

URINSKA INKONTINENCA

URINARY INCONTINENCE

Darinka Klemenc

UDK/UDC 616.62-008.222

DESKRIPTORJI: *urinska inkontinenca*

Izvleček – *Urinska inkontinenca je težka telesna, psihična in ekonomska obremenitev za bolnika. Sestavek opisuje vrste inkontinence, zdravstveno nego in oblike pomoči tem bolnikom, oskrbo stome ter pripomočke, ki so na voljo in s pomočjo katerih skušamo bolniku omogočiti čim kvalitetnejše življenje.*

Uvod

Inkontinenca je težka psihična, telesna in ekonomska obremenitev za človeka in njegovo okolico, predvsem družino. Hkrati je to problem tako s stališča medicine kot družbe v celoti.

Prizadete so različne starostne skupine prebivalstva, obeh spolov, vseh poklicev in družbenih slojev. Poleg dojenčkov in majhnih otrok, ki so edina skupina z dopustno inkontinenco, so lahko inkontinentni še šolski otroci, adolescenti, odrasli in starostniki. Bolj prizadete so verjetno ženske, ker je prestrezanje uhajajočega urina težje kot pri moških.

Definicija – kontinenca, inkontinenca

Inkontinenca ni bolezen, niti ni neogibna posledica staranja. Je le simptom, ki je rezultat številnih motenj. Mnoge od njih bi lahko preprečili ali uspešno zdravili. Tudi pri tistih, ki jih ne moremo ozdraviti, lahko uspešno izboljšujemo kvaliteto življenja.

Približno do 5. leta starosti se moramo naučiti izločati telesne izločke na socialno sprejemljivem kraju in ob socialno ugodnem času. To sposobnost imenujemo kontinenca. Ko to sposobnost izgubimo, smo inkontinentni.

»International Continence Society« (ICS) definira urinsko inkontinenco kot stanje, kjer je nenamerno uhajanje seča socialni in higienski problem in ga lahko objektivno dokažemo. Prizadet ni samo inkontinentni bolnik, temveč tudi njegova ožja in širša okolica, zato predstavlja nehoteno izločanje oziroma uhajanje seča družbeni problem, ki ga lahko objektivno dokažemo. Hkrati je to tudi telesni in psihološki problem, ki ga spremljajo neprijeten vonj ter občutja sramu in krivde.

Pojem socialne sprejemljivosti inkontinence je različen glede na družbene norme določenega okolja.

DESCRIPTORS: *urinary incontinence*

Abstract – *Urinary incontinence is a heavy physical, psychological and economic burden for the patient. The article describes types of incontinence and methods of help for these patients, nursing care of the stoma and appliances that can be used to enhance the quality of life of these patients.*

Prizadeti so pogosto nekritični, inkontinenco želijo zanikati, občutijo zadrego, sramoto, strah pred izgubo kontrole nad lastnim telesom. Ker obstaja bojazen, da bi jih svojci zaradi inkontinence odpeljali v dom starostnikov, nekateri do zadnjega zanikajo svojo težavo, pojavi se lahko tudi depresija ali jeza.

V praksi opredelimo kontinentnega bolnika v primerjavi z inkontinentnim na podlagi naslednjega:

- Bolnik se zaveda potrebe po uriniranju.
- Spozna primerno mesto za uriniranje.
- Doseže primerno mesto za uriniranje.
- Zadrži izločanje, dokler ne doseže primerne mesta.
- Urinira, ko doseže primerno mesto.

Pogostnost inkontinence

Pogostnost pojava urinske inkontinence je velika; strokovnjaki navajajo, da je inkontinentnih okrog 5 % do 10 % vseh ljudi, od teh je $\frac{2}{3}$ starejših od 60 let. Po 60. letu ima težave s kontinenco 15–30 % žensk in moških. Pri ženskah po 65. letu navajajo v 25 % do 40 % inkontinenco. Vsaj polovica od teh ni registriranih, ker ljudje svojih težav zaradi sramu pred odkritjem problema ne zaupajo nikomur.

Podatki v tuji literaturi navajajo nekaj zanimivih dejstev:

- Na vsakem bolnišničnem oddelku 16–20 % bolnikov 24 ur dnevno pušča vodo ali blato ali oboje.
- Na geriatričnih oddelkih se to število dvigne na 33 % in približno 1/2 od teh ostane inkontinentnih dalj časa ali za vedno.
- Na psihogeriatриčnih oddelkih je 40–60 % inkontinentnih.
- Patronažna služba razpolaga s podatkom, da je okrog 24 % vseh oskrbovancev na domu delno ali

popolnoma inkontinentnih (moških 13 %, žensk 34 %).

- Zaskrbljujoči so odgovori medicinskih sester, kjer 52 % le-teh navaja občasen, 16 % pa reden pojav stresne inkontinence.

V Sloveniji je v literaturi omenjena anketa Ginekološke klinike v Ljubljani 1986, 1989, kjer so ugotovili, da znaša prevalenca pri nas 13,6 %, kar je malo več kot v Evropi in ZDA; pri starosti nad 65 let je inkontinentnih že 49,5 % žensk (Kralj B.).

Govoriti o inkontinenci je bilo v preteklosti skoraj tabu, šele v zadnjem času se tudi pri nas stvari obračajo na bolje (na primer ustanovitev društva INKO).

Najpogostejše rizične skupine inkontinentnih

Če razdelimo inkontinentne bolnike po starostnih obdobjih, dobimo v grobem naslednje skupine:

- **Otroci:** pravijo, da ima otrok do 7. leta pravico občasno močiti posteljo, nato pa naj bi bil praviloma podnevi in ponoči suh. Dognano je, da ima v vsakem razredu povprečno po en šolar težave z inkontinenco, to je 3 % do 5 % otrok.
- **Adolescenti:** imajo že sicer mnogo razvojnih problemov povezanih s spremembo svoje telesne podobe, težavami v šoli, z nerazumevanjem staršev in okolice. Inkontinenca predstavlja problem tudi pri navezovanju stikov z nasprotnim spolom.
- **Odrasli:** Uhajanje urina pri ženski ob kašljanju, kihanju, dvigovanju težjih bremen, športu, med spolnim odnosom, ali že ob samem stiku z vodo ima prav gotovo vpliv na slabo počutje v službi, družini in družbi. Problem se pogosto pojavi po porodih, ginekoloških operacijah in v menopavzi. Na pojav inkontinence vpliva tudi število nosečnosti oziroma porodov in način poroda. Ženske, ki so večkrat rodile, imajo večjo možnost, da postanejo ali ostanejo inkontinentne. Enako velja za tiste, ki so imele težje in daljše porode, ki so bile izpostavljene težkemu fizičnemu delu; vlogo igra celo telesna konstitucija. Moški običajno začuti težo problema inkontinence po poškodbi (na primer prometna nesreča – poškodba medenice, hrbtenice) ali po operaciji (na primer prostate, hrbtenice).
- **Starostniki:** s starostjo se pojav inkontinence povečuje. Narašča pogostnost urgentne inkontinence. K temu pripomorejo tudi zmanjšana psihična sposobnost, arterioskleroza, pešanje spomina, okrnjena gibljivost telesa, rast prostate.
- **Invalidi:** včasih je vzrok inkontinence bolezen ali poškodba (na primer paraplegija, tetraplegija, nevrološka obolenja, mielomeningokela, multipla skleroza), v drugih primerih je inkontinenca samo posledica določene bolezni (na primer slaba pokretnost pri artritisu, diabetes).

Značilnosti inkontinentnih bolnikov

Naštete skupine prizadetih imajo mnogo skupnih značilnosti in problemov:

- Bolnik mora vedno premišljevati o tem, kako bo prišel do stranišča, pa naj gre v službo (pogoste bolniške odsotnosti in predčasne invalidske upokojitve), trgovino (vedno obiskuje iste trgovine), gledališče ali na obisk (opusti družabno življenje).
- Zaradi neprestanega strahu pred odkritjem problema, pred neprijetnim vonjem in vidno mokroto se izogiba bližine drugih ljudi in je nesproščen v komuniciranju.
- Skriva težave pred drugimi, včasih celo pred partnerjem, ki ga tudi intimno zavrača. Brez razlage se umika v samoto.
- Izogiba se telesnim naporom, nošenju težjih bremen in športu.
- Izogiba se potovanjem, predvsem prevozu z javnimi prevoznimi sredstvi.
- Zbrane ima vse informacije o javnih straniščih v mestu; pogosto jih tudi uporablja, da preveri svoje stanje »za vsak primer«.

Poleg zgoraj omenjenih in še drugih težav so z inkontinenco povezani tudi *finančni izdatki*. Ne glede na kraj negovanja bolnika (dom, dom starostnikov, bolnišnica) moramo mokre predloge pogosto menjavati. Mnogokrat moramo zamenjati tudi spodnje perilo in celo zgornja oblačila. Vzdrževanje vsega naštetega povečuje izdatke in jemlje čas.

Poleg ekonomske je tu navzoča še *psihična obremenitev*, tako za bolnika kot za tistega, ki ga neguje. Dodamo lahko še mnogokrat prezrte stiske starejšega človeka, ki se nikoli v življenju ni slačil pred drugimi ljudmi, sedaj pa je prisiljen svojo goloto razkazovati pred komerkoli, ki mu je pripravljen nuditi pomoč. Skušajmo upoštevati pravico bolnika do zasebnosti, pa naj bo to doma ali v javni zdravstveni ustanovi.

Inkontinentnega bolnika je treba obravnavati celostno, predvsem pa individualno. Ponavadi prizadeti tiho prenašajo svoje težave. Skušajmo s poslušom izbrati pravi trenutek za pogovor z bolnikom. Izberimo primeren prostor in ga skušajmo zavarovati pred pogledi sobolnikov in tujimi ušesi. Nekateri bolniki se lažje pogovarjajo, če uporabimo preproste ljudske izraze za določene dele telesa, drugi želijo pogovor z uporabo strokovnih izrazov. Skušajmo izbrati tak način pogovora, ki nikogar ne bo spravljal v zadrego.

Zavedati se moramo, da nimamo opravka z diagnozo »inkontinenca«, ampak z inkontinentnim bolnikom.

V veliko pomoč so nam razne brošure, prospekti o pripomočkih, če jih seveda imamo, predvsem pri tistih bolnikih, ki se o teh stvareh težko pogovarjajo.

Ugotavljanje inkontinence

Inkontinenco ugotavlja zdravnik, običajno specialist. Postopek strokovnega obravnavanja bolnika

je v grobem opisan v naslednjih diagnostičnih in terapevtskih ukrepih:

1. **Bolniku vzame zdravnik izčrpno anamnezo**, ki vsebuje podatke o otroških navadah v zvezi s kontinenco (kdaj je postal kontinenten), o boleznih, ki bi lahko vplivale na sedanje težave (vnetja, poškodbe urotakta, hrbtenice, nevrološke bolezni), nato pa preide na tekoče težave. Pri ženskah vzame natančno ginekološko anamnezo (število porodov, splavov, morebitne ginekološke operacije, težko fizično delo). S socialno anamnezo skuša ugotoviti vpliv okolja na bolezen, posebno pri starejših in slabotnih. Pomembna je tudi opremljenost bivalnega prostora (bližina stranišča, stopnice kot ovira gibanja).

2. **Diagnostični postopek** se nadaljuje z rutinskimi laboratorijskimi preiskavami urina, kjer izločijo možnost navzočnosti krvi, bakterij, beljakovin, sladkorja v urinu. Določijo tudi raven sečnine in kreatinina v krvi, po naročilu zdravnika pa še druge specialne preiskave urina in/ali krvi.

3. Od usmerjenih preiskav so pomembne:

a) *Vodenje dnevnika mokrenja*: bolnik(-ca) vodi dnevnik o pogostnosti, času uriniranja in količini urina, pa tudi o količini zaužite tekočine.

b) *Pad test* – bolnica s polnim mehurjem in higiensko predlogo dokazuje količino izgubljenega urina v določenem času (kratki ali dolgi Pad test). Glede na količino urina, ki ga prestreže predloga, določi zdravnik stopnjo inkontinence. Opis dolgega Pad testa:

– bolnici namestimo prej stehano higiensko predlogo;

– prvih 30 minut sedi in popije 500 ml tekočine;

– nato 30 minut hodi, tudi po stopnicah;

– zadnjih 15 min izvaja razne vaje, kot so: izmenično vstaja in seda 10-krat, močno zakašlja 10-krat, teče na mestu 1 minuto, pobira predmet s tal 5x, umiva si roke pod tekočo vodo 1 minuto;

– odstranimo predlogo, jo sthamo, izračunamo izgubljeni urin; po uriniranju izmerimo še preostali urin.

c) *groba demonstracija inkontinence*: v ginekološkem položaju bolnica s polnim mehurjem močno kašlja, zdravnik pa neposredno opazuje predel uretre. Če urin uhaja neposredno ob kašljanju, je to znak stresne inkontinence.

Preiskavo delajo lahko v kombinaciji z merjenjem zastanka urina ali po cistoskopiji, ko je mehur napolnjen, da bolnice po nepotrebem ponovno ne kateteriziramo.

4. Fizikalni pregled bolnika

a) splošni pregled bolnika (ugotavljanje spretnosti, pokretnosti, nevroloških okvar, edemov itn.);

b) palpatorni pregled abdomna (morebitno odkritje tumoroznih mas, suprapubična občutljivost, polnost mehurja);

c) pregled genitalij pri moškem (odkritje morebitnih nepravilnosti zunanjih spolovil);

d) ginekološki pregled pri ženski (ugotavljanje prirojenih deformacij, anatomskih sprememb, fistul, vnetij ter tumorjev, tudi test stresne inkontinence);

e) rektalni pregled (ugotavljanje perinealne občutljivosti, tonusa sfinktra, refleksov, rektalnih mas in ugotavljanje velikosti, oblike in konsistence prostate pri moškem);

f) merjenje zastanka urina v mehurju: bolnika(-co) kateteriziramo neposredno po uriniranju. V zadnjem času uporabljamo ultrazvok, predvsem zaradi nevarnosti, ki jih prinaša kateterizacija. Manj kot 20 ml zastanka urina štejemo kot primerno izpraznitev mehurja, več kot 50 ml pa kot nezadostno praznjenje. Upoštevati moramo še psihično zavoro, ko mora bolnik na naš ukaz popolnoma izprazniti mehur.

Pri ugotavljanju inkontinence ni nujno, da se zdravnik odloči za vse omenjene preiskave.

5. Urodinamske meritve

Predstavljajo obvezni del diagnostičnih preiskav pri inkontinentnem bolniku.

a) *Cistometrija* – je grafična predstavitev sprememb pritiskov med polnjenjem mehurja. Osnovni namen je ugotavljanje aktivnosti mehurjeve mišice in občutkov med polnjenjem mehurja. Ob preiskavi napolnimo mehur, nato bolnik urinira na ukaz.

Ugotavljamo:

– prvi občutek spremembe,

– prva želja po uriniranju,

– močna želja po uriniranju,

– odziv mehurja na kašljanje,

– uriniranje (registriramo možnost zavestne kontrole mehurjeve mišice in prekinitev uriniranja).

Vsakega od teh parametrov posname zapisovalnik na papir.

b) *Merjenje funkcije sečnice*

Z aparatom meri zdravnik vedenje zunanjega sfinktra med urodinamsko preiskavo, spremembe pritiskov v sečnici med polnjenjem in uriniranjem ter beleži navzočnost urina v sečnici med stresom.

c) *Merjenje pretoka urina* (uroflowmetrija) je zapis pretoka urina v določenem času, lahko pa tudi aktivnosti mišice mehurja med uriniranjem. Merjenje pretoka je ena najbolj razširjenih urodinamskih metod. Je neinvazivna, enostavna in poceni. Je rutinska preiskava tudi pri diagnosticiranju mikcijskih težav pri moških (prostata).

Praviloma bi moral biti vsak bolnik z inkontinenco tudi urodinamsko pregledan. Žal je tovrstnih aparatov in laboratorijev v Sloveniji premalo.

Obvezno bi morali napraviti urodinamske meritve pri bolnikih z nejasno anamnezo, diabetikih, bolnikih, ki so bili že neuspešno operirani zaradi inkontinence, bolnikih z nevrološkimi obolenji.

6. Endoskopske preiskave

Včasih je potrebno endoskopsko pregledati notranjost mehurja in sečnice; to opravi zdravnik s cistoskopijo, ki jo sicer uvrščamo med agresivne diagnostične preiskave. Pri posegu lahko pride do okužbe ali poškodbe sečil, zato bolniku po preiskavi svetujemo pitje večje količine tekočine; glede na oceno možnosti infekta včasih zdravnik predpiše uroantiseptik ali antibiotik.

7. **Ultrazvočni pregled sečil** – dobimo oceno oblike, velikosti in morebitnih anomalij ledvic in mehurja, lahko tudi zastanka urina po mikciji. S pomočjo posebne sonde ultrazvočno pregledujejo prostato; istočasno je možna tudi diagnostična punkcija prostate za pregled punktata prostate na maligne celice. Pri bolnicah je možen ultrazvočni pregled z vaginalno sondo.

8. **Rentgenske preiskave** – z rentgenskimi preiskavami dobimo rentgensko oceno urotakta. Najpogostejše rentgenske diagnostične preiskave pri inkontinenčnih težavah so:

- pregledna slika urotakta,
- cistogram (mikcijski in na refluks),
- i. v. urografija,
- uretrografija.

9. Nevrološke preiskave

Najpogostejša nevrološka preiskava pri diagnosticiranju inkontinence je EMG (elektromiografija) mišic medeničnega dna. Redkeje je potrebna elektroencefalografija (EEG).

Vrste inkontinence

Razdelitev inkontinence je več. V grobem lahko ločimo:

- ekstrauretralno (fistule, kongenitalne anomalije sečil): lahko bi rekli, da je to uhajanje seča mimo sečnice,
- uretralno (stresna, urgentna, overflow, refleksna itn.). To je uhajanje seča skozi sečno cev.

1. **Stresna inkontinenca** je najpogostejša oblika inkontinence. Lahko prizadene vsako žensko, predvsem starejše in tiste, ki so večkrat rodile ali težko fizično delale. Doleti lahko tudi moške po operaciji prostate in po poškodbi sečnice. Kaže se kot kratkotrajno uhajanje seča med telesnimi napori. Ob tem

se poveča pritisk v mehurju, česar pa sečnica ne vzdrži (med dvigovanjem težjih bremen, pri športu, smehu, kašljanju, kihanju) in zato popusti. Vzrok bi lahko iskali v slabši aktivaciji mišice zapiralke, popuščanju vezi, pa tudi po poškodbi sečnice, pri zlomu medenice ali okvari živčevja.

Stresno inkontinenco lahko razdelimo na 4 stopnje, poimenovane so po dr. Stameyu:

- stopnja 0 – kontinentna oseba,
- stopnja 1 – bolnik spusti urin pri nenadnem povečanju abdominalnega pritiska (kašelji, kihanje). Vrat mehurja je zaprt,
- stopnja 2 – je močnejša stopnja inkontinence, kjer bolniku uhaja urin ob manjših naporih (hoja, sprememba položaja telesa). Vrat mehurja se med napori odpira,
- stopnja 3 – je najtežja stopnja. Nastopi običajno po operativnih posegih, frakturi medenice, kjer urin izteka nenadzorovano in neodvisno od fizične aktivnosti ali položaja bolnika. Vrat mehurja je stalno odprt.

2. **Urgentna inkontinenca** je povezana z nenadno močno potrebo po uriniranju (zapovedovalno uhajanje urina). Lahko nastane zaradi nehotenega krčenja sečnega mehurja (motorična urgentna inkontinenca) ali zaradi prevelike občutljivosti sečnega mehurja (senzorična urgentna inkontinenca). Nekateri vzroki nastanka te vrste inkontinence so povezani s poškodbo osrednjega živčevja, možganskim tumorjem, kapjo, multiplo sklerozo, Parkinsonovo boleznijo in senilno demenco.

3. **Overflow inkontinenca** (ischuria paradoxa) – sečnik je pri tem vedno prepoln (čezrobno uhajanje), seč kronično zastaja v sečnem mehurju. Pritisk v mehurju presega pritisk na mestu sfinktra. Najpogostejši vzrok je uretralna zapora (na primer povečana prostata), poškodba hrbtenice, sladkorna bolezen, nekatera zdravila. Zdravljenje uretralne zapore je operativna odstranitev ovire, kronični zastoj urina pa lahko bolnik uravnava z intermitentno čisto (samó)kateterizacijo.

4. **Refleksna inkontinenca** je uhajanje urina zaradi nevroloških vzrokov. Praviloma je nezavedna, nehotena in neustavljiva. Nastane lahko zaradi tumorozne tvorbe ali pri poškodbah hrbtenjače. Posledica je hiperrefleksni mehur. Včasih si bolnik lahko sam sproži refleks za mikcijo z določenimi gibi, mnogokrat pa ne. Pogosto trpijo za to vrsto inkontinence paraplegiki in tetraplegiki. Tudi v tem primeru pride včasih kot možnost izpraznjenja mehurja v poštev intermitentna čista (samo)kateterizacija.

5. **Mešana inkontinenca** – je kombinacija stresne in urgentne inkontinence. Bolniki navajajo težave, ki niso značilne samo za eno vrsto inkontinence, pa tudi klinične preiskave to potrjujejo.

Kako pomagamo bolniku z inkontinenco

Preventivni ukrepi pri pojavu inkontinence

Z nekaj nasveti bolniku lahko preprečimo ali omilimo pojav določene vrste inkontinence:

- *Zdrava, uravnotežena prehrana* je pomembna tako za redno odvajanje blata kot tudi seča.
- Pri slabo pokretnih poskrbimo, da bo bolnik *stranišče* kar najhitreje dosegel in da bo imel *primerna oblačila*.
- Če ljudje s popolnoma zdravim urinskim traktom jemljejo *pomirjevala, uspavala ali diuretika*, moramo računati na možnost pojava občasne inkontinence, na kar opozorimo tudi bolnika in/ali svojece.
- Osnovno pravilo pri uriniranju je *praznjenje mehurja v približno enakih časovnih presledkih* (odvisno od količine popite tekočine), kar velja prek dneva, prek noči pa naj bi bili sposobni urin zadržati. Zadrževanje uriniranja pri polnem mehurju ni priporočljivo.
- Ena najbolj uspešnih vaj za preprečevanje inkontinence je občutek, da se ob uriniranju *dobro izprazni sečni mehur*. Ženska naj bi med uriniranjem udobno sedela na straniščni školjki z obema nogama na tleh. Ko tok urina preneha, naj se nagne še malo naprej, kar bo pomagalo popolnoma izprazniti mehur.
- Nedvomno lahko preventivno največ storimo z *vajami za krepitev medeničnega dna* (vaje po Keglu). To velja predvsem za stresno inkontinenco. Keglove vaje so tudi del zdravljenja inkontinence. Z njimi bi morali seznaniti že mlada dekleta, prav tako bi morale biti del rednega programa za ženske pred in po vsakem porodu. Vaje so opisane v nadaljevanju.
- Urin, ki ga izločamo, naj bi bil blede svetlo-rumene barve in bister. Če postane temen in ima močan vonj, pomeni, da je verjetno preveč koncentriran, morda je navzoča tudi okužba sečil.

Higiensko – dietetski režim

Ob prvem srečanju z inkontinentnim bolnikom skušajmo storiti nekaj, kar mu bo olajšalo njegovo, včasih že prav nevzdržno stanje in počutje. Svetujemo mu *redno vzdrževanje osebne higiene*, saj s tem ne odstranimo le neprijetnega vonja, temveč preprečujemo tudi vnetja kože in nastanek preležanin. Obvezna je vsakodnevna prha, vsaj jutranje in večerno umivanje genitalij, prav tako – če je možno – po vsaki defekaciji, s toplo vodo in blagim, morda otroškimi milom. Anogenitalni predel moramo po namiljenju dobro sprati in osušiti. Pri ogroženih bolnikih je priporočljiva uporaba zaščitne kreme.

Svetujemo *pitje zadostnih količin tekočine*, čeprav je znano, da ti bolniki želijo omejiti izločanje urina s

čim manjšim uživanjem tekočine. Posledica takega režima je gost, koncentriran urin, ki močno zaudarja. Škodljivo je pomanjkanje tekočine za celotni organizem (dehidracija, vnetja sečil, tvorba ledvičnih kamnov). Bolnik naj pitje tekočine nekoliko omeji proti večeru, da ponoči ne bo treba prekinjati spanja zaradi menjave predlog. Bolnika in svojece poučimo, da je treba mokro perilo, posteljnino in oblačila redno menjavati, ker že majhna količina posušenega urina povzroča neprijeten vonj. Torej ne pride v poštev sušenje, ampak pranje perila.

Posebno poglavje predstavlja inkontinenca blata, kjer je razumljivo postopek vzdrževanja higiene še zahtevnejši kot pri urinski inkontinenci. Bolnika je treba po odvajanju blata takoj urediti, se pravi umiti s toplo vodo, blagim milom, sprati, dobro osušiti, po potrebi namazati z zaščitno kremo.

Cilj zdravljenja inkontinence mora biti zagotovitev kontinence. To je včasih dolgotrajen proces, ves ta čas pa bo naš bolnik moker. Ko smo ga poučili o osnovni higieni in poskrbeli, da bo poiskal zdravniško pomoč, moramo razmisliti o ustreznih pripomočkih za vzdrževanje osebne higiene.

Pripomočki za vzdrževanje osebne higiene

Pripomočke za vzdrževanje bolnikove osebne higiene izbiramo individualno in z njegovim sodelovanjem.

V grobem ločimo pripomočke za ženske in za moške.

Kaj izbrati za inkontinentnega *moškega*, je stvar dobre presoje, strokovne usposobljenosti, ponudbe na tržišču in sodelovanja bolnika. Najpreprosteje je stalno mokremu, nepokretnemu bolniku vstaviti stalni urinski kateter, pa imamo suho posteljo, čistega bolnika in še evidenco izločene tekočine. Vendar je stalni kateter vse prej kot primeren pripomoček in moramo pred vstavitvijo resno razmisliti o drugih možnostih.

a) **Predloge za enkratno uporabo** so prva in ne najslabša možnost oskrbe inkontinentnega bolnika. Tudi na našem tržišču je na voljo že lepa izbira predlog za moške; to so nekakšni žepki, prilagojeni anatomske zgradbi moških spolovil, dobro vpojni, z vododržnim vstavkom. Opremljeni so z lepilnim trakom, da jih lahko pritrdimo na spodnje perilo. Žepček ostane lepše nameščen, če ga uporabljamo v kombinaciji z raztegljivimi elastičnimi pralnimi hlačkami. Če je inkontinenca močnejša, lahko tudi za moške izberemo ženske predloge, ki so različnih velikosti. Za težko inkontinenco izberemo kar hlačne plenice, posebno če je navzoča tudi fekalna inkontinenca. Prek dneva lahko svetujemo manjšo predlogo, prek noči pa večjo, da omogočimo bolniku in osebi, ki ga neguje, mirno spanje.

b) **Urinali** so gumijasti zbiralniki seča, nekakšni prestrezniki, ki so pritrjeni okrog pasu z elastičnim

pasom. Urin odteka prek gumijastega zbiralnika v zbiralno vrečko, pritrjeno na stegno. Zdravstvena nega bolnika, ki uporablja urinal, sestoji iz redne in natančne anogenitalne nege, izbire kvalitetnega urinara in rednega vzdrževanja le-tega. Anogenitalno nego naj si bolnik naredi vsaj dvakrat dnevno in po defekaciji. Urinal, ki ima veliko tekstila, je težko higiensko dobro vzdrževati. Bolje je izbrati takega, ki ima več gume. Pripomoček je morda malo neroden, vendar je rešitev, da se izognemo stalnemu urinskemu katetru.

- c) **Urinal kondom** (peni flow) predstavlja za mnoge moške zelo primerno rešitev inkontinence. Uporablja ga lahko vsak bolnik, ki nima večjega zastanka urina v mehurju. Kožo penisa pred namestitvijo urinal kondoma operemo s toplo vodo in blagim milom. Zelo važno je, da jo dobro osušimo. Pri aplikaciji upoštevamo priložena navodila, saj se urinal kondomi razlikujejo po načinu namestitve: nekateri so opremljeni s posebnim vodilom, drugi imajo priložen samolepilni trak, ki ga nalepimo krožno okrog penisa, čezenj pa potegnemo urinal kondom. Pri tem pazimo, da penisa krožno preveč ne stisnemo (da ne prekinjamo pretoka krvi).

Zadnjo novost predstavljajo silikonizirani samolepilni urinal kondomi v različnih velikostih, ki so enostavni za nameščanje, bolniki pa jih dobro prenašajo. Starejših gumijastih urinal kondomov, ki jih lepimo s pomočjo lepila v tubi, ne uporabljamo več, ker povzročajo alergije, vnetja in maceracijo kože. Urinal kondom ostane nameščen od en do največ dva dni, nato ga zamenjamo, če prej ne odpade sam. Ostankov lepila nikoli ne čistimo z bencinom ali etrom; če ne gre s toplo vodo in milom, poskusimo z mrzlo. Tudi na našem tržišču je skupaj z urinal kondomi dostopna specialna kozmetika.

- d) **Penis klema** je starejši pripomoček za kratkotrajno ublažitev inkontinence pri moškem. To je sponka, podložena s spužvasto gumo, s katero si bolnik lahko preščipne penis za nekaj časa (dve do tri ure). Novejše oblike penis klem so narejene tako, da ne prekinejo krvnega pretoka, pač pa zaprejo le sečnico.
- e) **Stalni urinski kateter** je najslabša možna rešitev inkontinence. Ob dolgotrajni uporabi katetra pride do nastanka infekta (mnogi viri navajajo, da že po dveh do treh dnevih), stenoze sečnice, zmanjšane kapacitete in atonije mehurja.
- f) **Intermitentna čista samokateterizacija** je mnogo boljše rešitev problema urinske inkontinence kot stalni urinski kateter. Pomeni največjo izboljšavo, uvedeno v zadnjih letih v zdravljenju bolnikov, ki imajo težave z mokrenjem (glej poglavje o IČS).

Pripomočki za ženske so v osnovi podobni vložkom za nego med menstruacijo. Mnoge bolnice uporabljajo:

- a) **običajne higienske vložke**, ki jih nenehno menjavajo. Pri tem ostajajo stalno mokre, ne morejo se znebiti neprijetnega vonja, pa tudi finančni izdatki niso zanemarljivi; žal niso poučene o možnosti oskrbe z

- b) **inkontinenčnimi predlogami**, ki jih lahko dobijo na recept oziroma s potrdilom o ortopedskih pripomočkih. Na našem tržišču je na voljo veliko vrst predlog, pretežno iz uvoza, od mini izvedbe do hladnih pleníc. Pri svetovanju in izbiri pomislimo na stopnjo inkontinence in na razliko med dnevom in nočjo. Bolnici skušamo omogočiti normalne dnevne psihofizične aktivnosti, sproščenost in občutek gotovosti. Ponoči dajemo prednost zanesljivemu, četudi malo večjemu in bolj vpojnemu pripomočku, ki omogoča neprekinjeno spanje in počitek. Pomembno je poučiti bolnico o pravilni namestitvi inkontinenčne predloge. Najbolje je, da bolnica ali osebe, ki jo negujejo, preberejo natančna navodila, ki so običajno priložena pripomočkom. Velja splošno pravilo, da je najbolje, če predlogo prepognemo po dolžini na polovico, namestimo pa jo tako, da bolnica leži na boku. Predloge ne vlečemo navzgor proti popku, temveč jo raztegnemo levo in desno proti boku. V tem položaju tudi najlažje izvajamo anogenitalno nego. Funkcionalnost predloge se poveča s sočasno uporabo tankih elastičnih pralnih hlačk.

V zadnjem času se pojavljajo pomisleki, predvsem s strani varstvenikov okolja, o velikih količinah odpadkov, ki nastajajo v vseh zdravstvenih ustanovah, domovih počitka itn., da ne govorimo o še večjih količinah uporabljenih otroških pleníc za enkratno uporabo. Strokovnjaki, pa tudi zdravstveni delavci in nenazadnje bolniki, izbirajo med argumenti za in proti.

Za enkratno uporabo	Pralne
Prednosti:	– ni stroškov pranja
– ni problemov s pranjem	– ni odpadkov
– možnost, da rabljene plenice odvržemo	– relativna neodvisnost od sistema preskrbe
Slabosti:	– stalna skrb za nabavo
– skrb za transport	– skrb za pranje in sušenje
– skrb za hranjenje	– stroški pranja in sušenja
– skrb za odpadke	– detergenti kot uničevalci okolja
– skrb za uničevanje uporabljenih pleníc	– potreba po nošenju uporabljenih pleníc domov
– ekološko sporno sežiganje odpadkov ob visokih temperaturah	– hranjenje uporabljenih pleníc pred pranjem

- c) **specialnimi pralnimi materiali in modeli spodnjega perila za večkratno uporabo**, z všitimi dvojnimi sloji, všitki, žepki za vstavitev dodatnih

predlog itn., ki seveda niso večni in jih je treba obnoviti. Študije v tujini so pokazale, da imata obe vrsti pripomočkov pozitivne in negativne lastnosti, tako glede na bolnika kot na okolje, v razmerju 50 : 50. Spet nam ostane lastna presoja, ki naj se prilagodi bolnikovim potrebam in željam; lahko uporabljamo tudi oba sistema.

Tudi pri ženskah obstaja možnost reševanja inkontinence s

- d) **stalnim urinskim katetrom** (kot najslabšo izbiro) ali
- e) **intermitentno čisto (samo)kateterizacijo** (kot dobra rešitev, če bolnica ustreza kriterijem za IČS).

Možne oblike strokovne pomoči bolniku z inkontinenco

Pri zdravljenju inkontinentnega bolnika ima zdravnik v mislih naslednje:

- vzdrževanje renalne funkcije; v nobenem primeru ni zagotovitev kontinence pomembnejša od ohranitve renalne funkcije;
- doseči mora, da bo bolnik suh. Bolniki, ki so rešeni mokrote in uporabe zunanjih pripomočkov za inkontinenco, so večno hvaležni. Tudi bolnik, ki smo ga naučili intermitentne čiste samokateterizacije, je psihosocialno rehabilitiran že zaradi odpravljenega neprijetnega vonja;
- omogočiti normalno mokrenje – to naj bi bil idealni rezultat zdravljenja, čeprav sta prvi dve točki pomembnejši.

- a) **Vedenjske tehnike** povečajo bolnikovo zavedanje spodnjega dela urotrakta in okolice ter stopnjujejo kontrolo mišic medeničnega dna. Te metode so neinvazivne, nimajo stranskih učinkov in ne vplivajo na nadaljnje zdravljenje. Zahtevajo čas, trud in vztrajnost.

Nekaterim bolnikom se stanje popolnoma popravi, mnogim izboljša, pri nekaterih pa tudi ni učinka. Vaje predpiše zdravnik, ki bolnika(-co) tudi kontrolira. V kombinaciji z ustreznim higiensko-dietetskim režimom so ena najuspešnejših konzervativnih metod zdravljenja urinske inkontinence. Bolniku(-ci) razložimo *intenzivni nekajtedenski program učenja uriniranja v rednih časovnih presledkih*. S tem bolnik s pomočjo svoje volje in zavesti skuša ponovno vzpostaviti reden režim mokrenja. Svetujemo, da prične z uriniranjem na eno uro, presledek med dvema mikcijama podaljšuje na dve, nato tri ure. Bolniku(-ci) omogočimo postopno zaznavanje polnosti mehurja oziroma uriniranja v določenih časovnih presledkih brez predhodne potrebe po mokrenju.

Bolnik(-ca) dobi poseben formular, kamor vpiše po dnevih in urah vsa mokrenja, pa tudi oznako, če je bil med dvema mikcijama moker,

suh ali delno moker. Priporočljivo je, da bolnik dobi tudi pisna navodila, kako naj podaljšuje in kontrolira urgenco mokrenja (v mislih naj na primer nekaj šteje, misli naj na nekaj prijetnega). Čas mokrenja si lahko ureja z budilko. Ko ne more več zdržati, naj gre na stranišče. Ko je sposoben zdržati eno uro, vmes pa ostati suh, podaljšamo interval med dvema mikcijama, tako da po šestih tednih bolnik urinira na 3 do 3,5 ure, kar je velik uspeh, posebno, če je vmes suh.

Bolnik mora biti za to metodo motiviran. Vedeti mora, da bo uspeh slabši, če je utrujen, zaskrbljen, prezaposlen, nervozen, če ga zebe, če je hladno, deževno ali vetrovno vreme, če nima urejene prebave ali je ženska pred menstruacijo. Svetujemo mu, naj se izogiba pretiranega uživanja alkoholnih pijač, tudi kave in pravega čaja, pije naj vodo ali bistre sadne sokove. Poskrbi naj za redno prebavo, izogiba naj se hoji na stranišče »za vsak primer«.

Dodatno lahko bolniku(-ci) svetujemo, naj skuša urinirati ob vedno istih urah dneva.

Nasprotno se je pri starejših ljudeh izkazalo za zelo pomembno, da urinirajo takoj, ko začutijo potrebo, zlasti to velja za pozabljive ljudi. Pri njih so pomembna pravila:

- nadzor in opozarjanje,
- takojšnje uriniranje,
- obvezna pohvala.

- b) **S fizioterapijo** zdravimo zlasti bolnice s stresno inkontinenco.

- *Vaje za krepitev mišic medeničnega dna (vaje po Keglu).*

Bolnik(-ca) se nauči stiskati mišice medeničnega dna, kot da hoče zadržati mokrenje ali sredi mokrenja prekinja curek. Ko se zave, katere mišice mora stiskati, naj to ponavlja večkrat na dan (100 do 300x dnevno), pri tem naj posamezna vaja traja do 10 sekund, sledi naj ji enako dolga pavza. Vaje lahko opravlja sede, stoje ali leže, kadarkoli in kjerkoli. Ko osvoji stiskanje »pravih« mišic, naj opusti vaje med mikcijo, ker po nekaterih trditvah povzročajo okužbo sečnih poti zaradi turbulence urina v sečni cevi. Bolnica naj vaje izvaja vsaj 6 mesecev, potrebna je doslednost in vztrajnost. Po tem času se pojavljajo prvi uspehi, vendar je treba z vajami nadaljevati. Metoda je priporočljiva za ženske s stresno inkontinenco, pomaga pa tudi moškimi po operaciji prostate in celo pri urgentni inkontinenci. Najboljši rezultati so pri lažjih stopnjah inkontinence.

- *Vaginalni vložki – Femina valjčki* služijo kot pomožni pripomoček pri zdravljenju inkontinence. Bolnica prejme set valjčkov, ki so enake oblike in velikosti, razlikujejo se le po

teži. Valjčke vlaga z ožjim koncem v nožnico. Prične z najlažjim, nato pa stopnjuje težo in skuša vsakega zadržati v nožnici do 15 min. Vajo ponovi 2 × dnevno.

- *Perineometri* – so posebne naprave, ki ocenjujejo uspešnost krčenja mišic medeničnega dna s pomočjo vizualnih in/ali zvočnih signalov. Tudi na našem tržišču je na voljo pripomoček PFX sistem, ki deluje na principu biološko povratne zveze (angl. biofeedback). Cilj gimnastike mišic medeničnega dna je preventiven in tudi kurativen. Bolnica naj bo med izvajanjem kolikor je mogoče sproščena, najbolje v razbremenilni legi na hrbtu, s podloženo glavo in rameni. Vstavljeni vaginalni vložek priključi na ročni del aparata, ki zaznava krčenje mišic medeničnega dna, tako da bolnica lahko spremlja uspešnost izvajanja vaj na posebni skali. Vaje je treba izvajati redno, večkrat dnevno, po 5 do 10 kontrakcij mišic skupaj, predvsem pa je treba vztrajati tudi po delnem izboljšanju.

c) Zdravljenje z zdravili

Poleg predpisovanja antibiotikov pri urinski okužbi in hormonov pri pomanjkanju estrogenov, lahko v nekaterih primerih neposredno medikamentozno zdravimo inkontinenco, odvisno od vrste le-te. Poznamo zdravila, ki zmanjšujejo krčenje mehurja, povečujejo upor v sfinktru ali povečajo kapaciteto mehurja. Predpisovanje medikamentozne terapije je v pristojnosti zdravnika, običajno specialista.

d) Zdravljenje z elektrostimulacijo

Intermitentna elektrostimulacija mišic medeničnega dna uravnava delovanje mehurja in sfinktra. Sprošča mehurjevo mišico in jača sfinkter. Električno stimulacijo kot metodo zdravljenja uporabljamo le po priporočilu urologa ali ginekologa, ki predpiše tudi način in čas stimulacije.

Možne so različne tehnike:

- Z uporabo vaginalne (za ženske) ali rektalne (za moške in ženske) elektrode (za površinsko stimulacijo)
Bolnik(-ca), ki dobi poseben električni stimulator, se en do dvakrat, največ trikrat dnevno sam stimulira. Bolnik(-ca) se pred terapijo udobno namesti. Elektrodo pred vstavitvijo v nožnico ali črevo (danko) zmoči z vodo ali namaže z vazelinom. Pri vstavitvi elektrode v danko svetujemo, da malo pritisne na blato, da elektroda lažje zdrsne v črevo. Po vstavitvi vložka vklopi stimulator in si z gumbom postopoma večja jakost stimulacije, ki jo zaznava kot močno neugodje na mestu stimulacije (pekočo bolečino, zbadanje, krči). Ko občutek bolečine popusti, zopet poveča jakost stimulacije. To dela toliko časa, da

doseže maksimalno še znosno jakost. Opisani način stimulacije traja 20 min, nato se stimulator avtomatsko izklopi. Postopek ponavlja vsaj 3 mesece, sledi kontrola pri zdravniku. Druga možnost je, da bolnik(-ca) opravlja vsakodnevne elektrostimulacije ambulantno. Neupoštevanje navodil zdravnika in/ali medicinske sestre je lahko nevarno (opekline). Stimulatorja ne smejo uporabljati:

- bolniki s srčnim pacemakerjem,
 - nosečnice, žene med menstruacijo, pri vnetju nožnice,
 - bolniki pri vnetju mehurja, pri vnetju v mali medenici, pri rakavih obolenjih v mali medenici.
- Operativna metoda, ko direktno implantirajo elektrode v področje hrbtenjače ali živcev (za krčenje mehurja).

e) Kirurško zdravljenje bolnika z inkontinenco

Načela – namen:

- I. – povečevanje upora v sečnici,
- II. – povečevanje kapacitete mehurja,
- III. – izpeljava seča.

Ad I. Povečevanje upora v sečnici

1. *Injiciranje snovi* (kolagen, plastična masa, maščobe)
Snov injicira zdravnik-specialist pod uretro, kjer zaradi ustreznega stisnjenja zatesni sečnico in poveča upor. Prednost te metode je kratka ležalna doba (1–2 dni), malo zapletov, pa še ti so lahki ter možnost ponovitve posega.
2. *Rekonstrukcija položaja vratu mehurja* (suspenzija vratu mehurja) – vrat mehurja z različnimi operativnimi metodami urolog zoži ali pritrdi ob sramno kost, na trebušne mišice.
3. *Vstavitev umetnega uretralnega sfinktra* (pri obeh spolih)
Okrog sečnice ali vratu mehurja kirurško vstavijo manšeto, ki stiska sečnico. Manšeto bolnik prazni prek črpalke, ki je pri ženski vstavljena v velike sramne ustnice, pri moškem pa v mošnjo.
4. *Zapora sečnice* – sečnico izrežejo in zašijejo.

Ad II. Povečevanje kapacitete mehurja

1. *Hidrostatska distenzija mehurja* – kjer z ali brez injiciranja zdravil razširijo mehur z vodo.
2. *Cistoliza* je operativni poseg – osvobajanje mehurja okolnih tkiv.

3. *Vstavitev dela črevesja v mehur*
(»Clam« cistoplastika)
V preklan mehur vstavijo del črevesja, ki blaži premočno krčenje mehurjeve mišice.

Ad III. Izpeljava seča

1. *Povečanje ali nadomestitev mehurja s črevesjem*
 - a) del mehurja nadomestijo s črevesjem (spodnjega dela mehurja in sečnice ne odstranijo, ali rezervoar povežejo s sečnico)
 - b) nadomestitev sečnega mehurja s črevesjem; vstop v novi rezervoar je preko suhe stome ali sečnice.
2. *Izpeljava seča*
 - a) Izpeljava seča v debelo črevo.
 - b) Izpeljavo seča na trebušno steno
 - mokra stoma;
 - prek sečevodov
 - ureterokutanostoma
 - prek dela črevesja
 - ureterosigmoidstoma
 - ureteroileostoma
 (ileal conduit = Brickerjev mehur = colon conduit).

Zdravstvena nega bolnika z izpeljavo urina mimo naravnih urinskih poti

Bolnikom, ki iz različnih vzrokov ne morejo urinirati po normalni urinski poti, skušamo z različnimi operativnimi posegi ali drugimi terapevtskimi postopki ohraniti odvajanje urina.

V grobem lahko ločimo:

- *Notranjo izpeljavo seča* (rekonstruktivne metode zdravljenja urinske inkontinence), kjer lahko ob zdravih ledvicah ali vsaj eni ledvici rekonstruirajo urinske poti od ledvic do izhoda seča na prosto. Te metode zahtevajo visoko stopnjo strokovnega znanja, sami operativni posegi spadajo med zelo zahtevne, tako za bolnika kot za kirurga – urologa. S pomočjo izoliranih delov črevesa (lahko tankega in/ali debelega) rekonstruirajo bolniku: sečevode, po odstranitvi mehurja formirajo nadomestni sečnik – rezervoar, (angl. »pouch«), nadalje sečnico, za vzpostavitev kontinence pa na lahko vgradijo še umetni sfinkter, ki omogoča, da bolnik urinira s pomočjo svoje volje, seveda po navodilih lečečega zdravnika – specialista.
- Zunanjo izpeljavo seča lahko razdelimo na izpeljavo
 1. po nefrostomi,
 2. po čistostomi,
 3. prek stalnega urinskega katetra,
 4. s pomočjo intermitentne čiste samokateterizacije,
 5. preko mokre urinske stome (urostome),
 6. preko suhe urinske stome.

1. Nefrostoma

je umetna odprtina z vloženim nefrostomskim katetrom, ki v ledvenem predelu vstopa v ledvico oziroma v ledvični meh. Vstavijo jo operativno, še pogosteje pa s pomočjo ultrazvoka na rentgenskem inštitutu. Nefrostomski kateter je lahko vstavljen začasno (razbremenilna nefrostoma) ali trajno (paliativna). Okolico katetra oskrbimo po vseh postopkih zdravstvene nege rane. Kateter je prišit s šivom. Bolnika oziroma svojce opozorimo na previdnost, da ga ne izpuli. Pazimo na prehodnost cevke (izključimo anurijo!); po zdravnikovem navodilu jo lahko prebrizgamo s sterilno fiziološko raztopino, kjer velja pravilo, da vedno najprej aspiriramo iz cevke, ker morda s tem postopkom že sprostimo odtekanje urina. Sterilni fiziološki raztopini lahko dodamo po zdravnikovem navodilu tudi antibiotik, po možnosti glede na predhodni antibiogram.

Urin po nefrostomskem katetru odteka v urinsko drenažno vrečko (zaprt sistem!). Bolnike z nefrostomo srečujemo tudi zunaj bolnišnice, saj je z začasno ali trajno nefrostomo odpuščenih iz bolnišnice okrog 10 % bolnikov.

2. Cistostoma

je umetna odprtina z vloženim cistostomskim katetrom, ki vstopa v sečni mehur v predelu nad sramno kostjo. Naredijo jo iz več razlogov. Cistostomski kateter menjavamo glede na material, iz katerega je sestavljen (glej poglavje o katetrih). Zdravstvena nega bolnika s cistostomo je podobna oni pri bolniku z nefrostomo. Tudi tu skrbimo, da je kateter prehodan in da je polje okrog cevke oskrbovano po principih zdravstvene nege rane. Cistostoma je lahko začasna ali trajna.

Nekatere bolnice so po operativnih posegih (na primer zaradi inkontinence) odpuščene z vstavljenjo cistostomo v domačo oskrbo. Poučimo jih o merjenju diureze, spontane in zastanka, izmerjenega po cistostomi. Ko se le-ta obrne v prid spontane mikcije, cistostomo odstranimo. Konec cistostomskega katetra lahko zapremo s posebnim zamaškom ali priključimo na urinsko drenažno vrečko (zaprt sistem!).

3. Stalni urinski kateter

je najpogostejša oblika zunanje izpeljave seča. Kateterizacija je zelo star poseg, sega celo 2000 do 3000 let v zgodovino pred našim štetjem. Leto 1934 pomeni prelomnico, ko je dr. Foley izumil prototip današnjega urinskega katetra. Prvotno je služil kot pooperativni prostatični kateter za hemostazo. Kmalu pa so ugotovili, da je balonček odličen pripomoček za fiksacijo vsakega katetra; tako je namesto intermitentne kateterizacije kateter z balonom pomenil kontinuirano drenažo urina iz mehurja.

Urinska kateterizacija je aseptična vstavitve katetra v sečni mehur za odvajanje seča ali dovajanje tekočine v mehur. Vse vstavitve katetra odredi zdravnik. Kateterizacija pri moškem je poseg, ki ga opravlja zdravnik (medicinska sestra mu pri tem asistira), kateterizacijo ženske pa lahko izvede tudi medicinska sestra.

Praviloma naj bi vsak zdravnik splošne prakse znal vstaviti in zamenjati kateter »svojemu bolniku«, le v izjemnih primerih naj bi ga poslal k specialistu.

Ko se odločamo za kateterizacijo, premislimo, če smo izčrpali vse druge, za bolnika mnogo boljše možnosti, kot je stalni urinski kateter (predloge, urinal kondom, intermitentno čisto samokateterizacijo...).

Kateterizacija je za bolnika invaziven poseg, zato ne pozabimo na psihično pripravo. Pomislimo na to, da ima bolnik pravico, da ga zaščitimo pred okolico vsaj s pregradno steno, po možnosti pa opravimo poseg v posebnem prostoru (kateterizirnici).

Indikacije za kateterizacijo

1. Izpraznitev vsebine sečnega mehurja zaradi akutne ali kronične retence urina (zožitev sečnice, obstrukcija vratu mehurja, karcinom, adenom prostate, hematurija);
2. Kirurška drenaža mehurja (pred ali po operativnih posegih v/na mehurju, medenici, rektumu, tudi pred ali po porodu, če je to potrebno itn.);
3. Diagnostični postopki (merjenje zastanka urina v mehurju, sterilno jemanje vzorcev urina za mikrobiološke preiskave, urodinamske meritve, kontrastne rentgenske preiskave);
4. Izpiranje mehurja (hematurija, piurija, nadomestni mehur narejen iz črevesa);
5. Vnos terapevtskih substanc, ki delujejo lokalno v mehurju (antibiotiki, antimikotiki, citostatiki);
6. Natančne meritve količine izločenega urina (šokovno stanje, renalna insuficienca, paraliza);
7. Pomoč pri inkontinenci, kadar ni mogoče uporabiti drugih pripomočkov.

Izbira katetra

Pravilna izbira katetra je zelo važna. Pri tem upoštevamo naslednje:

1. Kako *dolgo* bo bolnik kateter potreboval
 - kratek čas – do 7 dni,
 - srednje dolgo – do 1 meseca,
 - dolgo časa – več kot 1 mesec.
2. *Material*: vsak izdelovalec katetra si prizadeva za izdelavo katetrov iz najprimernejše kombinacije sestavin, ki jo bo sluznica sečnice čim

bolje prenašala (lateks, teflon, silikon, hidrogel, polimer).

3. *Konica* katetra (to je razdalja med balonom in koncem katetra) je lahko predolga ali prekratka in lahko povzroči težave, zato je potrebno izbrati ravno pravšnjo. Katetri imajo mnogokrat imena po avtorjih konic (Tiemann, Roberts, Nelaton, Mercier, Whistle, Round, Couvelaire).
4. *Odprtine* – luknjice na katetru naj bodo primerne; premajhne onemogočajo odpravljanje koagulov, koščkov sluznice ali gostejšega urina. Pri prevelikih luknjicah se kateter zamaši.
5. *Balon*. Pri polnjenju balona moramo biti posebno pazljivi: 30 ml in več napolnimo izključno za pomoč pri hemostazi (ustavitvi krvavitve). Za rutinsko drenažo napolnimo balon le 5–10 ml. Tekočina za polnjenje je izključno *sterilna redestilirana voda*. Ne uporabljamo slanah raztopin (fiziološka), ker povzročajo tvorbo kristalov v balonu, kar onemogoča izpraznitev balona in s tem odstranitev katetra. Prav tako ne uporabljamo vode iz pipe, aseptičnih raztopin ali zraka.
6. *Velikost katetra* – najprej moramo razlikovati med spoloma, prav tako med odraslim in otrokom. Velikost katetra izražamo z zunanjim premerom, imenovanim po franc. izdelovalcu instrumentov Charrieru (1 CH = 1/3 mm = 1 French).
 - Za kateterizacijo otroka (odvisno od starosti) izbiramo katetre debeline Ch 6 do 12;
 - Za normalno kateterizacijo izberemo kateter Ch 12–14, če je urin čist;
 - Če je urin moten, gnojen ali krvav (brez krvnih strdkov, sluzi ipd.) izberemo kateter velikosti do največ Ch 20;
 - izbira katetra nad Ch 20 za običajno drenažo je redko potrebna, če ne celo vprašljiva; kateter CH 24 je rezerviran izključno za drenažo po operativnih posegih na prostati ali mehurju oziroma masivno hematurijo.
7. *Notranja oblika katetra* – (svetlina) je prav tako pomembna postavka pri izbiri. Lahko je okrogel, polokrogel, mesečast. Najbolje odteka urin po katetru z okroglim lumnom, saj so notranje stene najbolj gladke.

Hranjenje – pakiranje katetrov

Katetri morajo biti pakirani sterilno. Tak postopek zahteva dvojni ovoj. Ovoje odpremo neposredno pred uporabo, najprej zunanega, kjer upoštevamo pravila sterilnega odpiranja. Potegnemo samo za končne robove, tako da ostane notranji ovoj sterilan. Notranji ovoj odpremo le toliko, da omogočimo sterilno vstavljanje katetra, ki ga med posegom sproti vlečemo iz ovoja.

Katetre hranimo v originalni embalaži na varnem mestu, kjer je čim manjša možnost, da se embalaža poškoduje (vprašljiva sterilnost). Ne izpostavljamo

jih sončni svetlobi in visoki temperaturi (ne v bližini toplotnih teles – radiator). Hranimo jih sortirane po številkah in namenu. Poškodujemo jih lahko, če jih spnemo z elastično gumico. Pazimo, da ne pridejo v stik z oljnimi ali alkoholnimi snovmi. Redno preverjamo rok sterilnosti.

Vrste katetrov

Katetrov je veliko vrst. Delimo in izbiramo jih po lastnostih, ki so opisane zgoraj.

Glede na spol ločimo:

- moške,
- ženske (krajši, posebno konica),
- otroške (krajši, tanjši).

Osnovne skupine katetrov:

- *Katetri brez balona* (mnogokrat imajo imena po avtorjih, predvsem po avtorjih konic. Ker ti katetri nimajo balončka, jih fiksiramo v mehurju po načinu zunanje fiksacije katetra, to je s kirurškim sukancem in lepilnim trakom. Včasih je treba izbrati kateter te vrste, ker je balonski premehak ali zaradi specialne oblike konice.

- *Katetri z balonom*

a) Foley kateter je standardni dvokračni kateter (dvocevni, dvokanalni) in ga največ uporabljamo. Ima dva kanala: širšega za drenažo urina in ožjega za polnitev balona, ki služi za fiksacijo katetra. (Pozor: balon polnimo samo s sterilno redestilirano vodo!).

b) Perfuzijski kateter je trikračni (tricevni, trikanalni) kateter in služi za izpiranje mehurja po principu sterilne perfuzije. Ima 3 kanale: enega za dotok sterilne tekočine v mehur, drugega za drenažo iz mehurja in tretjega, najožjega, za polnjenje balona. Perfuzijske katetre uporabljamo za drenažo gostega urina (po operaciji prostate, mehurja, pri bolnikih s hematurijo oziroma gostim urinom.).

Zaradi podobnih principov zdravstvene nege lahko v to skupino uvrstimo še:

- *cistostomske in*
- *nefrostsomske katetre.*

Glede na vrsto materiala katetre delimo:

- *PVC* in drugi plastični materiali – uporabljamo jih za enkratno občasno izpraznitev mehurja.
- *Guma* – tudi te katetre uporabljamo za enkratne posege.
- *Lateks* – čisti lateks je primeren za osnovo stalnega katetra, ker je mehak in fleksibilen. Nima pa popolnoma gladke površine; zato lahko povzroča inkrustacije, kar ima za posledico poškodbo uretre. Čisti lateks kateter lahko uporabljamo le kratek čas (3–4 dni).

– *Silikon* – je dobro kompatibilen s sluznico uretre, ne inkrustira, zato so ti katetri primerni za dolgotrajno drenažo (2–3 mesece). Slaba stran teh katetrov je, da niso idealno gibljivi, zato je bolje, če je osnova katetra iz kake druge snovi, površina pa je silikonizirana.

– *Teflon* – je tudi dobro kompatibilen s sluznico uretre. Katetri, prevlečeni s teflonsko oblogo (osnova je na primer silikon), predstavljajo dobro vrsto stalnih katetrov in jih lahko uporabljamo za daljšo urinsko drenažo (1–2 meseca).

– *Hidrogel* – je snov, ki se je izkazala kot visoko kvalitetno pri očesnih lečah, kolčnih protezah in žilnih protezah, kar dokazuje visoko združljivost s človeškimi tkivi. Ta snov naredi površino katetra zelo gladko in jo sluznica uretre dobro prenaša tudi daljše časovno obdobje (3–4 mesece).

S kombiniranjem omenjenih in še drugih materialov (na primer polimer) je sodobna tehnologija izdelovanja katetrov zelo napredovala in stalni kateter za počutje bolnika ne predstavlja več takšnega problema kot nekoč.

Urinska vrečka

je zbiralnik, kamor urin odteka po katetru prek drenažne cevi iz mehurja. Vsaka vrečka mora biti individualno sterilno pakirana (z iztočnim stiščkom v zaprtem položaju). Na ovoju moramo najti vse podatke v zvezi z neoporečnostjo izdelka. Osnovna zahteva za dobro urinsko vrečko je *nepovratna zaklopka* na koncu drenažne cevi in *mesto za sterilno jemanje vzorcev urina* na drenažni cevi. Poseben poudarek dajemo *zaprtemu sistemu drenaže*, kar pomeni, da izpuščamo urin iz vrečke samo skozi za to namenjen iztok. Pazimo, da kateter razstavimo od vrečke samo takrat, kadar menjavamo vrečko, kateter ali če je kateter zamašen in je potrebno enkratno izpiranje mehurja s sterilno tekočino s pomočjo brizgalke.

Vse prevečkrat prekinjamo zaprt sistem drenaže urina, ko bi lahko samo izpraznili vrečko na dnu skozi iztok (izvodilo, stišček). Da bi se izognili nategu in potencialni nevarnosti nekroze uretre, bi bilo idealno, da vrečke praznimo v tri urnih intervalih ali še pogosteje, če je to potrebno (vrečka naj ne bo napolnjena več kot do dveh tretjin).

Pri praznjenju urinske vrečke moramo pred in po izpraznitvi urina iz vrečke razkužiti stišček za odpiranje vrečke z alkoholnim razkužilom.

Pomni: Urinska vrečka visi vedno nižje od mehurja! Potencialna vstopna mesta okužbe:

- meatus (vhod) uretre in okrog katetra – potrebna je pogosta anogenitalna nega,
- stiščišče med katetrom in nastavkom urinske vrečke,
- mesto za odvzem urinskih vzorcev (nepravilen odvzem),
- stišček za iztok – (nepravilno praznjenje urinske vrečke),

- vračanje urina iz vrečke proti katetru, če vrečka nima nepovratne zaklopke.

Pomen zdravstvene nege bolnika s stalnim urinskim katetrom

Infekcije urinskega trakta so ena od najpogostejših pridobljenih bolnišničnih okužb (okrog 40%). Občasno kateteriziramo med 10–12% vseh bolnikov, sprejetih v bolnišnico, na intenzivnih oddelkih pa tudi preko 50%, smrtnost zaradi povzročene okužbe je 2%.

Ameriški podatki kažejo na zmanjšanje števila urnarnih bolnišničnih okužb, k čemur je pripomogla skrajšana ležalna doba bolnikov, skrajšanje trajanja kateterizacije in zdravstvena nega ter splošno izboljšanje bolnišnične higiene (umivanje rok). (Škerl M.)

S standardizacijo postopkov zdravstvene nege bolnika skušamo izboljšati kvaliteto zdravstvene nege in zagotoviti pravilno ravnanje pri posameznih opravilih.

Menjava in praznjenje urinske vrečke

Urinsko drenažno vrečko menjavamo na 5 do 7 dni, če upoštevamo zaprt sistem drenaže urina in če vrečka ustreza kriterijem dobre urinske drenažne vrečke. Zelo pomembna je nepovratna zaklopka, ki preprečuje zatekanje seča iz vrečke nazaj proti katetru in s tem v mehur. Enako pomembna je možnost spuščanja urina iz vrečke (izpraznitev vrečke) samo prek stiščka (iztoka) na dnu vrečke. Najpreprosteje je, da pod visečo urinsko vrečko podstavimo za to namenjeno posodo, v skrajnem primeru je to lahko tudi nočna posoda, dezinficiramo stišček z alkoholnim tamponom, iztočimo urin in ponovno obrišemo stišček z novim alkoholnim tamponom, preden ga zapremo.

Upoštevati je treba naslednje higienske ukrepe:

- higiensko umivanje rok z milom in toplo vodo pred in po uporabi rokavic iz lateksa;
- dezinfekcija stiščka z alkoholnim zložencem pred in po izpustu urina iz vrečke;
- dezinfekcija konca katetra ob menjavi vrečke oziroma namestitvi nove, sterilne urinske vrečke, torej ob vsaki razstavitvi katetra in vrečke;
- namenska predvsem logična uporaba rokavic iz lateksa (tako, ko opravimo s katetrom oziroma vrečko, jih odstranimo ali po potrebi zamenjamo);
- staro urinsko vrečko čimprej odstranimo iz bolniške sobe;
- zabeležimo količino urina.

Urinsko vrečko praznimo tako pogosto, da ni v njej več kot dve tretjini urina. Včasih imamo na razpolago samo urinsko drenažno vrečko brez nepovratne zaklopke; v tem primeru jo zamenjamo po 24 urah. Tudi urinsko vrečko brez stiščka odstranimo, ko je polna (ne prepolna – le do dveh tretjin) in vsakokrat namestimo novo. Pri tem obstaja nevarnost vnosa bakterij ob pogosti prekinitvi zaprtega sistema urinske drenaže.

Odvzem vzorca urina pri bolniku s stalnim urinskim katetrom

Vzorci urina pri bolniku s katetrom jemljemo s punkcijo skozi drenažno cevko, ki ima v ta namen posebej določeno mesto. Cevko urinske vrečke zapremo s stiščkom ali peanom, da se nabere dovolj urina. Nikoli ne stiskamo katetra, ker tako poškodujemo notranjo steno, prav tako ne punktiramo katetra, ker se vbodno mesto pri določenih vrstah katetrov ne zapre in urin stalno izteka, možen je tudi vdor bakterij od zunaj.

Odvzemno mesto očistimo z alkoholnim zložencem, počakamo, da se alkohol posuši (1 minuto), nato s sterilno brizgalko in iglo izpunktiramo količino urina, ki ga potrebujemo (cca 5 do 10 ml) in ga prebrizgamo v sterilno stekleničko.

V izjemnih primerih, ko ni posebnega mesta za odvzem, smo prisiljeni ločiti kateter od vrečke. Z alkoholnim zložencem očistimo stični del katetra in drenažne cevi, ločimo kateter od cevke in urin iz katetra odtočimo v sterilno stekleničko.

Posodico etiketiramo in odpremimo v laboratorij z ustreznim obrazcem.

Vzorec urina za mikrobiološke preiskave moramo čimprej odnesti v laboratorij, najkasneje v dveh urah. Do transporta ga hranimo v hladilniku pri temperaturi +4°.

Pomni: Urina za preiskave nikoli ne jemljemo iz urinske vrečke!

Zdravstvena nega bolnika z vstavljenim urinskim katetrom

a) skrbimo za dobro diurezo in drenažo:

Bolniku priporočamo, naj pije dovolj tekočine. Če je le mogoče, naj bolnik popije toliko tekočine, da bo imel dnevno vsaj 1,5–2 litra urina, kar pomeni vsaj še 0,5 l več (potenje, dihanje). Pazljivi moramo biti pri srčnih bolnikih in tistih z ledvično insuficienco. Opazujemo barvo, vonj in bistrost urina. Po potrebi mehur tudi izpiramo ali priključimo perfuzijo, to je stalno drenažo izpiralne tekočine skozi mehur. Običajno je to sterilna fiziološka raztopina. Indikacijo določi zdravnik. Rutinsko izpiranje mehurja ni priporočljivo.

b) vzdržujemo ustrezno higieno

Osnovna zahteva je umivanje rok s toplo vodo in milom pred in po vsakem opravljenem s katetrom. Osebi, ki bolnika neguje, priporočamo uporabo rokavic za enkratno uporabo (lateks), ki jih odvrže takoj po posegu. Za vsakega bolnika uporabimo nove rokavice. Enako velja za praznjenje ali menjavo urinske vrečke. Anogenitalni predel in kateter umivamo s toplo vodo in blagim milom (na primer otroškim). Priporočamo umivanje vsaj zjutraj in zvečer (v bolnišnici trikrat dnevno) in po opravljeni defekaciji. Anogenitalni predel po miljenju dobro

speremo in osušimo. Umijemo tudi celo dolžino katetra. Pri moškem posvečamo posebno pozornost higieni v predelu okrog meatusa in prepucija. Tudi tu veljajo enaka pravila kot pri anogenitalni negi: umivamo od spredaj navzad, proti anusu.

Priporočamo tuširanje namesto kopanja v kadi, tekoče milo namesto trdega.

Infekcija lahko nastane endogeno, iz bolniku lastne flore (črevesne, vaginalne) ali eksogeno (prek rok, rokavic, vnešene tekočine, slabo razkužene opreme).

Pri ženskah je pogostejša pot bakterij periuretralna (počasnejša širitev bakterij), pri moških pa intraluminalna (hitrejša).

c) **občasno kontroliramo urin in po potrebi dobi bolnik ustrezno terapijo**

Odvzem vzorca urina odredi zdravnik. Ni navada, da bi rutinsko predpisovali jemanje antibiotikov pri vseh bolnikih z urinskim katetrom, temveč le, če se pojavijo simptomi okužbe ali grozeče okužbe (na primer močno pozitivna urinokultura, bolečine suprapubično in/ali v ledvenih predelih, povišana temperatura, mrzlica), prav tako pri bolnikih, ki spadajo v tako imenovano »rizično skupino« (starejši, oslabeli, diabetiki, bolniki z oslabelim imunskim sistemom).

d) **skrbimo za pravilno in redno menjavo katetra**

Kateter menja moškemu zdravnik, ženski lahko tudi medicinska sestra. Zaželeno je, da je to vedno isti zdravnik, najbolje kar izbrani domači zdravnik, če je bolnik s katetrom doma. Če bolnik kateter dobro prenaša, lahko počaka do menjave nekaj dni dlje, da bo prišel na vrsto k »svojemu zdravniku«. Glede menjave upoštevamo priporočila o trajanju katetra ob vstavitvi oziroma vrsto materiala, iz katerega je izdelan. Veljajo ohlapna pravila, da menjavamo navadni gumijasti kateter na 3 tedne, silikonskega na 4 do 6 tednov, novejši katetri pa zdržijo tudi 3 do 4 mesece.

V zadnjem času je vedno več zagovornikov teorije, naj bi kateter menjavali manj pogosto, torej, če se zamaši ali ne deluje več, kot bi moral.

Stalni kateter pomeni tujek v telesu, zato skušamo bolniku lajšati težave tudi simptomatsko: pri hujših krčih predpiše zdravnik spazmolitika, pri rizičnih bolnikih ali pri pozitivnih urinokulturah pa uroantiseptike oziroma antibiotike.

- e) Nenazadnje poskrbimo, da je bolniku ob vsakem rokovanju s katetrom **zagotovljena intimnost**. Ne razgaljamo bolnika pred sobolniki v sobi, ne da bi ga zaščitili pred pogledi drugih. Pomislimo, da so bolniške pižame lahko hudo neudobne za bolnike, ki nosijo stalni urinski kateter. Ker nimajo gumbov ali zadrge v predelu izstopa katetra, skušajmo improvizirati. Morda uporabimo čist vatiranec ali zloženec, ki je ostal od preveze, in vanj ovijemo

penis; hkrati prestrežemo tudi izcedek iz uretre, ki je reden pojav pri urinskem katetru.

- f) **položaj urinske vrečke** – nameščena naj bo nižje od telesa oziroma mehurja. Čeprav ima vrečka nepovratno zaklopko, naj bo drenažna cev speljana pod bolnikovo nogo (stegno), če bolnik leži. Pri sedenju naj pazi, da cevke ne poseđi, ker lahko povzroči nateg katetra v mehurju. Enako se lahko zgodi, če bolnik vrečko pohodi. Pri hoji naj drži urinsko drenažno vrečko nižje od mehurja; najbolje, da izberemo tako vrečko, ki ima posebno držalo (ročaj), da jo lahko prime v roko.

Nekateri priporočajo pritrditev katetra z lepilnim trakom na stegno, enako tudi vrečke, posebno pri otrocih in nemirnih bolnikih. Na tržišču so na voljo posebni lepilni trakovi.

Bolnika in svojce poučimo, da kateter doma predstavlja določeno tveganje za bolnika, zato naj ga pustijo pri miru. Poučimo jih o ravnanju z njim in o zdravstveni negi, poudarjamo prednost zaprtega sistema in ustrezne higiene. Namesto urinske vrečke lahko bolnik prek dneva uporablja poseben zamašek za kateter, katerega uporaba je higiensko sporna, ker ga mora ob vsakem izpustu urina iz mehurja izvleči iz katetra. Mnogo boljše je uporaba posebne kateterske zaklopke, ki delujejo na principu zaprtega sistema spuščanja urina iz mehurja. Pripomoček pomeni napredek, tako na področju zdravstvene nege bolnika s katetrom (zaprt sistem) kot tudi ohranitve kapacitete mehurja, ker mehur praznimo v določenih časovnih presledkih. Dobi se tudi na našem tržišču. Nekateri imajo pomislek pri nabavi zaradi malo višje cene, vendar je potreben le en zamašek, možnost okužbe je zmanjšana, ohranja se kapaciteta mehurja.

4. Intermitentna čista samokateterizacija (ICS)

je občasna čista kateterizacija mehurja, ki jo opravlja bolnik sam (redko svojci) v določenih časovnih presledkih.

ICS pomeni največjo izboljšavo, uvedeno v zadnjih letih pri zdravljenju bolnikov, ki imajo težave z mokrenjem. Potrebna je bolnikom, ki ne morejo ali nepopolno izpraznjujejo sečni mehur oziroma ne morejo nadzirati praznjenja sečnika. Večinoma so to bolniki z nevrološkimi obolenji, v novjšem času pa tudi tisti, ki imajo napravljene nadomestke sečnega mehurja (iz črevesja), ki služijo za shranjevanje seča.

Uhajanje seča preprečujejo zapiralne mišice ob sečnici. Sečnik in sečnico nadzira živčevje, ki sprejema podatke o polnosti sečnika in omogoča nemoteno mokrenje v primernem času in okolju. Če je ta povezava motena, kontrolirano mokrenje, zadrževanje ali popolna izpraznitev mehurja niso več možni. ICS tako premosti motnje med živčenjem in sečili.

Zgodnejšo uveljavitev te metode je preprečeval strah, da bo poseg povečal možnost okužbe; bilo je pravzaprav nerazumljivo, da okužb sečil ni več, glede na velik poudarek, ki ga dajemo principu asepse pri kateterizaciji. Dokazano je, da je tveganje okužbe sečil manjše pri bolnikih, ki izvajajo IČS, kot pri tistih s stalnim urinskim katetrom.

IČS je primernejša metoda reševanja inkontinence za razliko od stalnega urinskega katetra zaradi naslednjega:

1. Omogoča popolno izpraznitev mehurja v rednih časovnih presledkih, ker oponaša normalno mokrenje.
2. Preprečuje zastoj večje količine urina v mehurju, s tem zmanjšuje možnost urinske okužbe in ohranja funkcijo ledvic.
3. Dovoljuje poskus normalnega uriniranja med dvema kateterizacijama in bolnik lahko »trenira« občutek za mokrenje.
4. Zmanjšuje poškodbe, ki jih povzroča stalni kateter: zoženje uretre, tvorbo kamnov, nastanek fistul, urinsko okužbo, poškodbo sfinktrov.
5. Ohranja normalni tonus mehurja.
6. Dvigne oziroma povrne bolniku samozavest, udobje, neodvisnost od okolice, poveča psihofizično aktivnost, dovoljuje normalno spolno življenje.

Indikacijo za IČS določi zdravnik-urolog po predhodnih diagnostičnih preiskavah, upoštevajoč kriterije za izbiro bolnika za izvajanje IČS in po pogovoru z bolnikom.

Kriteriji, ki jih upoštevamo ob izbiri bolnika za IČS:

- motivacija (bolniku pojasnimo, da bo suh, brez neprijetnega vonja, brez predlog, da poseg ni boleč);
- zadovoljiva ročna spretnost: bolnik mora doseči predel genitalij z obema rokama (na ovire naletimo pri para- in tetraplegikih, distrofikih, revmatikih in starejših ljudeh zaradi omejitve gibanja, tremorja);
- zadovoljiva vidna sposobnost (zlasti pomembna pri ženskah);
- zadovoljiva mentalna sposobnost (dojeti mora namen posega in razumeti možne zaplete);
- sečna cev mora biti normalno prehodna (posebno pomembno pri moških);
- kapaciteta mehurja naj bi znašala vsaj 100 ml;
- upoštevamo tudi verske zadržke, upoštevamo socialne razmere (intimni prostor, kopalnica, stranišče);
- pri učenju otrok vključimo tudi njihove starše;
- pri učenju bolnikov, ki nimajo pogojev, da bi samostojno izvajali IČS, s privoljenjem bolnika in svojca učimo tudi najprimernejšega svojca.

Kdaj izvajamo IČS

Najbolje je prazniti mehur (ali nadomestni mehur) v rednih časovnih presledkih (od 2 do 8 ur, običajno na 4 do 6 ur). Čas med dvema kateterizacijama določi zdravnik, običajno urolog, po predhodnem pregledu bolnika in opravljenih preiskavah. Pogostnost kateteriziranja je odvisna od zaužite tekočine, ki naj bo med 1500 in 2000 ml na dan. Priporočljiva je enkratna porcija izločenega urina med 400 in 600 ml, ker prevelika raztegnitev mehurja povzroča okvaro mišic in živcev v steni mehurja. Obvezno svetujemo izpraznitev mehurja pred spanjem in takoj zjutraj, prav tako pred odhodom od doma. Glede nočnih IČS poskušamo urediti tako, da čim manj prekinjamo bolnikovo spanje.

Znaki prevelike raztegnitve mehurja so: utrujenost, znojenje, mrzlica, glavobol, zelo občutljiv predel mehurja, rdečica ali bledica obraza, hladne okončine.

Bolnik naj pred kateterizacijo urinira ali vsaj poskusi urinirati. V začetku priporočamo, da bolnik meri posamezne porcije urina. Če IČS priporočamo na primer na 6 ur, kompletna količina urina (celotni volumen = količina izločenega seča + količina seča IČS) pa presega 600 ml, bi bilo dobro pogosteje izvesti IČS (na primer na 4 ure). Če je količina urina pri eni IČS pod 300 ml, lahko bolnik podaljša presledek med dvema IČS za 2 uri na primer na 8 ur).

IČS mnogokrat izboljša stanje bolnikovega mehurja. Zmanjša se količina zastalega urina po spontanem mokrenju, kar pomeni izboljšanje bolnikovega stanja.

Če hočemo izračunati, kolikokrat na dan naj se odrasli kateterizira, si lahko pomagamo s sledečo formulo:

$$\frac{\text{količina zaužite tekočine v 24 urah}}{\text{število kateterizacij v 24 urah}} = 400 - 600 \text{ ml/1 IČS}$$

$$\text{Npr.: } \frac{1500 \text{ ml}}{3 \text{ X}} = 500 \text{ ml}$$

Zgoraj izračunana količina seča nam služi za orientacijo, kdaj zmanjšamo ali povečamo časovni presledek med posameznimi IČS. Ob tem moramo upoštevati tudi druge dejavnike, ki lahko vplivajo na količino izločene tekočine: hrana, temperatura okolja, jemanje diuretikov itn.).

Za IČS uporabljamo katetre za enkratno uporabo, običajno PVC (izjemoma gumijaste). V zadnjem času prehajamo z enega katetra na dan na enkratno uporabo za vsako IČS. Če se kateter med uvajanjem zamaže (blato, menstruacija), ga je treba zavreči in uporabiti novega. Če med uvajanjem ženska zaide s katetrom v nožnico, ga pusti, poskusi z novim, nato pa prejšnjega izvleče.

Ponekod še srečamo bolnika, ki uporablja en kateter za večkratno IČS (izjemne socialne razmere, na primer begunci). Svetujemo mu, naj kateter po vsaki uporabi spere pod tekočo vodo, osuši in ga spravi v originalno vrečko ali ga zavije v prelikano krpo. Škodljivo je, če bolnik katetra dobro ne spere, preden ga ponovno

uporabi. Najdaljši še dovoljeni čas uporabe takega katetra (PVC) je teden dni. Gumijastega je treba po tednu dni prekuhati.

Zelo priporočljiv je set za kateterizacijo za enkratno uporabo, ki ga bolnik lahko uporablja kjerkoli, ker je sterilno pakiran in zelo praktičen.

Pripomočki, ki jih potrebujemo za IČS:

1. PVC kateter,
2. voda,
3. milo
4. brisača,
5. sterilen žele za mazanje katetra (pri moških),
6. ogledalo (pri ženskah),
7. posoda za prestrezanje seča (če ni to stranišče).

IČS pri ženski

Žensko uči IČS medicinska sestra. Poseg lahko učimo tudi ambulantno. Potrebujemo primeren prostor, v začetku ležišče, ogledalo in dobro luč. Izkušnje so pokazale, da je priporočljivo bolnici najprej ponuditi pisna navodila in ji pustiti nekaj časa, da jih v miru preuči. Nato v grobem razložimo anatomijo spolovila, pokažemo pripomočke in demonstriramo poseg.

Bolnico seznanimo z več možnimi položaji med izvajanjem IČS in poskušamo skupaj z njo izbrati najustreznejšega.

1. *Polležeč položaj:* bolnica ima razkročena kolena, za hrbtom je podložena blazina, večje ogledalo je postavljeno tako, da dobro vidi spolovilo – važna je dobra osvetljenost tega predela. Prednost tega položaja: primeren je za slabo pokretno bolnico, če ima bolnica težave pri iskanju sečnice ali če jo kateterizira druga oseba. Slaba stran: ni primeren na potovanju, obisku, nastopi problem odstranitve posode z urinom, če je bolnica nepokretna.
2. *Obrnjen sedeč položaj na WC školjki:* bolnica je obrnjena proti pokrovu WC školjke, kjer je pritrjeno ali naslonjeno ogledalo, ki ga lahko poljubno obrača (neprimerno, če ima bolnica težave z ravnotežjem ali na potovanju).
3. *Sedeč položaj na WC školjki:* ogledalo je postavljeno na stolčku pred školjko; bolnica se mora nagniti malo naprej, da lahko vidi ustje sečnice v ogledalu in uvede kateter. Položaj ni primeren za bolnice z omejeno gibljivostjo in motnjami ravnotežja, prav tako ne na potovanju.
4. *Stoječ položaj:* ena noga je upognjena in dvignjena na rob WC školjke, kamor lahko namesti tudi ogledalo. Prednost: idealno za ženske, ki težko sedijo (po porodu, pri težavah s kolki), je dokaj sprejemljiv tudi izven domačega stranišča, le malo težje je namestiti ogledalo. Položaj ni primeren za bolnice, ki imajo težave z ravnotežjem.

5. *Stoječ ali čepeč položaj:* bolnica stoji ali čepi z nogami narazen, ogledalo je položeno na tla, prav tako posoda za prestrezanje seča.

6. *Kateterizacija »na otip«:* bolnica predel genitalij in sečnico enostavno otipa z rokami, poseg lahko izvaja v kateremkoli zgoraj navedenem položaju, v začetku navadno uporablja ogledalo, kasneje pa ga ne potrebuje več.

Izvedba posega

Bolnico posedemo v miren prostor, kjer prebere navodila o IČS, nato se z njo pogovorimo, razložimo ji osnove anatomije spolovila. Umije si roke in predel spolovila s toplo vodo in milom. Medicinska sestra si umije roke, pripravi vse za izvedbo posega in si natakne rokavice za enkratno uporabo (lateks).

Bolnica leže na ležišče, s pomočjo ogledala ji še enkrat pokažemo sečnico. Popomagamo ji, da z dvema prstoma leve roke, običajno palcem in kazalcem razmakne male sramne ustnice, tako da vhod v sečnico dobro vidi. Bolnica z desno roko izvleče kateter iz omota, ki ga ji ponudi medicinska sestra. V začetku kane na konico katetra kapljico sterilnega želeja. Nato bolnica počasi uvaja kateter v mehur; ko priteče urin, ga prestreže v pripravljeno posodico (ledvičko).

S prosto roko si bolnica na koncu lahko še pritisne na predel mehurja, da iztisne morebitni zastali urin. Ko urin odteče, bolnico poučimo, da preden izvleče kateter, prime prosti konec le-tega tako, da odprtino zamaši z enim prstom ali ga prepogne in počasi povleče iz sečnice. Ko je usmerila kateter v posodo, lahko spusti prst in urin bo iztekel brez razlivanja v okolico.

Bolnica počasi vstane, paziti mora, da ne razlije posode z urinom. Naučimo jo tudi merjenja količine izkateteriziranega urina in vodenja evidence izločene tekočine.

Bolnica si na koncu posega umije roke.

IČS pri moškem

Glede na to, da je kateterizacija pri moškem poseg, ki ga opravlja zdravnik, pomeni, da tudi IČS bolniku prvič pokaže zdravnik. Nadzoruje pa bolnika pri kasnejših kateterizacijah lahko tudi medicinska sestra, ki naj bi bila za to dodatno usposobljena, najbolje s preverjenim znanjem. S prvo kateterizacijo zdravnik preveri med drugim tudi prehodnost sečnice, kar je zaradi dolžine sečne cevi pri moškem še posebno pomembno, saj lahko bolniku z neveščim posegom naredimo nepopravljivo škodo. Učenje IČS pri moškem ima veliko prednost; zaradi anatomskih okoliščin je zelo preprosto najti sečnico. Običajno se moški po naših izkušnjah prej naučijo IČS kot ženske, čeprav je sam poseg pri njih zaradi dolžine sečne cevi bolj zahteven in v začetku mnogokrat boleč.

Za razliko od ženske IČS pri moškem obvezno uporabljamo sterilni žele.

Sam postopek učenja IČS se pri moškem bistveno ne razlikuje od onega pri ženski.

Izvedba posega

Bolnika posedemo v miren prostor, kjer prebere navodila o IČS, nato se z njim pogovorimo, razložimo mu osnove anatomije genitalij. Med učenjem posega sedi v postelji, na stranišču, v invalidskem vozičku, kar mu pač najbolj ustreza.

Tudi medicinska sestra si umije roke, pripravi vse za izvedbo posega in si natakne rokavice za enkratno uporabo (lateks).

Z levo roko bolnik prime penis pod glavico, ga v celoti iztegne in ga tako drži ves čas posega.

Medicinska sestra mu poda tubo z želejem, ki jo stisne v sečno cev, lahko pa mu poda že namazan kateter, ki ga bolnik začne previdno in počasi uvajati v sečnico. Tik pred vstopom v mehur običajno naleti na rahel upor, vendar naj s posegom vztrajno, a previdno nadaljuje (mišica zapiralka). Ko priteče urin, ga prestreže v podstavljeno posodico (ledvičko). S prosto roko si bolnik na koncu lahko še pritisne na predel mehurja, da iztisne še morebitni zastali urin. Ko urin odteče, bolnika poučimo, da preden izvleče kateter, prime prosti konec le-tega tako, da odprtino zamaši z enim prstom ali ga prepogne in ga počasi povleče iz sečnice. Ko je usmeril kateter v posodo, lahko spusti prst in urin bo iztekel v posodico brez razlivanja v okolico.

Bolnik počasi vstane, paziti mora, da ne razlije posode z urinom. Na koncu si umije roke.

Naučimo ga tudi merjenja količine izkateterizirane urina in vodenja evidence izločene tekočine.

Opomba: pri levičarjih levo in desno roko zamenjamo.

Za bolnike lahko pripravimo kratka pisna navodila.

Vsebujejo naj kratko razlago namena posega, da bo bolnik motiviran za učenje. Dobro je, če je priložena tudi skica anatomije genitalij (različno za moške in za ženske). Podana mora biti tudi informacija, da v primeru zapletov (spremembe v barvi, bistrosti seča, krvavitve, bolečine, povišana temperatura) takoj poiščejo pomoč zdravnika.

Podobno kot IČS preko normalnih sečnih poti, izvajajo IČS bolniki, ki imajo operativno narejeno suho urinsko stomo (glej poglavje o suhi urinski stomi).

5. Mokra urinska stoma – urostoma kot oblika zunanje izpeljave urina na kožo

Mnogo je vzrokov za operacijo sečil; lahko je okvarjen katerikoli del sečnih poti: sečevodi, sečni mehur ali sečnica – končni izid je urostoma.

Seč speljemo po novi, umetni poti na trebušno steno, kjer prosto odteka. V mnogih primerih si kirurg

– urolog pomaga pri operaciji s kratkim izoliranim delom tankega ali debelega črevesa, ki ga všije kot premostitveno cev, na enem koncu spojeno s sečevodi, na drugem pa izpeljano na kožo kot urostoma. Navadno je narejena na desnem spodnjem delu trebuha, kjer seč stalno izteka.

Življenje s stomo (stoma v grščini pomeni usta ali odprtino) predstavlja za bolnika hudo fizično in psihično obremenitev. V prvih trenutkih soočanja z diagnozo in z usodnim kirurškim posegom bolniku veliko pomeni pravilen in razumevajoč odnos zdravnika, medicinske sestre (po možnosti enterostomalnega terapevta), pa tudi pomoč svojcev je neprecenljiva.

Priprava na operacijo poteka po določenem vrstnem redu: izjemno pomembna je psihična priprava, ki je nikakor ne smemo izpustiti. Poleg rutinskih in specialnih preiskav posvečamo posebno pozornost čiščenju črevesja (z Goly-tely raztopino) in »označitvi« stome, to je določitvi najprimernejšega mesta zanjo, po vseh obstoječih kriterijih.

Kriteriji za določitev mesta stome:

- mesto bodoče stome mora bolnik dobro videti in doseči z obema rokama;
- umerimo jo v vseh možnih položajih: leže, sede, stoje, v priklonu, nagnjen postrani;
- izogibamo se brazgotin, nevusov, kostnih štrlin, gub na trebuhu; potrebujemo 10 x 10 cm gladke ravne površine;
- stoma naj bo v predelu mišic – rektusov, ker je trebušna stena tu najmočnejša (preprečimo nastanek parastomalne kile);
- upoštevamo, ali je bolnik desničar ali levičar;
- izogibamo se predelu okrog pasu (krilo, hlače);
- bolnik naj z nami sodeluje;
- izbrano mesto označimo z vodoodpornim svinčnikom.

Vrste urostom:

- **Ureterokutanostoma** – je izpeljava ureterjev na kožo, ki je praktično ne delamo več, razen v izjemnih primerih, ko gre za paliativni poseg. Pri tej vrsti stome je pogosto prihajalo do zapletov, zlasti do stenoze same stome.
- **Brickerjev mehur** (ileal conduit, colon conduit) je najpogostejša tovrstna oblika derivacije, kjer s pomočjo izolirane vijuge tankega ali debelega črevesa izpeljemo urin na kožo, kjer ga prestrežemo v posebno zbiralno vrečko.
- Mokra stoma je tudi **urinska fistula**, kar pomeni, da jo negujemo po vseh načelih zdravstvene nege stome (zaščitimo okolno kožo s kožno podlago in urin prestrežemo v zbiralno vrečko).

Stoma dobi dokončno velikost in obliko 6 do 8 tednov po operaciji, ko je bolnik običajno že doma. V

pooperativnem obdobju učimo bolnika nege stome postopoma. V začetku nas bolnik le opazuje. Ob vsaki menjavi pripomočkov mu nevsiljivo razlagamo postopek, tako da mora ob odpustu praviloma sam znati oskrbeti svojo stomo. Svojce prosimo za sodelovanje pri otrocih in pri starejših, sicer pa le, če se bolnik s tem strinja. Bolniku skušamo omogočiti tudi srečanje z nekom, ki stomo že ima in je že dobro rehabilitiran.

Načelo zdravstvene nege, ki velja za vse vrste stom, je, da skušamo ohraniti čisto, suho in zdravo kožo okrog stome. Posebna značilnost urostome je stalno iztekanje urina, zato je včasih težko ujeti pravi trenutek, da lahko v »suhi fazi« opravimo vso potrebno oskrbo. Vsaj na začetku priporočamo, da je ob menjavi pripomočkov prisoten eden od svojcev. Bolniku svetujemo, naj si za ureditev stome vzame dovolj časa, naj pripravi vse potrebno, preden sname vrečko in če je le mogoče, naj si uredi stomo zjutraj, ko je količina izločanja urina najmanjša.

Postopek oskrbe stome naj bo čim preprostejši:

- delamo previdno, brez močnega drgnjenja,
- odstranimo staro podlogo in vrečko (če ni že prej odpadla),
- če je koža v okolici stome poraščena z dlakami, jih odstranimo, ker lahko nastopi vnetje lasnega mešička, kar je huda nadloga pri negi in oskrbi stome (po možnosti z depilacijsko kremo, če jo bolnik prenaša, slabša različica je poseben brivnik, najslabša pa britvica);
- stomo in okolico namilimo z blagim milom in dobro izperemo s toplo vodo (lahko uporabimo otroško milo ali kako drugo nevtrarno milo);
- za čiščenje nikoli ne uporabimo bencina, etra ali alkohola, kvečjemu specialna čistila za nego stome;
- stomo in okolico osušimo z rahlim brisanjem, lahko si pomagamo z mlačnim fenom; poleti priporočamo blaga sončenje;
- na kožni podlogi izrežemo (ali bolje že imamo pripravljeno) odprtino, ki naj se čim lepše prilega stomi, in jo pritisnemo na osušeno kožo;
- za boljšo tesnitev lahko okrog stome, preden nalepimo podlogo, iztisnemo eno od specialnih zaplnitvenih past;
- pritisnemo ustrezno vrečko (pazimo, da sta podloga in vrečka enake velikosti in od istega proizvajalca).

V začetku, zgodaj po operaciji priporočamo uporabo enodelnega sistema, kar pomeni, da sta podloga in vrečka spojeni v enem kosu ali pa ju zlepimo med postopkom in nista več razdružljivi. Kasneje bolniki radi uporabljajo dvodelni sistem, to je sistem, kjer sta podloga in vrečka spojeni s plastičnim obročem in ju lahko razstavimo. Ta sistem je zelo prikladen, saj vrečko lahko po želji operemo in ponovno uporabimo, lahko jo celo deodoriramo s posebnimi kapljicami proti smradu. Ponoči priporočamo, da si bolnik na urostomsko vrečko pripne še navadno urinsko vrečko, ki visi ob postelji (zaprt sistem). S tem si prek noči

omogoči miren spanec, saj se sicer v vrečki nabere preveč urina in bi se lahko odlepila ali pa bi jo moral ponoči prazniti.

Urostomsko vrečko bolnik prazni na 3 do 4 ure, odvisno od diureze. Napolnjena naj bo največ do 3/4, bolje do 2/3 – zaradi teže. Posebnost urostomske vrečke je nepovratna zaklopka, ki preprečuje, da bi se urin iz vrečke izlival nazaj proti stomi in da vrečko praznimo prek iztoka na dnu vrečke s pomočjo posebnega stiščka.

Proti urinskemu smradu lahko bolnik spusti v vrečko nekaj kapljic posebnega deodoranta ali tableto vitamina C ali aspirina. To dvoje lahko občasno tudi použije, ker s tem zakisli urin in prepreči nastanek nekaterih zapletov, povezanih z urostomo. Priporočamo zaužiti po eno tableto vitamina C dnevno, glede aspirina pa se mora posvetovati s svojim zdravnikom.

Komplet podloge in vrečke zdrži na koži različno dolgo, od 2 do največ 7 do 10 dni, ko ga v vsakem primeru zamenjamo (iz higienskih razlogov). Bolniku priporočamo pitje zadostnih količin tekočine (okrog 2 litra). Poučimo ga tudi o možnih zapletih: dermatitis, glivice, krvavitve, stenoze, tvorba kristalov okrog stome, parastomalna kila itn. Pomagamo mu z nasveti in ga opozorimo, kdaj naj išče zdravniško pomoč.

Za zdravstveno osebje, predvsem medicinske sestre, je pomembno tudi *jemanje vzorcev urina pri urostomi*.

Urin za katerokoli preiskavo jemljemo neposredno iz stome. Stomo očistimo s fiziološko raztopino. Urin vzamemo tako, da stomo kateteriziramo s tankim sterilnim katetrom za enkratno uporabo. Delamo nežno, da stome ne poškodujemo. Vzorec urina, ki ga vzamemo iz urostomske ali celo urinske drenažne vrečke, je neuporaben.

Naš cilj je *rehabilitacija bolnika* in ponovna vključitev v življenje, ki naj bi bilo čimbolj podobno tistemu pred operacijo (služba, šport, potovanja). Nenazadnje smo se dolžni z njim pogovoriti tudi o morebitnih problemih v spolnosti, ki nastopijo pri 70 % bolnikov po tej vrsti operacije. Ob odpustu ga seznanimo tudi z različnimi vrstami pripomočkov, ker mora bolnik poznati in če je le mogoče tudi preizkusiti različne pripomočke (predvsem mislimo na različne proizvajalce) in se sam brez naših sugestij, še bolj pa brez vsiljene reklame in pritiska, ki ga izvajajo določene firme (tudi v Sloveniji) odločiti za tisto vrsto pripomočka, ki mu najbolj ustreza.

6. Suha urinska stoma (kontinentna urostoma)

predstavlja v primerjavi z mokro stomo velik napredek in omogoča neprimerno kvalitetnejši način življenja. Sama operacija je bolj zapletena, tako za bolnika kot tudi za operaterja. Prek majhne, včasih komaj vidne odprtine na trebušni steni – suhe urinske

stome uvede bolnik cevko – kateter v rezervoar, ki je narejen iz črevesja in leži v trebušni votlini.

Za tako zahtevno in obsežno operacijo se odločamo redko: smemo jo narediti le pri bolnikih z relativno ugodno prognozo, urejenim presnovnim stanjem ter ohranjenim, čim manj spremenjenim črevesjem. Bolnik mora imeti sposobnost samoopazovanja, biti mora sposoben skrbeti zase in ročno spreten.

Najbolj elegantna je izvedba v popku, bolnik si prav tako sam spušča seč po načelu intermitentne čiste samokateterizacije. Razlika je le ta, da ti bolniki uporabljajo debelejšje katetre (CH 20 – služi istočasno za dilatacijo stome). Svetujemo jim katetre za enkratno uporabo, le izjemoma naj uporabljajo katetre, ki jih enkrat tedensko prekuhajo. Prav tako jih po potrebi naučimo občasnega izpiranja novega sečnika (angl. »pouch«) z 0,9 % raztopino NaCl ali prekuhano blago slano vodo, ker je izpraznjevanje tega sečnika včasih otežkočeno zaradi obilice sluzi, ki jo izloča novi sečnik, saj je narejen iz črevesja.

Praviloma bi to morala znati tudi zdravnik splošne prakse in patronažna medicinska sestra.

Prednosti suhe stome:

- odpadejo vsi problemi z nego kože in okolice, prav tako uporaba pripomočkov za nego stome (tudi cena ni zanemarljiva postavka);
- edini pripomoček je čist kateter;
- edino pravilo je umivanje rok in okolice stome s toplo vodo in blagim milom pred kateterizacijo;
- okolico stome lahko namažemo z blago kremo ali jo samo prekrijemo z gazo, ker stoma vedno malo »rosi« (sluz);
- bolniku priporočamo nošenje posebne izkaznice, kjer so napisana navodila, kako, kje in v kakšnih časovnih presledkih si mora prazniti novi mehur, telefonska številka bolnišnice in ime zdravnika, ki ga je operiral.

Bolniku povemo, da bo novi mehur stalno proizvajal nekaj sluzi, zato naj pije veliko tekočine. Za zmanjšanje tvorbe sluzi priporočamo uživanje brusnic ali brusničnega soka, od medikamentov pride v poštev flumucan (per os ali spiranje rezervoarja).

Tudi pri teh bolnikih moramo posvetiti rehabilitaciji po operaciji veliko časa; to ne pomeni samo učenje izpraznjevanja novega sečnika, temveč tudi pogovor z njegovim življenjskim partnerjem (problemi v spolnosti so neizbežni) in njegovo družino.

Članstvo v društvih

Stomista ob odpustu seznanimo tudi z društvom bolnikov – ILCO, ki deluje tudi v Sloveniji, in mu priporočimo, da se vanj tudi vključi. Društvo ima sedež v Mariboru, svoje sekcije pa že po vsej Sloveniji. Bolniki se srečujejo na rednih zborih, družabnih in strokovnih srečanjih, izdajajo tudi svoje glasilo.

Prav tako smo v svojo sekcijo združene tudi medicinske sestre, ki se ukvarjamo z zdravstveno nego teh bolnikov. Sekcija deluje v okviru Zbornice zdravstvene nege Slovenije že šest let in se imenuje Sekcija za zdravstveno nego stom.

Sklep

Zadnji dve leti deluje v Sloveniji tudi Društvo za pomoč inkontinentnim osebam – INKO; vanj so vključeni inkontinentni bolniki, zdravstveni delavci in drugi. Namen delovanja društva je predvsem osvetlitev problema inkontinence vsem, ki jih to zanima (bolnikom in strokovnjakom). Poudarek je na preventivnem delovanju, ozaveščanju ljudi, nudenju ustreznih nasvetov kam se obrniti po pomoč, informirati prizadete o pripomočkih, izdelava zloženk s to problematiko ipd.

Kdorkoli je kdaj nudil pomoč inkontinentnemu bolniku ali imel celo sam težave z inkontinenco, ne bo podcenjeval občutkov neudobja in težav, ki jih leta prinaša s seboj: stalna mokrota, neprijeten vonj, denarni izdatki za pripomočke, neskončni kupi umazanega perila ter zaradi mokrote prekinjeno spanje. Še hujši so psihični problemi: strah pred smradom, pred odhodom od doma, izguba samozavesti in prezir okolice zaradi socialne nesprijemljivosti inkontinence.

Potreba po tem, da z inkontinentnim bolnikom ravnamo z občutkom, je torej očitna. Med posameznimi bolniki so velike razlike v reakcijah, zato jih obravnavajmo individualno. Vzroki za težave so različni, spreminja se motivacija bolnikov in njihova pripravljenost po sodelovanju: živijo tudi v različnih socialnih okoljih, ekonomskih razmerah, so pripadniki različnih ver.

Vsi pa imajo nekaj skupnega: svoje nadloge bi se radi znebili. Zato jim za časa življenja, ki ga imajo še pred seboj, skušajmo olajšati težave in trpljenje. Poskrbimo, da bo tudi umiranje kot neizbežno dejstvo čimbolj znosno zanje in za okolico, predvsem pa človeka dostojno.

Če imamo pred seboj ta cilj, je upravičen vsak poseg, morda samo pripomoček, ki bolniku lajša trpljenje.

Če smo samo enemu bolniku pomagali pri razrešitvi njegovega problema, smo bili uspešni.

Zahvala

Zahvaljujem se g. Alenki Krist, višji medicinski sestri, pomočnici glavne medicinske sestre Kliničnega centra za izobraževanje, in as. Miru Miheliču, dr. med., specialistu urologu Urološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani za strokovno pomoč.

Nenazadnje se zahvaljujem tudi moji družini za vso podporo in razumevanje.

Literatura

1. N. Slade and W. Gillespie: *The Urinary Tract and the Catheter Infection and Other Problems*, 1985.
2. Bard Urological Division: *Urinary Incontinence Diagnosis and Treatment*, 1990.
3. Bard Limited: *Guidelines for the Management of the Catheterised Patient*, 1989.
4. A group of Continence Advisors, *Incontinence Care*, Helios, 1993, no.2, no.3, 1994, no.1.
5. Izobraževalni dan iz onkologije za medicinske sestre (1992). Rak sečnega mehurja: Mihelič M. Kirurško zdravljenje raka sečnega mehurja. Klemenc D. Nega urološkega bolnika pri izpeljavi seča in oskrba bolnika s katetrom
6. Več avtorjev: *Treating Bladder Cancer*. American Journal of Nursing, 1993.
7. Več avtorjev: *Well disposed?* Nursing times, 1993.
8. Več avtorjev: *Maintenance of closed urinary drainage system*, Journal of Clinical Nursing, 1993.
9. Jeter K.: *Helping older women regain bladder control*, WCET Journal, 1992.
10. Več avtorjev: *Urinary incontinence in adults*, American Journal of Nursing, 1992.
11. Več avtorjev: *Mix and Match*, Nursing times, 1993.
12. Dantec: *Methods in Clinical Urodynamics*, Urinary Incontinence in Women, 1991.
13. Navodila za uporabo funkcionalnega električnega kontinenčnega aparata FECA – po 17, Soča oprema d.o.o., 1993.
14. Navodila za uporabo PFX sistema, Helpy d.d.
15. Kralj B.: *Stresna urinska inkontinenca pri ženski*. Dermatiki, Zavod za farmacijo in za preizkušanje zdravil, 1994.
16. Klemenc D.: *Zdravstvena nega inkontinentnega bolnika in izbira pripomočkov*, Dermatiki, Zavod za farmacijo in za preizkušanje zdravil.
17. Klemenc D.: *Nega urološkega bolnika z različnimi katetri in zunanjo izpeljavo seča*, Zbornik predavanja XXVI. in I. del XXVII. podiplomskega tečaja kirurgije za zdravnike.
18. Škerl M.: *Epidemiologija bolnišničnih urinarnih okužb*. Zbornik strokovnega srečanja Slovenskega zdravniškega društva, Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije, 1993.
19. Klemenc D.: *Urinska kateterizacija, izbira katetra in postopki: Odvzem urina za mikrobiološko preiskavo po metodi čistega mokrenja*, Zbornik strokovnega srečanja Slovenskega zdravniškega društva, Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije, 1993.
20. Več avtorjev: *Teaching Intermittent Self Catheterization (A Teaching Manual for Health Professionals)*, St. Joseph's Hospital, 1986.
21. Lastni zapiski s tečaja *Altered Body Image*, Royal Marsden Hospital London, 1987.
22. Klemenc D., Zver L., Krist A., Smolič M.: *Zdravstvena nega bolnika s stomo*, Zdravstveni obzornik, 1988.
23. Lastni zapiski s šole za enterostomalne terapevte, Klinični center Ljubljana, 1992 in 1995.
24. Klemenc D., *Živeti s stomo*, brošura za bolnike s stomo, 1993.
25. Lastne izkušnje pri delu z inkontinentnimi bolniki in bolniki s stomo na Urološki kliniki v Ljubljani od 1976 do 1992.