

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PÉČI O VYPRAZDŇOVÁNÍ NEMOCNÉHO

7.1. VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, základní, biologickou potřebou člověka. Téma vyměšování a vyprazdňování jsou často tabuizována. Souvisí to s blízkostí vývodných cest močových a análního otvoru s pohlavními orgány. Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka, lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit.

Při posuzování vyprazdňování v rámci ošetřovatelské anamnézy musí sestra přistupovat k nemocnému diskrétně, citlivě, s respektem. Vedení rozhovoru na toto téma vyžaduje vysokou profesionální úroveň, dostatečné komunikační dovednosti, znalost psychiky nemocného. Při nevhodně zvolených otázkách, při vedení rozhovoru před ostatními nemocnými, nedostatku empatie si nezískáme důvěru nemocného. Nemocný nebude ochoten o problémech mluvit a výsledkem budou nedostatečné nebo žádné informace z oblasti, která je pro ošetřování nemocných, diagnostiku i léčbu nesmírně důležitá.

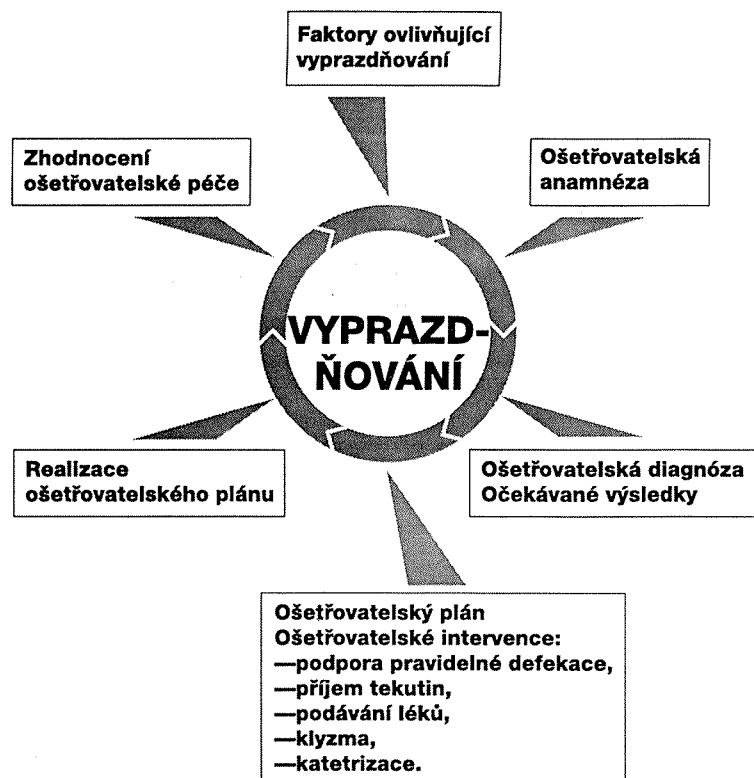
7.1.1. Potřeba vyprazdňování

Potřeba vyprazdňování patří mezi biologické potřeby člověka. Z hlediska fyziologického zajišťuje pravidelné, přiměřené uspokojování potřeby vyprazdňování rovnováhu (homeostázu) v organismu. Podobně jako ostatní biologické potřeby – výživa, spánek, je i potřeba výživy spojena s potřebami psychosociálními.

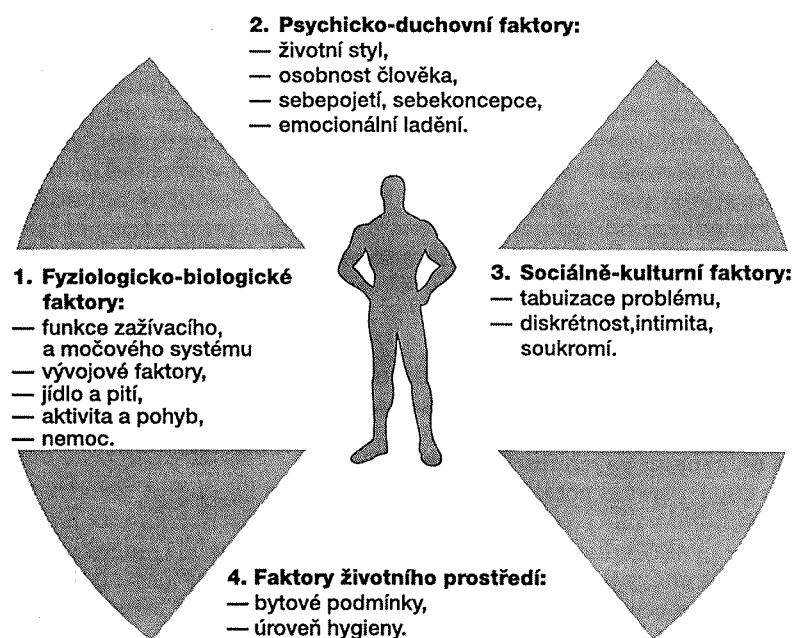
Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je individuální. Zvláště u vyprazdňování stolice existují mezi lidmi velké rozdíly. Pro někoho je optimální norma pro uspokojení potřeby vyprazdňování stolice dvakrát denně, u jiného jedenkrát denně nebo i jedenkrát za dva dny. V rámci ošetřovatelské anamnézy je zjištění těchto individuálních zvláštností důležité. Informace jsou nepostradatelné u nemocných, kteří jdou na operaci, vyšetření, u ležících nemocných atp. Každý člověk má také určité nároky na intimitu, diskrétnost, respektování studu při vyprazdňování. Z těchto hledisek je nezbytné velice citlivě přistupovat k nemocným upoutaným na lůžko, kde je zajištění intimity a respektování studu (zvláště na větších pokojích) problematické.

Vedle biologického hlediska vyprazdňování je nutné se zmínit o aspektech psychosociálních. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocity libosti a spokojenosti. Nedostatečné uspokojení potřeby nebo neuspokojení potřeby vyprazdňování je provázáno somatickými obtížemi – bolestí, nadýmáním, pocity plnosti... Psychická odezva neuspokojení potřeby vyprazdňování se může projevit širokou škálou negativních emocionálních stavů, např. napětím, nervozitou, špatnou náladou, úzkostí, strachem apod.

7.1.2. Vyprazdňování v ošetrovatelském procesu



7.2. FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE A MOČE



7.2.1. Biologicko-fyziologické faktory

Příjem potravy, trávení, resorpce a **vyprazdňování** jsou základní procesy látkové výměny – metabolismu. Vylučování odpadových produktů z těla (stolicí, močí) je základním předpokladem zdraví.

Defekace je odstranění stolice z rekta a anu. Frekvence je individuální (od vyprázdnění několikrát za den až dvakrát třikrát za týden). Rozdílné může být i množství stolice. Po vy-

...nastává příjemný pocit uspokojení. Defekace má u člověka hlubokou psychickou stránku, pokud se nedostaví v příslušné době, má za následek velmi nepříjemné pocity. Vlivem společenské konvence je ovšem defekace považována za akt velice neestetický až odpor-... nesrovnatelně ošklivější než vyprázdnění močového měchýře. Tento zošklivující vztah k defekaci vstoupil do všeobecného povědomí tak, že chce-li někdo vyjádřit k určité věci... odpor, nepoužije jistě výrazu, že je třeba se na onu věc vymočit.

Člověk pociťuje potřebu defekovat v situaci, kdy peristaltické vlny posunou stolicí do kolona sigmoideum a do rekta a dojde k podráždění sensorických nervových vláken v konečniku. Defekace normálně začíná dvěma defekačními reflexy:

- a) *vnitřním defekačním reflexem*, kdy rozšíření konečniku vyšle signál přes mezenterický plexus a vyvolá peristaltické vlny v colon descendens, sigmoideu a rektu. Vlny posouvají stolicí k análnímu otvoru, vnitřní svěrač začíná ochabovat a po uvolnění vnějšího svěrače dojde k defekaci.
- b) *parasymptatickým defekačním reflexem*, který vzniká stimulací nervových vláken v konečniku. Signály se přenášejí do spinální míchy a pak zpět do colon descendens, sigmoideum a do rekta. Tím se zintenzivňují peristaltické vlny a ty zesilují vnitřní defekační reflex.

Vnitřní anální sfinkter se uvolňuje a stolice se posouvá do análního kanálu. U jedince, který sedí na WC nebo na podložní míse, vnější svěrač pod vlivem vůle ochabuje. Vytlačení stolice napomáhá i kontrakce břišních svalů a bránice, zvyšuje se břišní tlak a kontrakce svalů pánevního dna (muskulus levator ani), který protlačuje stolicí přes anální kanál.

Potlačení defekačního reflexu. Ignorance nebo vědomé potlačení pocitu nucení na stolici způsobí, že pocit nucení na stolici vymizí na několik hodin a pak se znovu objeví. Opakovaní pocitů nucení na stolici může vést k rozšíření konečniku nebo i ke ztrátě citlivosti na potřebu defekace. Vzniká zácpa – **obstipace**.

Tvorba a vylučování moče je ovlivněno:

- aktuálními potřebami organismu z hlediska vodního a elektrolytového hospodářství,
- filtračním tlakem v glomerulu (závisí na tepenném tlaku),
- hormonálně – adiuretinem, aldosteronem,
- psychickými vlivy.

Močení (mikce)

Močení je vyprázdnění močového měchýře. Při naplnění močového měchýře u dospělého 250 – 450 ml moče (u dítěte 50 – 200 ml) dochází ke stimulaci nervových zakončení ve svalovině stěny, které registrují změnu napětí stěny močového měchýře. Impulzy z receptorů napětí přicházejí do centra močení ve spinální míše (na úrovni 2. – 4. křížového obratle). Některé impulzy pokračují spinální míchou do centra kontroly močení v mozkové kůře (do pontu, hypothalamu, mezencefalu). U člověka je zevní svěrač a břišní lis ovládán vůlí, která umožňuje zahájení mikce, přerušování probíhající mikci nebo vyvolání mikce i v případě prázdného močového měchýře. Volní kontrola je spojována především s čelními laloky, i když jiné korové oblasti mohou průběh mikce také ovlivnit.

Poškození sakrálního úseku míchy vede často k poruchám celého mechanismu mikce a k nemožnosti vyprázdnit močový měchýř nebo naopak k neschopnosti udržet moč.

Další fyziologicko – biologické faktory:

Věk je určujícím faktorem při vyprazdňování střeva a močového měchýře. Ovlivňuje nejen charakter vyprazdňování, ale zejména jeho kontrolu. U kojenců a mladších batolat je vyprazdňování reflexní činností. Od jednoho roku se dítě postupně učí ovládat vyprazdňování vůlí.

V období *stáří* se u některých lidí objevují problémy s vyprazdňováním. Jejich příčinou je snížení nebo ztráta svalového tonu svěračů, omezení schopnosti vědomé kontroly svěračů.

Jídlo a pití ovlivňují vyprazdňování stolice i moče. Na zabezpečení objemu stolice je nutný dostatečný objem stravy, doporučují se potraviny s vyšším množstvím vlákniny a celulózy. Nepravidelné stravování nebo dietní chyba mohou narušit pravidelnou defekaci.

Potraviny s vysokým obsahem vody, např. salát, meloun, vařené obilniny, zvyšují výdej tekutin. Naopak potraviny a tekutiny s vysokým obsahem sodíku mohou způsobit retenci tekutin. Některé potraviny mohou ovlivnit barvu moče (např. karoten, borůvky...).

Při neadekvátním příjmu tekutin, popř. při nadměrných ztrátách tekutin z těla (průjem, zvracení), dochází ke vstřebávání vody z chymu, stolice se zahušťuje a má tuhou konzistenci. Pokud chymus prochází střevem velice rychle, nestačí se naopak voda resorbovata výsledkem je řídká konzistence stolice až stolice vodnatá.

Zdravý organismus udržuje rovnováhu mezi množstvím přijatých tekutin a vylučováním moče. Při zvýšení množství přijatých tekutin se fyziologicky zvyšuje i její výdej. Některé te-

lutiny (káva, alkohol) způsobují inhibici antidiuretického hormonu a důsledkem je zvýšená tvorba moče.

Aktivita a pohyb stimulují peristaltiku střev a tím usnadňují pohyb chymu tlustým střevem. Lidé, kteří pravidelně cvičí, mají většinou dobrý svalový tonus, zvýšený metabolismus a přiměřenou tvorbu moče. Nízký svalový tonus může narušit střevní peristaltiku i kontrakci svalstva močového měchýře.

Nedostatek pohybu, popř. imobilita člověka mají vážné následky pro vyprazdňování moče i stolice. Podrobněji o tom pojednává kapitola Aktivita a pohyb.

Nemoc. Defekaci ovlivňují určité patologické stavy. Primárně se bude jednat o onemocnění tenkého a tlustého střeva, konečníku, např. Morbus Crohn, ulcerosní colitida, nádorová onemocnění, infekční onemocnění, anální fisury, hemeroidy. Tvorbu moče a její vylučování ovlivňují určité patologické stavy, např. diabetes insipidus, nemoci ledvin a močových cest, hypertrofie prostaty apod.

Imobilita ovlivňuje vyprazdňování moče i stolice (viz imobilizační syndrom). Problémy s vyprazdňováním, zvláště s defekací mají imobilní, nesoběstační nemocní. Pocit studu brání přirozenému vyprazdňování, nedostatek soukromí vede k potlačování nucení na stolici a oddálení defekace.

Chirurgické výkony a diagnostické postupy mohou narušit vyprazdňování stolice i moče. Po cystoskopii může být narušená uretra, spinální anestetika snižují citlivost nemocného na potřebu močení, permanentní katetr snižuje tonus svalstva močového měchýře.

Anestézie i operační výkon (zvláště pokud se manipuluje se střevem) snižují až zastavují motilitu střev, obnovení střevních pohybů může být v pooperačním období problematické a může vyústit až v pooperační ileus.

7.2.2. Psychologické faktory

Životní styl člověka, způsob výživy, pohybová aktivita mají vliv na vyprazdňování. Jak již bylo uvedeno výše, příjem potravy, tekutin a pohybová aktivita jsou v úzké vazbě na vylučování moče i stolice. Uspokojení potřeby vyprazdňování pozitivně ovlivňuje psychiku člověka, jeho náladu. Nácvič pravidelného, bezproblémového vyprazdňování je prevencí duševního napětí a stresu.

Osobnostní vlastnosti člověka, emocionální labilita nebo stabilita ovlivňují střevní peristaltiku. Emocionálně labilní lidé mají zrychlenou střevní motilitu a mohou trpět průjmy. U depresivních lidí je častá pomalá střevní peristaltika, která často vede k obstipaci.

Strach, úzkost, stres jako negativní emocionální stavy zrychlují střevní peristaltiku. Vlivem psychického napětí mají někteří lidé časté nucení na močení. Nerespektování soukromí při vyprazdňování, stud z defekace na pokoji vede k nepříznivým psychickým reakcím, objevuje se úzkost, strach, nemocný je stresován. Tento nepříznivý duševní stav je dále zhoršován pocitem nedokonalého vyprázdnění.

7.2.3. Sociálně-kulturní faktory

Vyprazdňování moče a stolice v soukromí je obecným pravidlem a zvyklostí ve všech kulturách. Civilizace a společenské konvence způsobily, že člověk chce být při defekaci sám. Pro většinu lidí je např. obtížné defekovat na společných záchodech, je-li v blízkosti druhá osoba. Je proto pochopitelné, že nemocní, kteří jsou upoutáni na lůžko a musí defekovat na pokoji v přítomnosti ostatních pacientů, mají velké potíže s vyprazdňováním.

Vyprazdňování patří mezi hygienické návyky a dítě si je osvojuje v období mezi 1. a 2. rokem života. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování vychází z daných kulturních zvyklostí a naučených způsobů chování.

▼ Modelová situace číslo 7/1

Na chirurgickém oddělení leží 35letý nemocný po autoohavárii, při které byla poraněna pánev. T.č. osmý den hospitalizace, nemocný má zevní fixátor pánve, je imobilní, rozsah pohybu na lůžku je omezený. Leží na čtyřlůžkovém pokoji, kde dva nemocní jsou zcela soběstační, jeden je po úraze také imobilní.

Nemocný nebyl tři dny na stolici. Stěžuje si na bolesti břicha a tlak v konečníku. Uvádí, že vypije během dne méně tekutin, než byl běžně zvyklý. Problémy s vyprazdňováním moče i stolice ho stresují, vadí mu vyprazdňování na lůžku před ostatními nemocnými.

S potřebou vyprazdňování souvisí potřeba respektování potřeby intimity a soukromí. *Stud* člověka není trapný ani není prudérností, může však vést k zahanbení až k pocitům méněcennosti. Opakované nerespektování intimity a soukromí u nemocného i zdravého člověka může vést k poruchám v oblasti sebekoncepcie a snížení sebeúcty (viz samostatnou kapitolu).

Negativní emocionální stavy spojené s narušením soukromí a intimity člověka vznikají u ležících nesoběstačných pacientů, kteří jsou nuceni se vyprazdňovat na lůžku. Pocit studu může sestra zmírnit zajištěním soukromí (nemocný je při vyprazdňování na pokoji sám), dále empatickým přístupem a evaluační komunikací.

7.2.4. Faktory životního prostředí

Úroveň hygieny a bytové podmínky ovlivňují kulturnost sociálních zařízení. Toalety ve veřejných prostorách – nemocnicích, restauračních zařízeních, školách, jejich vybavení a estetická úroveň ovlivňují způsob uspokojování potřeby vyprazdňování.

7.3. PORUCHY VYPRAZDŇOVÁNÍ

7.3.1. Poruchy vyprazdňování stolice

Zácpa je obtížné vyprazdňování malého množství tuhé stolice nebo úplné zastavení vylučování po určitou dobu. U konkrétního člověka je nutné obstipaci definovat vzhledem k jeho defekačním návykům. Pokud se normálně vyprazdňuje 2-3x týdně, nejedná se o obstipaci. Někteří lidé se normálně vyprazdňují několikrát denně, zde pak vyprázdnění v intervalu dvou dní znamená zácpu. Před stanovením ošetřovatelské diagnózy **obstipace** je nutné posoudit návyky dané osoby.

Rozeznáváme zácpu symptomatickou, která vzniká akutně, při organickém onemocnění střeva (nádor, bolestivé onemocnění konečníku), a zácpu jako nemoc. Ta vzniká přechodně při změně prostředí nebo výživy. Může se jednat také o chronickou návykovou (habituální) zácpu, která vzniká útlumem defekačního reflexu a později postupným návykem na projímadlo.

V literatuře se uvádí tři typy obstipace:

1. **Rektální** při níž se jedná jde o změněný typ vyprazdňování, charakterizovaný zadržováním stolice s normální konzistencí a pozdější defekací jako výsledek bio-psycho-sociálních poruch.
2. **Tlustého střeva** znamená vylučování tvrdé, tuhé stolice následkem zpomalené pasáže zbytků potravy.
3. **Percipovaná (vnímaná)** kdy si jedinec sám určí diagnózu obstipace a peristaltiku tlustého střeva si zabezpečuje nadměrným užíváním laxancií, klyzmaty a čípky.

Hlavní znaky obstipace:

- snížení frekvence defekace,
- tvrdá, tuhá stolice,
- námaha při stolici,
- bolestivá defekace,
- abdominální bolest,
- distenze (rozšíření) svalů břicha,
- tlak v rektu nebo pocit plnosti,
- hmatatelná fekální hmota,
- bolest hlavy,
- narušená chuť k jídlu,
- očekávání každodenní defekace (percipovaná zácpa),
- nadměrné užívání podpurných defekačních prostředků.

Faktory, které se podílejí na vzniku obstipace:

- **Nepravidelné stravovací návyky.**
- **Nadměrné užívání laxancií** (potlačení přirozených defekačních reflexů), návyk na laxancia.
- **Zvýšený psychický stres**. Silné emoce vyvolávají obstipaci snížením peristaltiky vlivem adrenalinu a sympatiku. Stres může vyvolat spasmus tlustého střeva (spastická nebo hypertonická obstipace). S tímto typem obstipace jsou spojeny abdominální křeče, zvýšená produkce hlenu a střídavá období zácpy a průjmu.
- **Nevhodná dieta.** Rredukční diety, potrava s nízkým obsahem vláknin nevytvářejí stimulaci defekačního reflexu, pohyb střevem je pomalejší. Průchod zrychluje zvýšený příjem tekutin a některé potraviny. K zácpě může vést i změna stravování.
- **Nedostatečný příjem tekutin.**

- **Léky** jako morfin, kodein, sympatomimetika a parasympatomimetika zpomalují peristaltiku.
- **Nedostatečná fyzická aktivita**
- **Věk:** svalová slabost, nedostatečný tonus sfinkterů, snížení sekrece hlenu a střevních sekretů.
- **Chorobné procesy,** jako jsou obstrukce střev, zánětlivé procesy v oblasti pánve, jejichž důsledkem je paralýza nebo atonie střev.

Obstipace může být pro pacienty nebezpečná. Námaha při defekaci může mít za následek napětí až roztržení břišních nebo perineálních stehů. Zadržetí dechu, které provází námahu, může vyvolat vážné problémy lidem s onemocněním srdce, poraněním mozku nebo nedostatečným dýcháním. Zadržetí dechu zvyšuje nitrohrudní a nitrolební tlak. Ten je možné snížit, když osoba při zvýšené námaze vydechuje ústy.

Paradoxní průjem u těžké zácpy

Při dlouhotrvající zácpě může u dlouhodobě ležících nemocných vzniknout tzv. falešný (paradoxní) průjem. Zahuštěná a spečená stolice (skybala), která nemůže projít řitním otvorem, silně dráždí sliznici konečníku a esovitě kličky k sekreci hlenu. Secernovaný hlen potom odchází s trochou stolice jako tzv. falešný průjem. A tak ačkoliv jde ve skutečnosti o těžkou zácpu, kdy je konečník přeplněný tuhou stolicí, vzniká mylný dojem průjmu a inkontinence. To může vést k nasazení protiprůjmového režimu (dietního farmakologického), čímž se celkový stav velice komplikuje.

Stav je provázen opakovaným bolestivým nucením na stolicí. Nemocný se cítí slabý, malátný, ztrácí chuť k jídlu, má nafouklé břicho, nauzeu, popř. zvrací.

Příčiny nahromadění stolice:

- nesprávné defekační návyky, obstipace,
- některé léky (viz výše), baryum,
- u starších lidí nedostatečný příjem tekutin, málo vlákniny v potravě, malá aktivita, oslabený svalový tonus.

Nahromadění stolice může být hmatné i přes břišní stěnu. Vyšetření per rectum musí být velice šetrné.

Diarrhoea (průjem) je časté vylučování tekuté stolice. Je opakem obstipace a je důsledkem zrychlené střevní peristaltiky (zkracuje se čas pro resorpci vody a elektrolytů v tlustém střevě). Stolica obsahuje nestrávené zbytky potravy a případně i další patologické příměsi – hlen, krev, hnís, může mít kvasný nebo hnilobný zápach.

Osoba s průjmem obtížně kontroluje nucení na stolicí. Průjem a strach z inkontinence jsou zdrojem větší pozornosti a nejistoty pacienta. S průjmem bývají spojené křečovitě a bodavé bolesti břicha. Může se objevit nauzea a zvracení. Při přetrvávajícím průjmu se podráždění z anální oblasti rozšiřuje na perineum a gluteální oblast a je nutné věnovat kůži v těchto oblastech zvýšenou pozornost.

Při déletrvajícím průjmu se může objevit únava, slabost, bolesti hlavy a hubnutí. Průjem může způsobit vážné ztráty tekutin a elektrolytů v krátkém časovém období (zejména u dětí a starých lidí).

Hlavní příčiny průjmu:

- psychický stres, úzkost,
- léky – např. antibiotika (změna bakteriální flóry střevní sliznice), laxantia,
- alergie na potravu, tekutiny nebo léky,
- netolerance tekutin nebo potravy (zvýšená motilita střeva a sekrece hlenu),
- onemocnění tlustého střeva (malabsorbční syndrom, Morbus Crohn),
- jiné okolnosti např. chirurgické operace, nerovnováha intestinální, mikrobiální flóry (po antibiotikách).

Inkontinence stolice je ztráta volní kontroly defekace a střevních plynů přes anální sfinkter. Rozlišujeme dva typy inkontinence:

1. **Parciální** (částečná) je neschopnost kontrolovat odchod plynů nebo zabránit malému odchodu stolice.
2. **Celková** (úplná) inkontinence je neschopnost kontrolovat odchod stolice normální konzistence.

Inkontinence stolice se všeobecně spojuje s narušenou funkcí análních svěračů nebo jejich inervace. Bývá tomu tak u neuromuskulárních poruch, poranění páteře a nádorů vnějšího svěrače. Bylo zjištěno, že 60 % starých lidí může být v určitém období postiženo inkontinencí.

Inkontinence stolice je vážný psychický problém, který může vyústit do sociální izolace. Důležitá je adekvátní péče o kůži a okolí konečníku.

Plynatost (flatulence) je nadměrné množství plynů ve střevech, které způsobuje jejich rozpětí a nafouknutí – meteorismus. Za 24 hodin se u dospělého vytvoří v tlustém střevě 7 – 10 litrů plynů (složení oxid uhličitý, metan, vodík, kyslík a dusík). Na vznik plynů může mít vliv chirurgický výkon v dutině břišní, anestetika, narkotika, léky, úzkost. Vznikají po určitém druhu jídla, jako jsou luštěniny, kapusta apod. Po operačních výkonech, zvláště v oblasti břicha, dochází vlivem samotného výkonu, anestetik, léků, úzkosti, dietních změn, snížené pohyblivosti k zpomalení střevní motility. Stav může vyústit až v paralytický ileus.

Hemeroidy jsou rozšířené žíly v anální oblasti. Mohou být vnitřní a vnější. Vznikají následkem zvýšeného tlaku v anální oblasti a často vznikají sekundárně z chronické zácpy, námahy v souvislosti s defekací, v těhotenství, při obezitě. Některé hemeroidy jsou asymptomatické, jiné vyvolávají bolest, svědění někdy i krvácení. Léčí se konzervativně, tj. lokálními anestetiky na ztlumení bolesti, ale i chirurgicky. Mohou se podávat látky na změkčení stolice, které omezují dráždění v době defekace. Někdy bolest z hemeroidů způsobuje obstipaci.

Poruchy vyprazdňování moče

Narušení tvorby moče:

Polyurie je množství moče za 24 hodin je větší než 3 000 ml.

Oligurie je množství moče za 24 hodin kolísá od 100 do 500 ml.

Anurie je množství moče za 24 hodin je menší než 100 ml.

Poruchy vylučování moče:

Retence je zadržování moči v močovém měchýři. Moč se tvoří v normálním množství, ale nemůže se z nejrůznějších příčin z měchýře vyprazdňovat. Nejčastěji je retence způsobena stenózou prostatické části uretry při hypertrofii prostaty, jindy ji mohou způsobit farmaka, např. spasmolytika apod.

Nykturie je noční močení, v noci se vyloučí více moči než ve dne. Nejčastější příčinou je srdeční selhávání nebo onemocnění močových cest, zbytnění prostaty aj.

Dysurie je bolestivé močení, doslova obtíže při močení, nejčastěji pálení a řezání.

Enuréza je opakované mimovolní pomočování u starších dětí, které už normálně vůlí ovládají močový měchýř.

Primární enuréza je stav, kdy nemocný neměl období bez pomočení.

Sekundární enuréza, která se vyskytne po jednorozhodné absenci pomočování, může být v nočním čase, v denním nebo v obojím. Vyskytuje se asi u 10 % jinak normálních dětí ve věku 3 – 15 let, většinou u chlapců. Příčin enurézy je mnoho a závisí na individuální situaci.

Strangurie je řezání při močení.

Polakisurie je časté močení při nezvětšeném množství moči. Příčiny mohou být psychogenní – rozčilení, strach, napětí, zánětlivé onemocnění močových cest, prochlazení dolních končetin, tzv. dráždivý měchýř.

Paradoxní ischurie je stav, kdy močový měchýř je přeplněn tak, že se již nemůže více roztáhnout, a moč po překonání překážky v odtoku samovolně odkapává z močové trubice. (Tlak v močovém měchýři je takový, že svou silou překonává překážku, kterou je nejčastěji zvětšená prostata.) Paradoxní ischurie se může se snadno zaměnit s inkontinencí!

Inkontinence je symptom, ne choroba. Vyskytuje se u 10 – 47 % osob. Dělí se na různé typy:

Celková inkontinence. Jedná se o kontinuální, neočekávané vylučování moče. Častými příčinami jsou poranění vnějšího svěrače u muže nebo perineální oblasti u ženy (fistuly mezi močovým měchýřem a vaginou, vrozená nebo získaná neurologická porucha).

Tlaková (stresová) inkontinence je unikání méně než 50 ml moče při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku, např. při kašli, kýchnutí, smíchu nebo při fyzické námaze. Je nejčastější u žen, které mají ochablé svalstvo pánevní, nebo při ztrátě u svalového tonusu jako celku.

Urgentní (nucená) inkontinence bývá po náhlém silném nucení na močení a je vyvolaná mimovolní kontrakcí muskulí detrusor. Často se označuje jako nestabilní močový měchýř, protože kontrakce tohoto svalu jsou neočekávané a vyprazdňování močového měchýře nelze kontrolovat.

Vyskytuje se u žen s cystitidou a u mužů i u žen s chorobami močového měchýře (ledvinové kameny, nádory, neurologická onemocnění). Tlumící impulzy močového měchýře mohou být velmi slabé nebo je nerovnováha mezi vylučovacími reflexy při patologických změnách CNS (např. arterioskleróza). Jedinec není schopen potlačit nucení na močení.

Funkční inkontinence je mimovolní nepředvídatelné vyloučení moče. Může zhoršovat jiné typy inkontinence, avšak většinou není způsobená patologií močového a pohlavního ústrojí. Funkční inkontinence se definuje i jako inkontinence, která přetrvává v důsledku tělesných nebo duševních poruch, případně některých faktorů okolí, které zabraňují nemocnému dostat se na toaletu (porucha mobility, třes rukou).

Reflexní inkontinence je mimovolní močení vyskytující se v určitých předvídatelných intervalech po dosažení specifického objemu močového měchýře. Nemocný necítí, že má naplněný močový měchýř (automatický močový měchýř).

7.4. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

7.4.1. Hodnocení vyprazdňování moče a stolice

Anamnestické údaje o vyprazdňování nemocného informují sestru o normálních vyprazdňovacích návycích nemocného, které jsou z hlediska frekvence, množství i času defekace zcela individuální.

Fyzikální vyšetření břicha zaměřené na problémy vyprazdňování stolice zahrnuje pohled, poslech, poklep, palpaci se zaměřením na gastrointestinální trakt. Poslech by měl předcházet poklepu, neboť poklep může ovlivnit peristaltiku. Vyšetření konečníku a análního otvoru se provádí pohledem a pohmatem.

Charakteristika stolice. K vyprazdňování stolice dochází i za dlouhodobého hladovění. Je to proto, že pouze 10 – 15 % celkové váhy stolice jsou nestrávené zbytky potravy, 75 % stolice je tvořeno vodou, 10 – 15 % tvoří hlen, střevní epitelie, anorganické látky.

Množství stolice. Při smíšené stravě vyprazdňuje zdravý dospělý člověk asi 150 g stolice denně. Při některých onemocněních, např. malabsorbci, množství stolice nápadně stoupá.

Množství stolice je důležité zvláště u průjmů, neboť z něj lze usuzovat na ztrátu vody z organismu.

Konzistence stolice je určována obsahem vody. Čím rychleji prochází potrava zažívací trubicí, tím méně vody se vstřebává a stolice je řidší. Formovaná stolice obsahuje asi 75 % vody, řádká průjmovitá stolice 90 % vody a více.

Tvar stolice určuje zejména její konzistence a anatomické poměry konečníku. Zvlášť charakteristická je tzv. tužkovitá stolice při rakovině konečníku. U těžce dehydratovaných nemocných lze pozorovat tzv. bobkovitou stolicí.

Zápach stolice je způsoben při kvašení nebo hnití nestrávených zbytků potravy. Při zvýšení kvasných pochodů stolice kysele čpí, při zvýšení hnilobných pochodů páchne.

Barva stolice je určena složením potravy a množstvím žlučových barviv.

Hodnocení vyprazdňování moče

Sestra zjišťuje u nemocného běžné způsoby vyprazdňování moče, frekvenci, vzhled moče a ostatní současné i předcházející problémy s močením, dále faktory vylučování moče.

Fyzikální vyšetření. Komplexní fyzikální vyšetření močového systému provádí většinou lékař. Patří k němu poklep ledvin na zjištění oblasti bolestivosti a palpce na určení tvaru, velikosti, citlivosti a nerovnosti povrchu. provádí se také palpce a poklep močového měchýře. Vývod uretry u muže i žen se hodnotí při vyšetření genitálií.

Vyšetření moče. Moč se skládá z 96 % vody a 4 % rozpustných látek. Mezi organické látky patří močovina, amoniak, kreatinin a kyselina močová. Mezi anorganické látky v moči patří sodík, chloridy, draslík, sulfáty, hořčík a fosfor. Nejvíce zastoupenou anorganickou solí je chlorid sodný. Vyšetření moče zahrnuje měření objemu, porovnávání příjmu a výdeje tekutin, měření specifické hmotnosti. Dále hodnotíme barvu, zápach, testy na glukózu, ketolátky, krev, pH...

7.4.2. Hodnocení soběstačnosti nemocného v oblasti vyprazdňování

Hodnocení soběstačnosti nemocného v oblasti vyprazdňování provádí sestra v rámci ošetřovatelské anamnézy a je součástí screeningového vyšetření nemocného sestrou.

Úroveň sebezpečí a soběstačnost nemocného v oblasti vyprazdňování moče a stolice vychází z možnosti samostatně se pohybovat. Člověk bez pohybového omezení se vyprazdňuje na toaletě, je schopen sám dojít na toaletu, svléknout se, obléknout se.

V důsledku onemocnění (fraktura dolní končetiny, horní končetiny, amputace, cévní mozková příhoda), popř. operačního zákroku, vyšetření (lumbální punkce) se nemocný stává částečně nebo zcela nesoběstačný v oblasti vyprazdňování.

K těmto nemocným je nutné přistupovat velice taktně, absence sebeděče v oblasti vyprazdňování je nemocnými vnímána velice citlivě. Při nerespektování soukromí a intimity může dojít k narušení sebeúcty a sebekoncepcce nemocného (viz str. 98).

Příklad nesprávného ohodnocení úrovně sebeděče a soběstačnosti nemocného:

- ▲ *Starý pán byl v zimě hospitalizován jednak pro slabou mozkovou mrtvici, jednak pro popáleniny, které vznikly po pádu na rozžhavené topné těleso. Na pokoji jej uložili do postele s postranicemi, aby nespádl, bez zvonku, bez bažanta. Nemohl si dojít na záchod, protože zábranu nepřelezl. Nemohl ani zavolat. Nezbyvalo mu nic jiného, než se pomočovat. Učitelka SZŠ se ptala sestry: „Bylo by možné dát nemocnému zvoněk nebo bažanta?“ Odpověď sestry byla stručná: „To je jedno. Stejně bude dělat pod sebe.“ Přitom mu nic jiného nezbyvalo. Udělali z něho bezmocného ležícího pacienta.*

Převzato: Mareš, J., Pečenková, J., Spoustová, V.: Iatrogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka, Hradec Králové, LF UK a FN 1996

14.3. Rozhovor s nemocným

Otázky na posuzování vyprazdňování stolice:

Defekační zvyky:

- ▲ *Uveďte frekvenci a denní čas vyprázdnění stolice.*
- ▲ *Změnil se váš obvyklý způsob vyprazdňování?*

Popis stolice a jejích změn:

- ▲ *Popište barvu, konzistenci stolice (tvrdá, měkká, vodnatá), tvar a zápach stolice .*
- ▲ *Zpozoroval(a) jste nějaké změny ve stolici?*

Problémy s vyprazdňováním stolice:

- ▲ *Jaké problémy jste měl(a) nebo máte s pohyby střev (zácpa, průjem, nadměrná plynatost, inkontinence)?*
- ▲ *Kdy a jak často se vyskytují?*
- ▲ *Co je jejich příčinou (potrava, tekutiny, cvičení, emoce, léky, nemoc, chirurgické výkony)?*
- ▲ *Jaké metody používáte na vyřešení těchto problémů?*

Umělý vývod a jeho ošetřování:

- ▲ *Jaký je váš obvyklý postup při ošetřování kolostomie (ileostomie)?*
- ▲ *Jaké s ní máte problémy?*
- ▲ *Jak vám sestra může při ošetřování kolostomie (ileostomie) pomoci?*

Faktory ovlivňující vyprazdňování:

- ▲ *Používání pomocných prostředků na vyprazdňování stolice.*
Jak pečujete o pravidelné vyprazdňovací návyky?
Používáte nějaké pomocné prostředky (určité potraviny, tekutiny, laxancia, klyzma)?
- ▲ *Strava.*
Které potraviny podle vás ovlivňují vyprazdňování?
Jaká je vaše obvyklá strava?
Které potraviny vylučujete ze svého jídelníčku?
Jíte pravidelně?
- ▲ *Tekutiny.*
Jaké tekutiny a v jakém množství běžně pijete?
- ▲ *Cvičení.*
Popište svoje běžné denní pohybové aktivity.
- ▲ *Léky.*
Užíváte nějaké léky, které by mohly ovlivnit gastrointestinální trakt (železo, antibiotika)?
- ▲ *Stres.*
Překonáváte nějaký dlouhotrvající stres, nebo krátkodobé stresové situace. Ovlivňují vaše vyprazdňovací návyky?

Otázky na posuzování vyprazdňování moče:

Způsoby vylučování moče:

- ▲ *Kolikrát močíte za 24 hodin?*
 - ▲ *Změnila se v poslední době tato frekvence?*
 - ▲ *Máte nucení na močení během noci, jak často?*
- #### **Popis moče a jejích změn:**
- ▲ *Popište barvu, čírost a zápach moče.*

Problémy s vyprazdňováním moče:

- ▲ *Jaké máte nyní (měl(a) jste v dřívější době) s vylučováním moče?*
- ▲ *Vylučujete velké množství moče, malé množství moče?*
- ▲ *Močíte častěji?*
- ▲ *Máte problémy dojit na toaletu nebo pocítujete naléhavé nutkání na močení?*
- ▲ *Máte bolesti při močení?*
- ▲ *Dochází k odkapávání moče, máte pocit plnosti močového měchýře spojený s vylučováním malého množství moče?*
- ▲ *Jaký je proud moče?*
- ▲ *Unikne vám náhodně moč? Pokud ano, kdy (při kašlání, smíchu, kýchnutí, v noci, přes den)?*
- ▲ *Které onemocnění močového systému jste proděl(a) (infekce ledvin, močového měchýře, močové trubice, močové kameny, chirurgické výkony na ledvinách, močovodech, močovém měchýři)?*

Močové vývody, stomie a péče o ně:

- ▲ *Jaký je váš obvyklý postup při ošetřování stomie?*
- ▲ *Máte nějaké problémy se stomií? Jaké?*
- ▲ *Jak vám může sestra pomoci při péči o stomii?*

Faktory ovlivňující vylučování moče:

- ▲ **Léky.**
Užíváte nějaké léky, které mohou ovlivnit vylučování moče (diuretika, spasmolytika)?
- ▲ **Příjem tekutin.**
Jaké tekutiny a v jakém množství běžně během dne vypijete?
- ▲ **Faktory okolí.**
Máte nějaké problémy s používáním záchodu (mobilita, problémy s oděvem, chybění pomocných zařízení, např. držadla na toaletě)?
- ▲ **Permanentní katetr.**
Jak se staráte o svůj katetr?
Máte bolesti, popř. jiné problémy s katetrem?
- ▲ **Stres.**
Překonáváte nějaký dlouhotrvající stres, popř. krátkodobé stresy? Ovlivňují vaše močení?
- ▲ **Onemocnění.** *Trpíte nějakým onemocněním, které by mohlo ovlivnit močení (onemocnění srdce, neurologické choroby, nádory, diabetes mellitus, insipidus)?*
- ▲ **Diagnostické testy.**
Jaký diagnostický test jste v poslední době podstoupil(a)?

7.5. OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

7.5.1. Kategorie ošetrovatelských diagnóz NANDA

Hlavní kategorie ošetrovatelských diagnóz, které se vztahují k problematice vyprazdňování stolice:

- **Zácpa** je změna běžného, normálního způsobu vyprazdňování střeva, charakterizovaná sníženou frekvencí nebo pasáží tuhé stolice.

Související faktory:

- *ochabnutí břišní svaloviny,*
- *gastrointestinální obstrukční léze, bolesti při defekaci,*
- *diagnostické, terapeutické výkony.*

Charakteristické znaky:

- *menší častost vyprazdňování, než je obvyklé,*
- *tuhá stolice,*
- *hmatatelné nahromadění stolice,*
- *pocit tlaku, plnosti v rektu,*
- *tlak na stolicí.*

- **Průjem** je změna běžného, normálního způsobu vyprazdňování střev, charakterizovaná častými, vodnatými stolicemi.

Související faktory:

- *gastrointestinální poruchy, podráždění nebo zánětlivé procesy střeva, malabsorce,*
- *metabolické nebo endokrinní poruchy,*

- poruchy výživy, změna dietního režimu,
- infekční procesy,
- výživa sondou,
- vedlejší příznaky léčby, působení toxinů, kontaminovaná potrava,
- těžké stresové stavy.

Charakteristické znaky:

- bolesti břicha, křeče,
- zvýšená frekvence vyprazdňování stolice a zvukových fenoménů,
- neformovaná, řídká stolice,
- nucení na stolicí,
- změny barvy stolice.

■ **Inkontinence stolice** je stav, při kterém dochází k bezděčnému a nekontrolovatelnému odchodu stolice

Související faktory:

- gastrointestinální onemocnění, nervově svalové poruchy,
- kolostomie, ileostomie,
- neovládání řitního svěrače,
- kognitivní poruchy,
- těžké úzkostné stavy nebo deprese.

Charakteristické znaky:

- samovolný odchod stolice.

Další možné ošetřovatelské diagnózy:

- **Bolest akutní** (str. 134) – v souvislosti se zácpou, vyprazdňováním tuhé stolice, v souvislosti s průjmem.
- **Objem tělesných tekutin – snížení** (str. 91) – jako jeden z příčinných faktorů obtížného vyprázdnění střeva.
Potenciální deficit objemu tekutin v souvislosti s průjmem, abnormálními ztrátami tekutin vývodem.
- **Porucha integrity kůže potenciální i aktuální** (str. 58) – v souvislosti s déletrvajícím průjmem, s inkontinencí, stomií.
- **Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy** (str. 90) – z důvodu déletrvajících průjmů, popř. omezení stravování při obstipaci.
- **Poruchy (změny) dýchání** (str. 116) – z důvodu zpomalení střevní motility – meteorismu (v pooperačních stavech).
- **Poruchy soběstačnosti (sebepéče)** (str. 23) – z důvodu změněné nebo porušené hybnosti.
- **Porucha sebekoncepce (sebepojetí)** (str. 163) – narušený obraz těla vzhledem k esteticky znehodnocujícím onemocnění (stomie).
- **Nedostatek informací** u nemocných se stomií (str. 59).

Hlavní kategorie ošetřovatelských diagnóz, které se vztahují k problematice vyprazdňování moče:

■ **Poruchy vyprazdňování moče** jsou stavy, při kterých člověk trpí poruchami ve vyprazdňování moče

Související faktory:

- senzitivní poruchy, psychické faktory,
- anatomické obstrukce, mechanické úrazy,
- infekce močových cest,
- poruchy vodního hospodářství,
- operační výkony.

Charakteristické znaky:

- zvýšená častost močení,
- dysurie,
- inkontinence,
- nykturie, enuresis nocturna,
- urgentní nucení na močení,
- retence moče.

■ **Inkontinence moče – celková** je stav, při kterém dochází k nepřetržitému a nepředvídatelnému odchodu moče.

Související faktory:

- nervové poruchy,

- *nekontrolovatelné stahy detrusorové svaloviny (po chirurgickém výkonu),*
- *traumatické nebo chorobné postižení míšních nervových drah,*
- *anatomické defekty, píštěle.*

Charakteristické znaky:

- *stálý odchod moče, nečekaný, bez spasmu svaloviny močového měchýře,*
- *nykturie,*
- *vymizení pocitu nucení na močení,*
- *naprosté neuvědomění projevů vlastní inkontinence.*

- **Inkontinence moče – funkční** je stav, při kterém dochází k bezděčnému a nepředvídatelnému odchodu moče.

Související faktory:

- *nedostatečná vybavenost domácího prostředí (špatné osvětlení, ztížený přístup na WC apod.),*
- *smyslové a kognitivní poruchy (lhostejnost k tělesné potřebě, užívání sedativ), poruchy pohyblivosti (nesnáze se svlékáním),*
- *zvýšená tvorba moče,*
- *odmítavý přístup vyhovět nucení na močení.*

Charakteristické znaky:

- *imperativní nucení na močení nebo silné kontrakce močového měchýře, při kterých dochází k odchodu moče dříve, než nemocný dojde na toaletu,*
- *tvorba nadměrného množství moče se zvýšenou potřebou jejího vyprazdňování.*

- **Inkontinence moče – reflexní** je stav, při kterém dochází k bezděčnému odchodu moče v určité (částečně předvídatelné) době, kdy náplň močového měchýře dosáhla jistého objemu.

Související faktory:

- *neurologické poruchy, například míšní poruchy, při kterých je postiženo vedení nervového vzruchu,*
- *mozkové poruchy vyřazující volní kontrolu.*

Charakteristické znaky:

- *snížení až vymizení pocitů stoupající náplně močového měchýře s vymizením pocitů nucení na močení,*
- *nadměrné močení,*
- *naprostá neuvědomělost týkající se vlastní kontinence,*
- *netlumené kontrakce, spasmy močového měchýře objevující se v pravidelných intervalech,*
- *přerušované, neúplné nebo bezděčné močení.*

- **Inkontinence moče – stresová** je stav, kdy při zvýšeném abdominálním tlaku dochází k odchodu moče o objemu menším než 50 ml.

Související faktory:

- *degenerativní změny svalů a podpůrných struktur pánevního dna objevující se ve vyšším věku,*
- *zvýšení nitrobřišního tlaku (při obezitě a těhotenství),*
- *insuficience svěrače močového měchýře, zvýšené napětí stěny močového měchýře,*
- *oslabení svaloviny a podpůrných struktur pánevního dna (vlivem zvýšené námahy při chronické zácpě).*

Charakteristické znaky:

- *odkapávání moče při zvýšení nitrobřišního tlaku (při kašli, kýchání, zvedání těžkých předmětů),*
- *silné nucení na močení častěji než každé dvě hodiny.*

- **Inkontinence moče – urgentní** je stav, při kterém dochází k bezděčnému odchodu moče brzy po začátku silného nucení na močení

Související faktory:

- *snížení kapacity močového měchýře,*
- *podráždění tlakových receptorů ve stěně močového měchýře vyvolávající stahy svaloviny močového měchýře,*
- *vlivy léčebné medikace (diuretika, sedativa, anticholinergika),*
- *zácpovitá stolice,*
- *omezení tělesné pohyblivosti, depresivní stavy, psychická alterace, stavy zmatenosti.*

Charakteristické znaky:

- *silné pocity nucení na močení,*

- *zvýšená frekvence močení,*
- *kontraktury, spasmy močového měchýře,*
- *nykturie (více než 2x za noc),*
- *neschopnost dojít včas na záchod,,*
- *močení v malých dávkách (méně než 100 ml), nebo naopak ve velkých dávkách – více než 500 ml.*

■ **Retence moče** je stav, kdy dochází k neúplnému vyprazdňování močového měchýře.

Související faktory:

- *vysoký ureterální tlak, který je způsoben oslabenou nebo zcela chybějící svalovinou detrusoru močového měchýře,*
- *přerušování reflexního oblouku močení,*
- *blokáda močové trubice, hypertrofie sfinkterů,*
- *reflexní návyky,*
- *infekce,*
- *neurologická onemocnění, traumata,*
- *vedlejší účinky léků projevující se příznaky retence (atropin, extrakt z belladony, psychotropní látky, antihistaminika).*

Charakteristické znaky:

- *pocity tlaku v močovém měchýři,*
- *inkontinence z přetékání močového měchýře, dysurie,*
- *roztazení močového měchýře,*
- *časté močení po malých dávkách nebo zcela vymizelý výdej moče,*
- *zvýšení reziduálního objemu moče nad 150 ml a více,*
- *oslabení močového paprsku.*

Další možné ošetřovatelské diagnózy:

- **Infekce, rizikové faktory** z důvodu permanentního katetru, retence moče.
- **Poruchy kožní integrity – potenciální** (str. 58) z důvodu inkontinence, močové stomie.
- **Porucha soběstačnosti (sebepěče) v oblasti vyprazdňování** (str. 23) z důvodů změněné nebo narušené hybnosti (nemocný s funkční inkontinencí).
- **Porucha sebekoncepce (sebepojetí)** (str. 162) z důvodů inkontinence, která nemocného ovlivňuje fyzicky i emocionálně a může bránit normálnímu zařazení do společnosti.
- **Nedostatek informací** (str. 59), které nemocný potřebuje pro sebepěči, pro ošetřování močové stomie.
- **Objem tělesných tekutin snížení nebo zvýšení** (str. 91) nemocného s narušenou funkcí vylučování moče.

7.5.2. Očekávané výsledky

Vyprazdňování stolice

Nemocný se **zácpou (z poruchy pasáže nebo psychogenních příčin):**

- se pravidelně vyprazdňuje, má měkkou, normálně formovanou stolici,
- vyprazdňuje se v obvyklých časových intervalech, pravidelně,
- nepociťuje napětí břicha, plynatost, plnost konečníku,
- nemá pocity bolesti ani nadměrné námahy při defekaci,
- se stravuje pravidelně, jí vyváženou stravu bohatou na vlákniny, vypije denně 1500 – 2500 ml tekutin,
- umí vyjmenovat potraviny s vysokým obsahem vláknin,
- věnuje se pravidelně pohybové aktivitě,
- nepotlačuje defekační reflex,
- užívá perorální laxancia podle ordinace lékaře a zná jejich účinky,
- používá laxancia jen výjimečně.

Nemocný s **průjmem:**

- nemá více než dvě stolice denně,
- má formovanou stolici,
- má příznaky přiměřené hydratace (výdej moče za 24 hodin, přiměřený kožní turgor...),
- nemá bolesti břicha a jiné nepříjemné pocity, nutkání na stolicí, podrážděnou perianální kůži,
- vylučuje faktory, které podporují průjem (ze stravy určité potraviny, zmírňuje stres),
- zná hlavní a vedlejší účinky předepsaných léků.

Nemocný s inkontinencí stolice:

- má pravidelnou stolici,
- nemá podrážděnou perianální oblast a nepocituje zápach,
- aktivně se účastní na nácviku defekace a udržení stolice,
- opět navázal předcházející společenské styky.

Vyprazdňování moče

Nemocný se změnou ve vyprazdňování moče:

- realisticky chápe chorobné projevy,
- má moč s normální barvou, zápachem,
- má výdej moče v rovnováze s příjmem tekutin,
- má negativní kultivaci moče,
- nemá bolesti při močení (dysurii) ani nemočí příliš často,
- má pH moče nižší než 5,5,
- má výdej moče nejméně 1500 ml za den,
- vypije nejméně 2500 ml tekutin denně.

Nemocný s inkontinencí:

- zná způsoby prevence inkontinence,
- mění životní podmínky a oděv přizpůsobuje potřebám,
- pokouší se moči každé dvě hodiny a postupně čas prodlužuje na 3 – 4 hodiny,
- postupně omezuje inkontinenci na méně než 3 x za týden,
- má neporušenou kůži kolem vývodu močové trubice a v oblasti perinea, v oblasti stomie,
- vytváří si režim ovládnutí močového měchýře,
- ovládá postupy, které posilují svaly pánevního dna,
- vykonává cvičení na posílení svalů pánevního dna 3 x denně v období 4 měsíců,
- nepomocňuje se ani při zvýšeném nitrobřišním tlaku (stresová inkontinence),
- dostatečně zvládá inkontinenci vzhledem k normálnímu společenskému a pracovnímu životu,
- uvádí prodloužení časového intervalu mezi nucením na močení a mimovolným únikem moči,
- ovládá péči o katetr nebo močovou stomii.

Očekávané výsledky u jednotlivých druhů inkontinence viz Kapesní průvodce zdravotní sestry (str. 104 – 118).

Nemocný s retencí moče:

- vylučuje dostatečné množství moče a palpačně není zjištěn zvětšený močový měchýř,
- po vymocení má močové reziduum menší než 50 ml,
- nemá paradoxní ischurii.

Poznámka: odkaz (str...) – vysvětlení diagnózy, očekávané výsledky viz příslušnou kapitolu.

7.6. OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE (OBECNĚ)

Vyprazdňování stolice

1. Podporujte pravidelnou defekaci nemocného:
 - zabezpečením soukromí,
 - výživou a tekutinami,
 - cvičením a polohováním.
2. Zjistěte obvyklý způsob vyprazdňování stolice a faktory, které vyprazdňování podporovaly.
3. Zhodnoťte současný způsob defekace a všechny vlivy, které na ni působí.
4. Podejte nemocnému informace o fyziologii vyprazdňování i o jejích možných odchylkách.
5. Ve spolupráci s nemocným vytvořte individuální program pro obnovení defekačního reflexu.
6. Sledujte barvu, zápach, konzistenci, množství i četnost vyprazdňování stolice. Zaznamenávejte do chorobopisu.
7. Zjistěte dobu trvání obtíží i stupeň jejich závažnosti.
8. Zkontrolujte léky, které nemocný užívá, s ohledem na jejich vedlejší účinky.
9. U nemocného s inkontinencí stolice zjistěte přítomné patofyziologické faktory (cévní mozková příhoda, kognitivní poruchy...).

- 1. Vysvětlete hodinu, kdy k inkontinenci dochází.
- 2. Vysvětlete funkci análního svěrače.
- 3. Vysvětlete na dodržování pravidelného vyprazdňování stolice tím, že nemocného doprovodíte na WC nebo mu dáte mísu do lůžka.
- 4. Vysvětlete pravidelné schéma pro vyprazdňování stolice pomocí čípků nebo digitální stimulace.
- 5. Napište program činnosti pacienta jeho časovému schématu vyprazdňování stolice.

vyprazdňování moče

- 1. Vysvětlete normální návyky močení.
- 2. Vysvětlete vylučovací návyky nemocného a nabádej nemocného, aby je dodržoval.
- 3. Vysvětlete nemocnému normální polohu při močení.
- 4. Vysvětlete nemocnému soukromí, dostatečný čas na močení.
- 5. Při problematickém močení použijte sensorické stimuly, které mohou nemocnému pomoci k spontánnímu močení.
- 6. Dodržujte časový rozvrh močení, respektuj potřebu nemocného vymočít se, zdržování moče může být příčinou problémů.
- 7. U nemocných upoutaných na lůžko upravte polohu při močení.
- 8. Reguluje příjem tekutin před spaním.
- 9. Podávej diuretika ráno nebo dopoledne.
- 10. Vysvětlete nemocnému nutnost dostatečného příjmu tekutin pro adekvátní tvorbu moče.
- 11. U nemocného s inkontinencí zjistěte, zda si nemocný poruchu uvědomuje.
- 12. Zjistěte přítomné patofyziologické faktory.
- 13. Přimějte nemocného, aby se každé dvě hodiny vymočil, zaznamenejte dobu močení.
- 14. Věnujte pozornost stavu kůže nemocného s ohledem na výskyt erytémů a kožních lézí.
- 15. Zdůrazňujte stále nutnost zvýšené hygienické péče po každém vymočení.
- 16. Provádějte s nemocným cvičení na zvýšení tonusu břišních a pánevních svalů.
- 17. Poskytněte nemocnému s inkontinencí psychickou oporu.

▼ Modelová situace číslo 7/2

Na urologické oddělení byl přijatý 60letý nemocný s diagnózou colica renalis recid. Lékař ESPP aplikoval nemocnému spasmolytikum. Nemocnému byly v minulosti ultrazvukem diagnostikovány močové kameny.

Nyní dostává infuzi s prokainem, má mírné tlakové bolesti v zádech. Pociťuje nucení na močení, nemůže se opakovaně vymočít.

Možné ošetřovatelské diagnózy, vztahující se k problematice vyprazdňování moče:

1. **Retence moče z důvodu**
 - aplikace spasmolytik,
 - deficitu sebepéče v oblasti vyprazdňování.
2. **Bolest z důvodu renální koliky**
3. **Porucha (změna) hybnosti v souvislosti s infuzní terapií**
4. **Porucha soběstačnosti (sebpéče) z důvodu**
 - bolesti při renální kolice,
 - infuzní terapie.

▼ Modelová situace číslo 7/3

Na chirurgickém oddělení leží 55letá pacientka po operaci tlustého střeva s amputací rekta a následnou kolostomií. Je čtvrtý den po operaci, stolice ze střeva odtéká kontinuálně, má řídkou konzistenci, dostala dočasné jednorázové kolostomické zařízení.

Nemocná je úzkostlivá, plačtivá, při péči o stomii bezradná, vadí jí zápach, přítomnost spolupacientek na pokoji. S personálem komunikuje málo, je uzavřená.

Cvičení:

- 1 Jaké faktory ovlivňují vyprazdňování moče a stolice?
- 2 Vysvětlete jednotlivé typy inkontinence, čím se od sebe liší?
- 3 Pokuste se zhodnotit úroveň sebepéče v oblasti vyprazdňování u nemocného v modelové situaci číslo 7/1 na straně 98.
- 4 U modelové situace číslo 7/2 napište k jednotlivým diagnózám ošetřovatelské cíle – očekávané výsledky.
- 5 U modelové situace číslo 7/1 napište možné ošetřovatelské diagnózy vztahující se k problematice vyprazdňování, k jednotlivým ošetřovatelským diagnózám napište očekávané výsledky.
- 6 U modelové situace číslo 7/3 napište možné ošetřovatelské diagnózy aktuální i potenciální.