

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Anita Peterka

**ZAPRTJE PRI OTROCIH IN ZDRAVSTVENA
VZGOJA**

Ljubljana, 2018

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Anita Peterka

**ZAPRTJE PRI OTROCIH IN ZDRAVSTVENA
VZGOJA**

Pregled literature

**CONSTIPATION IN CHILDREN AND HEALTH
EDUCATION**

A literature review

Mentorica: pred. Martina Bizjak, viš. med. ses., univ. dipl. soc.

Recenzentka: doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici pred. Martini Bizjak, viš. med. ses., univ. dipl. soc., za dragocene nasvete, usmeritve, spodbudne besede, sodelovanje in za potrpežljivost pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentki doc. dr. Andreji Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., lektorju doc. dr. Tomažu Petku za natančen in strokoven pregled diplomskega dela ter bratrancu Gregorju Strmljanu za odličen prevod izvlečka.

Urški in Juti sem hvaležna za zaupanje in neskončne pogovore ob skodelici kave. Z vama so bili študijski dnevi zabavnejši in timski duh, ki je živel med nami, je bil res nekaj čudovitega. Hvala tudi vsem preostalim prijateljicam in vsakemu, ki mi je namenil spodbudno besedo na moji študijski poti.

Med pisanjem diplomskega dela mi je bil moj fant Rok vseskozi v spodbudno oporo s pozitivnimi besedami in z ljubeznijo. Hvala.

Največja zahvala pa gre moji družini, ki me je skozi celoten študij finančno in moralno podpirala. Hvala za vse spodbudne besede in hvala, ker ste verjeli vame. Brez vas mi ne bi uspelo.

Ni dovolj samo vedeti;

znanje je treba tudi uporabljati.

Ni dovolj hoteti, treba je tudi narediti.

(Johann Wolfgang von Goethe)

IZVLEČEK

Uvod: Zaprtje ali obstipacija spada med motnje v odvajanju. Zanja sta značilna poredko odvajanje trdega blata in neugodje; to je lahko povezano z bolečino v trebuhu in s pomanjkanjem teka. Zdravimo ga na farmakološki in nefarmakološki način. Zdravstvena vzgoja je ključni dejavnik pri preprečevanju in zdravljenju zaprtja pri otroku. Uspešnost zdravstvene vzgoje je odvisna predvsem od dobrega sodelovanja med medicinsko sestro ter starši in otroki. Medicinske sestre imajo v multidisciplinarnem timu pomembno vlogo v zdravstvenovzgojnem procesu, saj so prisotne skozi celotno zdravstveno obravnavo.

Namen: Namen diplomskega dela je predstaviti zaprtje pri otrocih, opredeliti različne metode zdravljenja in njihovo uspešnost ter poudariti zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre.

Metode dela: Uporabljena je bila opisna metoda s pregledom literature. Literaturo smo iskali s pomočjo podatkovnih baz: CINAHL, Science Direct, Medline ter vzajemne bibliografske-kataložne baze podatkov COBIB.SI. Iskanje je potekalo med februarjem in julijem 2017.

Rezultati: Zaprtje predstavlja zdravstveni problem za otroka in tudi starše. Čeprav je zelo pomembno izboljšati način življenja, brez uporabe odvajal zdravljenje zaprtja velikokrat ni učinkovito. Ključno vlogo pri tem ima medicinska sestra, ki deluje zdravstvenovzgojno, saj otroke z zaprtjem sprejme, spremlja skozi celotno zdravstveno obravnavo in jih uči različnih ukrepov pri odpravljanju motnje v odvajanju. Starši imajo v zdravstveni obravnavi temeljno vlogo pri podpori otrok z zaprtjem.

Razprava in zaključek: Učenje otrok in staršev o ukrepih pri zaprtju je zelo pomembno, saj s tem otrok izboljša peristaltiko črevesja in s tem prepreči ponovno zaprtje. Še naprej je potrebno poudarjati pomen ustrezne prehrane in pitje tekočin, gibanja, pravilnega odvajanja, telesne dejavnosti in pravilnega jemanje odmerkov odvajal. Za boljšo preventivo bi bilo potrebno napisati navodila za preprečevanje zaprtja pri otrocih, uvedba vsebin o normalnem odvajanju pri otrocih že v vrtcu, zasnova mobilne aplikacije na temo normalnega odvajanja in organizirati zdravstvenovzgojne delavnice za starše na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Ključne besede: obstipacija, zdravljenje, učenje, prehrana, medicinska sestra.

ABSTRACT

Introduction: Constipation is described as a bowel movement disorder. Its main symptoms include infrequent bowel movements, passage of hard stools and difficulty in passing stools. Constipation can be associated with pain in the abdomen and lack of appetite. The condition is treated in pharmacological and non-pharmacological way. Health education is the key factor in preventing and treating constipation conditions in children. Its success rate depends mostly on good cooperation between the nurse, the parents and the children. Nurses in the multidisciplinary healthcare teams have a critical role in the process of treatment and education since they are present during the entire time of the treatment.

Purpose: The purpose of this dissertation is to present constipation in children and define methods of treatment and their effectiveness. A clear emphasis is given on the role nurses have in health education. **Methods:** The descriptive method with critical reading of the literature was used. Among others CINAHL, Science Direct, Medline and COBIB.SI databases were used to gather information. The research was carried out between February and July 2017. **Results:** Constipation is a health problem for the child as well as his parents. Even though lifestyle change is very important it is often necessary to use laxatives for the treatment to fully succeed. Nurses play a key role in the process of treating constipation. They act in a health-education way as they admit the children into care, escort them through the entire process and teach them different ways of eliminating the problem. Parents are the basic support for the children during the treatment. **Discussion and conclusions:** Educating the children as well as their parents on the measures to be taken during constipation is very important. It improves the peristalsis of the intestine and prevents for the constipation to reoccur. Attention needs to be taken to ensure adequate nutrition and drinking of fluids, recreation, proper bowel movements, physical activity and proper use of laxatives. To further improve preventative measures instruction manuals would need to be published and workshops addressing normal bowel movements in children should be organised for the parents at the kindergarten level. Mobile app addressing normal bowel movements in children should be written and health education workshops at the basic healthcare level should also be organised.

Key words: constipation, treatment, health education, nutrition, nurse.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
1.1	Odvajanje	2
1.2	Fiziologija odvajanja	2
1.3	Zaprtje	3
1.4	Vzroki za zaprtje	4
1.5	Znaki in simptomi	6
1.6	Diagnoza in preiskave pri zaprtju	6
1.7	Zdravstvena vzgoja	7
2	NAMEN	9
3	METODE DELA	10
4	REZULTATI	11
4.1	Zdravljenje zaprtja pri otrocih	11
4.1.1	Nefarmakološko zdravljenje zaprtja	11
4.1.2	Farmakološko zdravljenje zaprtja	16
4.2	Zdravstvena vzgoja otrok pri zaprtju	17
4.2.1	Vloga medicinske sestre pri otrocih z zaprtjem	18
4.2.2	Vloga staršev pri otrocih z zaprtjem	20
4.2.3	Zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre v gastroenterološki ambulanti in ..	20
5	RAZPRAVA	24
6	ZAKLJUČEK	27
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI	28

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

CGCNASPGHAN	Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COBIB.SI	Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov
I. O.	Tako imenovane
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NASPGHAN	North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
PEG	Polietilenglikol
WHO	World Health Organization

1 UVOD

Zaprte je stanje, pri katerem je prisotno poredko in dolgotrajno odvajanje trdega blata, in sicer na tri ali več dni; povezano je lahko z bolečino v trebuhu, neugodjem in s pomanjkanjem teka (NICE – National Institute for Health and Care Excellence, 2010; Šivic, Zadnikar, 2009). Otroci spadajo v občutljivo skupino zdravstvene obravnave, saj težave z odvajanjem sprejemajo čisto drugače kot odrasel človek. Zaprte lahko sprejemajo kot kazen za neko napako, ki so jo storili; pojavijo se lahko strah, tesnoba in stiska, zato jim je vsekakor treba obrazložiti, kaj se dogaja z njimi, in jim pomagati (Perić, 2006).

Večina vzrokov za zaprtje je funkcionalnega izvora. Nepravilna prehrana, različni psihološki in okoljski vplivi so med najpogostejšimi (Sedmak et al., 2008). Večkratna zaprtja, ki so nezdravljena v otroški dobi, lahko pripeljejo v dobi adolescenc in v odrasli dobi do razvija trdovratnega zaprtja (Bongers et al., 2010). Zato je bistveno, da začnemo z zgodnjo primarno preventivo oziroma zdravljenjem že v otroški dobi. Zdravljenje je odvisno od vrste zaprtja. Otroke z lažjo obliko zaprtosti zdravijo ambulantno, pri hujših oblikah pa otroke sprejmejo v bolnišnico oziroma na center za zdravljenje bolezni otrok, v katerem opravijo program »šole kakanja« (Sedmak et al., 2008). Zdravljenje obsega dva načina. Nefarmakološko zdravljenje vključuje prehranske, psihološke, vedenjske intervencije in telesno dejavnost ter učenje. Med farmakološko zdravljenje spada zdravljenje z odvajali, ki so pri zdravljenju kroničnega in funkcionalnega zaprtja zelo pomembna, zato je ključno, da razumemo njihov način delovanja in omejitve (NICE, 2010).

Temeljni steber pri zdravljenju zaprtja otrok predstavlja zdravstvena vzgoja. Za uspešno izvedeno zdravstveno vzgojo je pomembno vzajemno sodelovanje med medicinsko sestro, starši in otroki. Medicinske sestre imajo v zdravstvenem timu glavno vlogo pri zdravstvenovzgojnem procesu, saj so prisotne večino časa zdravstvene obravnave. Odgovorne so za učenje in zdravstvenovzgojno delo posameznikov; to mora biti načrtovano in sistematično, saj le poučen posameznik bo ob ponovnem nastanku bolezni znal odpraviti težave in kar je najbolj pomembno je to, da bo spodbujen za ohranitev in krepitev svojega zdravja (Kvas, 2011). Vloga staršev je med zdravstveno obravnavo predvsem podporna, pozneje v domačem okolju pa prevzamejo vloga trenerja (CGCNASPGHAN, 2006).

1. 1 Odvajanje

Izločanje in odvajanje je ena izmed temeljnih življenjskih aktivnosti, ki je osnovnega pomena za obstoj človeka. Gre za proces, pri katerem izločimo škodljive in odpadne produkte iz telesa (Fink, Kobilšek, 2012).

Blato ali feces je izloček iz prebavil (Fink, Kobilšek, 2012). Otrok odvaja prvo blato – mekonij – v prvih štiriindvajsetih urah po rojstvu (Smajlović, 2012). Mekonij je gosta, lepljiva, temno zelena, homogena snov, ki je brez vonja. Nato skozi izločanje prehodnega blata pozneje sledi nastanek normalnega blata. Blato dojenčka je kašasto in zlato rumene barve (Filipič, 2010). Normalno blato je mehko, čvrsto, temno rjave barve in na prostem obdrži cilindrično obliko. Ima tipičen fekulenten vonj in je brez vidnih primesi. Količina blata je odvisna od količine in kakovosti zaužite hrane (Fink, Kobilšek, 2012).

Obliko blata ocenjujemo s pomočjo Bristolske lestvice, ki obsega sedem stopenj. Za diagnosticiranje zaprtja označujemo prvi dve ali prve tri stopnje, tj. 1. stopnja: ločeni trdi bobki; 2. stopnja: oblika klobase, pri čemer so vidne strukture posameznih bobkov; 3. stopnja: oblika klobase, ki je razpokana na površju (Orel, 2009).

Frekvenca odvajanja je povezana s starostjo otrok. Do treh mesecev starosti naj bi dojenček odvajal trikrat dnevno, do enega leta starosti dvakrat dnevno in nad tremi leti enkrat dnevno, saj ima večina otrok pri tej starosti že nadzor pri odvajanju (CGCNASPHGAN, 2006). Pri zaprtju je frekvenca neredna. Skladno z diagnostičnimi merili zaprtja morajo imeti otroci manj kot tri odvajanja tedensko (Xinias, Mavroudi, 2015).

Rednega odvajanja se otroci naučijo v prvih dveh do treh letih po rojstvu (Smajlović, 2012). Bratanič (2006) omenja, da je med 18. in 24. mesecem starosti večina otrok pripravljena na začetek učenja nadzora odvajanja, saj so takrat navadno telesno, umsko in čustveno razviti.

1.2 Fiziologija odvajanja

Prebavna pot sega od ust in vse do zadnjične odprtine. Sestavljena je iz več glavnih delov, vsak pa ima svojo specifično nalogo. V ustni votlini se hrana prežveči, nato pa jo prežvečeno požiralnik potisne v želodec, v katerem se ta razgradi. Sledi prehod v tanko

črevesje, v katerem se vsrkajo vse koristne hranilne snovi; te nato prehajajo v krvni obtok. Nato debelo črevo vsrka vodo in zgosti ostanke hrane (Šivic, Zadnikar, 2009).

Prehajanje črevesne vsebine je odvisno od delovanja gladkega mišičja v črevesni steni in črevesnega živčnega sistema. V Cayalovih celicah, t. i. posebnih celicah, nastajajo v steni črevesja osnovni impulzi za krčenje mišic. Ko se na te impulze priključijo dodatni, ki jih ustvarijo motorični nevroni črevesnega živčnega sistema, je s tem dosežen prag krčljivosti in pride do krčenja mišičnih vlaken. Gladke mišice v debelem črevesju počasi mešajo in potiskajo črevesno vsebino proti izhodu (Orel, 2009).

Peristaltični val, ki se pojavi nekajkrat dnevno, se začne pod vraničnim zavojem debelega črevesja. Ta spada med najpomembnejšo mišično dejavnost debelega črevesja. Največkrat se pojavi zgodaj zjutraj in po zajtrku. Njegova funkcija je, da premakne in nato potisne črevesno vsebino v danko, ta pa se tako razširi in napolni (Vidmar, 2011). Pibernik (2011) omenja, da se pri polni danki pojavi živčni odziv, imenovan anorektalni refleks. Anorektalni kot sestavljata analni kanal (poteka proti popku) in danko (poteka »navzad«). Kot je zelo pomemben pri zadrževanju in odvajanju blata. V stoječem položaju običajno meri od 80 do 90 stopinj. Otroci med odvajanjem navadno sedijo, zato se anorektalni kot zaradi spremembe položaja običajno poveča.

V danki se vzdražijo receptorji za nateg in nato se prek refleksnega loka sprosti notranji analni sfinkter, medtem ko se zunanji refleksno skrči. Ko se danko začne raztezati, to občutimo kot tiščanje na potrebo. Prodiranje črevesne vsebine v analni kanal povzroči popustitev tonusa notranjega analnega sfinktra (Vidmar, 2011). Danko se skrči in iztisne vsebino (Pibernik, 2011). V distalnem delu ima danko posebne specializirane čutnice, ki zaznajo gostoto blata. Na podlagi tega velikokrat vemo, ali bomo odvajali trdo ali tekoče blato (Vidmar, 2011).

1.3 Zaprtje

Kadar otroci ne morejo normalno odvajati ter je prisotno poredko in dlje trajajoče stanje, ki je povezano z odvajanjem trdega blata, govorimo o zaprtju. Hkrati ga lahko spremljajo še bolečine v trebuhu in slabši tek (NICE, 2010; Šivic, Zadnikar, 2009).

Poznamo akutno, funkcionalno in organsko zaprtje. Akutno zaprtje lahko traja nekaj ur, dni ali tednov, predvsem pa je to odvisno od vsakega posameznika. Funkcionalno zaprtje,

ki se pojavi v več kot 90 % primerov zaprtja, traja več kot 8 tednov in spada med kronično ponavljajoče se simptome prebavnega sistema, ki jih ne moremo povezati s strukturnimi, z organskimi ali biokemijskimi nepravilnostmi. Organsko zaprtje se pojavi že zelo zgodaj po rojstvu z znanim razlogom (Sedmak, 2015; NICE, 2010). Pojavnost organskega zaprtja je 5-odstotna (Orel, 2015).

Zaprtje pri otrocih je večkrat vzrok za obisk v pediatrični ambulanti (3 %) in predstavlja kar četrtno vseh obiskov otrok v gastroenterološki ambulanti (Orel, 2015). V okrožju Hongkonga so Lee in sodelavci (2008) naredili raziskavo, v kateri so pregledali prehrabne in odvajalne navade predšolskih otrok; ugotovili so, da je že do 30 % otrok imelo težave, povezane z zaprtjem.

Pri zaprtju ni pomembno število odvajanj, ampak so pomembni simptomi in znaki, ki nastanejo zaradi nerednega odvajanja (Smajlović, 2012). V raziskavi, ki je bila opravljena na Šrilanki, so Rajindrajith in sodelavci (2013) dokazali, da imajo otroci z zaprtjem slabšo kakovost življenja na fizičnem, psihičnem, emocionalnem, socialnem, duševnem in na ekonomskem področju ter slabše funkcionirajo v šoli.

1.4 Vzroki za zaprtje

Zaprtje je le simptom ali skupek simptomov, za katerimi se lahko skriva vrsta različnih bolezni ali motenj v delovanju prebavil. Vsem vzrokom je skupno, da povzročajo mehansko oviro pri pretoku črevesne vsebine kjer koli v prebavilih ali ob izhodu iz črevesja ali zmanjšano gibljivost črevesja in s tem upočasnen prehod črevesne vsebine. Pri funkcionalnem zaprtju je pomemben prvi mehanizem (Orel, 2009).

Najpogostejša vzroka funkcionalnega zaprtja sta nepravilna prehrana s premalo zaužitih vlaknin in tekočine ter uživanje večjih količin mleka in čokolade (Smajlović, 2012). To potrjuje tudi raziskava, ki je bila opravljena v Hongkongu, v kateri so Lee in sodelavci (2008) ugotavljali pogostost uživanja vlaknin pri predšolskih otrocih. Ugotovili so, da imajo otroci, ki imajo težave z zaprtjem, bistveno nižji vnos vlaknin in mikrohranil, predvsem s sadjem, z zelenjavo, vitaminom C, s folno kislino ter z magnezijem, v primerjavi z neobstipiranimi otroki. Tudi uživanje kravjega mleka in alergija na hrano sta dejavnika tveganja za nastanek zaprtja pri otrocih. To utemeljuje Orel (2009) s trditvijo, da

pri majhnem deležu otrok odkrijejo alergijo na mlečne beljakovine ali druge vrste hrane ter da izključitev teh snovi iz prehrane vodi v izboljšanje zdravstvenega stanja.

Pomemben dejavnik za nastanek zaprtja pri otrocih je tudi psihološki. To dokazujejo Inan in sodelavci (2007), ki z zaprtjem povezujejo različne fizične in psihološke travme ter druge zdravstvene težave. Sedmak in sodelavci (2008) navajajo, da otroci velikokrat zadržujejo blato zaradi igre, neustreznih sanitarij, hitrega življenjskega utripa in globljih psihičnih zavor. Koporec (2012) kot pomemben dejavnik omenja tudi ločitev staršev in kljubovanje otrok v obdobju trme. Šivic in Zadnikar (2009) opozarjata, da imajo velik vpliv tudi spremembe v okolju: otroci imajo pogosto odpor do straniščne školjke, prisoten je strah zaradi tiste »odprtine v školjki«, motita jih tudi neprijeten vonj lastnih izločkov in omejevanje samostojnosti. Starši otroke preveč nadzorujejo in jim pustijo premalo samostojnosti. Zaprtje se lahko pojavi tudi zaradi težav v šoli, nasilnega vedenja ali smrti v družini. Dozdajšnje raziskave iz tujine kažejo, da do razvitja zaprtja najpogosteje pripeljejo tudi naslednji faktorji: pomanjkljivo znanje staršev, povečana telesna teža, zmanjšana fizična aktivnost in dedna nagnjenost (Yoyssef et al., 2005). Orel (2015) kot pogost vzrok navaja tudi potovanje in akutno okužbo, ki jo spremlja vročina.

Hirschprungova bolezen je najpogostejša predstavnica organskega izvora, ki ima dve lastnosti, in sicer: prazna in ozka danka, razširjeno črevo pa se začne višje (Orel, 2015). Preostali vzroki za organsko zaprtje so še naslednji: nevromišične bolezni (npr. cerebralna paraliza), stranski učinki zdravil (npr. železo, narkotiki, antidepresivi), razne sistemske in anatomske lezije, alergije na hrano (npr. mleko), celiakija (Xinias, Mavroudi, 2015).

V različnih življenjskih obdobjih otrok so vzroki za zaprtje pogostejši (Sedmak et al., 2008). Rogers (2012) navaja, da se pri dojenčkih zaprtje največkrat pojavi pri uvedbi kravjega mleka ali ob pomanjkljivem zaužitju tekočin. Pri malčkih se pojavi pri odstranitvi pleničk, sproži se odpor do sedenja na straniščni školjki ali kahlici, kar pripelje do zadrževanja blata. Za starejše otroke je značilno, da zavračajo šolska stranišča zaradi slabe higiene, ker ta nimajo ključavnic, zaradi pomanjkanja zasebnosti, toaletnega papirja, mila, brisač in zaradi omejevanja dostopa zunaj odmorov. Vse to povzroči začaran krog. Najpomembnejše je ugotoviti, kdaj se je zaprtost pojavila – ali je od rojstva ali je nastala nenadoma oz. postopoma (Sedmak et al., 2008).

1.5 Znaki in simptomi

Kateri znaki in simptomi se bodo pojavili, je odvisno od vrste zaprtja. Smajlović (2012) k akutnemu zaprtju uvršča naslednje znake: odvajanje trdega blata, bolečine v trebuhu, napenjanje, pojavljanje sveže krvi na površini blata zaradi poškodb zadnjika, enkopreza, bruhanje, paradoksalne driske, pri katerih ob trdem čepu blata uhaja redko blato.

Poleg znakov akutnega zaprtja se pri kroničnem zaprtju pojavijo še naslednji znaki: prisotnost bolečine pri odvajanju, pomanjkanje teka, prisotnost krvi v blatu, prisotni so krči v trebuhu, izločanje velikih ali majhnih bobkov blata (Smajlović, 2012; NICE, 2010).

Znaki organskega zaprtja so: zaprtje, ki se začne zelo zgodaj v življenju, in sicer že pred prvim mesecem, prehod mekonija po več kot 48 urah, tanko odvajanje v obliki svinčnika, kri v blatu v odsotnosti analnih razpok, zvišana telesna temperatura, bruhanje, okultna krvavitev, ekstremni strah med analnim pregledom, sprednji premaknjeni anus, perianalna fistula, perianalne brazgotine, nenormalni položaj zadnjika, nenormalna ščitnična žleza, družinska anamneza Hirshprungove bolezni, tesna in prazna danka, refleksi tetive, odsoten analni refleks, zmanjšani ton in/ali moč, refleksni toni, napenjanje v trebušni votlini (Tabbers et al., 2014; Mavroudi, Xinias, 2011).

Med najpogostejši znak pri zaprtju otrok uvrščamo fekalno impakcijo, kar pomeni zadrževanje blata v črevesju, kar posledično povzroči zmanjšano pogostost defekacij. V 80 % se pojavijo bolečine pri odvajanju (NASPGHAN – North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, 2006). Znaki in simptomi se razlikujejo tudi glede na starostne skupine. Petersen (2014) omenja, da se pri dojenčkih najprej pojavijo napenjanje, rdečica na obrazu in jok. Za malčke navaja, da imajo najprej boleče in trdo odvajanje blata, povezano s krvavitvijo v danki, in nato sekundarno z analno razpoko, sledi otrokovo odrekanje želji po odvajanju.

1.6 Diagnoza in preiskave pri zaprtju

Da se izognemo razvitju kroničnega zaprtja pri otrocih, sta pomembna zgodnje diagnosticiranje in posledično zdravljenje (NICE, 2010). Študija, ki so jo izvedli Bongers in sodelavci (2010), je pokazala, da je imelo 25 % anketiranih ljudi, ki so razvili zaprtje

pred petim letom starosti, hude zaplete z zaprtjem, redko in boleče odvajanje ter fekalno inkontinenco skozi puberteto.

Zdravnik diagnozo zaprtja postavi po predhodni natančni anamnezi in temeljitem fizičnem pregledu (Tabbers et al., 2011). Najprej je treba izključiti organske vzroke (Orel, 2015). Smernice za anamnezo NICE (2010) vključujejo: začetek, čas trajanja zaprtja, videz in konsistenco blata ter simptome. Sledijo vprašanja o: nelagodju, mogočih krvavitvah, splošnem zdravju, prehrani, vnosu tekočin, morebitnih preteklih opravljenih preiskavah/posegih in o že predpisanih zdravilih. Pomembne iztočnice pri diagnozi so tudi: družinska anamneza in različna socialna vprašanja, npr. stres, vznemirjenost. Sledi klinični pregled, pri katerem zdravnik opravi pregled trebuha, trupa, spodnjih okončin in po potrebi tudi rektalni pregled (Xinias, Mavroudi, 2015; Rogers, 2012). Smernice rektalnega pregleda NICE (2010) tega ne uvrščajo med obvezni del pregleda, medtem ko Xinias in Mavroudi (2015) navajata, da je to obvezno. Smernice NICE (2010) ga ne priporočajo, saj je za otroke rektalni pregled neprijetna in stresna izkušnja.

Pri sumu na organske vzroke se opravijo dodatne diagnostične preiskave (Xinias, Mavroudi, 2015). Za diagnosticiranje funkcionalnega zaprtja je treba opraviti temeljito anamnezo in fizični pregled. Zdravniki uporabljajo diagnostična merila, imenovana Rim III. Ta opredeljujejo naslednje znake: dve ali manj odvajanj tedensko, vsaj ena epizoda fekalne inkontinence tedensko, zadrževanje blata, boleče in trdo odvajanje blata, prisotnost velike fekalne mase v danki, širok premer blata, ki lahko zamaši straniščno školjko, dodatna merila brez objektivnih dokazov o patološkem stanju, brez izpolnjevanja meril sindroma razdražljivega črevesja (Orel, 2015). Za diagnozo funkcionalne obstipacije morajo otroci, starejši od 4 let, izpolnjevati dve merili ali več meril najmanj en mesec in otroci do 4. leta morajo imeti dva ali več simptomov vsaj dva meseca (NICE, 2010).

1.7 Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je vsaka kombinacija učnih izkušenj, ki pomagajo posamezniku in skupnostim, da izboljšajo svoje zdravje. To dosežemo s povečanjem znanja ali z vplivom na njihovo vedenje (WHO – World Health Organization, 2017). Hoyer (2005) zdravstveno vzgojo opredeljuje kot proces učenja in vzgoje, s katerim se posamezniki ali skupine učijo o krepitvi, ohranjanju in o uveljavljanju zdravja. To ljudi ozavešča, da so zdravi, da ostanejo zdravi, da vedo, kako doseči to stanje in tudi kako poiskati pomoč, kadar je

potrebna. Bistveno je, da je zdravstvena vzgoja stalen in vseživljenjski proces, ki ne deluje na hitro (Zurc et al., 2010; Hoyer, 2005). Zdravstvena vzgoja spremlja posameznika od rojstva prek otroštva, adolescence do odrasle in starostne dobe (Hoyer, 2005).

Eden izmed glavnih dejavnikov zdravstvene vzgoje pri zaprtju otrok je vsekakor komunikacija, ki ni le teorija, ampak skupek veščin (Hajdinjak, Meglič, 2012). Pogovor na štiri oči, uporaba dotika in mimika obraza so najučinkovitejša komunikacija. Uspešno komuniciranje je temeljni steber v procesu zdravstvene obravnave bolnih otrok in njihovih staršev (Perić, 2006).

Cilji, ki jih pri zdravstvenovzgojnem delu želimo doseči pri otrocih z zaprtjem, se razlikujejo glede na vrsto zaprtja. Temeljno poslanstvo vseh pa je, da pomagamo otroku in njegovim staršem odkriti, sprejeti, razumeti in ozdraviti težave, ki jih imajo otroci pri odvajanju (Koporec, 2012).

Celotna zdravstvena nega otrok je specifična, saj temelji na razvojni stopnji in rasti ter aktivno vključuje starše v proces zdravstvene nege pa tudi v zdravstveno obravnavo. Hkrati je treba omogočiti spreminjanje in paziti na ohranjanje ravnotežja družine (Oštir, 2008). Družina predstavlja okolje, v katerem otroci odraščajo in jim omogočajo razvite točke največje mogoče sprejetosti in varnosti (Perko, 2008). Otroci in družina se tako spopadajo s stresom, ko se pojavi zaprtje in takrat najbolj temeljna družinska trdnost, ki je dejavnik pozitivnega delovanja družine (Woodson et al., 2015). Proces zdravstvene vzgoje je zahteven in pomemben, pri katerem so starši ključen člen ter so tisti, ki so odgovorni za skrb za otrok. Zelo pomembno je, da imajo starši možnost soodločanja pri načrtovanju dela s svojim otroci. Vendar, čim večji so otroci, manj pomembno je sodelovanje s starši (Oštir, 2008).

Za doseg uspeha zdravstvene vzgoje pri zaprtju otrok je potrebno vzajemno sodelovanje. Medicinska sestra in starši se dopolnjujejo ter tesno sodelujejo. V prvi vrsti je medicinska sestra tista, ki motivira starše za sodelovanje. Vsekakor pa si morajo tudi starši prizadevati, da se bodo učili in se dodatno izobraževali. Program zdravstvene vzgoje mora slediti cilju izboljšanja kakovosti življenja celotne družine (Oštir, 2008; Hoyer, 1994).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je predstaviti zaprtje pri otrocih, opredeliti različne metode zdravljenja in njihovo uspešnost ter poudariti zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre.

Cilj diplomskega dela je:

- opisati smernice za nefarmakološko in farmakološko zdravljenje zaprtja pri otrocih ter poudariti njihov pomen;
- predstaviti vlogo medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji staršev otrok pri zaprtju.

3 METODE DE LA

V diplomskem delu je uporabljena deskriptivna metoda dela. Pregledana in analizirana je bila domača in tuja strokovna ter znanstvena literatura. Iskanje literature je potekalo od februarja 2017 do vključno julija 2017, in sicer s pomočjo podatkovnih baz CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Medline in Science Direct ter s spletnim brskalnikom Google učenjak in vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI. Literatura je bila pridobljena tudi v Narodni in univerzitetni knjižnici ter knjižnici Zdravstvene fakultete. Uporabljeni so bili prispevki iz zbornikov, ki jih izdaja Sekcija medicinskih sester iz pediatrije, in strokovne revije Slovenska pediatrija. Pri iskanju literature so bile uporabljene naslednje ključne besede: zaprtje pri otrocih – constipation in children, kronično funkcionalno zaprtje pri otrocih – chronic functional constipation in childhood, prehrana pri obstipaciji – food for constipation, telesna dejavnost in otroci – physical activity and children, odvajala in otroci – laxatives and children, zdravstvena vzgoja – health education.

Uporabljena literatura je izbrana glede na vsebinsko ustreznost, aktualnost in dostopnost do besedil s celotnim besedilom. Za kakovostno sintezo besedil so uporabljene raziskave s preverljivimi metodami dela in z analizo ter interpretacijo rezultatov. Časovno obdobje uporabljene literature se nanaša od leta 2006 do leta 2017, dva uporabljena vira pa sta starejša zaradi vsebinske pomembnosti. Uporabljeni so članki v slovenskem in angleškem jeziku. Osredinjeni so na področja s pediatrije, z zdravstvene vzgoje, gastroenterologije, zdravstvene nege in dietetike. Izključili smo članke, ki so bili s področja onkologije. V analizo so vključeni izvorni in pregledni znanstveni ter strokovni članki. Izključene so bile poljudna literatura, novice in kolumne.

Največ člankov je bilo najdenih in izbranih v podatkovni bazi Medline na podlagi ključne besede zaprtje pri otrocih. Za končno analizo je bilo glede na merila ustreznih 14 člankov.

4 REZULTATI

V rezultatih bodo predstavljene različne metode zdravljenja in njihov vpliv na zaprtje ter vloga medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji staršev in otrok pri zaprtju.

4. 1 Zdravljenje zaprtja

Splošna načela zdravljenja zaprtja pri otrocih so: mehčanje blata, preprečevanje zadrževanja blata, vzpostavitev rednega vzorca odvajanja brez bolečin, preprečevanje ponovnega zaprtja ter izobraževanje otroka in njegovih staršev (CGCNASPGHAN, 2006).

Zdravljenje je odvisno od vzroka. Če je vzrok zaprtja organski, zdravimo osnovno bolezen, ki je povzročila zaprtje. Če organskega vzroka ne odkrijemo, je zdravljenje odvisno od otrokove starosti in simptomov (Orel, 2015; Smajlović, 2012).

Zdravljenje zaprtja pri otrocih zajema nefarmakološki in farmakološki način. Med nefarmakološki način uvrščamo: pravilno in redno prehranjevanje ter pitje, vedenjske in psihološke intervencije ter podporo, telesno dejavnost in izobraževanje o normalnem odvajanju. Med farmakološko zdravljenje spada zdravljenje z odvajali, in sicer na dva načina: začetno in vzdrževalno.

4.1.1 Nefarmakološko zdravljenje zaprtja

Pravilno in redno prehranjevanje ter pitje tekočin je poleg jemanja odvajal ena izmed najpomembnejših terapij. Zdravo prehranjevanje zajema več elementov prehranjevanja, in sicer: ritem prehranjevanja, način porazdelitve energijskih potreb po posameznih dnevnih obrokih, sestavo živil glede na hranljivost ter način priprave in uživanje obroka (Fajdiga Turk, Gregorič, 2012).

Smernice NICE (2010) prehranskega zdravljenja pri zaprtju ne uvrščajo kot samostojno terapijo in prvo izbiro. Opredeljujejo, da naj otroci uživajo uravnoteženo prehrano z ustrežno količino tekočine in vlaknin ob jemanju odvajalne terapije. Širca-Čampa in sodelavci (2008) priporočajo pogovor z dietetikom, ki glede na anamnezo najpogosteje

svetuje balastno dieto. Staršem in otrokom s funkcionalnim zaprtjem je treba zagotoviti spremljanje vnosa hrane in tekočine s pomočjo dnevnika (NICE, 2010).

Svetuje se uživanje svežega sadja, predvsem jabolk, hrušk, sliv, mandarin, fig, pomaranč, kivija in zelenjave (stročnice) ter polnozrnatih žit, ne priporočajo pa se nepredelani otrobi, ki lahko povzročijo napenjanje in zmanjšanje absorpcije mikrohranil (NICE, 2010; Širca-Čampa et al., 2008). Ogljikovi hidrati, zlasti sorbitol, ki se nahaja v hruškah in jabolčnih sokovih, lahko povzroči povečanje frekvence v odvajanju in vsebnosti vode v blatu (NASPGHAN, 2006). Maščobe živalskega izvora naj se zamenjajo z izdelki rastlinskega izvora. Otroci naj uživajo tudi jogurte in druge mlečne izdelke ter slivov kompot (Širca-Čampa et al., 2008). Odsvetujejo banane, korenje, čokolado, riž, čokolino in čokolešnik (Širca-Čampa et al., 2008).

Howarth in Sullivan (2016) poudarjata, da je zajtrk pomemben obrok in zdrava navada za zgoden začetek dneva, ki omogoča umirjeno zbujanje prebavil in gastrokoličnega refleksa. Glede izogibanja kravjemu mleku v prehrani smernice NICE (2010) poudarjajo, da naj se otrok izogiba mleku, le če tako presodi zdravnik specialist.

Uživanje probiotikov v prehrani, ki v zadostni količini blagodejno vplivajo na zdravje, in prebiotikov, ki spodbujajo rast koristnih bakterij, v zadnjih letih izjemno narašča. Že nekaj dokazov o učinkovitosti lajšanja funkcionalnih gastrointestinalnih motenj je na ta način (Orel, 2013). Učinkovitost probiotikov potrjuje ena izmed študij, ki je bila opravljena na Nizozemskem (Tabbers et al., 2011), v kateri je sodelovalo 20 otrok, starih od treh do šestnajst let z diagnosticiranim funkcionalnim zaprtjem. Ugotovili so, da se je pri otrocih povečala frekvenca odvajanja, pozitivno je učinkovalo na konsistenco blata, zmanjšalo pa se je tudi število fekalnih inkontinenc in bolečin ter število epizod fekalnih inkontinenc ter bolečin v trebuhu. Medtem pa NICE (2010) meni, da je še vedno premalo dokazov o učinkovitosti in da probiotiki niso dovolj dostopni na trgu.

Da zmanjšan vnos vlaknin v prehrani vpliva na razvoj zaprtja, potrjujejo tudi Lee in sodelavci (2008). Ugotovili so, da imajo v Hongkongu otroci, ki imajo težave z zaprtjem, znatno manjši vnos prehranskih vlaken in mikrohranil (vitamin C, folati in magnezij) kot otroci, ki nimajo teh težav. Zato se pri zaprtju svetuje prehrano, bogato z dietetnimi vlakninami. Te zmanjšujejo energijsko gostoto hrane, upočasnjujejo praznjenje želodca in pospešujejo prebavo, saj povečujejo maso blata (Širca-Čampa et al., 2008). Svetuje se

njihovo uživanje v količini 0,5 grama na kilogram telesne teže, vendar največ do 30 gramov dnevno (Širca-Čampa et al., 2008). Vlaknine se skrivajo v sadju, nepredelanih žitih, zelenjavi, stročnicah in v dietetnih izdelkih (Orel, 1996).

Smernice NICE (2010) dajejo velik pomen vnosu tekočine. Predpostavljajo, da ima velik pomen ob uporabi osmotskih odvajal, saj lahko zmanjšan vnos tekočine povzroči dehidracijo, ta pa prispeva k razvitju zaprtja. Med ustrezne tekočine Siba in sodelavci (2012) prištevajo navadno vodo in sveže sadne sokove. Širca - Čampa in sodelavci (2008) navajajo tudi pitje mlačne mineralne vode (Donat Mg) na tešče. Koporec (2012) opozarja tudi na pomembnost pitja tekočin od jutra prek celotnega dne. Paziti je treba na količino tekočine. Gabrijelčič Blenkuš in sodelavci (2005) za zmerno telesno dejavnega otroka priporočajo približno en liter vode na 1.000 kcal prehranskega energijskega vnosa. Če je otrok lahko do zmerno fizično aktiven, to pomeni od enega do dveh litrov tekočine dnevno.

Glede vedenjskih in psiholoških intervencij ter podpore NICE (2010) smernice predpostavljajo, da so te učinkovite pod pogojem, da imajo otroci učinkovita odvajala ter da so izidi zdravljenja povezani z realističnimi pričakovanji staršev in otrok. To dokazuje tudi ena izmed študij, ki je bila opravljena na Nizozemskem. Primerjali so delo otroškega psihologa (zdravljenje s pomočjo vedenjske terapije) s konvencionalnim zdravljenjem pediatričnega gastroenterologa (učenje, toaletni trening, odvajala). Študija je potekala več kot 22 tednov. Obe skupini sta imeli predpisana podobna odvajalna sredstva. Ugotovljeno je bilo zmanjšanje epizod fekalne inkontinence, vendar v obeh skupinah niso opazili pomembnih razlik po šestih mesecih (Dijk et al., 2008). Med intervencije uvrščamo trening odvajanja, obisk psihologa in podporo strokovnjakov. Vse intervencije naj bi bile otroku predstavljene na prijazen in razvojno ustrezen način ter hkrati v olajšanje in podporo staršem (NICE, 2010).

Gastroenterolog Orel (1996) navaja naj odvajanje pri otrocih ne bo obveznost, ki jo starši uveljavijo s prisilo, ampak naj mu bo ob tem prijetno. Staršem in tudi otrokom se pojasni, da bo bolečina, ki je najpogostejša težava in vzbuja največ strahu, pri otrocih izginila, ko bo vzpostavljeno redno odvajanje. Ob enem poudarja pomembnost iskrenega pogovora o zaprtju in načrtu za zdravljenje. Poudarja, da naj se ne osredinjamo le na starše in njihovo vzgojo, ampak da vključimo tudi otroka. Meni, da bomo s prijaznim pristopom, v katerem se bodo otroci počutili razumljeni ter bodo začutili našo zavzetost zanje in njihove težave,

skupnimi močmi in s trudom odpravili težave. Hkrati bomo pridobili tudi njihovo sodelovanje in zaupanje.

Toaletni trening vključuje obvladovanje in nadzor nad črevesjem. Najprimernejši čas za odvajanje je po obrokih – po zajtrku in večerji, saj takrat k odvajanju spodbuja gastrokolitični refleks (Galal et al., 2007). Otroci morajo imeti rutinsko načrtovano odvajanje od enkrat do dvakrat dnevno, in sicer od tri do deset minut – odvisno od starosti (Xinias, Mavroudi, 2015). Rednost toaletnega časa po zajtrku ali večerji je treba spodbujati z vodenjem evidence odvajanja – dnevnik odvajanja, v katerega družina zapisuje frekvenco odvajanja in konsistenco blata. Zapis bo pomagal pri morebitni prilagoditvi odvajala in pozitivni spodbudi. Za učinkovito odvajanje morajo otroci udobno sedeti na straniščni školjki z nogami, ki so višje od bokov, saj s tem povečajo intraabdominalni tlak (Xinias, Mavroudi, 2015; Rogers, 2012). Pomagajo si lahko tudi z majhnim stolčkom ali s pručko. Rogers (2012) dodaja, da lahko skozi igro pihanja otroka naučimo, da pravilno in učinkovito potisne blato.

Trening naj bi bil v kombinaciji s sistemom nagrajevanja in pozitivne spodbude staršev (Rogers, 2012). Otrok se ne sme nikoli kaznovati zaradi odsotnosti odvajanja. Pomagamo si lahko z uporabo zvezdnih grafikonov – za vsako odvajanje dobi nalepko v obliki zvezde in jo nalepi v preglednico. Ko otroci zberejo določeno število zvezd, dobijo majhno nagrado za uspeh. Cilj je, da otroke spodbudimo k pravilnemu ravnanju (Siba et al., 2012). Koristno je tudi, če starši dnevnik odvajanja in preglednico z nalepkami hranijo ter jo nato ob naslednjem obisku pokažejo zdravniku in otroke s tem še dodatno motivirajo (Xinias, Mavroudi, 2015). Rogers (2012) omenja, da sta pomembna dela zdravljenja spremenjeno vedenje in trening odvajanja. Pri otrocih, ki so še v plenica, in tistih, ki imajo prisoten strah pred stranišnimi školjkami, pa naj se trening odvajanja odloži. V Sloveniji imajo otroci možnost učenja oziroma treninga pravilnega odvajanja z uporabo mišic medeničnega dna z metodo biološke povratne zveze, tj. »biofeedback« (Smajlović, 2012).

V nekaterih državah »šolska« medicinska sestra (ang. school nurse) nudi informacije in podporo za otroke ter družine. Ena izmed njih je Suzanne Lamb (2009), ki je na podlagi svojih izkušenj razvila dve inovativni ideji, ki pomagata otrokom pri uporabi stranišča. Ker je imela nekaj primerov, pri katerih trening odvajanja ni bil uspešen, je razvila dva načina za premagovanje teh težav. Uspelo ji je z uporabo toaletnega plišastega medvedka in

majhne torbe, v kateri se skrivajo preproste stvari (dve majhni igrači, revije, mehurčki, spodnje perilo, brisačke). Vse te stvari lahko otroci uporabijo, če upoštevajo pravila higienskega režima odvajanja.

Zaprtje je boleče stanje, ki izčrpava; ob tem trpi celotna družina (Siba et al., 2012). Družine se pogosto počutijo izolirane in se velikokrat z drugimi družinami sploh ne pogovarjajo o teh težavah; menijo, da so edini, ki imajo takšne probleme. Zdravljenje zaprtja za nekatere predstavlja večmesečni izziv in tudi recidivom se včasih ne moremo izogniti. Starše postavimo v vlogo trenerja, zato potrebujejo strokovni nadzor in stalno podporo, da preprečimo občutke krivde in težave pri samospoštovanju, ki se pogosto pojavijo. Zato jim se dobro ponuditi stik strokovnih zdravstvenih delavcev, ki jim lahko nudijo stalno podporo. Psihološko svetovanje naj se ne predpisuje rutinsko. Svetovanje je koristno in stroškovno učinkovito pri otrocih, pri katerih je vzrok težav psihološkega izvora (NICE, 2010). Obstaja veliko vprašanj, ki se običajno pojavijo ob težavah z zaprtostjo pri otrocih: toaletna fobija, depresija, stiska ali zloraba (Howarth, Sullivan, 2016). Z otrokom psiholog poizkuša definirati morebitne strahove oziroma skrbi v povezavi z odvajanjem, strah pred stranišči, negativne izkušnje z vrstniki, demistificira se odvajanje, pojasni potek prebave in opredeli otrokovo vlogo pri tem (Koporec, 2012).

Pri zaprtju je priporočljiva tudi redna telesna dejavnost, čeprav njena vloga pri zdravljenju ostaja nejasna (Xinias, Mavroudi, 2015). To navajajo tudi smernice NICE (2010), saj kljub vsemu priporočajo gibanje, ker s tem lahko zmanjšajo verjetnost, da bodo otroci ponovno zaprti; skupaj z zdravo prehrano tako ohranjajo zdrav življenjski slog, ki je pomemben pri kroničnem zaprtju. Glede izvajanje telesne aktivnosti pri otrocih z zaprtjem se NICE smernice osredotočajo na smernice, ki jih predpisuje WHO. Priporočila WHO (2011) navajajo, da naj bi se otroci, stari od pet do sedemnajst let, gibali vsak dan po 60 minut, stopnja telesne vadbe pa naj bi bila od zmerne do intenzivne. Pri zmerni telesni vadbi naj bi se otroci zadihali, pospešil srčni utrip in ogreli, pri intenzivnejši vadbi pa naj bi se še prepotili. Ob enem izpostavljajo naj bo vsakodnevna telesna dejavnost prilagojena otrokovi razvojni stopnji in individualnim sposobnostim.

Za učenje o normalnem odvajanju smo odgovorni za to usposobljeni zdravstveni delavci. Poleg informacij o normalnem odvajanju mora otrok in njihovi starši v času hospitalizacije pridobiti znanje o ustrezni prehrani, pitju tekočin, telesni dejavnosti ter izpolnjevanju

dnevnika odvajanja (NICE, 2010). Pridobijo naj jih ustno kot tudi pisno (Smajlović, 2012). Lee in sodelavci (2008) opozarjajo, da potrebujemo več javnih izobraževanj za starše, saj bodo le z znanjem lahko otroku pomagali razviti zdrave prehranske in odvajalne navade dovolj zgodaj in s tem preprečili razvitje zaprtja.

4.1.2 Farmakološko zdravljenje zaprtja

Farmakološko zdravljenje poteka z odvajali. To so zdravila, ki pospešujejo praznjenje črevesja. Zdravila z močnejšim farmakološkim učinkom imenujemo katartiki ali purgativi, tista z blažjim pa laksativi (Orel, 1996). NICE (2010) priporoča uporabo odvajal kot prvo izbiro zdravljenja pri zaprtju otroka. Odvajala, ki se uporabljajo v otroštvu, razvrščamo glede na mehanizem delovanja. Delimo jih na osmotska odvajala, povečevalce črevesne vsebine, mehčalce blata in rektalne pripravke (Siba et al., 2012; NICE, 2010).

Osmotska odvajala nase vežejo vodo in delujejo kot probiotiki (Siba et al., 2012; Orel, 2009). Najpogostejši so makrogolovi pripravki in laktuloza. Makrogol je edini licenčni pripravek, ki ga je mogoče uporabiti pri otrocih, mlajših od dvanajst let (NICE, 2010). Prednost pri uporabi laktuloze je, da se lahko uporablja pri otrocih, starih od enega meseca starosti naprej. Povečevalci črevesne vsebine povečajo maso blata in spodbujajo h gibanju črevesja (Siba et al., 2012). Uporabni so predvsem takrat, kadar je v otrokovi prehrani opažen zmanjšan vnos vlaknin (NICE, 2010). Učinek mehčalcev blata je mehčanje; s tem se omogoči lažji prehod blata skozi črevesje. Novejše študije kažejo, da delujejo tudi na stimulacijo izločanja vode in elektrolitov v debelo črevo (Siba et al., 2012). Pri otrocih, starejših od šest mesecev, se kot mehčalec blata uporablja natrijev dokuzat (NICE, 2010). Rektalni pripravki so sicer učinkoviti, vendar je sam način aplikacije za otroke neprijetna izkušnja (Siba et al., 2012). Smernice NICE (2010) jih priporočajo kot zadnjo možnost pri zdravljenju, če zdravljenje s peroralnimi pripravki ni bilo uspešno. Rektalni pripravki so v obliki svečk in olj (Siba et al., 2012).

Farmakološko zdravljenje delimo na začetno in vzdrževalno. Pri akutnem zaprtju je pomembno začetno zdravljenje, pri čemer se v prvi fazi črevesne vijuge, ki so zapolnjene s trdim blatom, izprazni s pomočjo uživanja visokih odmerkov zdravil. NICE (2010) za začetno zdravljenje priporoča laksativ (PEG – polietilenglikol) 3350 z elektroliti v obliki prahu. Zmeša se ga s katero koli mrzlo pijačo. Pri funkcionalnem in kroničnem zaprtju po

začetnem zdravljenju sledi vzdrževalno. Klinične izkušnje in razpoložljivi dokazi podpirajo uporabo PEG 3350. Otroci, stari od enega do šestega leta, dobivajo eno vrečko dnevno, a ne več kot štiri vrečke dnevno, otroci od šestega do dvanajstega leta pa dve vrečki dnevno, največ štiri dnevno (NICE, 2010). Če ta ne deluje, dodamo spodbujevalni laksativ. Uživa se ga lahko posamezno ali v kombinaciji. Vzdrževalno zdravljenje naj poteka še več tednov po vzpostavljenem režimu odvajanja – to lahko traja tudi nekaj mesecev. Pomembno je, da staršem povemo, da se lahko na začetku zdravljenja, ko odstranjujemo blato iz črevesja, poslabšajo simptomi zaprtja, več je bolečin v trebuhu, tako da je treba otroka pripeljati k izbranemu zdravniku po enem tednu jemanja terapije, saj tako preverimo napredek ter prilagodimo odmerek in režim jemanja, če je potrebno (Rogers, 2012; NICE, 2010).

Odmerki zdravil se po kliničnih izkušnjah prilagajajo, dokler se simptomi ne odpravijo; tako se doseže optimalni odmerek, kar pomeni najmanj trikrat tedensko odvajanje, blato je primerne konsistence in trdnosti, ni preveč trdo ali mehko, ob tem ni neugodja ali napenjanja (Sedmak, 2015; NICE, 2010). Mehčalci blata so potrebni v rednih odmerkih vsaj dva meseca, nato pa jih postopno – glede na konsistenco blata – ukinjamo (NICE, 2010).

Pogosti neželeni učinki odvajal so: bolečine in napihnjenost v trebušni votlini, slabost, bruhanje, vetrovi in driska. Odvisnost od odvajal pri otrocih ni bila opažena. Odvajal naj se ne bi uporabljalo med vnetjem, perforacijo ali zaporo črevesja (Siba et al., 2012). Otroci, ki se učijo toaletnega treninga, naj imajo predpisana odvajala, vse dokler ne osvojijo pravilne tehnike odvajanja. Nikoli se ne sme prenehati jemati odvajala, odmerek vedno zmanjšujemo postopoma tekom mesecev glede na konsistenco in pogostost odvajanja blata. Nekateri otroci imajo odvajala predpisana več let (Rogers, 2012; NICE, 2010).

Smernice NICE (2010) priporočajo zdravljenje, ki je osredinjeno na uporabo stimulansov in osmotskih odvajal, ter dodajajo, da je najboljši način zdravljenja kombinacija nefarmakološkega in farmakološkega: uporaba odvajal in sprememba načina življenja (pravilna prehrana, uživanje zadostne tekočine, redna telesna dejavnost in odvajanje). Za uspešno zdravljenje zaprtja pri otrocih sta ključnega pomena tudi komunikacija in sodelovanje z otroki, s starši in z zdravnikom. Čudežnega zdravila, ki bi takoj rešilo otrokove težave, ni. Zdravljenje je dolgotrajno in kompleksno ter zahteva sodelovanje strokovnjakov z različnih področij (Sedmak, 2015).

4.2 Zdravstvena vzgoja otrok pri zaprtju

Namen zdravstvene vzgoje otrok pri zaprtju je pridobiti veščine za uspešno samozdravljenje in tako prevzeti del odgovornosti za lastno zdravje. Če otrok še tega ni sposoben, to odgovornost preložimo na starše (CGCNASPGHAN, 2006).

Po pogovoru z otroci in njihovimi starši medicinska sestra na podlagi pridobljenih podatkov oblikuje in sestavi načrt z določenimi cilji. Glavni cilj je dobra poučenost otrok in njihovih staršev o pomenu pravilne prehrane in pitju tekočin, skrbi za redno telesno dejavnost, pravilnem in rednem odvajanju, rednem vodenju dnevnika odvajanja, pravilnem jemanju odmerkov odvajal ter učenju o sami naravi motnje v odvajanju (Rogers, 2012; CGCNASPGHAN, 2006).

Za doseganje zastavljenih ciljev v zdravstveni vzgoji si pomagamo z različnimi metodami dela. V procesu zdravstvene vzgoje pri otrocih z zaprtjem se uporabljajo naslednje učne in vzgojne metode dela (Koporec, 2012): metoda ustnega razlaganja, pogovor, razgovor, intervju, delo z besedilom, demonstracija, laboratorijski del ter vzgojne metode prepričevanja, spodbujanja in osvajanja navad.

Medicinska sestra lahko v procesu zdravstvene vzgoje otrok z zaprtjem uporablja različne pripomočke in sicer: zloženke, plakate, letake, modele, animirane-risane filme, skice, brošure in knjige. Ob tem najpogosteje uporablja individualno obliko učenja, ki zajema individualne pogovore, dajanje navodil, preverjanje znanja in razumevanje dodatnih navodil. Zdravstvena vzgoja teh otrok najpogosteje poteka v bolniški sobi otrok ali v ambulanti medicinske sestre (Koporec, 2012; Oštir 2008;). Na koncu zdravstvene obravnave medicinska sestra vedno preveri njegovo pridobljeno znanje skozi zdravstveno obravnavo in ovrednoti zastavljene cilje (Koporec, 2012).

4.2.1 Vloga medicinske sestre pri otrocih z zaprtjem

Medicinska sestra je edina oseba, ki je v kliničnem okolju v neprestanem stiku, ki spremlja otroke in njihove starše skozi celotno zdravstveno obravnavo ter je pogosto vezni člen med otrokom in družino ter zdravstvenimi delavci (Oštir, 2010; Zurc et al., 2010). To ji omogoča, da prepozna pravi čas, ko je otrok sposoben in motiviran za aktivni proces učenja (Kvas, 2011). Otrok na različnih stopnjah svojega razvoja različno doživlja svojo

bolezen, zato je potrebno komunicirati z njim in ga vključiti v proces učenja na takšen način, ki je primeren njegovi starosti, mentalni in čustveni zrelosti (Oštir, 2008; Zorec, 2005).

Prisotnost medicinske sestre je najpomembnejša na začetku obravnave, ob sprejemu, pri postavitvi diagnoze in na začetku zdravljenja, saj se pri otrocih in njihovih starših pogosto pojavijo občutki negotovosti in strahu. Medicinska sestra je tista oseba, ki z nudenjem opore in zagotovitvijo nadaljnjih potrebnih informacij otroku in njegovim staršem te občutke zmanjša in tako naredi prvi korak pri vzpostavitvi zaupanja in dobre medsebojne komunikacije, kar je potrebno za uspešno sodelovanje v zdravstveni obravnavi. Skozi celotno zdravstveno obravnavo medicinska sestra prepoznava in rešuje probleme ter potrebe pri otrocih in njihovih starših, jim nudi čustveno podporo in deluje zdravstvenovzgojno (Oštir, 2010).

Medicinska sestra, ki deluje na področju zdravstvene vzgoje, se srečuje z različnimi vlogami, ki se med seboj prepletajo, dopolnjujejo in nadgrajujejo (Kvas, 2011). Zagovorništvo do bolnih otrok, izvajanje kakovostne zdravstvene nege, svetovanje, podpora in učenje so nekatere izmed njih (Oštir, 2010). Poudariti je treba, da se vedno več nalog pojavlja na področju izobraževanja, psihološke podpore otrok in njihovih staršev ter svetovanja (Hoyer, 2005).

Pri otrokovih težavah z zaprtjem je ključno učenje otroka in njegove družine. Na začetku medicinska sestra izdelava učni načrt, ki temelji na potrebah otroka in družine; ta bo omogočal čimprejšnjo vrnitev v domače okolje. Izvaja zdravstvenovzgojno delo pri otroku in njegovi družini na tistih področjih, za katera bodo samostojno skrbeli doma. Medicinska sestra s pomočjo učnih pripomočkov in različnih učno-vzgojnih metod predstavi informacije o bolezni, njenem poteku in o mogočih zapletih (Oštir, 2008). Otroku je treba pomagati razumeti, kako deluje njegovo črevesje, kako se hrana spremeni v blato in kako pomembno je, da blato odvajajo redno, medtem ko je staršem treba temeljito predstaviti razlago mehanizma zaprtja, da se zavedajo neželenih situacij, ki pripeljejo do zadrževanja blata in zaprtja ali inkontinence (CGCNASPGHAN, 2006).

Med zdravljenjem naj starši in otroci pridobijo tudi čim več znanj s področij pravilne prehrane, treninga odvajanja, dajanja odvajal in o spremenjenem načinu življenja. Hkrati pa se jih opremi tudi z brošuro (Smajlović, 2012). Predvsem je pomembno, da medicinska

sestra pridobi povratne informacije o pridobljenem znanju in tem, ali so vse pravilno razumeli. Proces učenja traja, dokler otrok in starši dejavnosti ne izvajajo na pravilen in samostojen način (Oštir, 2008). Treba je tudi omeniti, da zdravstveni delavec sam ne more rešiti problema. Otrok in starši morajo sami najti način, kako »preživeti« postopen proces zdravljenja (Sedmak, 2012).

4.2. 2 Vloga staršev pri otrocih z zaprtjem

Zaprtje pri otroku povzroča ogromno nevšečnosti, strahov, negativnih občutkov in prav podpora staršev je tista glavna vloga, ki na bolnega otroka vpliva pozitivno, saj zniža občutek stiske med procesom zdravstvene nege in omogoča boljšo prilagoditev na novo okolje. Pri čustveni podpori so starši v prednosti pred medicinsko sestro, saj jim lasten otrok bolj zaupa. Predvsem je pomemben tudi odkrit pogovor, v katerem lahko otrok razkrije svoje občutke, starši ga poslušajo in motivirajo pri jemanju predpisane terapije in izvajanju predpisanih vaj. Tako starši ob pomoči medicinske sestre čim prej prevzamejo samostojno vlogo trenerja, ki zna pomagati z različnimi nasveti in pristopiti k svojemu otroku v domačem okolju, da ta redno odvajaja. Zna oceniti njegov odziv in spremeniti/prilagajati odmere odvajala po potrebi (CGCNASPGAHAN, 2006).

Primer dobre prakse imajo v Avstraliji, kjer lahko starše otrok, starih od 2 do 16 let, ki imajo težave s kroničnim zaprtjem, enkoprezo, ali težave z odvajanjem, vključijo v učno-vzgojno skupino. V skupino je vključenih 12 staršev, ki pred tem izpolnijo podroben anketni vprašalnik. Program je sestavljen iz štirih srečanj letno. V skupini sodelujejo tudi delovni terapevti in dietetiki. Cilj programa je staršem zagotoviti pravočasne, natančne in praktične informacije o patofiziologiji odvajanja, zmanjšati mogoče težave pri starših, povečati praktične veščine pri otrocih in zagotoviti izmenjavo informacij med starši (Collis et al., 2007).

4. 2. 3 Zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre v gastroenterološki ambulanti in »šoli kakanja«

V nadaljevanju bomo predstavili zdravstvenovzgojno delo v dveh različnih ustanovah v Sloveniji, in sicer v gastroenterološki ambulanti, ki je v sklopu Pediatrične klinike Ljubljana ter »šoli kakanja«, ki se izvaja v centru za zdravljenje bolezni otrok v Šentvidu

pri Stični. Za predstavitev gastroenterološke ambulante smo se odločili, ker sprejmejo tam največ otrok z različnim vrstami zaprtja. Za predstavitev zdravstvenovzgojnega dela v »šoli kakanja« pa smo se odločili na podlagi prispevka iz zbornika predavanj Slovenska pediatrija, saj je v njem predstavljen zelo zanimiv način odpravljanja težav pri otrocih z zaprtjem.

Otroka s težavami pri odvajanju njegov osebni pediater po lastni presoji naroči na pregled v gastroenterološko ambulanto na Pediatrično kliniko v Ljubljani. Tam izvajajo specialistične preglede otrok, ki imajo težave pri hranjenju, s prebavili in z jetri (Koporec, 2012). V ambulanti otroka obravnava specialist gastroenterolog in medicinska sestra. Naloge medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi zajemajo: sprejem, zdravstvena vzgoja in izvajanje diagnostično-terapevtskih posegov po naročilu zdravnika (Šivic, Zadnikar, 2009). Starši in otroci dobijo ustna in pisna navodila od medicinske sestre. Če se ugotovi, da gre pri otroku za akutno zaprtje, ga usmerijo na Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, kjer še isti dan dobi klistir ter še vsa potrebna ustna in pisna navodila za domov. V enodnevni obravnavi poskušajo otroka in starše poučiti o zdravi prehrani, morebitnem jemanju odvajal in o spremenjenem načinu življenja (Smajlović, 2012).

Kadar je zaprtje že trdovratno in kronično, se lahko otroci najpogosteje v starosti od 5 do 6 let preko napotnice izbranega pediatra ali specialista, skupaj s straši vključijo v program »šole kakanja«. Eden izmed centrov, ki izvaja program »šole kakanja« je tudi center za zdravljenje boleznih otrok Šentvid pri Stični. Otroci so tam hospitalizirani skupaj s starši 14 dni oz. dokler ne odvajajo samostojno (Koporec, 2012). Namen »šole kakanja« je učenje pravilnega in rednega odvajanja na neobremenjujoč način s pozitivno stimulacijo ter doseči spremembo oz. odpravljanje nepravilnih vedenjskih vzorcev, uživanje ustrezne prehrane, odpravljanje in zmanjševanje vzroka, ki je onemogočil normalno odvajanje (Šivic, Zadnikar, 2009).

Otroke v »šoli kakanja« obravnava multidisciplinaren tim, v katerem sodelujejo: zdravnik, medicinske sestre (s srednješolsko in visokostrokovno izobrazbo), diplomirane delovne terapevtke, psihologinja in kuharice (Koporec, 2012). Med obravnavo potekajo timski sestanki, na katerih se pogovarjajo o učinkovitosti in morebitnih težavah; neprestano iščejo boljše rešitve. Prav medicinska sestra je tista oseba, ki ima pomembno vlogo, saj je

prisotna skozi celotno obravnavo. Če je le mogoče, naj od sprejema do odpusta v obravnavi sodeluje ista medicinska sestra (Šivic, Zadnikar, 2009).

Ko zdravnik otrokom in staršem predstavi program šole kakanja, vzame natančno anamnezo, jih sprejeme, predpiše balastno prehrano in po potrebi ustrezno terapijo. Temu sledita predstavitev oddelka in namestitev v sobo, kar opravi medicinska sestra. Ob sprejemu medicinska sestra otroke in starše seznani z urnikom dnevnih aktivnosti, ki se izvajajo na oddelku. Hkrati se pogovori o mogočih vzrokih, težavah in navadah v povezavi z odvajanjem ter poudari pomembnost tesnega sodelovanja v odnosu otroci – starši – medicinska sestra (Koporec, 2012).

Medicinska sestra po navodilu zdravnika opravi naročene preiskave, se pogovori o otrokovi prehrani doma in pojasni pomen vodenja dnevnika. Na začetku obravnave je pomembno, da otroci po vsakem obroku odidejo na stranišče in nekaj časa sedijo na straniščni školjki. Vseskozi otrokom pomaga s stalnim nadzorom, pohvalo (čeprav defekacije ni opravil) in s spodbudo pri prehranjevanju in odvajanju. S tem jih sočasno opozarja na morebitne napake in jim pomaga pri njihovem odpravljanju. Nudi pomoč tudi pri higienskih navadah in dajanju morebitne ustrezne predpisane terapije (Koporec, 2012; Šivic, Zadnikar, 2009).

Pri zdravstvenovzgojnem delu se pri otrocih izvaja različne učno-vzgojne metode. To vključuje predvsem usmerjene razbremenitvene pogovore, branje ustreznih pravljic (Novice iz vlaka Trebušaka, Zajčku je uspelo), igro z lutkami (pri kateri se otroci lahko poistovetijo z lutko, ki vpliva na emocionalno napetost) in igro vlog (pri kateri se sproščajo njihove stiske) (Šivic, Zadnikar, 2009).

Diplomirane fizioterapevtke predstavijo otrokom vaje za krepitev in sproščanje medeničnega dna, sprva teoretično, nato pa jih tudi praktično izvajajo na straniščni školjki z uporabo različnih pripomočkov in igral. Naloga diplomiranih delovnih terapevtk obsega učenje otrok večje samostojnosti pri opravljanju dnevnih aktivnosti in izboljšanje njihovih socializacijskih spretnosti, kar jim bistveno pomaga pri učenju treninga odvajanja. Psihologinja skrbi za krepitev otrokove samopodobe in sprostitev morebitne čustvene napetosti. Tudi kuharice imajo pomembno vlogo, in sicer da pripravijo obrok na način, ki bo otrokom vizualno všeč in jih bo zato pritegnil, da ga zaužijejo (Koporec, 2012).

Starši pridobivajo informacije pri različnih strokovnjakih individualno. Seznanani se jih s pomenom zdrave prehrane in z načinom življenja, predstavi se jim, kakšno vlogo imajo pri usvajanju otrokovih navad, ter jih naučijo različnih pristopov za vodenje otrok pri odvajanju. Predvsem je pomembno, da otroka razumejo in redno spremljajo s pozitivno naravnostjo (Koporec, 2012; Šivic, Zadnikar, 2009).

»Šola kakanja« se konča, ko otroci uspešno opravijo preizkus znanja o zdravi prehrani, pravilnem odvajanju in o zdravem načinu življenja. Medicinska sestra jim skupaj z zdravnikom podelijo diplomo »šole kakanja« in praktično darilo. Starše medicinska sestra seznanja s kontrolnimi pregledi, ki sledijo enkrat mesečno v treh mesecih, ter jih opremi z brošuro, ki jim bo v pomoč v domačem okolju (Koporec, 2012; Šivic, Zadnikar, 2009).

5 RAZPRAVA

Pri proučevanju smernic nefarmakološkega in farmakološkega zdravljenja zaprtja pri otrocih, smo prišli do ključne ugotovitve, da je najbolj pomembno, da je vsaka intervencija otroku predstavljena na njemu ustrezen način in tudi njihovim staršem, kot v olajšanje in podporo (NICE, 2010). Rezultati smernic nefarmakološkega zdravljenja so pokazali, da je najpomembnejša intervencija pravilna in redna prehrana. Raziskave kažejo, da je pri zaprtju priporočljiva balastna dieta, velik pomen se daje tudi vnosu tekočin, predvsem ob uporabi osmotskih odvajal, ki ob zmanjšanem vnosu lahko povzročijo dehidracijo. Bistven je tudi vnos vlaknin. Svetuje se njihovo uživanje v količini 0,5 grama na kilogram telesne teže ob hkratnem uživanju probiotikov, ki pozitivno vplivajo na zdravje. Glede uživanja kravjega mleka so mnenja, da se lahko prepove, če tako presodi zdravnik specialist (Orel, 2013; Širca et al., 2008).

Vedenjske in psihološke intervencije naj bi bile po mnenju NICE (2010) koristne le, kadar ima otrok učinkovita odvajala ter ko so izidi zdravljenja usklajeni s pričakovanji staršev in otroka. Rogers (2012) poudarja, da naj bo toaletni trening v kombinaciji s sistemom nagrajevanja in pozitivne spodbude staršev ter da se otroka nikoli ne sme kaznovati zaradi nezmožnosti odvajanja. V tujini se s težavami odvajanja ukvarja tudi »šolska« medicinska sestra (Lamb, 2009), pri nas te možnosti trenutno še ni. Intervencija, ki prav tako pripomore k zdravljenju, je tudi telesna dejavnost, čeprav je njena vloga pri zaprtju neopredeljena (Xinias, Mavroudi, 2015).

Glede psiholoških intervencij smernice NICE (2010) navajajo, da naj jih bodo deležne le družine, pri katerih je ugotovljen vzrok psihološkega izvora. Orel (1996) daje velik pomen iskrenemu pogovoru, ne samo s starši, ampak tudi z otrokom. S tega vidika se strinjamo, da se v današnjem zdravstvu na splošno preveč oziramo najprej na starše in velikokrat ne dajemo možnost govora otrokom, ki mogoče znajo povedati veliko več kot starši in so hkrati v veliko pomoč zdravnikom pri postavitvi diagnoze.

Kot prvo vrsto terapije NICE (2010) v smernicah farmakološkega zdravljenja predpisuje odvajala. Osredinjeni so predvsem na uporabo stimulansov in osmotskih odvajal ter dajejo poudarek na dajanje pravih informacij glede vrste odvajal in njihovega jemanja. Režim zdravljenja je tako razdeljen na začetno ter vzdrževalno zdravljenje. Po kliničnih raziskavah in glede na dokaze najbolj podpirajo uporabo PEG 3350, vendar, kot opozarja

Sedmak (2015), na svetu ni čudežnega zdravila, ki bi naenkrat rešilo otrokovo odvajanje. Smernice NICE (2010) tako zagotavljajo, da je najboljša možna rešitev zdravljenja kombinacija obojega: farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja (NICE, 2010).

Vključitev otrok in staršev v proces učenja je zaradi nastanka zaprtja obvezna. Z ozaveščanjem in učenjem novih znanj oziroma veščin za preprečevanje, ohranjanje in zdravljenje lahko preprečimo ali zdravimo zaprtje pri otrocih. Glavni cilj pri tem je popoln nadzor nad motnjo v odvajanju. Oštir (2008) izpostavlja, da je medicinska sestra tista oseba, ki neprestano rešuje probleme in potrebe pri otrocih ter njihovih starših ter jim je v podporo, predvsem na začetku, ko izdelava učni načrt in na podlagi tega izvaja zdravstvenovzgojno delo pri njih in njihovi družini na področjih, za katera bodo pozneje sami skrbeli doma. Hkrati predstavi opis problema in mogoče zaplete. Pri otrocih je predvsem pomembno, da razumejo delovanje svojega črevesja, spreminjanje hrane v blato in da se zavedajo pomembnosti redne frekvence odvajanja, medtem ko staršem pojasnimo mehanizem zaprtja in jih opozorimo na mogoče nevarnosti (zadrževanje zaprtja, prekomerna inkontinenca) (CGCNASPGHAN, 2006).

V kontinuiran proces zdravstvene nege otrok z zaprtjem so aktivno vključeni tudi njihovi starši, ki predstavljajo pomembno oporo otroku, saj zanj bolezen predstavlja velik stres (Oštir, 2008). Rezultati raziskave so pokazali, da se lahko v Avstraliji starši otrok, ki imajo težave v odvajanju, vključijo v učno-vzgojno skupino, v kateri se staršem zagotovi praktične informacije o odvajanju in se jih pouči o veščinah, ki pomagajo pri odpravljanju le-teh težav (Collis, Norton, 2007). Zato menimo, da bi lahko pri nas v Sloveniji gastroenterološka ambulanta, ki spada med sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo v sodelovanju s »šolo kakanja« pripravila in organizirala nekaj zdravstvenovzgojnih delavnic letno v povezavi s problematiko zaprtja. Obenem bi na srečanju izvedli tudi anketo, s katero bi imeli starši možnost, da izpostavijo področja, na katerih bi se želeli izpopolniti.

Pri nas otroka z akutnim zaprtjem zdravijo ambulanto, pri čemer prejme klistir in dobi navodila v povezavi s prehranjevanjem. Medicinska sestra starše in otroka opremi s pisnimi in z ustnimi navodili. Dodatno se otroka in starše naroči pri dietetiku (Smajlović, 2012). Če gre za trdovratno zaprtje, se ga vključi v »šolo kakanja« (Šivic, Zadnikar, 2009). Temeljna naloga medicinske sestre je izvajanje načrtovane in sistematične zdravstvene vzgoje, pri čemer za začetek otroka in starše seznanijo z urnikom dnevnih aktivnosti, ki se izvajajo na oddelku. Prav tako se natančno pogovori o mogočih vzrokih, težavah in

navadah v povezavi z odvajanjem ter poudari pomembnost tesnega sodelovanja v odnosu otrok – starši – medicinska sestra (Koporec, 2012). Pozneje po navodilu zdravnika opravi določene preiskave, se pozanima glede otrokovega prehranjevanja v domačem okolju, pojasni namen vodenja dnevnika, vseskozi otroku pomaga s stalnim nadzorom, pohvalo (čeprav defekacije ni opravil), spodbudo pri prehranjevanju in odvajanju. Pri otroku se izvaja različne učno-vzgojne metode, in sicer usmerjene razbremenitvene pogovore, branje ustreznih pravljic, igro z lutkami in igranje vlog (Šivic, Zadnikar, 2009). Preko igre se otrok sprosti in nauči največ novih znanj. Zato mora imeti medicinska sestra poleg strokovnih znanj, tudi znanje iz pedagoške smeri. Orel (2009) v članku dodaja, da se prebavna motnja, ki je nastajala mesece in leta, tudi zdravi približno toliko časa, kar zahteva ogromno mero potrpežljivosti.

Za boljšo preventivo bi morali na primarnem zdravstvenem varstvu in sicer v zdravstvenih domovih, v katerih se otroci z zaprtjem skupaj s starši prvič pojavijo, pridobiti od medicinske sestre določena znanja glede preprečevanja oziroma zdravljenja zaprtja in na koncu še kakovostna brošuro o zaprtju, v kateri bi bili opisani različni ukrepi, opis bolezni, zdrav način življenja in toaletni trening. Zdravnik pa bi moral dati natančna navodila glede jemanja odvajal. V čakalnici ambulate za predšolske in šolske otroke, bi lahko na LCD zaslonu predvajali kratke animirane – risane filme in računalniške predstavitve na to temo. Potrebno bi bilo spodbuditi nastanek različnih pestrih, barvnih, na videz vabljivih zložen, plakatov, letakov v povezavi z odvajanjem in zdravim načinom življenja ter jih umestiti v zdravstveni dom in vrtec. In ker smo danes v »dobi sodobne tehnologije«, bi lahko medicinske sestre na področju zdravstvene vzgoje zasnovale mobilno aplikacijo, kjer bi imeli otroci naložene igre, risanke, pobarvanke, pravljice, pesmi na temo normalnega odvajanja in hkrati opisane vse ukrepe glede zdravljenja zaprtja.

6 ZAKLJUČEK

Iz pregleda literature je razvidno, da je zaprtje resen zdravstveni problem, ki je zelo neprijeten za otroke in družino. Otrok z zaprtjem se pogosto počuti prestrašenega, utrujenega in ima slabšo kakovost življenja na različnih področjih. Težave z odvajanjem odpravimo z zdravljenjem, s spremembo načina življenja in sprotnim nadzorom. Pri akutnem zaprtju je včasih dovolj prehransko svetovanje, medtem ko je ob trdovratnem zaprtju potrebno farmakološko in nefarmakološko zdravljenje. Če ga ne zdravimo, lahko pride celo do operacije. Zato sta zelo pomembna načrtovana in individualna zdravstvena vzgoja otroka in njegovih staršev ter dobro vzpostavljen medsebojni odnos.

Pri obeh načinih in metodah zdravljenja, nefarmakološkem in farmakološkem, ima v procesu zdravstvene vzgoje pomembno vlogo medicinska sestra, saj poleg vseh potrebnih znanj o zdravem načinu življenja nudi tudi čustveno oporo. Kadar je zaprtje že trdovratno in starši sami ne zmorejo, se lahko skupaj z otrokom vključijo v »šolo kakanja«.

Za izboljšanje preventive na področju zaprtja pri otrocih bi bilo potrebno poleg zdravstveno-vzgojnega dela medicinske sestre zagotoviti otrokom in njihovim staršem tudi pisno gradivo npr. zloženke, letake in kakovostne brošure. Ob enem menimo, da bi bilo potrebno izvajati preventivo o normalnem odvajanju otrok že v vrtcih in ne samo v zdravstvenih ustanovah. Tudi zasnova mobilne aplikacije, kjer bi bile naložene vsebine v zvezi z normalnim odvajanjem bi bila koristna naložba za preprečevanje, krepitev, ohranjanje in zdravljenje motnje v odvajanju pri otrocih.

7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Bongers ME, Wijk MP, Reitsma JB, Benninga MA (2010). Longterm prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics* 126(1): 156–62.

Bratanič B (2006). Učenje nadziranja odvajanja seča in blata pri otrocih. In: Bratanič B, Vidmar I, ed. *Izbrana poglavja iz pediatrične prakse in nege otrok*, 1. izdaja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – združenje za pediatrijo, A7, 20–1.

CGCNASPAGHAN – Constipation guideline committee of the North American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition (2006). Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 43(3): 1–13.

Collis DR, Norton LN, Wallis MC (2007). Childhood chronic constipation: an innovative community-based parent education group program. *Aust Occup Ther J* 54(4): 307–9. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00638.x

Dijk M, Bongers MEJ, Vries G, Grootenhuis MA, Last BF, Benninga MA (2008). Behavioral therapy for childhood constipation: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 121(5): 1334–41.

Fajdiga Turk V, Gregorič M (2012). Prehrana otrok od prvega do šestega leta starosti. In: Pucelj V, Drglin Z, eds. *Promocija zdravja za otroke in mladostnike v republiki Sloveniji. Predšolski otroci: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih predšolskih otrok*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 83–100. Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/vzgoja_za_zdravje_za_starse_pedsolskih_otrok.pdf <10. 6. 2017>.

Filipič I (2010). *Izvajanje zdravstvene nege otroka in mladostnika po življenjskih aktivnostih: učno gradivo za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega otrok in mladostnikov: Novorojenček*. Ljubljana: Evropski socialni sklad Evropske unije, Ministrstvo za šolstvo in šport, 12.

- Fink A, Kobilšek PV (2012). Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih: učbenik za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega za vsebinski sklop Življenjske aktivnosti in negovalne intervencije. Ljubljana: Grafenauer, 187–8.
- Gabrijelčič Blenkuš M, Pograjc L, Gregorič M, Adamič M, Čampa A (2005). Standardi zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah (brez jasličnih oddelkov v vzgojno-varstvenih organizacijah). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 15–23.
- Galal N, Chong SKF, Williams J, Phillips M (2007). Constipation in children: a multidisciplinary approach to management in the community. *Paediatr Nurs* 19(7): 20–2.
- Hajdinjak A, Meglič R (2012). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 90–1.
- Howarth LJ, Sullivan PB (2016). Management of chronic constipation in children. *Paediatr Child Health* 26(10): 416–22.
- Hoyer S (1994). Zdravstvena nega otroka. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 80–114.
- Hoyer S (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1–8, 99–115, 148–211.
- Inan M, Aydiner CY, Tokue B et al. (2007). Factors associated with childhood constipation. *J Pediatr Child Health* 43(10): 700–6. doi: 10.1111/j.14401754.2007.01165.x.
- Koporec Z (2012). Obstipacija. In: Matić L, Fink A, eds. Temeljna življenjska aktivnost prehranjevanje in pitje: zbornik predavanj, srednja zdravstvena šola Ljubljana, Ljubljana, 16. oktober 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, 35–37.
- Kvas A (2011). Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo kam gremo. In: Kvas A, ed. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 39–51.
- Lamb S (2009). Supporting reception children suffering from constipation. *Br J Nurs* 4(9): 448–9.

Lee WTK, Ip KS, Chan JSH, Lui NWM, Young BWY (2008). Increased prevalence of constipation in pre-school children is attributable to under-consumption of plant foods: a community-based study *J Pediatr Child Health* 44(4): 170–5.

Mavroudi A, Xinias I (2011). Dietary interventions for primary allergy prevention in infants. *Hippokratia* 15(3): 216–22.

NASPGHAN – North American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition (2006). Evaluation and treatment of constipation in children: summary of updated recommendations of the North American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 43(3): 405–7.

NICE – National institute for health and clinical excellence (2010). Constipation in children and young people: clinical guideline. 99: 1–34. doi: nice.org.uk/guidance/cg99.

Orel R (2013). Gut microbiota, probiotics and prebiotics in pediatrics. *Zdrav vestn* 82(Suppl 9): 57–64.

Orel R (1996). Kronično zaprtje pri otroku. *Med Razgl* 35: 103–12.

Orel R (2009). Funkcionalno zaprtje. *Isis* 18(10): 56–9.

Orel R (2015). Bolezni prebavil. In: Kržišnik C, Breclj Anderluh M, eds. *Pedriatrija*. 1. izdaja, 2. natis. Ljubljana: DZS, 322–35.

Oštir M (2008). Pediatrična zdravstvena nega v Sloveniji – kje smo in kam gremo? In: Ščepanović D, Černetič A, eds. *Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika: zbornik predavanj, Portorož, 23.–25. oktober 2008*. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 12–8.

Oštir M (2010). Kaj lahko medicinska sestra naredi v bolnišnici za kronično bolne otroke in njihove starše? In: Černetič A, ed. *Kronično bolan otrok – kdo naj skrbi za njegove potrebe zunaj bolnišnice: zbornik predavanj, Radenci, 1. in 2. oktober 2010*. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 11–5.

Perić B (2006). Komunikacija medicinske sestre z bolnim otrokom in njegovimi starši. In: Filej B, Kaučič BM, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, 125–8.

Perko A (2008). Družina na križpotju: sodoben pristop k urejanju ljudi v stiski. Ljubljana: Umco: Zavod Mitikas, 166–7.

Petersen B (2014). Diagnosis and management of functional constipation: a common pediatric problem. *Nure Pract* 39(8): 1–6. doi: 10.1097/01.NPR.0000451909.40427.b0.

Pibernik M (2011). Rehabilitacijska zdravstvena nega in učenje odvajanja blata za zdrave in bolne otroke. In: Petkovšek R, ed. Zdravstvenonegovalni problemi pacientov z motnjami odvajanja blata: zbornik predavanj, Rogaška Slatina, 29. september 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, 33–8.

Rajindrajith S, Devanarayana NM, Weerasooriya L, Hathagoda W, Benninga MA (2013). Quality of life and somatic symptoms in children with constipation: a school-based study. *J Pediatr* 164(4): 1069–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.05.012>.

Rogers J (2012). Assessment, prevention and treatment of constipation in children. *Nurs Stand* 26(29): 46–52.

Sedmak M (2015). Funkcionalne bolezni prebavil v dojenčkovem obdobju. In: Oštir M, Ljubič A, ed. Zdravstvena nega zdravega in bolnega dojenčka: zbornik predavanj, Otočec, 23. in 24. oktober 2015. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 20–5.

Sedmak M, Orel R, Breclj J, Homan M, Kamhi Kiauta T, Širca Čampa A (2008). Težave z zaprtostjo pri otrocih: mami, ne morem kakat! *Moje zdravje* 21(2): 48–53.

Siba Prosad P, Dewdney C, Lam C (2012). Managing children with constipation in the community. *Nurse Prescribing* 10(6): 274–84.

Smajlović A (2012). Zaprtje pri otroku. *Slov Pediatr* 19: 49–54.

Širca - Čampa A, Sedmak M, Orel R, Brecej J, Homan M, Kamhi Kiauta T (2008).
Vlaknine odpirajo! Težave z zaprtostjo pri otrocih. *Moje zdravje* 22(2): 54–63.

Šivic I, Zadnikar I (2009). Šola kakanja. *Slov Pediatr* 16: 131–5.

Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Beninnga MA (2011). Clinical practice: diagnosis and treatment of functional constipation. *Eur J Pediatr* 170(8): 955–63.
doi: 10.1007/s00431-011-1515-5.

Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY et al. (2014). Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 58(2): 258–74.

Vidmar S (2011). Zdravstvena vzgoja bolnika z zaprtjem. In: Petkovšek R, ed. Zdravstvenonegovalni problemi pacientov z motnjami odvajanja blata: zbornik predavanj, Rogaška Slatina, 29. september 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, 17–20.

WHO – World Health Organization (2011). Global Recommendations on Physical Activity for Health.

Dostopno na: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf?ua=1> <2. 6. 2017>.

WHO – World Health organization (2017). Health education.

Dostopno na: http://www.who.int/topics/health_education/en/ <2. 6. 2017>.

Woodson KD, Thakkar S, Burbage M, Kichler J, Nabors L (2015). Children with chronic illnesses: factors influencing family hardiness. *Issues Compr Pediatr Nurs* 38(1): 57–69.

Xinias I, Mavroudi A (2015). Constipation in childhood. An update on evaluation and management. *Hippokratia* 19(1): 11–9.

Yoysef NN, Langseder AL, Verga BJ, Mones RL, Rosh JR (2005). Chronic childhood constipation is associated with impaired quality of life: a case controlled study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 41(1): 56–60.

Zorec J (2005). Zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka: učbenik za srednje zdravstvene šole za program Tehnik zdravstvene nege pri predmetu Zdravstvena nega in prva pomoč - zdravstvena nega otroka v 2. in 3. Letniku. Maribor: Založba Pivec, 89–90.

Zurc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak Pajk J (2010). Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela Savič B, Kučič BM, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 52–5.