou je zaměřena především na stabilizaci a zlepšení psychického stavu dítěte a podpoře sestry při hygieně dítěte (Schéma 5). Sestra při ošetrování musí citlivě přistupovat k dítěti i jeho rodičům, přičemž většinově nelze očekávat spolupracující přístup ze strany rodičů. Při ošetrování dítěte s enkoprézou je nutné vytvářet prostředí, ve kterém se dítě cítí bezpečně a může dojít k celkovému zklidnění a normalizaci psychického stavu dítěte.

Druhým cílem práce byla specifikace potřeb dítěte s enkoprézou a role sestry při jeho ošetrování. Výsledky kvalitativního výzkumu a případových studií (Schéma 6) umožňují specifikovat jako základní potřebu dítěte zachování důstojnosti a intimity při ošetrování a získání podpory ze strany ošetrojící sestry a veškerého zdravotního personálu. Dítě je nutné ochraňovat a poskytnout mu pozitivní motivaci pro překonání problémů spojených s jeho nemocí. Pro dítě s enkoprézou je reálným nebezpečím sociální izolace a vznik či prohloubení psychických či psychosociálních poruch. Sestra tedy musí poskytovat nejen fyzickou pomoc při ošetrování, ale i psychickou a emoční podporu dětskému pacientovi. V práci byla prokázána zásadnost edukační role ošetrovatelského zdravotního personálu pro další vývoj dítěte s enkoprézou současně s edukací jeho rodičů a ostatních blízkých osob (Schéma 3). Byly určeny klíčové role sestry, kterými jsou ochránce a pomocník při řešení hygienických a sociálních problémů dítěte, stejně tak edukátor při nácviku a dodržování hygienického a sociálního režimu. Zásadní rolí sestry při ošetrování dítěte s enkoprézou je tedy role osoby, která bude dítě vždy chránit a poskytovat mu nejen péči, ale i pomoc při zvládnutí začleňování do společnosti a zvládnutí stresových situací.

V případě, že dítě trpí emočně nestabilní poruchou chování, je významnou rolí sestry autorita vyžadující a dohlížející na požadovaný režim a začlenění do sociálních vazeb.

Třetím cílem bylo vytvoření edukačního materiálu pro dětské sestry v ambulantní a lůžkové sféře, Ve výzkumné části práce byla prokázána potřeba tohoto materiálu zvláště pro sestry, které se poprvé setkávají s dítětem s enkoprézou. Edukační materiál byl vytvořen ve formě brožury a je přiložen k diplomové práci. Materiál byl vytvořen ve dvou variantách. První varianta je určena pro edukaci sester. Druhá varianta je určena pro edukaci rodičů dítěte sestrami, či jako samostatný informační zdroj pro rodiče. Náhled edukačního materiálu je uveden v příloze práce (Příloha 4, Příloha 5).

## 7 Seznam použité literatury

- 1) ABRAMS, P., et al., 2017. *Incontinence 6th Edition*. Bristol UK: ICI-ICS. International Continence Society. ISBN 978-0-9569607-3-3.
- 2) AKÇA, Ö., et al., 2015. The Effectiveness of Methylphenidate in the Treatment of Encopresis Independent from Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms. *Psychiatry Investigation* [online]. **12**(1), 150-1 [cit. 2020-12-06]. ISSN 1738-3684. Dostupné z: doi:10.4306/pi.2015.12.1.150
- 3) AKDEMIR, D., et al., 2015. Familial psychological factors are associated with encopresis. *Pediatrics International* [online]. **57**(1), 143-148 [cit. 2021-03-27]. ISSN 13288067. Dostupné z: doi:10.1111/ped.12427
- 4) ANDERSON, B., 2019. Physical Therapy for a Child With Encopresis: A Case Report. *Pediatr Phys Ther.* **31**(3), 1-7. Dostupné z: doi:10.1097/PEP.0000000000000631
- 5) AVELAR RODRIGUEZ, D., et al., 2019. The Gut Microbiota: A Clinically Impactful Factor in Patient Health and Disease. *SN Comprehensive Clinical Medicine* [online]. **1**(3), 188-199 [cit. 2021-05-16]. ISSN 2523-8973. Dostupné z: doi:10.1007/s42399-018-0036-1
- 6) AVELAR RODRIGUEZ, D., et al., 2021. Functional Constipation and the Gut Microbiome in Children: Preclinical and Clinical Evidence. *Frontiers in Pediatrics* [online]. **2020**(8), 595531 [cit. 2021-03-27]. ISSN 2296-2360. Dostupné z: doi:10.3389/fped.2020.595531
- 7) AVELAR RODRIGUEZ, D., et al., 2019. Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Children: A State-Of-The-Art Review. *Frontiers in Pediatrics* [online]. **7**(1), 1-23 [cit. 2021-05-16]. ISSN 2296-2360. Dostupné z: doi:10.3389/fped.2019.00363
- 8) BÄCKHED, F., et al., 2015. Dynamics and Stabilization of the Human Gut Microbiome during the First Year of Life. *Cell Host & Microbe* [online]. **17**(5), 690-703 [cit. 2021-05-16]. ISSN 19313128. Dostupné z: doi:10.1016/j.chom.2015.04.004

- 9) BEAUDRY-BELLEFEUILLE, I., 2017. Defecation-Specific Behavior in Children with Functional Defecation Issues: A Systematic Review. *The Permanente Journal* [online]. **21**(17), 047-9 [cit. 2020-12-06]. ISSN 15525767. Dostupné z: doi:10.7812/TPP/17-047
- 10) BELSEY, J., et al., 2010. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* [online]. **31**(9), 938–949 [cit. 2021-03-27]. ISSN 02692813. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04273.x
- 11) BONGERS, M.E., et al., 2010. Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics*. **126**(1), 156-62. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2009-1009
- 12) BRAZZELLI, M., et al., 2011. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. **2011**(12) [cit. 2020-12-11]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD002240.pub4
- 13) COEHLO, D.P., 2011. Encopresis: a medical and family approach. *Pediatr Nurs*. **37**(3), 107-12. quiz 113. PMID: 21739741
- 14) COLOMBO, J., et al., 2015. Constipation and Encopresis in Childhood. *Pediatrics in Review* [online]. **36**(9), 392-402 [cit. 2021-03-27]. ISSN 0191-9601. Dostupné z: doi:10.1542/pir.36-9-392
- 15) ČSÚ, 2019. Vývoj obyvatelstva v krajích České republiky, Počet obyvatel a věkové složení. [online]. Praha: ČSÚ, s. 12 [cit. 2020-12-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/121739318/1301572001.pdf/1a93d53e-c674-4ecc-bd9b-644216c71552?version=1.1>
- 16) DAVIS, J.L., 2016. Identifying Underlying Emotional Instability and Utilizing a Combined Intervention in the Treatment of Childhood Constipation and Encopresis-A Case Report. *J Altern Complement Med*. **22**(6):489-92. Dostupné z: doi: 10.1089/acm.2015.0093.

- 17) DIKSHIT, R., et al., 2019. Risperidone-induced Enuresis in a 12-year-old Child. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* [online]. **08**(01), 122-123 [cit. 2021-05-15]. ISSN 0976-3147. Dostupné z: doi:10.4103/0976-3147.193530
- 18) FERREIRA-MAIA, A., et al., 2016. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers: A systematic review. *World Journal of Gastroenterology* [online]. **22**(28), 6547–58 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1007-9327. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v22.i28.6547
- 19) FRANCES, A., 2013. *Essentials of psychiatric diagnosis: responding to the challenge of DSM-5*. Rev. ed. New York: Guilford Press. ISBN 978-1-4625-1348-2.
- 20) FRANCO, I., et al., 2013. Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *Journal of Pediatric Urology* [online]. **9**(2), 234-243 [cit. 2021-05-05]. ISSN 14775131. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpuro.2012.10.026
- 21) FREEMAN, K.A., et al., 2014. Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Fecal Incontinence With Constipation. *Journal of Pediatric Psychology* [online]. **39**(8), 887-902 [cit. 2020-12-06]. ISSN 1465-735X. Dostupné z: doi:10.1093/jpepsy/jsu039
- 22) GOMES, D., MORAIS, M., 2020. Gut Microbiota and the use of Probiotics in Constipation in Children and Adolescents: Systematic Review. *Revista Paulista de Pediatria* [online]. **38**(1), 1-11 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1984-0462. Dostupné z: doi:10.1590/1984-0462/2020/38/2018123
- 23) GORDON, M., et al., 2016. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. **2016**(8), 009118 [cit. 2020-12-06]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD009118.pub3
- 24) HAR, A., CROFFIE, J., 2010. Encopresis. *Pediatrics in Review* [online]. **31**(9), 368-374 [cit. 2020-12-06]. ISSN 0191-9601. Dostupné z: doi:10.1542/pir.31-9-368

- 25) HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.
- 26) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 9788026209829.
- 27) HERDMAN, T., KAMITSURU, S., ed., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy 2018-2020: definice & klasifikace ...* 11. vydání. Přeložil KUDLOVÁ, P., MANDYSOVÁ, P.,. Praha: Grada, 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
- 28) HERMAN, D., et al., 2020. Dietary Habits of 2- to 9-Year-Old American Children Are Associated with Gut Microbiome Composition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* [online]. **120**(4), 517-534 [cit. 2021-05-16]. ISSN 22122672. Dostupné z: doi:10.1016/j.jand.2019.07.024
- 29) HO, J.M.D., HOW, CH., 2020. Chronic constipation in infants and children. *Singapore Medical Journal* [online]. **61**(2), 63-68 [cit. 2020-12-11]. ISSN 00375675. Dostupné z: doi:10.11622/smedj.2020014
- 30) HUANG, T., et al., 2011. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. **2011**(1), 1-13 [cit. 2021-05-05]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD005230.pub2
- 31) HYAMS, J., et al., 2016. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology* [online]. **150**(6), 1456-14682 [cit. 2020-12-20]. ISSN 00165085. Dostupné z: doi:10.1053/j.gastro.2016.02.015
- 32) ISMAIL, N., et al., 2011. Impact of a nurse-led clinic for chronic constipation in children. *Journal of Child Health Care* [online]. **15**(3), 221-229 [cit. 2021-03-27]. ISSN 1367-4935. Dostupné z: doi:10.1177/1367493511406568
- 33) JARCZYK, K., et al., 2018. An Integrated Nurse Practitioner–Run Subspecialty Referral Program for Incontinent Children. *Journal of Pediatric Health Care* [online]. **32**(2), 184-194 [cit. 2021-03-27]. ISSN 08915245. Dostupné z: doi:10.1016/j.pedhc.2017.09.015



- 34) JEDLIČKA, R., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-5447-5.
- 35) JOINSON, C., et al., 2019. Psychosocial risks for constipation and soiling in primary school children. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. **28**(2), 203-210 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1018-8827. Dostupné z: doi:10.1007/s00787-018-1162-8
- 36) JOMEHZADEH, N., et al., 2020. PQuantification of Intestinal emLactobacillus/em Species in Children with Functional Constipation by Quantitative Real-Time PCR/p. *Clinical and Experimental Gastroenterology* [online]. **13**(1), 141-150 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1178-7023. Dostupné z: doi:10.2147/CEG.S250755
- 37) KOPPEN, I., et al., 2016. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. *Journal of Pediatric Urology* [online]. **12**(1), 56-64 [cit. 2020-12-20]. ISSN 14775131. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpuro.2015.09.008
- 38) KOPPEN, I., et al., 2018. Prevalence of Functional Defecation Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics* [online]. **198**(1), 121-1306 [cit. 2021-05-16]. ISSN 00223476. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpeds.2018.02.029
- 39) LEBL, J., 2014. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-131-5.
- 40) LEIBY, A., et al., 2010. Bacterial Overgrowth and Methane Production in Children with Encopresis. *The Journal of Pediatrics* [online]. **156**(5), 766-7701 [cit. 2021-05-16]. ISSN 00223476. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpeds.2009.10.043
- 41) LELEIKO, N., et al., 2020. Constipation. *Pediatrics in Review* [online]. **41**(8), 379-392 [cit. 2021-05-16]. ISSN 0191-9601. Dostupné z: doi:10.1542/pir.2018-0334
- 42) LOMAS MEVERS, J., et al., 2020. A Pilot Randomized Clinical Trial of a Multidisciplinary Intervention for Encopresis in Children with Autism Spectrum

- Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [online]. **50**(3), 757-765 [cit. 2020-12-06]. ISSN 0162-3257. Dostupné z: doi:10.1007/s10803-019-04305-5
- 43) *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*, 2017-2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
- 44) MONDA, V., et al., 2020. Neuropeptides' Hypothalamic Regulation of Sleep Control in Children Affected by Functional Non-Retentive Fecal Incontinence. *Brain Sciences* [online]. **10**(3) [cit. 2020-12-06]. ISSN 2076-3425. Dostupné z: doi:10.3390/brainsci10030129
- 45) MORAES, J., et al., 2016. Fecal Microbiota and Diet of Children with Chronic Constipation. *International Journal of Pediatrics* [online]. **2016**(1), 1-8 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1687-9740. Dostupné z: doi:10.1155/2016/6787269
- 46) MOSCA, N., SCHATZ, M., 2013. Encopresis. *NASN School Nurse* [online]. **28**(5), 218-221 [cit. 2020-12-12]. ISSN 1942-602X. Dostupné z: doi:10.1177/1942602X13500994
- 47) MUGIE, S., et al., 2011. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* [online]. **25**(1), 3-18 [cit. 2021-03-27]. ISSN 15216918. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpg.2010.12.010
- 48) MUNTAU, A., 2014. *Pediatric. 2. české vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
- 49) MYERS, D. G., 2016. *Sociální psychologie*. 1. vydání. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0871-4.
- 50) OJETTI, V., et al., 2014. The prevalence of small intestinal bacterial overgrowth and methane production in patients with myelomeningocele and constipation. *Spinal Cord* [online]. **52**(1), 61-64 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1362-4393. Dostupné z: doi:10.1038/sc.2013.131

- 51) OLARU, C., et al., 2016. Chronic Functional Constipation and Encopresis in Children in Relationship with the Psychosocial Environment. *Gastroenterology Research and Practice* [online]. **2016**(7828576), 1-7 [cit. 2020-12-06]. ISSN 1687-6121. Dostupné z: doi:10.1155/2016/7828576
- 52) PIJPERS, M., et al., 2010. Functional Constipation in Children: A Systematic Review on Prognosis and Predictive Factors. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* [online]. **50**(3), 256-268 [cit. 2021-03-27]. ISSN 0277-2116. Dostupné z: doi:10.1097/MPG.0b013e3181afcdc3
- 53) PRAVEEN, P., 2015. The role of breast-feeding in infant immune system: a systems perspective on the intestinal microbiome. *Microbiome* [online]. **3**(1), 1-9 [cit. 2021-05-16]. ISSN 2049-2618. Dostupné z: doi:10.1186/s40168-015-0104-7
- 54) RAJINDRAJITH, S., et al., 2013. Review article: faecal incontinence in children. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* [online]. **37**(1), 37-48 [cit. 2020-12-20]. ISSN 02692813. Dostupné z: doi:10.1111/apt.12103
- 55) RIGSBEE, L., et al., 2012. Quantitative Profiling of Gut Microbiota of Children With Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology* [online]. **107**(11), 1740-1751 [cit. 2021-05-16]. ISSN 0002-9270. Dostupné z: doi:10.1038/ajg.2012.287
- 56) ROGERS, J., 2012. Assessment, prevention and treatment of constipation in children. *Nursing Standard* [online]. **26**(29), 46-52 [cit. 2021-03-27]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: doi:10.7748/ns2012.03.26.29.46.c9000
- 57) SHEPARD, J., et al., 2016. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Pediatric Elimination Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [online]. **46**(6), 767-797 [cit. 2020-12-11]. ISSN 1537-4416. Dostupné z: doi:10.1080/15374416.2016.1247356
- 58) SILVERMAN, A., et al., 2015. Measuring Health-Related Quality of Life With the Parental Opinions of Pediatric Constipation Questionnaire. *Journal of Pediatric Psychology* [online]. **40**(8), 814-824 [cit. 2020-12-06]. ISSN 0146-8693. Dostupné z: doi:10.1093/jpepsy/jsv028

- 59) SMITH, N., et al., 2019. Hydrogen cross-feeders of the human gastrointestinal tract. *Gut Microbes* [online]. **10**(3), 270-288 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1949-0976. Dostupné z: doi:10.1080/19490976.2018.1546522
- 60) SOUSA FILHO, D., et al., 2017. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (São Paulo)* [online]. **15**(4), 516-521 [cit. 2021-05-15]. ISSN 2317-6385. Dostupné z: doi:10.1590/s1679-45082017md3746
- 61) STIEMSMA, L., MICHELS, K., 2018. The Role of the Microbiome in the Developmental Origins of Health and Disease. *Pediatrics* [online]. **141**(4), 1-9 [cit. 2021-05-16]. ISSN 0031-4005. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2017-2437
- 62) TABBERS, M.M., et al., 2014. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* [online]. **58**(2), 258-274 [cit. 2021-05-16]. ISSN 0277-2116. Dostupné z: doi:10.1097/MPG.0000000000000266
- 63) TAPPIN, D., et al., 2013. Development of an early nurse led intervention to treat children referred to secondary paediatric care with constipation with or without soiling. *BMC Pediatrics* [online]. **13**(1), 193-9 [cit. 2021-03-27]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2431-13-193
- 64) TIAN, H., et al., 2017. Fecal microbiota transplantation in patients with slow-transit constipation: A randomized, clinical trial. *PLOS ONE* [online]. **12**(2), 1-10 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0171308
- 65) ÚZIS, 2020. Prevalence, incidence a korelace diagnózy F98.1 s diagnózou F98.0: *Výdej informací z registru hrazené zdravotní péče na žádost*. Praha.
- 66) VAN DIJK, M., et al., 2015. Parental child-rearing attitudes are associated with functional constipation in childhood. *Archives of Disease in Childhood* [online]. **100**(4), 329-333 [cit. 2021-03-27]. ISSN 0003-9888. Dostupné z: doi:10.1136/archdischild-2014-305941
- 67) VANDE WALLE, J., et al., 2012. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *European Journal of Pediatrics* [online]. **171**(6), 971-

983 [cit. 2021-05-04]. ISSN 0340-6199. Dostupné z: doi:10.1007/s00431-012-1687-7

- 68) VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Nenuťte mě na nočník!: vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nocím*. 2. vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-252-7.
- 69) VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 9788073454562.
- 70) VON GONTARD, A., et al., 2011. Psychological and Psychiatric Issues in Urinary and Fecal Incontinence. *Journal of Urology* [online]. **185**(4), 1432-1437 [cit. 2020-12-21]. ISSN 0022-5347. Dostupné z: doi:10.1016/j.juro.2010.11.051
- 71) VRIESMAN, M., et al., 2019. Quality of Life in Children with Functional Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics* [online]. **2019**(214), 141-150 [cit. 2021-03-27]. ISSN 00223476. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpeds.2019.06.059
- 72) VULETIC, B., 2017. Encopresis in Children: An Overview of Recent Findings. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research* [online]. **18**(2), 157-161 [cit. 2020-12-06]. ISSN 2335-075X. Dostupné z: doi:10.1515/sjecr-2016-0027
- 73) WALTER, A., et al., 2019. Functional constipation in infancy and early childhood: epidemiology, risk factors, and healthcare consultation. *BMC Pediatrics* [online]. **19**(1), 285-92 [cit. 2021-03-27]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: doi:10.1186/s12887-019-1652-y
- 74) ZAKY, E., et al., 2016. Psychosocial profile of encopretic children and their caregivers in relation to parenting style. *European Psychiatry* [online]. **33**(1), 362-362 [cit. 2021-03-27]. ISSN 0924-9338. Dostupné z: doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.1297
- 75) ZEEVENHOOVEN, J., et al., 2017. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition* [online]. **20**(1), 1-13 [cit. 2020-12-20]. ISSN 2234-8646. Dostupné z: doi:10.5223/pghn.2017.20.1.1

76) ZHU, L., et al., 2014. Structural changes in the gut microbiome of constipated patients. *Physiological Genomics* [online]. **46**(18), 679-686 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1094-8341. Dostupné z: doi:10.1152/physiolgenomics.00082.2014

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Tabulky a grafy

Příloha 2: Otázky rozhovoru se sestrami

Příloha 3: Child Behavior Checklist

Příloha 4: Edukační materiál pro sestry

Příloha 5: Edukační materiál pro rodiče

## Seznam zkratek

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, neurovývojová porucha pozornosti s hyperaktivitou

ARIP - Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, Specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče

CBCL - Child Behavior Checklist, Kontrolní seznam chování dětí

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DMS-5 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace

FMT – fecal microbiota transplantation, transplantace fekálního mikrobiotu

FNRFI - functional nonretentive fecal incontinence, funkční inkontinence stolice bez přítomnosti zácpy

ICCS - International Children's Continence Society, Mezinárodní společnost pro dětskou inkontinenci

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NANDA - North American for Nursing Diagnosis Association, Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy

SIBO – small intestinal bacterial overgrowth, zvýšený podíl metanogenních bakterií ve střevní mikroflóře

UK – Spojené království

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR



## Příloha 1: Tabulky a grafy

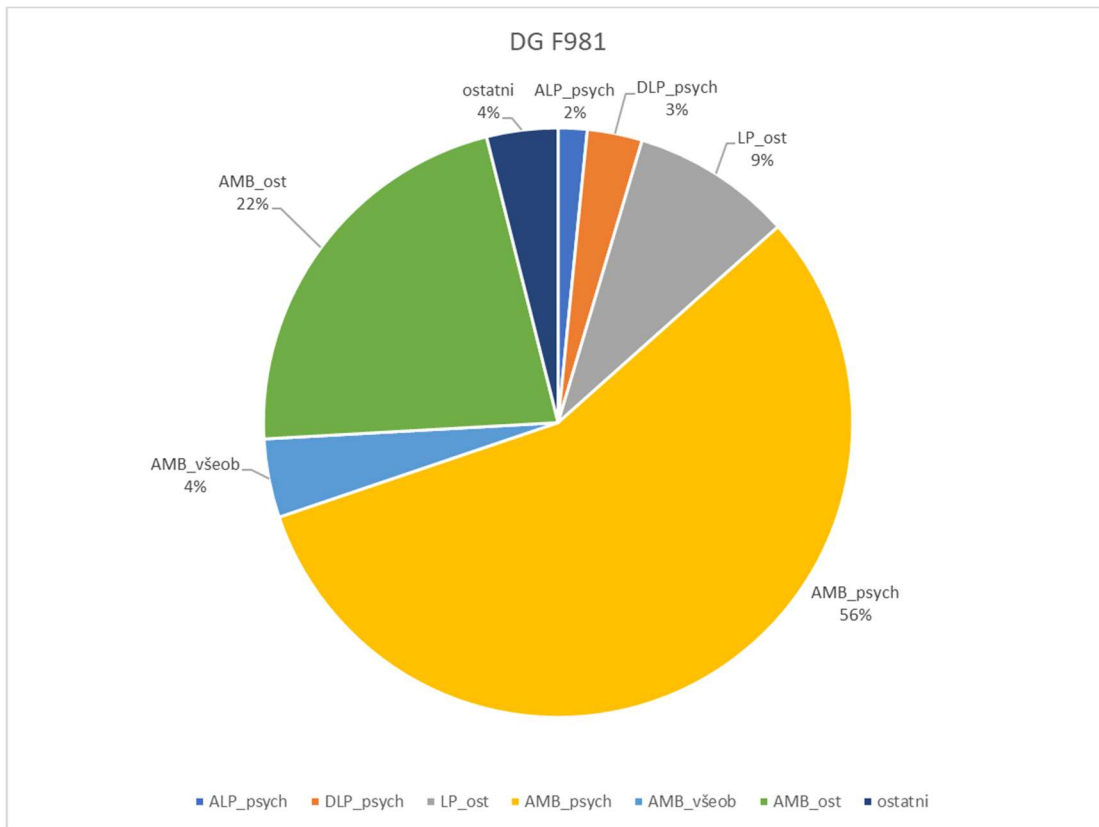
Tabulka 2 Incidence diagnózy F98.1 neorganická enkopréza

<b>ROK</b>	<b>Celkem F98.1</b>	<b>Bez F98.0</b>	<b>Současně F98.0</b>	<b>Koincidence</b>
2012	665	516	149	22 %
2013	632	507	125	20 %
2014	639	502	137	21 %
2015	566	462	104	18 %
2016	640	531	109	17 %
2017	513	423	90	18 %
2018	490	392	98	20 %
2019	481	393	88	18 %

Tabulka 3 Prevalence diagnózy F981 v korelaci na F980 v letech 2010 až 2019

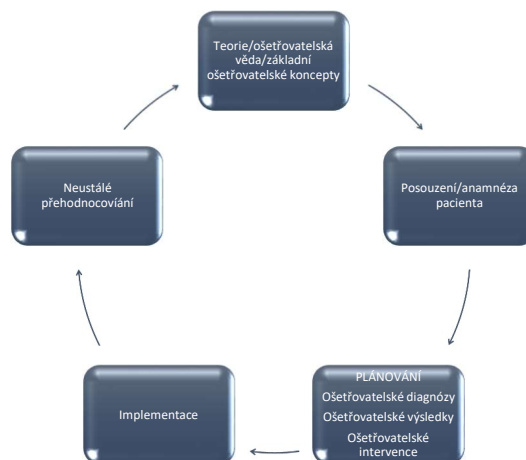
<b>ROK</b>	<b>Celkem F981</b>	<b>Bez F980</b>	<b>Současně F980</b>	<b>Koincidence</b>
2010	1004	792	212	21%
2011	1041	799	242	23%
2012	1048	810	238	23%
2013	1046	837	209	20%
2014	1059	835	224	21%
2015	1011	823	188	19%
2016	1070	881	189	18%
2017	971	799	172	18%
2018	907	750	157	17%
2019	917	758	159	17%

Graf 1 Incidence diagnózy F98.1 dle typu zdravotnického zařízení v letech 2010-2019



V grafu je uveden podíl incidencí F98.1 dle typu zdravotnického zařízení: ALP\_psy – Akutní lůžková péče psychiatrie, DLP\_psy – Dlouhodobá lůžková péče psychiatrie, LP\_ost – Lůžková péče ostatní, AMB\_psy – Ambulantní péče psychiatrie, AMB\_všeob – Ambulantní péče všeobecného lékaře, AMB\_ost – Ambulantní péče ostatní a ostatní zdravotnická zařízení.

Graf 2 Modifikovaný ošetrovatelský proces (Herdman, 2020)



## **Příloha 2: Otázky rozhovoru se sestrami**

1. Jaký je Váš věk a jak dlouho pracujete na dětském oddělení?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené a specializační vzdělání?
3. Vyskytuje se na Vašem oddělení častěji dítě s organickou, nebo neorganickou enkoprézou?
4. Víte, jak rozlišit enkoprézu a pokálení se z jiného důvodu?
5. Jaká máte zavedená specifika při ošetrovatelské péči o dětské pacienty s enkoprézou?
6. Jaké vedete statistiky ohledně dg. Enkopréza? Kdo je vytváří a kde jsou uchovány?
7. Jak provádíte zápis do ošetrovatelské dokumentace ohledně projevů enkoprézy?
8. Jak máte nastaveny ošetrovatelské standardy pro dítě s enkoprézou?
9. Jaký máte personál na oddělení, který se může věnovat dítěti s touto diagnózou? Je podle Vašeho názoru tohoto personálu dostatek?
10. Jakým způsobem je realizováno vzdělávání sester v problematice ošetrování dítěte s enkoprézou?
11. Jaké máte k dispozici materiály a postupy pro edukaci dítěte trpícího enkoprézou?
12. Jaké máte k dispozici materiály a postupy pro edukaci rodičů dítěte s enkoprézou?
13. Jaký je podíl lékařského a nelékařského personálu na Vašem oddělení při edukaci rodičů? Jak máte rozdělenou účast při této edukaci?
14. S jakými dalšími odborníky spolupracujete v případě organické enkoprézy? Popište postupy spolupráce a spolupracující specializace.
15. Popište postupy spolupráce s psychiatrem v případě neorganické enkoprézy jak při ošetrovatelské péči o dětského pacienta, tak při komunikaci s rodiči dítěte.
16. Jakých vzdělávacích aktivit ohledně enkoprézy se můžete účastnit a jaká je podpora managementu pro tyto aktivity?

17. Jak přistupujete k zachování důstojnosti a sebeúcty u dětského pacienta s enkoprézou?
18. Jak se Vám daří spolupracovat s rodiči dítěte s enkoprézou, kteří vnímají toto téma jako tabu, případně ho zlehčují?
19. Jaké je Vaše hodnocení připravenosti Vašeho pracoviště na péči o dítě s enkoprézou?
20. Popište Vaše osobní zkušenosti při ošetřování dítěte s enkoprézou.
21. Jaký je Váš názor na příčinu vzniku neorganické enkoprézy?
22. Jaký je Váš názor na potřeby dětí s enkoprézou, jaké vidíte problémy vázající se k tomuto onemocnění v životě dítěte?

# Příloha 3: Child Behavior Checklist

**CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1½-5**  
(KONTROLNÍ SEZNAM CHOVÁNÍ DĚTÍ VE STÁŘÍ 1 ½ ROKŮ)

*Pro pouze pro úřední použití  
Identifikační číslo*

*Vyplňte prosím tiskacím písmem. Zkontrolujte, zda jste zodpověděli/a všechny položky.*

CELE Jméno _____ Prostřední jméno _____ Příjmení _____		OBVYKLÝ TYP PRÁCE RODIČŮ, i když nyní nepracují. <i>Buďte prosím konkrétní – například automechanik, učitel na střední škole, žena v domácnosti, pomocný dělník, soustružník, prodavačka bot, četař v armádě.</i>	
JMÉNO DÍTĚTE _____		TYP PRÁCE OTCE _____	
POHLAVÍ DÍTĚTE <input type="checkbox"/> Chlapec <input type="checkbox"/> Dívka	STÁŘÍ DÍTĚTE _____	ETNICKÁ SKUPINA NEBO RASA DÍTĚTE _____	TYP PRÁCE MATKY _____
DNEŠNÍ DATUM Měs. _____ Den _____ Rok _____	DATUM NAROZENÍ DÍTĚTE Měs. _____ Den _____ Rok _____		TENTO FORMULÁŘ VYPLNIL(A): (uveďte své celé jméno tiskacím písmem)

Vyplňte prosím tento formulář tak, aby odrazil váš pohled na chování dítěte, i když s tím ostatní lidé nemusí souhlasit. Máte možnost uvádět další komentáře u každé položky a ve volném místě na straně 2.  
**Zkontrolujte, zda jste zodpověděli/a všechny položky.**

Váš vztah k dítěti:  
 Matka  Otec  Jiný (uveďte konkrétně): \_\_\_\_\_

Niže uvádíme seznam položek, které popisují děti. U každé položky, která dítě popisuje **nyní nebo během uplynulých 2 měsíců**, zakroužkujte prosím **2**, pokud je položka o dítěti **velmi pravdivá nebo často pravdivá**. Zakroužkujte **1**, pokud je položka o dítěti **do určité míry nebo občas pravdivá**. Pokud položka o dítěti **není pravdivá**, zakroužkujte **0**. Zodpovězte prosím všechny položky co možná nejlépe, i když se zdá, že se některé dítěte netýkají.

0 = Nepravdivé (pokud to víte)			1 = Poněkud nebo občas pravdivé			2 = Velmi pravdivé nebo často pravdivé			
0	1	2	1.	Bolestivost nebo bolesti (bez zdravotní příčiny; <b>nezahmujte</b> bolesti žaludku nebo hlavy)	0	1	2	30.	Bývá snadno závistivý/á
0	1	2	2.	Chová se jako mnohem mladší než je	0	1	2	31.	Jí nebo pije věci, které nejsou potraviny – <b>nezahmujte</b> sladkosti (popište): _____
0	1	2	3.	Bojí se vyzkoušet nové věci	0	1	2	32.	Bojí se určitých zvířat, situací nebo míst (popište): _____
0	1	2	4.	Vyhýbá se pohledu jiným do očí	0	1	2	33.	Jeho/její city jsou snadno zranitelné
0	1	2	5.	Nedokáže se soustředit, nedokáže dlouho udržet pozornost	0	1	2	34.	Bývá často poraněn(á), je náchylný/á k nehodám
0	1	2	6.	Nedokáže posedět, je neklidný/á nebo hyperaktivní	0	1	2	35.	Hodně často se pere
0	1	2	7.	Nesnese, když věci nejsou na svém místě	0	1	2	36.	Do všeho se plete
0	1	2	8.	Nesnáší čekání; chce všechno hned	0	1	2	37.	Bývá příliš zneklidněný/á, když je oddělen od rodičů
0	1	2	9.	Okusuje věci, které nejsou jedlé	0	1	2	38.	Má problémy s usínáním
0	1	2	10.	Drží se dospělých nebo je příliš závislý/á	0	1	2	39.	Má bolesti hlavy (bez zdravotní příčiny)
0	1	2	11.	Neustále vyžaduje pomoc	0	1	2	40.	Tluče ostatní
0	1	2	12.	Má zácpu, nevyprazdňuje se (když není nemocný/á)	0	1	2	41.	Zadržuje dech
0	1	2	13.	Hodně pláče	0	1	2	42.	Ublíží neúmyslně zvířatům nebo lidem
0	1	2	14.	Je krutý/á vůči zvířatům	0	1	2	43.	Vypadá bezdůvodně nešťastně
0	1	2	15.	Je vzdorovitý/á	0	1	2	44.	Má zuřivé nálady
0	1	2	16.	Požadavky musí být okamžitě splněny	0	1	2	45.	Trpí nevolností, je mu/jí na zvracení (bez zdravotní příčiny)
0	1	2	17.	Ničí své vlastní věci	0	1	2	46.	Nervózně se pohybuje nebo sebou trhá (popište): _____
0	1	2	18.	Ničí věci, které patří členům jeho/její rodiny nebo jiným dětem	0	1	2	47.	Je nervózní, netrpělivý/á nebo napjatý/á
0	1	2	19.	Má průjem nebo měkkou stolici (když není nemocný/á)	0	1	2	48.	Má noční můry
0	1	2	20.	Je neposlušný/á	0	1	2	49.	Přejídá se
0	1	2	21.	Jakékoli změny běžného programu ho/jí vyvádějí z rovnováhy	0	1	2	50.	Je příliš unavený/á
0	1	2	22.	Nechce spát sám/sama	0	1	2	51.	Propadá bezdůvodně panice
0	1	2	23.	Neodpovídá, když na něj/ni mluví lidé	0	1	2	52.	Má bolestivé vyprazdňování (bez zdravotní příčiny)
0	1	2	24.	Nejí dobře (popište): _____	0	1	2	53.	Fyzicky napadá lidi
0	1	2	25.	Nevychází s ostatními dětmi	0	1	2	54.	Dloube se v nose, škrábe si kůži nebo jiné části těla (popište): _____
0	1	2	26.	Nedokáže se bavit; chová se jako malý/á dospělý/á					
0	1	2	27.	Zdá se, že po špatném chování nemá pocit viny					
0	1	2	28.	Nechce chodit ven z domu					
0	1	2	29.	Bývá snadno znechucený/á					

**Zkontrolujte, zda jste zodpověděli/a všechny položky. Pokračujte na další straně.**

Copyright 2000 T. Achenbach & L. Rescorla - Reproduced under License #484-07-15-10  
ASEBA, University of Vermont, 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456  
www.ASEBA.org

NEPOVOLENÉ KOPÍROVÁNÍ JE NEZÁKONNÉ.

Vydání 28-7-00

Czech for Czech Republic

Copyright T.M. Achenbach. Reproduced by permission

Své odpovědi prosím zapište tiskacím písmem. Zkontrolujte, zda jste zodpověděl/a všechny položky.

0 = Nepravdivé (pokud to víte)			1 = Poněkud nebo občas pravdivé			2 = Velmi pravdivé nebo často pravdivé			
0	1	2	55.	Hraje si příliš se svými pohlavními orgány	0	1	2	79.	Rychle přechází mezi smutkem a nadšením
0	1	2	56.	Je špatně koordinovaný/á nebo nemotorný/á	0	1	2	80.	Má podivné chování (popište): _____
0	1	2	57.	Má problémy s očima (bez zdravotní příčiny) (popište): _____	0	1	2	81.	Je tvrdohlavý/á, zasmušilý/á nebo podrážděný/á
0	1	2	58.	Trest nemění jeho/její chování	0	1	2	82.	Náhle mění náladu nebo pocity
0	1	2	59.	Rychle přechází z jedné činnosti na druhou	0	1	2	83.	Hodně truceje
0	1	2	60.	Má vyrážky nebo jiné problémy s pokožkou (bez zdravotní příčiny)	0	1	2	84.	Mluví nebo křičí ze spánku
0	1	2	61.	Odmítá jíst	0	1	2	85.	Má prudké výbuchy hněvu nebo se vzteká
0	1	2	62.	Odmítá hrát aktivní hry	0	1	2	86.	Přilíš se zabývá úpravou zevnějšku nebo čistotou
0	1	2	63.	Opakovaně kýve hlavou nebo tělem	0	1	2	87.	Je příliš bázlivý/á nebo úzkostlivý/á
0	1	2	64.	Odmítá jít večer spát	0	1	2	88.	Nespolupracuje
0	1	2	65.	Odmítá chodit na nočník (popište): _____	0	1	2	89.	Je nedostatečně aktivní, pohybuje se pomalu nebo bez energie
0	1	2	66.	Hodně křičí	0	1	2	90.	Je nešťastný/á, smutný/á nebo trpí depresí
0	1	2	67.	Zdá se, že nereaguje na náklonnost	0	1	2	91.	Je neobvykle hluchý/á
0	1	2	68.	Cítí se nejistý/á nebo se snadno cítí trapně	0	1	2	92.	Rozčilují ho/jí noví lidé nebo situace (popište): _____
0	1	2	69.	Je sobecký/á nebo se nechce dělit	0	1	2	93.	Dává se, zvrací (bez zdravotní příčiny)
0	1	2	70.	Ukazuje málo náklonnosti vůči ostatním lidem	0	1	2	94.	Probouzí se často v noci
0	1	2	71.	Ukazuje málo zájmu o věci kolem sebe	0	1	2	95.	Toulá se
0	1	2	72.	Ukazuje příliš málo strachu, že mu/jí bude ublíženo	0	1	2	96.	Chce hodně pozornosti
0	1	2	73.	Je příliš stydlivý/á nebo plachý/á	0	1	2	97.	Fňuká
0	1	2	74.	Spí méně než většina dětí během dne a/nebo v noci (popište): _____	0	1	2	98.	Je uzavřený/á do sebe, nezapojuje se s ostatními
0	1	2	75.	Špiní si prádlo při vyprazdňování nebo si hraje se stolicí	0	1	2	99.	Dělá si starosti
0	1	2	76.	Má problémy s řečí (popište): _____	0	1	2	100.	Zapište prosím všechny problémy, které dítě má a které nebyly uvedeny výše.
0	1	2	77.	Zírá do prázdna nebo se zdá, že se něčím příliš zaobírá	0	1	2	_____	
0	1	2	78.	Má bolesti žaludku nebo křeče (bez zdravotní příčiny)	0	1	2	_____	

Zkontrolujte, zda jste zodpověděl/a všechny položky. Podtrhněte všechny položky, které vás znepokojují.

Má dítě nějaké nemoci nebo postižení (ať už fyzické nebo duševní)?  Ne  Ano — popište prosím:

Co vás na dítěti nejvíce znepokojuje?

Popište prosím, co je na vašem dítěti nejlepší:

STRANA 2

Czech for Czech Republic

Copyright T.M. Achenbach. Reproduced by permission

**Prosíme, pište tiskacím písmem** **INVENTÁŘ CHOVÁNÍ DÍTĚTE VE VĚKU 6 - 18 LET**  
**CHILD BEHAVIOR CHECK LIST FOR AGES 6 - 18 / CBCL 6 - 18 /**

Celé jméno dítěte		Křestní jméno	Příjmení	ZAMĚSTNÁNÍ RODIČŮ (i když v současné době nepracují) Prosíme, upřesněte např. automechanik, středoškolský učitel, v domácnosti, laborant, soustružník, prodáváč obuvi, důstojník v armádě): ZAMĚSTNÁNÍ OTCE _____ ZAMĚSTNÁNÍ MATKY _____					
Pohlaví dítěte <input type="checkbox"/> Chlapec <input type="checkbox"/> Dívka		Věk dítěte	Etnická příslušnost nebo rasa dítěte	TENTO FORMULÁŘ VYPLNIL/A (tiskacím písmem napište Vaše celé jméno _____)					
DNEŠNÍ DATUM Den Měs Rok _____		DATUM NAROZENÍ DÍTĚTE Den Měs Rok _____		Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena					
TŘÍDA _____		Prosíme vyplňte tento formulář tak, aby vyjadřoval váš pohled na chování dítěte i když by s ním ostatní lidé nesouhlasili. Neváhejte přidat další poznámky ke každému bodu a na poskytnuté místo na stránce 2. Ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky		Váš vztah k dítěti <input type="checkbox"/> Biologický rodič <input type="checkbox"/> Nevlastní rodič <input type="checkbox"/> Prarodič <input type="checkbox"/> Adoptivní rodič <input type="checkbox"/> Pěstoun <input type="checkbox"/> Jiný (upřesněte)					
NENAVŠTĚVUJE ŠKOLU <input type="checkbox"/>									
<b>I. Prosíme uveďte sporty, kterých se vaše dítě nejraději účastní:</b> Např. plavání, volejbal, bruslení, skateboard, jízda na kole, rybaření atd		<b>Kolik času stráví u každého v porovnání s vrstevníky?</b>		<b>Jak se mu/jí v každém z nich vede v porovnání s vrstevníky?</b>					
Žádný <input type="checkbox"/>		Méně než průměrně	Průměrně	Nadprůměrně	Nevím	Podprůměrně	Průměrně	Nadprůměrně	Nevím
a. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Prosíme uveďte oblíbené koníčky, aktivity a hry vašeho dítěte (jiné než sportovní), např. sbírání známek, panenky, knihy, hra na piáno (hudební nástroje), řemeslné práce, auta, počítače, zpěv (neuvádějte poslech rádia nebo sledování televize)</b>		<b>Kolik času v každém z nich stráví v porovnání s vrstevníky?</b>		<b>Jak se mu/jí v každém z nich vede v porovnání s vrstevníky?</b>					
Žádný <input type="checkbox"/>		Méně než průměrně	Průměrně	Nadprůměrně	Nevím	Méně než průměrně	Průměrně	Nadprůměrně	Nevím
a. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III. Prosíme, uveďte jakékoliv organizace, kluby, týmy nebo skupiny, do nichž vaše dítě patří:</b>		<b>Jak aktivní je v každém z nich v porovnání s vrstevníky?</b>							
Žádný <input type="checkbox"/>		Méně aktivní	Průměrně	Více aktivní	Nevím				
a. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>IV. Prosíme, uveďte jakékoliv práce nebo domácí práce, které Vaše dítě vykonává (např. roznášení novin, hlídání dětí, stlání postele, práce v obchodě atd. (uveďte jak placené tak neplacené práce)</b>		<b>Jak dobře je vykonává v porovnání s vrstevníky?</b>							
Žádný <input type="checkbox"/>		Podprůměrně	Průměrně	Nadprůměrně	Nevím				
a. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

*Ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky. Poté pokračujte na další straně*

Prosíme, vyplňte tiskacím písmem. Ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky

V. 1. Kolik blízkých přátel vaše dítě přibližně má? (nezahrnujte bratry a sestry)

Nikoho  1  2 nebo 3  4 a více

2. Kolikrát týdně přibližně podniká vaše dítě nějaké aktivity s přáteli v mimoškolní době? (nezahrnujte bratry a sestry)

Méně než 1  1 nebo 2  3 a více

VI. V porovnání s vrstevníky, jak vaše dítě:

	Hůře	Průměrně	Lépe	<input type="checkbox"/> nemá bratry a sestry
a) Vychází se svými bratry a sestrami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Vychází s ostatními dětmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Chová se ke svým rodičům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Pracuje a hraje si sám/sama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Jak si vede ve školních předmětech?

Nenavštěvuje školu protože: \_\_\_\_\_

U každého předmětu, který má vaše dítě, zatrhněte:

	Propadá	Podprůměrný	Průměrný	Nadprůměrný
a. Čtení, čeština, sloh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dějepis nebo občanská nauka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmetika nebo matematika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Přírodní vědy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Další předměty-např. informatika, cizí jazyky, účetnictví. Neuvádějte tělocvik, pracovní výchovu, autoškolu a jiné neakademické předměty

2. Využívá vaše dítě speciálně pedagogickou péči/vzdělávání pro žáky se speciálními potřebami (např. pro děti s postižením) nebo doučování, chodí do speciální třídy nebo školy?

Ne  Ano- typ služeb, třídy nebo školy:

3. Opakovalo vaše dítě některou třídu?

Ne  Ano- kterou třídu a důvody:

4. Mělo/má vaše dítě ve škole nějaké problémy s učením popř. nějaké jiné problémy?  Ne  Ano-prosíme, popište:

Kdy tyto problémy začaly? \_\_\_\_\_

Skončily již tyto problémy?  Ne  Ano, kdy?

Má vaše dítě nějakou nemoc nebo postižení (fyzické nebo mentální)?  Ne  Ano-prosíme, popište:

Co Vám na dítěti působí největší starosti?

Prosíme, zde popište to, co považujete na svém dítěti za nejlepší:

Ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky

strana 2



**Prosíme, vyplňte tiskacím písmem. Ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky**

Níže je uveden seznam tvrzení, která popisují děti a mládež. U každého z tvrzení popisujících vaše dítě teď nebo v posledních 6 ti měsících, zakroužkujte 2, jestliže je toto tvrzení o vašem dítěti **velmi nebo často pravdivé**. Zakroužkujte 1 jestliže tvrzení je **do určité míry nebo někdy** pravdivé ohledně vašeho dítěte. Jestliže tvrzení o vašem dítěti **neplatí**, zakroužkujte 0. Prosíme, odpovězte na všechny položky co možná nejlépe, i když se vám může připadat, že se na vaše dítě nevztahují.

0 = není pravda (podle vašich znalostí) 1 = někdy nebo do určité míry pravda 2 = velmi nebo často pravda

0 1 2	1. Chová se jako mladší vzhledem k svému věku	0 1 2	32. Má pocit, že musí být dokonalý/á
0 1 2	2. Pije alkohol bez souhlasu rodičů (popište): _____	0 1 2	33. Má pocit nebo si stěžuje, že jej /ji nikdo nemá rád
0 1 2	3. Hodně se hádá	0 1 2	34. Má pocit, že si z něj/ní druzí chtějí tropit žerty
0 1 2	4. Selhává při dokončení započaté činnosti	0 1 2	35. Má pocit, že je bezcenný/á nebo méněcenný/á
0 1 2	5. Je toho velmi málo, z čeho se dokáže radovat	0 1 2	36. Snadno se zraní, je náchylný/á k nehodám
0 1 2	6. Vyprazdňuje se mimo toaletu	0 1 2	37. Dostává se do mnoha rvaček
0 1 2	7. Chvástá se, chlubí se	0 1 2	38. Je hodně škádlen/a ostatními
0 1 2	8. Nedokáže se soustředit, neudrží dlouho pozornost	0 1 2	39. Potlouká se s těmi, kteří se snadno dostávají do problémů
0 1 2	9. Nedokáže se zbavit určitých vtíravých nebo nutkavých myšlenek; obsesí (popište): _____	0 1 2	40. Slyší zvuky nebo hlasy, které zde nejsou (popište): _____
0 1 2	10. Nedokáže klidně sedět, je nepokojné nebo hyperaktivní	0 1 2	41. Jedná impulzivně nebo bez přemýšlení
0 1 2	11. Lpí na dospělých, je na nich příliš závislý/á	0 1 2	42. Raději by byl/a sám/sama než s ostatními
0 1 2	12. Stěžuje si na osamělost	0 1 2	43. Lže nebo podvádí
0 1 2	13. Zmatený/á; popletený/á	0 1 2	44. Kouše si nehty
0 1 2	14. Hodně pláče	0 1 2	45. Je nervózní, napjatý/á nebo tenzní
0 1 2	15. Je krutý/á ke zvířatům	0 1 2	46. Jeho/její pohyby jsou nervózní nebo škubavé; (popište): _____
0 1 2	16. Je krutý/á, šikaneje nebo se chová podle k ostatním	0 1 2	47. Má noční můry
0 1 2	17. Sní za dne; ztrácí se ve svých myšlenkách	0 1 2	48. Jiné děti jej nemají v oblibě
0 1 2	18. Záměrně se poškozuje nebo se pokouší o sebevraždu	0 1 2	49. Má zácpu, nevyprazdňuje zcela nebo pravidelně střeva
0 1 2	19. Vyžaduje mnoho pozornosti	0 1 2	50. Je příliš bázlivý/á nebo úzkostlivý/á
0 1 2	20. Ničí své vlastní věci	0 1 2	51. Mívá závratě nebo se mu/jí točí hlava
0 1 2	21. Ničí věci, které patří rodině nebo ostatním	0 1 2	52. Cítí se provinile
0 1 2	22. Je neposlušný/á doma	0 1 2	53. Přejídá se
0 1 2	23. Je neposlušný/á ve škole	0 1 2	54. Bývá velmi unavený/á bez dostatečného důvodu
0 1 2	24. Nejí dobře	0 1 2	55. Má nadváhu
0 1 2	25. Nevychází dobře s ostatními dětmi	0 1 2	56. Má somatické problémy <b>bez zjevné lékařské příčiny</b>
0 1 2	26. Nezdá se, že by se cítil/a vinen/vinna poté, co se špatně zachoval/a	0 1 2	a) Bolesti (ne bolesti žaludku nebo hlavy)
0 1 2	27. Snadno žárlí	0 1 2	b) Bolesti hlavy
0 1 2	28. Porušuje pravidla doma, ve škole a všude jinde	0 1 2	c) Žaludeční nevolnosti
0 1 2	29. Bojí se některých zvířat, situací nebo míst, jiných než je škola (popište): _____	0 1 2	d) Problémy s očima (nejsou-li korigovány brýlemi) (popište): _____
0 1 2	30. Bojí se chodit do školy	0 1 2	e) Vyrážky nebo jiné kožní problémy
0 1 2	31. Bojí se, že by mohl/a myslet nebo provést něco zlého	0 1 2	f) Bolesti břicha, žaludku
		0 1 2	g) Zvracení
		0 1 2	h) Jiné (popište): _____

Ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky. Poté pokračujte na další straně strana 3

Prosíme, vyplňte tiskacím písmem. Ujistěte se že jste odpověděli na všechny otázky

0 = není pravda (podle vašich znalostí) 1 = někdy nebo do určité míry pravda 2= velmi nebo často pravda

0 1 2	57. Fyzicky napadá druhé lidi	0 1 2	84. Chová se divně (popište): _____
0 1 2	58. Dloube / nípe se v nose, v kůži nebo jiné části těla (popište): _____	0 1 2	85. Má zvláštní nápady (popište): _____
0 1 2	59. Hraje si se svými pohlavními orgány na veřejnosti	0 1 2	86. Je tvrdohlavý/á, podrážděný/á nebo popudlivý/á
0 1 2	60. Příliš si hraje se svými pohlavními orgány	0 1 2	87. Mívá náhlé změny nálad nebo pocitů
0 1 2	61. Ve škole se nesnaží	0 1 2	88. Hodně truceje
0 1 2	62. Je neohrabaný nebo nešikovný	0 1 2	89. Je podezřivý/á
0 1 2	63. Je raději se staršími dětmi	0 1 2	90. Kleje nebo používá obscénní výrazy
0 1 2	64. Je raději s mladšími dětmi	0 1 2	91. Mluví o tom, že se zabije
0 1 2	65. Odmítá mluvit	0 1 2	92. Mluví nebo chodí ve spánku (popište): _____
0 1 2	66. Opakuje určité činnosti pořád dokola; kompulzivní jednání (popište): _____	0 1 2	93. Příliš mluví
0 1 2	67. Utíká z domova	0 1 2	94. Hodně škádílí druhé
0 1 2	68. Hodně křičí	0 1 2	95. Mívá zlostnou náladu, záchvaty vzteku nebo se rychle rozzlobí
0 1 2	69. Je tajněkářský/á, nesvěřuje se	0 1 2	96. Příliš myslí na sex
0 1 2	70. Vidí věci, které zde nejsou (popište): _____	0 1 2	97. Zastrahuje lidi
0 1 2	71. Je nesmělý/á; snadno přijde do rozpaků	0 1 2	98. Cucá si palec
0 1 2	72. Zakládá ohně	0 1 2	99. Kouří, žvýká nebo šnupe tabák
0 1 2	73. Má sexuální problémy (popište): _____	0 1 2	100. Má problémy se spánkem (popište): _____
0 1 2	74. Předvádí se nebo šaškuje	0 1 2	101. Je záškolák, vynechává školu
0 1 2	75. Je příliš plachý/á nebo bojácný	0 1 2	102. Je málo aktivní, pohybuje se pomalu nebo má nedostatek energie
0 1 2	76. Spí méně než většina dětí	0 1 2	103. Je nešťastný/á, smutný/á nebo depresivní
0 1 2	77. Během dne nebo v noci spí více než většina dětí (popište): _____	0 1 2	104. Je neobvykle hlučný/á
0 1 2	78. Je nepozorný/á nebo je snadné odvést jeho/její pozornost	0 1 2	105. Užívá léky, drogy, omamné látky z jiných než léčebných důvodů (nevztahuje se na alkohol nebo tabák) (popište): _____
0 1 2	79. Má problémy s řečí (popište): _____	0 1 2	106. Ničí věci (vandalismus)
0 1 2	80. Tupě zírání	0 1 2	107. Pomočuje se během dne
0 1 2	81. Krade doma	0 1 2	108. Pomočuje postel
0 1 2	82. Krade mimo domov	0 1 2	109. Běduje, fňuká
0 1 2	83. Skladuje příliš mnoho věcí, které nepotřebuje (popište): _____	0 1 2	110. Přeje si být opačného pohlaví
		0 1 2	111. Je uzavřený/á, stahuje se do sebe, nepřipojuje se k ostatním
		0 1 2	112. Dělá si starosti
		0 1 2	113. Prosíme, zde napište jakékoli problémy, které vaše dítě má a které nebyly uvedeny v seznamu nahore:
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____

Ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky

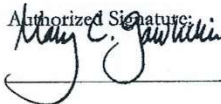
strana 4

## CERTIFICATION

This is to certify that Corporate Translations, Inc. has performed the following procedures on the *Child Behavior Checklist for Ages 1 1/2 - 5 [CTi Job #: 59356]*:

- Two independent forward translations
- One harmonized forward translation
- One independent back-translation
- Reconciliation of back-translation and harmonized translation
- Review of back-translation by Survey Research Expert
- Review of harmonized translation by on-site sponsor representative
- Cognitive debriefing with five representative subjects who are parents of children ages 1 1/2-5 in Czech Republic
- Desktop publishing of previously validated translation
- Proofreading of previously validated translation

These documents were prepared by a team of translators and interviewers who are fully bilingual in both Czech for Czech Republic and English. All procedures were performed in accordance with current industry standards and FDA guidance.

Authorized Signature:  


Mary Gawlicki  
President  
Corporate Translations, Inc.

Date: October 1, 2010

*Driven by Definition™*

"Subscribed and sworn to before me

this 1 day of October, 2010"

  
Notary Public

Date Commission Expires: 9-30-12





The University of Vermont

ASEBA

Research Center for Children, Youth & Families, Inc., A Non-Profit Corporation

1 South Prospect Street, St Joseph's Wing (Room #3207), Burlington, VT 05401

Telephone: (802)656-5130

Email: [mail@aseba.org](mailto:mail@aseba.org) / Website: <http://www.aseba.org>

June 11, 2021

Ms. Zuzana Tillerová  
Candidate for Master's Degree  
University of South Bohemia in České Budějovice  
Faculty of Health and Social Sciences  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
CZECH REPUBLIC  
e-mail: [tillez00@zsf.jcu.cz](mailto:tillez00@zsf.jcu.cz)

Dear Ms. Tillerová:

I hereby grant permission for you to reproduce a sample copy of the Czech-language Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 (CBCL/1½-5) and the Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18) an Appendix of your diploma thesis entitled "*Quality research of nursing approach to children with encopresis*," which you are submitting in partial fulfillment of the requirements for the master's program at University of South Bohemia in České Budějovice.

The forms included in the thesis document must be stamped "SAMPLE" and the pages that display the samples must include the following notice:

Copyright T.M. Achenbach. Reproduced by permission.

Best wishes to you on the completion of your program of study.

Sincerely yours,

Thomas M. Achenbach, Ph.D.  
Professor of Psychiatry and Psychological Science  
President, Research Center for Children, Youth,  
and Families, Inc.

Enclosure(s): Czech CBCL/1½-5 and CBCL/6-18

# Příloha 4: Edukační materiál pro sestry

## ENKOPRÉZA

Co je užitečné vědět

Enkopréza je poruchou, při které dochází k svévolnému či mimovolnému odchodu stolice na nevhodných místech. Stolice má obvykle normální nebo téměř normální konzistenci.

Každé znečištění dítěte stolicí není projevem enkoprézy. O poruše mluvíme, pokud:

- ✓ Dítě je starší než 4 roky
- ✓ K problému dochází nejméně jednou měsíčně
- ✓ Problém přetrvává minimálně 3 měsíce

Enkopréza má zřídka svůj původ v anatomické abnormalitě či onemocnění. U 95% dětí trpících inkontinencí stolice nemůže být identifikována organická příčina a tato inkontinence je pak označována jako **neorganická enkopréza**. Neorganická enkopréza je dle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů kódována jako F98.<sup>1</sup>

Neorganická enkopréza je v 80% případů s chronickou zácpou, která způsobuje nechtěné oděkání měkké stolice obcházející obstrukční fekální masu.

Neorganická enkopréza častěji postihuje chlapce než děvčata a je často spojena s enurézou (neschopnost ovládat močení).

Problém s udržení stolice má dítě již od útlého věku nebo problém vzniká až po určité době.

<sup>1</sup> МКН-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize: deskriptivní aktualizace k 1.1.2018, 2017-2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ISBN 978-80-7472-168-7

### Proč neorganická enkopréza vzniká

Neorganická enkopréza nejčastěji vzniká jako důsledek chronické zácpy. Chronická zácpa či enkopréza bez přítomnosti zácpy typicky vzniká nezvládnutím učení dítěte k používání nočníku a toalety.

Rodiče dítěte často naléhají na zvládnutí používání nočníku či toalety u svého dítěte bez ohledu na přirozený vývoj. Tento postup pak může u dítěte vyvolat nepříjemné psychologické stavy při vyměšování, které se pak pro něj stává traumatizující situací. V případě výskytu bolestivého vyměšování, například při zácpě, se pak toto trauma prohlubuje a může vést až k neorganické enkopréze.

Opačný přístup rodičů, kteří nevedou své dítě ke kulturně a sociálně akceptovatelnému přístupu k vyměšování se vyskytuje zvláště u rodin se sociálním hendikepem<sup>2</sup>.

Pokud dítě trpí poruchami chování, zvláště projevy ADHD, pak může selhat proces vytváření správných návyků pro vyměšování. Současně některé léky pro léčbu ADHD mohou způsobit chronickou zácpu jako nežádoucí vedlejší účinek (nejčastěji Risperdal).

### Vliv chyb při stravování dítěte

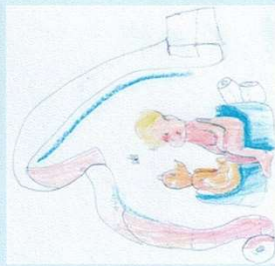
Bezproblémové vyměšování dítěte je spojeno se správným stavem mikrobiomu střev. Je tedy důležité, aby dítě bylo co nejdříve kojeno. Rychlý přechod od mateřského mléka na umělou stravu a následně běžnou stravu neumožní správné vytvoření mikrobiomu střev a může vést následně k poruchám ve vyměšování.

<sup>2</sup> ADHD - neurovývojová porucha pozornosti s hyperaktivitou

Velmi častou příčinou vzniku zácpy a následné enkoprézy je nesprávná výživa, zejména nadměrný příjem požívatin jako je kofein a podobné látky (coca cola, čokoláda, kakao), kofeni, kyselá džusy a zejména **pozor na želatínové bonbóny**.

#### Jak rozpoznat enkoprézu<sup>3</sup>

Pokud již není diagnostikována lékatem, pak je možné zaznamenat skryté i zjevné příznaky poruchy. U dítěte může docházet k neustálému špinění spodního prádla nebo ke kompletní defekaci mimo toaletu. Dítě se straní kolektivitu a skrývá projevy své poruchy ze studu. Může naopak také docházet k ignorování společenských norem při vylučování a ostentativnímu ignorování své poruchy.



Takové dítě je nutné sledovat a při citlivé komunikaci zjistit, zda se jedná o jednorázovou nehodu či jde o opakovaný a stálý problém. Proberte s rodiči dítěte případně se samotnými dětmi celou historii. Zjistěte zda se v minulosti nevykydly problémy s bolestivým vylučováním či jiná psychologická traumata.

Při jakémkoli podezření je nutné informovat lékaře, který musí provést vyšetření pro vyloučení organických příčin. Následně je vhodná týmová spolupráce zvláště s odborníky z oblasti psychologie a dietologie.

Enkopréza stejně jako enuréza je pro dítě i jeho rodiče vysoce traumatizující stav. Dítě si tento problém samo nezvolilo, ale jeho následky musí nést.

<sup>3</sup> Autor ilustrace: Ludmila Tillerová

#### Ošetrovatelská specifika

- **Směrování k akceptaci a zajmu o léčení**—Zajistěte, aby dítě i jeho rodiče akceptovali existenci problému s tím, že při správném přístupu je ho možné úspěšně zvládnout. Zajistěte aktivní pozitivní přístup k léčení ze strany dítěte i jeho rodičů.
- **Zklidnění pacienta a soustředění na defekaci** – zajistěte pravidelný režim a klid při defekaci. Při lůžkové péči má u dítěte být vyhrazen čas pro klidnou defekaci cca 15 minut po stravě, která obsahuje i dostatek tekutin<sup>4</sup>. Důležité je prostředí pro vykonání toalety, ideálním je vlastní toaleta, kde se dítě cítí v bezpečí. Důležité je správné přizpůsobení toalety umístěním stoliček na podložení nohou, příjemného a čistiého prostředí. Dítě může mít při defekaci k dispozici obrázky či knihy, nikoli však elektronické hry odvádějící pozornost dítěte.
- **Asistence dítěti s enkoprézou při hygieně** - při lůžkové péči pomozte v klidu dítěti při hygieně po epizodě enkoprézy bez jakýchkoli negativních projevů. Ačkoli projevy pokálení jsou určitě neestetické a zapáchající, dítě nesmí pociťovat žádné projevy zošklivení ze strany ošetrojícího personálu.
- **Zachování důstojnosti a psychické integrity** - problém řešte s dítětem a jeho rodiči vždy se zachováním maximální soukromí bez přítomnosti cizích osob. Dítě i jeho rodiče prožívají psychicky traumatizující stav a úlohou ošetrojícího personálu je vždy ochrana pacienta.
- **Nácvik defekačního režimu a dodržování diety** - zajistěte, že dítě má vyváženou stravu s dostatkem tekutin. Poskytněte dítěti pozitivní zpětnou vazbu při úspěšné defekaci a celodenním udržení čistoty. Ideální metodou je vedení „defekačního deníku“, kde jsou zvýrazněny dny bez epizody enkoprézy sluníčkem nebo podobným pozitivním označením.

<sup>4</sup>LEBL, J., 2014. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-131-5

## Příloha 5: Edukační materiál pro rodiče

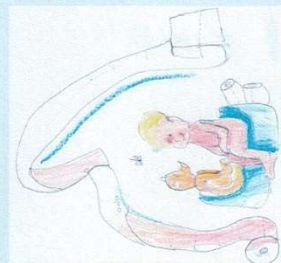
### ENKOPRÉZA

Co je užitečné vědět

Enkopréza je poruchou, při které dochází k svěvolnému či mimovlnnému odchodu stolice na nevhodných místech. Stolice má obvykle normální nebo téměř normální konzistenci.

Každé znečištění dítěte stolicí není projevem enkoprézy. O poruše mluvíme, pokud:

- ✓ Dítě je starší než 4 roky
- ✓ K problému dochází nejméně jednou měsíčně
- ✓ Problém přetrvává minimálně 3 měsíce



Enkopréza má zřídka svůj původ v anatomické abnormalitě či onemocnění.

U naprosté většiny případů se tedy jedná o **neorganickou** enkoprézu, která je často spojena se zácpou.

Neorganická enkopréza častěji postihuje chlapce než děvčata a je často spojena s enurézou (neschopnost ovládat močení).

<sup>1</sup> Autor ilustrace: Ludmila Tillerová

Problém s udržení stolice má dítě již od útlého věku nebo problém vzniká až po určité době.

### Proč neorganická enkopréza vzniká

Nejčastějším důvodem je nezvládnutí učení dítěte k používání nočníku a toalety.

MUDr. Velemínský<sup>2</sup> popisuje názorně čtyři fáze při náviku používání nočníku a posléze toalety:

- Prvotní vnímání okamžiku vyměšování. Dítě typicky přeruší i hru či jiné aktivity.
- Vědomé vytlačení stolice do pleny. Dítě již rozezná podnět signalizující vyprázdnění.
- Ohlášení vytlačení stolice i když stále dochází k vytlačování stolice do pleny.
- Dítě signalizuje svoji potřebu a je schopno ji chvilkově oddálit. V této fázi jde důležitá pohotovost reakce rodičů a zajištění vykonání potřeby do nočníku či toalety.



*Stejně jako nezijem o výchovu dítěte je pro dítě škodlivé jakékoli uspěchání přirozeného vývoje. Zvládnutí chování na toaletu do 4 let dítěte je normální.*

### POCHVALA JE KLÍČEM K ÚSPĚCHU

*Rodiče by nikdy neměli vyjadřovat nevoli při neúspěchu*

<sup>2</sup> VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Nemutit mě na nočník: vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nočním*. 2. vydání. Praha: Stanišlav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-252-7.

### Co dělat když se dlouhodobě nedaří

Nestyďte se za problém dítěte a nemějte obavu z pocitu selhání při výchově. Skryváním problému dítěti nepomůžete. Otevřeně se poradte s lékařem a řiďte se jeho doporučením

- Vyloučení organické příčiny
- Zjištění, zda problém není způsoben chronickou zácpou
- Porada s psychologem, který vám **pomůže** nalézt případnou psychickou příčinu.
- Porada s dietologickým specialistou

Velmi častou příčinou vzniku zácpy a následně enkoprézy je nesprávná výživa,

Správný režim stravování a chování na nočník

ZAJIŠTĚTE DÍTĚTI VYVÁŽENOU STRAVU S DOSTATKEM VLÁKNIN A TEKUTIN  
SMIŇTE PŘÍJEM CUKRU, ŽELATINY A DRÁŽDIVÝCH LÁTEK  
NAUČTE DÍTĚ, ŽE JE ČAS KE HRANÍ A ČAS NA NOČNÍK  
NAUČTE DÍTĚ, ŽE VYPRAZDNĚNÍ SE JE PŘÍJEMNÁ SOUČÁST ŽIVOTA

zejména nadměrný příjem požívatin jako je kofein a podobné látky (coca cola, čokoláda, kakao), koření, kyselé džusy a zejména pozor na želatinové bonbóny.

Enkopréza stejně jako enuréza je pro dítě i jeho rodiče vysoce traumatizující stav. Dítě si tento problém samo nezvolilo, ale jeho následky musí nést. Vždy je tedy nutné dodržovat:

- **Pomoc při nalezení zdroje problému** - proberte s rodiči či staršími dětmi celou historii. Zda se v minulosti nevyskytly problémy s bolestivým vylučováním či jiná psychologická traumata
- **Zachování intimity** – problém řešte s dítětem a jeho rodiči vždy se zachováním maximální soukromí bez přítomnosti cizích osob
- **Zachování důstojnosti** – dítě i jeho rodiče prožívají psychicky traumatizující stav. Ačkoli jeho projevy jsou určité neestetické a mnohdy zapáchající, dítě nesmí pociťovat žádné projevy zesklivení ze strany ošetřujícího personálu
- **Pomoc při hygieně** – při lůžkové péči pomozte v klidu dítěti při hygieně po epizodě enkoprézy bez jakýchkoli negativních projevů
- **Pomoc při nastavení režimu** – zajistěte, že dítě má vyváženou stravu s dostatkem tekutin. Důležité je také prostředí pro vykonání toalety, ideálním je vlastní toaleta, kde se dítě cítí v bezpečí