

چگونگی بررسی بی اختیاری ادرار

مترجم:

مهرانگیز صالحی کسمائی

کارشناس ارشد پرستاری عضو هیئت علمی

دانشکده پرستاری و مامایی رشت

در امتداد اعصاب محیطی به طناب نخاعی و مغز می فرستند. مرکز کنترل دفع ادرار در کورتکس مغز، پیامها را تفسیر کرده و اطلاعات را از طریق طناب نخاعی و اعصاب محیطی به مثانه می فرستد. در صورت تمایل شخص به ادرار کردن، عضله کف لگن پایین می آید، گردن مثانه باز می شود و با انقباض مثانه ادرار خارج می گردد. سپس با بسته شدن گردن مثانه، کف لگن تونیسیت طبیعی خود را بدست می آورد هنگامی که شخص مایل به ادرار کردن نباشد به دلیل فعالیت بیش از حد عصب ناحیه شرمگاهی و عضله مخطط، مجرای پیشابراه بسته شده و حتی با وجود بالا بودن فشار مثانه، پیامهای جلوگیری کننده از کورتکس مغز فرستاده می شود.

سیستم تناسلی - ادراری چگونه کار می کند؟

دیواره مثانه شامل شبکه انبوهی از فیبرهای عضلانی صاف می باشد که از افزایش ناگهانی فشار مثانه که منجر به انقباض و نشت ادرار از مثانه قبل از پر شدن کامل آن می شود جلوگیری می کند و حدود ۵۰۰ سی سی ادرار را در خود جای می دهد. مجرای پیشابراه که بعنوان محل خروجی برای مثانه محسوب می شود شامل دو لایه عضله صاف و یک ناحیه تنگ شده عضلانی است که تحت کنترل ارادی می باشد و بعنوان اسفنکتر خارجی عمل می کند. هنگامی که حجم ادرار در مثانه به 250°C تا 300°C می رسد، گیرنده های کششی دیواره مثانه فعال می شوند و پیام را

رشد باکتری ها را افزایش می دهد. وقتی که کلیترنس ادرار در طول شب بالا می رود شب ادراری افزایش می یابد که این امر در نتیجه دریافت زیاده تر حجم خون توسط کلیه ها به سبب کاهش درخواست اندامهای دیگر می باشد. علی رغم اینکه بسیاری از بیماران مسن در شب برای رفتن به توالت نیاز به کمک بیشتری دارند تعداد کارکنان شیفت شب کم می باشد.

در معاینه فیزیکی، شکم بیمار را بررسی کرده و به هر گونه اتساع (عمومی یا موضعی در ناحیه سوپراپوبیک) توجه گردد. همچنین طناب نخاعی از نظر تغییر شکل بررسی شود که ممکن است نقص نورولوژیک درمان نشده ای را نشان دهد. معاینه مجرای تناسلی و رکتوم از نظر ارزیابی حس قدرت عضلات لگن باید انجام شود. این معاینه فشرده گی و تراک مدفوع و بزرگی پروستات را در مردان نشان خواهد داد.

جهت بررسی عینی، شروع تخلیه روزانه را با ثبت میزان جذب، دفع ادرار، بی اختیاری و دفع روده ای بیش از ۳ تا ۷ بار در روز در نظر بگیرید. ثبت این فرآیند هنگامی که بیمار برنامه یادگیری تخلیه مثانه را تمرین می کند با ارزش خواهد بود. اگر تسهیلات دیگری به بیمار واگذار شده، برای اطمینان از پیشرفت برنامه با آموزش تخلیه مثانه می توان آنها را هم در برنامه درمانی قرار داد. دسته ای از مطالعات تشخیصی که اورودینامیک^۱ نامیده می شود، برای بیمارانی که نشانه های مبهم یا چندگانه، تاریخچه پیچیده پزشکی یا نواقص درمانی پیشین دارند، استفاده می شود.

علاوه بر تغییراتی که در اثر افزایش سن رخ می دهد در اغلب موارد آسیب های نورولوژی و بیماریها علت اصلی نارسایی این مکانیسم ها می باشند. حوادث عروق مغزی، تروما، بیماریهای مثل آلزایمر که روی کورتکس مغز اثر می گذارند ممکن است توانایی بیمار را برای تشخیص زمان مناسب ادرار کردن مختل کنند. پل مغزی واقع در ساقه مغز اعمال مربوط به مثانه و ناحیه خروجی آن را کنترل می کند. هنگامی که پل مغزی آسیب ببیند، ممکن است به به هنگام ادرار کردن، مثانه و مجرای پیشابراه با هم متقبض شوند و وضعیتی که ناهماهنگی عضلات نامیده می شود ایجاد گردد. آسیب طناب نخاعی می تواند از راههای مختلف بسته به سطح آسیب دیده شکستگی لگن یا اعمال جراحی که ممکن است به عصب شرمگاهی صدمه بزند در کنترل عصبی ادرار کردن مداخله کند.

بررسی و شناخت بیمار:

بررسی بی اختیاری ادرار با گرفتن تاریخچه کامل و معاینات فیزیکی شروع می شود از بیمار در ارتباط با نشأت ادرار سؤال می گردد. باید به او اجازه داده شود که مشکل را با زبان خود بازگو نماید و برای بدست آوردن نشانه های مهم و مشکل واقعی به دقت به حرفهای او گوش داده شود. در صورتی که سیستم های بزرگ بدن معاینه می شوند باید از نظر بیماریهای نورولوژی، اندوکرینی، گوارشی، تناسلی، ادراری و مشکلات تولید مثلی که ممکن است مربوط به بی اختیاری باشند بررسی گردند. در مورد توانایی بیمار به دادن اطلاعات و پاسخ به سوالات دقت شود.

به تغییرات مربوط به سن که روی دفع ادرار تأثیر می گذارند توجه شود. در سنین بالا به دلیل تکرر ادرار، مثانه با حجمهای کمتری متقبض می شود. حجم زیاد ادرار باقیمانده در مثانه همراه با تکرر ادرار،

از بین این دو، مشکلات مربوط به نگهداری ادرار عمومیت بیشتری دارد و شامل تمایل شدید، استرس، رفلکس و بی اختیاری عملی ادرار می باشند.

بی اختیاری اضطرابی (بعنوان ناپایداری ایدیوپاتیک عضله دترسور مثانه نامیده می شود) هنگامی بوجود می آید که بیمار برای برطرف کردن مکانیسم اختیار در گردن مثانه، مثانه ای بسیار قوی و منقبض دارد بنابراین قبل از تخلیه مثانه، آگاهی کمی دارد و یا هیچ اختطاری به بیمار نمی دهد. عموماً این مشکل در بیماران سالمند بطور واضح مشخص نمی شود. ابتدا شما ممکن است فرض کنید که این چنین بیماری وقتی نمی تواند مثانه خود را به مدت طولانی مهار کند و تا رسیدن فردی برای کمک خود را خشک نگه دارد، مضطرب و پریشان می شود. این وضعیت برای شما و بیمار کاملاً بی نتیجه است.

به دلیل اینکه بی اختیاری اضطرابی به عنوان یک مشکل در نگهداری ادرار با منشأ سیستم عصبی می باشد، درمان پزشکی در جهت نگهداری ادرار مثانه با کاهش انقباض مثانه توسط داروهای آنتی کلینرژیک اعمال می شود. پاسخ افراد به چنین درمانی متفاوت است با وجود این بعضی از محققین بر این اعتقادند که نوروترانسmitterهای شیمیایی دیگری مسؤول انقباض مثانه هستند. آثار سوء تحریک سیستم پارسمپاتیک در دیگر سیستم ها مشکل بزرگی است که توسط این داروها ایجاد شده و آنها را برای بیماران غیرقابل تحمل می سازد.

رفتار درمانی، بعضی از بیماران را که بی اختیاری اضطرابی دارند در جهت بهبود کنترل مثانه کمک می کند. بنظر می رسد که تغییر سریع در انقباض و استراحت عضلات کف لگن (شبه ورزش های کژل^۲ که برای بی اختیاری استرسی بعداً توضیح داده خواهد

آزمایشات اورودینامیک و چگونگی

تعیین آنها

سیستومتر و گرام (CMG): مثل عمل مثانه را از طریق سنجش ظرفیت - حس - توانایی در جلوگیری از انقباض اندازه گیری می کند. الکترومیوگرام (EMG): فعالیت ارادی اسفنکتر - مخطط اندازه گیری می شود، معمولاً همراه با CMG بکار می رود. اوروفلو (جریان ادرار): میزان جریان ادرار را اندازه گیری می کند. فشار مقطع پیشابراه: فشار مجرای پیشابراه را اندازه می گیرد. مطالعه فشار - جریان: شامل CMG و EMG و اوروفلو می باشد.

بی اختیاری اضطرابی: مشکل مربوط به نگهداری ادرار

بی اختیاری گذرا بصورت کاهش ادرار که یک نشانه موقتی و قابل برگشت است تعریف می شود. بیماران در معرض خطر شامل افراد با کاهش سطح هوشیاری، تغییر در تحرک، یبوست (در نتیجه فشار وارده بر راههای عصبی که مثانه را تحریک می کنند) یا افرادی که داروهای تغییر دهنده الگوهای تخلیه ادراری مانند آرامبخش و دیورتیک مصرف می کنند می باشد. Diappers های ذهنی می توانند در بررسی علل ممکن کمک کنند.

در مرکز مراقبتهای بهداشتی^۱ و راهنماهای تحقیقاتی، بی اختیاری ادرار بعنوان یک وضعیت پایدار و علامتی بصورت تمایل شدید، استرس یا ترکیبی از آن دو، رفلکس، و اورفلو دسته بندی شده است. در تقسیم بندیهای وسیعتر موارد ذکر شده به دو دسته نقص در نگهداری ادرار یا تخلیه ادرار خلاصه می شوند.

1. Agency for health care policy.

2. Kegel excises

شد) برای انتقال فیدبک مهار کننده فوریت در دفع ادرار به طناب نخاعی از طریق عصب شرمگاهی مؤثر می باشد. پس با وجود باز خورد حیاتی^۱ در آموزش این بیماران پیشرفتی حاصل شده است. (باز خورد حیاتی بیان عمومی اعمالی است که اطلاعات بینایی یا شنوایی در باره فعالیت فیزیولوژیکی بیمارانی که بطور معمول آگاهی ندارند را فراهم می کند). این اطلاعات به بیمار در یادگیری تغییر در فعالیت ثبت شده موجود کمک می کند، باز خورد حیاتی به آموزش بالینی خاصی نیاز دارد و معمولاً در بیماران خارج از بیمارستان یا با کمک وسایل آموزشی در منزل انجام می شود.

نوع مخصوص از آموزش مثانه که به عنوان bladder drill شناخته شده است می تواند در ایجاد یک الگوی تخلیه ادرار طبیعی کمک کند. بیمار می آموزد که برای کاهش فوریت در دفع ادرار، از تکنیک انقباض عضله لگن استفاده کند

علل ایجاد کننده بی اختیاری گذرا

- هذیان

- عفونت ادراری

- التهاب آتروفیک واژن و مجرای پیشابراه

- عوامل فارماکولوژیکی (آرام بخش ها،

دیورتیک ها) عوامل آنتی کلینزیک شامل

ضد سایکوزها - ضد افسردگی ها - عوامل ضد

پارکینسون، ضد آریتمی، ضد اسپاسم،

مخدرها، داروهای ضد اسهال، آگونیست های

آلفا-آدرنورسپتور- و آنتاگونیست ها،

بلوکرهای کلسیم - کانل، و ینکریستین.)

- بیماریهای روانی بخصوص افسردگی

- مشکلات اندوکرینی (هیپرگلیسمی،

هیپرکلسمی)

- محدودیت حرکتی

- مدفوع سفت و فشرده

علل بی اختیاری استرسی:

کاهش ادرار که با افزایش فشار شکمی در موارد سرفه کردن، خندیدن یا تغییر وضعیت اتفاق می افتد بعنوان بی اختیاری استرسی طبقه بندی شده است. این بیماران عموماً در وضعیت خوابیده به پشت، ادرار دفع نمی کنند. نشست ادرار در زنان در نتیجه حرکت بیش از حد مجرای پیشابراه به دلیل کافی نبودن حمایت کف لگن ایجاد می شود، زایمان، یائسگی، چاقی یا زورزدن هنگام یبوست می تواند باعث عدم کفایت عضله لگن شود. یکی از انواع مؤثر بی اختیاری استرسی در مردان و زنان در نتیجه ناتوانی در بسته شدن و جلوگیری از ورود و خروج ادرار از قسمت پروکسیمال مجرای پیشابراه می باشد. مقدار ادرار از دست رفته متغیر است. درمان بصورت نگهداری ادرار در مثانه با تقویت مکانیسم ارادی در گردن مثانه و کف لگن صورت می گیرد. اعمال جراحی بسیاری برای بازگرداندن مجرای پیشابراه و گردن مثانه به وضعیت حمایتی آناتومیکی اجرا شده است. در حال حاضر تزریق ماده کلاژن گاوی از طریق آندوسکوپ برای کمک به محافظت کافی از مجرای پیشابراه انجام می شود. گاهی اوقات داروهای سمپاتومیمتیک برای استراحت تونیستیه عضلات گردن مثانه و بخش پروکسیمال مجرای پیشابراه استفاده می شوند. اما این داروها آثار سوء گسترده ای را بر روی سیستمهای دیگر بدن اعمال کرده و می توانند سبب کاهش تحمل آن سیستم ها شوند. اجرای صحیح ورزش های عضله لگن (کژل) موجب می گردد که بسیاری از بیماران بر بی اختیاری استرسی غلبه پیدا کنند. هنگامی که عضلات کف لگن منقبض می شوند، موجب افزایش قدرت و تونیسته عضله شده، بعلاوه در موقع افزایش فشار داخل شکم از گردن مثانه حمایت می کنند.

اسکلروزیس، ضایعات و بیماریهای طناب نخاعی و گروهی از بیماریهای دیگر که هدایت عصبی را تغییر می دهند دیده شود.

انسداد در گردن مثانه یا مجرای پیشابراه همچنین می تواند منجر به نشت ادرار ناشی از لبریز شدن ادرار با پیشرفت احتباس گردد. هیپرتروفی پروستات یک علت عمومی انسداد و احتباس ادرار در مردان مسن می باشد و در صورتیکه وضعیت بیمار اجازه دهد رفع انسداد از طریق جراحی در بیماران علامتی یک درمان انتخابی محسوب می شود. در موارد پیشرفته بزرگ شدن خوش خیم پروستات، انقباضات ناپایدار مثانه (چنانکه در بی اختیاری اضطرابی گفته شده است) به مشکل اضافه می شود و ممکن است پس از برداشتن پروستات هم مشکلات بیشتری را ایجاد کند. درمان بی اختیاری ناشی از لبریز شدن ادرار باید با جلوگیری از اتساع شدید و آسیب احتمالی وارده به کلیه ها انجام گیرد.

موقعی که این وضعیت بیشتر در اثر عصب گیری ضعیف مثانه ایجاد شده باشد، خالی کردن مثانه می تواند از طریق کاتترایزسیون متناوب تمیز و افزودن داروهای بالا برنده انقباض ایجاد شود.

انتخاب یک وسیله حفاظتی:

بیماران بی اختیار در یک وضعیت ترس دائمی از آلوده کردن خود و لباس، تختخواب و وسایلشان زندگی می کنند. اعمال پیشگیری کننده می تواند در کاهش دادن این ترس کمک کند. هنگامی که لباس یا وسیله ای را برای جمع آوری یا منحرف کردن ادرار انتخاب می کنید، سطح فعالیت، مقدار کاهش ادرار اندازه بدنی (جثه) بیمار را در نظر داشته باشید. در صورتیکه بیمار تمایل دارد لباس یا وسایل شخصی خود را تغییر دهد، داشتن مهارت فردی و آگاهی و

بررسی و کنترل استفاده صحیح از عضله کاملاً ضروریست، بطوریکه بسیاری از بیماران بجای عضلات کف لگن، عضلات رانها، سرین ها و شکم را می فشارند. معاینه مجرای واژن یا مقعد می تواند برای تأیید اینکه بیمار اطراف انگشت معاینه کننده را فشار می دهد (زورزند) لازم باشد، بنابراین تمرین را بطور صحیح اجرا می کند.

بی اختیاری ترکیبی^۱ مربوط به اختلال در نگهداری ادرار همراه با مشکلات استرسی و فوریتی در دفع ادرار می باشد.

بی اختیاری رفلکسی در نتیجه آسیب ها یا بیماریهای طناب نخاعی ایجاد می شود بطوریکه در بی اختیاری اضطرابی نشت ادرار به دلیل انقباض ناپایدار مثانه بدون وجود هیچ احساسی برای دفع ایجاد می شود.

بی اختیاری عملی به مشکل ذخیره ادرار به دلیل وجود موانع فیزیکی یا محیطی برای دفع طبیعی یا فرایند شناختی نامناسب از اطلاعات مورد نیاز برای دفع مناسب اشاره می کند که هر دوی این موارد در فقدان پاتوفیزیولوژی واقعی سیستم تناسلی ادراری نقش دارند. بررسی دقیق تاریخچه پزشکی بیمار و پرسیدن سوالات بسیار ساده در باره چگونگی پاسخ او در نیاز به ادرار کردن می تواند محدودیتهای روانی یا جسمی را آشکار سازد، هنگامی که مشکل شناسایی شد با یک متخصص بیماریهای جسمی یا شغلی راجع به تغییر محیط بیمار برای سازش یافتن با نیازهای دفع مشاوره گردد.

بی اختیاری ناشی از لبریز شدن ادرار نشانه احتباس و تخلیه ناکافی ادرار می باشد. مثانه پر می شود اما پیام تخلیه ادرار وجود ندارد و یا ناکافی است، پر شدن مثانه ادامه می یابد تا موقعی که فشار کافی ادرار باعث از بین بردن مکانیسم اختیار و در نتیجه منجر به نشت ادرار می شود. ممکن است در اثر انقباضات غیر مؤثر مثانه ایجاد شده و یا عموماً همراه با دیابت، مولتیپل

شناخت کافی از موارد مهمی هستند که باید در نظر گرفته شوند.

بریفز^۱ (لباس مخصوص بزرگسالان) حجم زیادی از ادرار از دست رفته را نگهداری می کند و برای جلوگیری از جاری شدن ادرار در اطراف پاها آن را در طرفین جمع می کند. اگر چه گنجایش این لباسها طوری است که جهت نگهداری آنها در مکانی برای مدت طولانی تعبیه شده، اما تغییرات منظم و بررسیهای پوستی برای پیشگیری از عفونتهای پوستی و قارچی ضرورت دارد. این لباسها به اندازه های بزرگ و گرم تهیه شده اند و ممکن است هنگام پوشیدن ناراحتی و گرفتاری ایجاد کنند.

لباسهای زیر جزو اولین تولیدات جهت بی اختیاری ادرار بودند که در حد گسترده ای راجع به آنها آگاهی داده شد. این لباسها به صورت پدهای بزرگ بودند که سراسر پرنه را می پوشانند و به کمک کمربندهای پلاستیکی با دگمه بسته شده و به اطراف لگن متصل می شدند و محافظت مناسبی را فراهم می کردند.

لاینرز^۲ یکی از انواع پدهایی هستند که با لباس زیر یا شلوارهای مخصوص پوشیده می شوند. آنها از نظر شکل، اندازه و میزان جذب تفاوت دارند. این پدها معمولاً موجب سبک کردن ادرار از دست رفته می شوند. سیستم های پد و زیرشلواری، لباس زیر مورد استفاده مجدد را با آستر دوزی قابل مصرف تهیه کرده که برای قرار گرفتن درون جیب مناسب هستند. آنها به دقت مانند یک زیرشلواری مخصوص بزرگسالان عمل می کنند و معمولاً برای نشن ادرار کم تا متوسط مفید هستند. آنها انتخاب خوبی برای بیماران سرپایی می باشند که محافظت از خودشان را به بی توجهی ترجیح می دهند.

جمع کننده های قطرات ادرار^۳ محصولات قابل مصرف خصوصاً برای مردانی که حجم ادرار از دست رفته کمی دارند (معمولاً تا ۱۵۰ سی سی) می باشند و باید در قسمت جلوی زیرشلواری کشفافت پوشیده

شوند. آلت تناسلی باید درون جمع کننده راحت باشد. کاتترهای خارجی (کاندوم) انتخاب مفید برای مردانی هستند که مشکلات مداوم یا غیرقابل پیش بینی نشن ادرار دارند. با ساخت هر کدام از انواع پلاستیکی یا سیلیکونی و با خاصیت چسبندگی و استفاده از یک تسمه کوچک یا حلقه قابل باد کردن (که به کیسه جمع کننده ادرار متصل شده) از تمام طول آلت تناسلی محافظت شده است. انتخاب اندازه مناسب برای هر فرد کاملاً ضروری است. برای برداشتن موهای اطراف آلت باید با دقت شیو انجام گیرد. (در صورت استفاده از وسیله چسبندگی به آلت) و کاتتر را در مکان مناسب که دورتر از ناحیه توصیه شده قرار داد.

برای بیمارانی که آلت بسیار کوچک یا جمع شده ای دارند جهت مطابقت دادن با کاتتر خارجی، یک کیسه می تواند برای سراسر طول آلت مناسب باشد و از پوست پرنه اطراف آلت محافظت کند. این وسایل می توانند به عنوان یک وسیله ارتباط دهنده ادراری استفاده یا خریداری شوند. در صورتیکه به کیسه ادراری کنار تخت متصل شوند، کیسه باید مرتباً خالی شود. هنوز هم بسیاری از ارولوزیست ها به کلمپ های مخصوص بی اختیاری (وسایلی که با فشردن خارجی پیشابراه از نشن ادرار جلوگیری می کنند) معتقدند. جهت جلوگیری از بروز ایسکمی در بافت آلت، باید مرتباً (روزی ۳ بار) کلمپ را آزاد کرد.

یک وسیله خارجی با ارزش برای زنان هم وجود دارد اما کاربرد آن نیاز به دستورات دقیق و مخصوصی جهت استفاده صحیح دارد. با وجود این، بسیاری از بیماران سرپایی دارای مهارت و دانش بالا، بطور مؤثری از آن استفاده می کنند. قرار دادن کاتتر در مجرای ادراری را باید به عنوان آخرین راه چاره در نظر

1. Briefs.
2. Liners.
3. Drip collectors.

باکتری، خطر آسیب پوستی وجود دارد. (بی اختیاری زخمهای فشاری ایجاد نمی کند اما خطر آسیب پوستی را فراهم می کند) منتظر وقوع اریتم یا قرمزی در پرینه یا اطراف پرینه که اغلب اولین علامت درماتیت تحریکی است باشید.

پوسته ریزی یا عضلات برجسته یا وزیکولهای چرکی پیرامون ناحیه اریتم، تفاوت بین عفونت قارچی از درماتیت تحریکی ساده را مشخص می کند.

برای پیشگیری از عفونت، مرتباً اطراف پوست با صابون ملایم یا شوینده های پوست تمیز شود و از لباسهای نرم استفاده گردد. کرم، پماد یا پودر تجویز شده ضدقارچ را فراهم کرده و لباسهایی را که اغلب آغشته به ادرار می شوند عوض گردد. ممکن است برای محافظت از تشک، پدها ضروری باشند، اما بخاطر بسیاری که آنها می توانند در زیر بیمار گلوله شوند و باخیس کردن رطوبت زیر پوست، روی برجستگیهای استخوانی فشار وارد کنند. یک پماد مانع رطوبت در جلوگیری و درمان درماتیت تحریکی نقش مهمی دارد.

صفحه های محافظت کننده پوست در مقابل رطوبت ناشی از ادرار ممکن است استفاده گردد اما بسیاری از آنها الکل داشته و منجر به سوختن پوست برهنه می شوند. محصول جدید بدون الکل محافظ پوست به نام 3M NO-STING تغییراتی را در این پدیده ایجاد کرده است.

در هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به بی اختیاری، کنترل بو، یکی از موارد مهم است که باید در نظر گرفته شود. عموماً بوی شدید ادرار ناشی از ادرار غلیظ شده یا ادرار حاوی باکتری می باشد، با تمیز نگهداشتن بیماران و برقراری هیدراتاسیون کافی و بررسی دقیق ادرار از نظر باکتری، بوهای ناخواسته رفع خواهند شد.

منبع:

Thager, Debra. "How to assess and control urinary Incontinence". AJN. October 1994. PP: 42-47.

گرفت، زیرا که سبب بروز مشکلات زیادی می گردد که عفونت مجرای ادراری وخیم ترین آنهاست. عوارض و گرفتاریهای دیگری که همراه با آن دیده می شوند، درد، سپتی سمی، سنگهای ادراری، التهاب پیشابراه، التهاب اپیدیدیم، تحلیل رفتن بافت پیشابراه، نارسایی و عفونت کلیه و سرطان مثانه می باشند.

نکات مهم برای درمان بی اختیاری ادرار:

مشکل واقعی مؤسسات مراقبت کننده و مراکز درمانی این است که بسیاری از فعالیتهای روتین مثل درآوردن لباس زیر، استفاده مکرر از پدها و وابستگی به لگن و ظروف ادرار می تواند رفلکس های دفع ادرار را از بین ببرد، جدول زمانی دفع، جهت حل این مشکل کمک کننده است.

افراد مسن ممکن است بهنگام رفتن به دستشویی دچار سقوط شوند. صندلیهای کمدهار قابل دسترس، با کم کردن فاصله، خطر افتادن را برای بیمارانی که باید مسیری را طی کنند، کاهش می دهد.

این صندلیها باید طوری طراحی شوند که امن و محکم باشند، ترمزهای محافظتی داشته و برای استفاده کننده راحت و جهت بیماران چاق گنجایش کافی را دارا باشند. مناسب ترین ارتفاع این صندلی، ۱۶ تا ۱۷ اینچ همراه با جای گذاردن دست که ۱۰ اینچ بالای صندلی قرار دارد می باشد. هنگامی که کمدهار مخصوص ادرار کنار بیمار قرار داده می شود، محدودیتهای حسی وی را در نظر بگیرید. آیا او می تواند ببیند و یا کدام طرف کمدهار را بهتر می تواند بگیرد. در این صورت در مورد محل گذاردن کمدهار مخصوص ادرار مطمئن شوید، در صورتیکه باید از لگن یا ظرف ادرار استفاده شود، از آسیبهای پوستی که در اثر نگه داشتن ظرف ادرار یا قرار دادن نامناسب یا طولانی لگن ایجاد می شود آگاه باشید.

در بیماران بی اختیار به دلیل تحریک مستقیم ادرار و رشد بیش از حد قارچها بخصوص کاندیدا آلبیکانس و