

# ИНДИВИДУАЛЕН ЗДРАВЕН ПЛАН ЕНКОПРЕЗА

## 1. Въведение

Енкопрезата е фекална инконтиненция след възраст, на която децата могат да контролират тазовите си резервоари (най-често е 4-годишна). Бива първична (не е имало фекална континенция) и вторична (имало е фекална континенция). Характеризира се с повторно изпускане на фекални маси на неподходящи места, например върху дрехи. Най-често е неволеви акт, но в редки случаи може да е и волеви (Tabbers et al., 2014).

## 2. Патофизиология

Енкопрезата е най-често неволеви акт и се характеризира с констипация и задръжка на изпражнения. Пациентите най-често имат данни за констипация или отделяне на обемни изпражнения и/или на болезнени движения на червата. Всичко това може да доведе до липса на желание за пълно изпразване на гастро-интестиналния тракт. Фекалните маси се трупат, което води до деформация на дебелото черво. При неговото раздуване течни фекални маси от тънкото черво заобикалят твърдите, които с течение на времето се увеличават по количество. Обикновено в момента на инцидента детето не усеща позив на дефекация. Тъй като правото черво е почти винаги пълно, нервните окончания са постоянно стимулирани, но детето се научава да игнорира позивите. В резултат на хроничното раздуване и разтягане на дебелото черво (мегаколон), гладката мускулатура и нервните окончания се увреждат. Усещането за предстоящ позив е нарушено и объркано, което води до фекално замърсяване или енкопреза (Coehlo, 2011). Това, което започва като волева задръжка на фекални маси, прогресира до намалена нужда за дефекация в резултат на чревно дилатиране и намалено усещане за пълно право черво.

Северноамериканското общество за детска гастроентерология, хепатология и хранене (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition [NASPGHAN]) и Европейското общество за детска гастроентерология, хепатология и хранене (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition [ESPGHAN]) съветват да се използват диагностичните критерии Рим III като стандарт за диагноза на функционална констипация. При деца на възраст  $\geq 4$  години трябва да са налични  $\geq 2$  критерия (Tabbers et al., 2014):

- (1)  $\leq 2$  изхождания/седмица;
- (2) поне 1 епизод на фекална инконтиненция седмично;
- (3) история за задържащи маневри или на волево задържане на позивите за дефекация;
- (4) история за болезнена/трудна дефекация;
- (5) наличие на големи фекални маси в правото черво;

(6) наличие на обемни изпражнения, които могат да запушат тоалетната.

Понякога енкопрезата е волева - в този случай пациентът не се оплаква от запек. Чревните изхождания са с нормална форма и консистенция, а фекалната контаминация е преходна. Преди се е смятало, че този рядък вид енкопреза е симптом на емоционална нестабилност и е израз на импулсивната реакция към подсъзнателен гняв. Диференциалната диагноза включва тормоз, депресия, аутизъм или синдром на дефицит на вниманието (Futura et al., 2012; Niemczyk, Equit, Hoffmann & von Gontard, 2015; Anderson et al., 2014).

Петото издание на Диагностичния и статистическия наръчник за психически разстройства (Американска психиатрична асоциация [АПА], 2013) асоциира този вид неретенционна енкопрезия с евентуалното наличие на опозиционно предизвикателно разстройство и поведенчески разстройства, при които децата изразяват своя гняв или недоволство по този начин. В последно време медицинските специалисти не считат енкопрезата за психиатричен проблем (Colombo, Wasson & Rosen, 2015).

Усложненията при енкопреза включват анални фисури в резултат на преминаването на обемни, твърди, оформени фекални маси, уринарна инконтиненция и инфекция на пикочния мехур поради натиска от пълното и уголемено дебело черво, което възпрепятства пълното му изпразване (Colombo et al., 2015). Психологичните последици са резултат от ниското самочувствие във връзка с унижението от здравословния проблем и реакцията на връстниците и членовете на семейството към него. Често пациентите се изолират от околните (Coeelho, 2011).

### **3. Подход**

Най-често лечението на енкопреза се състои от три фази: прочистване, поддържащ етап и проследяване. От голямо значение е обучението във връзка със заболяването. Изясняване на пациента и на семейството механизъмът на констипацията и на инконтиненцията помага в премахване на чувството на вина и в печелене на доверието им. Освен семинари на живо, близките може да използват различни източници на информация от интернет пространството (Ritterband et al., 2013).

#### **3.1 Прочистване**

Цели се изпразване на гастро-интестиналния тракт. Фазата включва тридневен режим - клизма (ден 1), ректални свещички (ден 2) и лаксативи (ден 3), който се повтаря четири пъти. Детето може да бъде хоспитализирано ако: енкопрезата е тежка степен, в домашни условия не се следва изготвения лечебен план или когато семейството не желае да направи клизмата (Colombo et al., 2015).

#### **3.2 Поддържаща фаза**

Целта е пациентът да е с редовни меки изпражнения, да подобри усещането към позивите за дефекация и да се премахне инконтиненцията. Включва прием на медикаменти, поведенческо обучение и хранителен режим (Tabbers et al., 2014). Омекотители на изпражненията (като минерални масла) често се комбинират с лаксативи или се използват вместо тях. Полиетилен гликол 3350 (Miralax) е лаксатив, който е подходящ за пациенти с енкопреза (Chen et al., 2014). Той е без вкус и без мирис, а в прахообразна форма може да се приема с течности, без да променя вкуса им.

Поведенческото обучение включва водене на дневник за навици в тоалетната, изграждане на тоалетни навици, окуражаване на постигнатия прогрес и евентуално - назначаване на болногледач, който помага в спазване на тоалетните хигиенни навици (Freeman, Riley, Duke & Fu, 2014). Дневникът включва информация за дефекацията - часа, количеството и мястото, както и честотата на епизодите на инконтиненция. Има ефект от терапията ако броя на изхожданията е 1-2 пъти дневно и липсва инконтиненция. Лечението не води до подобрене при дефекация по-малко от веднъж на 3 дни и/или при увеличена честота на епизодите на инконтиненция. Дневникът помага в определяне на коя част от деня пациентът ще има успех при използване на тоалетната (Tabbers et al., 2014).

Тоалетната трябва да се използва всеки път да е по едно и също време - най-често след хранене и преди лягане, за 5-10 минути. Консумацията на храна активира гастроколичния рефлекс, което стимулира освобождаване на дебелото черво и на ректума от съдържимото им. От полза е използването на таймер. Трябва да се информира пациентът относно позата, която да заема при използване на тоалетната - горната част на тялото е леко наклонена към бедрата, а ходилата са върху столче за тоалетна (Tabbers et al., 2014). През това време детето може да се разсейва с помощта на развлекателно четиво, слушане на музика или с друго занимание. Пациентът трябва да бъде окуражаван при спазване на лечебния план, болногледачите - да се отнасят с разбиране към темпото на пациента. Във всички случаи се избягва прилагането на наказание и унижаването на детето. При епизод на инконтиненция, почистването трябва да се извършва като всяка стандартна процедура. В хранителния режим са включени богати на фибри продукти, които се консумират ежедневно. Американската кардиологична асоциация (American Heart Association - АНА) и Съветът по храна и хранене към Медицинския институт препоръчват прием от 25 грама фибри дневно при деца на възраст 4-8 години (American Heart Association, 2015).

Възраст (години)	Фибри (гр)
1-3	19
4-8	25
9-13	♀ - 26

	♂ - 31
14-18	♀ - 26 ♂ - 38

В момента има малко данни, които подкрепят прием на фибри, по-висок от препоръчания от АНА (Tabbers et al., 2014; Colombo et al., 2015). Много деца и родители трудно определят кои храни какво количество фибри съдържат (Таблица №1). Богати на фибри са мъфини с трици, пълнозърнести хлябове, зърнени закуски, кафява захар, кафяв ориз, сурови/сготвени зеленчуци, сушени плодове като стафиди и сливи, сурови плодове (особено богатите на семена или с кора), варива (боб), пуканки, ядки, семена и богати на фибри барчета. Фибрите водят до задръжка на течности, което води до омекване на изпражненията и увеличаване на обема им, което улеснява хода им в гастроинтестиналния тракт.

**Таблица №1. Таблица с богати на фибри хранителни продукти (изготвена спрямо Националната база данни за стандартна справка на хранителни продукти към Американския отдел по агрикултура, 28.09.2015)**

Хранителен продукт	Големина на порцията	Количество фибри (гр)
Мъфин с пшенични трици и стафиди	1 мъфин	2.8
Хляб (пълнозърнест/със смес от семена/със 7 вида семена)	1 филия (26 грама)	1.7
Хляб с овесени трици	1 филия (31 грама)	1.4
Готвени овесени ядки за бързо/нормално приготвяне	1 чаша	4.0
Инстантни овесени ядки "Quaker"	1 пакет (50 грама)	4.0
Зърнена закуска "Cheerios", General Mills	1 чаша (31 грама)	2.7
Зърнена закуска "100% Bran", Post	1/3 чаша (28 грама)	8.3
Зърнена закуска "Fiber One", General Mills	1/2 чаша (31 грама)	14.4
Зърнена закуска "Froster Mini Wheats", Kellogg's	1 чаша (54 грама)	5.8
Сготвен дългозърнест кафяв ориз	1/2 чаша	2.0
Ръжени крекери	3 броя крекери	5.7
Пълнозърнести крекери	14 грама (~3.5 крекери)	1.5
Броколи	1/2 чаша	2.0
Брюкселско зеле	1/2 чаша	2.0

Накълцан и сварен алабаш	1 чаша	5.3
Сварен зелен грах	1 чаша	8.8
Варена прясна жълта царевица	1 чаша	4.6
Пюре от варен сладък картоф	средна порция	3.0
Необелена сурова ябълка	половин ябълка	3.0
Сурови боровинки	1 чаша	4.0
Малини	½ чаша	4.0
Сливи	½ чаша	6.0
Сушени кайсии	½ чаша	9.5
Сушени смокини	1 смокиня	2.3
Сурови портокали	половин портокал	3.0
Сурови круши	половин круша	4.0
Стафиди	¼ чаша	2.0
Сурови ягоди	1 чаша	3.3
Сготвен боб от консерва	½ чаша	7.0
Нахут от консерва	½ чаша	5.3
Фасул от консерва	½ чаша	6.0
Пържен боб Пинто от консерва	½ чаша	8.0
Пуканки	28 грама (3.5 чаши)	4.3
Печени слънчогледови семена	½ чаша	7.5
Печени фъстъци	½ чаша	6.0
Орехи	28 грама (14 половинки)	1.9
Крекери "Kashi" със 7 вида семена	15 крекера	2.7

Пациентите трябва да приемат достатъчно количество течности, за да се намали риска от рецидив на констипация. Единствено това няма да промени честотата на изхожданията или тяхната консистенция (Colombo et al., 2015). В училище трябва да се осигури възможност за чест прием на вода. Соковете, които са богати на сорбитол (от сливи/круша/ябълка), увеличават течната компонента на изпражненията.

### 3.3 Проследяване

Необходим е дълъг период от време, за да се нормализира дефекацията. Няма как терапията на моменти да е без успех. Като цяло са

нужни около 1-2 месеца от редовно проведено лечение преди да има видим резултат от него (Colombo et al., 2015). През това време трябва да има чести контролни прегледи, за да се проследява прогреса, както и да се установят пречките в спазването на терапевтичния режим. След като се утвърди поддържащото лечение, посещенията са на по-големи интервали от време. Рецидив се наблюдава ако: не се спазва хранителния режим, прекъсната е рутината на детето (празници, почивка) или има заболяване със засягане на гастро-интестиналната система. Ако случаят е по-сложен, препоръчително е насочване на детето към детски психолог с цел постигане на по-дълготрайни резултати.

По време на всички етапи - разпознаване на симптомите, поставяне на диагнозата и лечението, медицинската сестра е връзката между семейството, здравните специалисти и училищния колектив. Изготвянето и използването на Индивидуален здравен улеснява посещенията на училище по време на трите фази от лечението (Garman & Ficca, 2012; Mosca & Schatz, 2013).

#### **4. Индивидуален здравен план**

Медицинската сестра е длъжна да състави Индивидуален здравен план и План при спешен случай за учениците, които имат нужда от такъв. Индивидуалният здравен план се изготвя със съдействието на пациента, семейството му и други медицински лица. Целта е да осигури подходяща учебна среда. Освен медицинската сестра, достъп до протоколите има и училищният персонал (National Association of School Nurses [NASN], 2015).

##### **4.1 Сестрински преглед**

###### **История на заболяването:**

- Обучение за хигиенни навици в тоалетната: възраст, на която е започнато; използвани техники; лица, които са помагали в подготовката; възраст, на която детето може да контролира тазовите си резервоари;
- Модел на чревните движения от началото на обучението: честота на дефекацията, консистенция и обем на изпражненията; данни за констипация в миналото; подход при емоционален дистрес по време на дефекация; кръв в изпражненията; неправилна позиция на тялото при дефекация;
- Модел на чревните движения от появата на инконтиненция: данни за констипация преди това; време на поява и честота на инконтиненцията, обем на изпражненията, обстоятелства около епизодите (част от деня, извършвана дейност по време на инконтиненцията или такива, които я влошават);
- Хранителен режим: най-често консумирани храните; средно количеството приети фибри и течности; апетит; скорошна промяна в телото (увеличаване/намаление); отказ от храна;

- Разбирания и чувствата на детето относно причината за инконтиненцията.

#### **Анамнеза:**

- Екипът от специалисти, ангажиран с пациента, както и посещаваните лечебни заведения;
- Диагностичен/лечебен план: прегледи и извършени изследвания, нареждания и препоръки на медицинските специалисти;
- Медикаменти: дозировка и режим на прием на редовната терапия и на тази, която се приема при нужда;
- Хранителен режим: количеството приети фибри през последните 24 часа (плодове, зеленчуци и пълнозърнести храни) и препоръчителният дневен прием;
- Прием на течности: консумираното количество и препоръчителният дневен прием.
- Гастроинтестинални оплаквания: гадене, повръщане, коремна болка или дискомфорт, флатуленция;
- Фекални маси: последно посещение на тоалетната (в коя част на деня, консистенция, цвят, количество, чувство на болка или напрежение, наличие на кръв) и позиция на тялото при дефекация;
- Възможност за волева контракция на сфинктерните мускули след приключване на пречистваща фаза, изготвяне и спазване на лечебния план и реакцията на детето към позивите за дефекация.
- Физическа активност: ежедневно количество и вид на упражненията.

#### **Съзнание на пациента за заболяването:**

- Знания относно енкопрезата;
- Избор от думи при описание на дефекацията и на уринирането;
- Нужда от помощ при почистване след инконтиненция;
- Възможност за самостоятелно ползване на училищните тоалетни (психомоторна координация, чувство на комфорт и притеснения);
- Готовност да спре игра в междучасието, за да отиде до тоалетната; достатъчно свободно време след края на учебните занятия за използване на тоалетната, преди да се качи в училищния автобус;
- Готовност да помоли преподавателя, за да посети тоалетната.

#### **Психо-социален и културен аспект:**

- Физическо, умствено, социално и емоционално развитие; поведение;
- Отношение към здравословното състояние и настроение, в което е най-често детето;
- Връзка с връстниците и данни за тормоз от тяхна страна;
- Участие в извънучилищни дейности;
- Връзка с роднините и данни за семейни проблеми;
- Типичен учебен ден и състоянието на пациента вкъщи след това;
- Липса на желание да посещава училище;
- Типичен почивен ден от училище;
- Вярвания и обичаи - културни и религиозни.

### **Учебни занятия:**

- Брой пропуснати учебни дни по време на настоящата академична година и причината за това:
  - среден брой пропуснати учебни дни във връзка с инконтиненция и медицински консултации;
  - честота на посещенията в тоалетната в рамките на учебния ден.
- Нужда от допълнителни медицински услуги в училищно време;
- Поведение в час: проблемно поведение, изолиране от околните, позиция на тялото за отлагане на дефекацията (“стискане”, заставане в ъгъла на стаята, опъване на краката, зачервяване на лицето, шаване, “обикаляне”, люлеене на стола), връзка със съучениците, тормоз от другите деца;
- Нужда от адаптации в училищната среда, за да се осигури: увеличен прием на течности, хранителни продукти, богати на фибри, достъп до тоалетните на преподавателите, разрешение за често използване на санитарните помещения, промяна в на часа на обедната почивка;
- Нуждата от изготвяне или преразглеждане на стар Индивидуален здравен план и на План за деца със специални нужди.

## **4.2 Сестринска диагноза (СД) (Herdman & Kamitsuru [Eds.], 2014)**

### **СД 1. Чревна инконтиненция поради:**

- фактори на околната среда (липсва достъп до тоалетна);
- непълно изпразване на червото;
- обструкция на червото;
- вредни хранителни навици;
- трудности при извършване на тоалетните хигиенни навици.

### **СД 2. Констипация поради:**

- скорошна промяна във факторите на околната среда;
- непостоянни дефекационни навици - игнорират се позивите на дефекация;
- по-ниска средна физическа активност в сравнение с препоръчителната за дадения пол и възраст;
- неадекватни тоалетни навици (навременност/своевременност, поза на тялото, липса на спокойна среда);
- лоши хранителни навици или промяна в консумираните храни;
- недостатъчен прием на фибри;
- недостатъчен прием на течности.

### **СД 3. Лоши навици при къпане поради:**

- понижена или липсваща мотивация;
- тревожно разстройство;
- промяна в когнитивните умения или нарушение във възприятията;
- болка;
- препятствия от околната среда.

### **СД 4. Лоши тоалетни навици поради:**

- препятствия от околната среда;
- понижена или липсваща мотивация;

- тревожно разстройство;
- болка или дискомфорт;
- промяна в когнитивните умения или нарушение във възприятията.

#### **СД 5. Ситуационно ниско самочувствие поради:**

- растежа и развитието на детето;
- изкривено виждане за тялото си;
- функционално нарушение (инконтиненция);
- провал в лечението.

#### **СД 6. Риск от ситуационно ниско самочувствие поради:**

- растежа и развитието на детето;
- изкривено виждане за тялото си;
- функционално нарушение (инконтиненция);
- провал в лечението.

#### **СД 7. Нарушено социално взаимодействие поради:**

- препятствия от околната среда;
- ниска самооценка.

#### **4.3 Сестрински процедури:**

- Уговори среща с родителите/настойниците, за да оцени разбиранията им за заболяването на детето и да получи информация относно изписаните медикаменти (СД 1, 2);
- Изготви график за използване на тоалетната. След всяка обедна почивка и при необходимост - преди началото на учебните занятия, детето отива в тоалетната на лекарския кабинет (СД 1, 2, 4);
- Обучи пациента в използване на тоалетната с правилна позиция на тялото. Упражнява се натиск чрез издишане в торбичка докато пациентът е върху тоалетната чиния, с крака поставени върху столче за тоалетна (СД 1, 2, 4);
- Проследява за признаци и симптоми на констипация (СД 1, 2);
- Проследява за вида на фекалните маси с помощта на дневник (СД 1, 2);
- Увеличи количеството фибри в предпочитаните хранителни продукти. Обучи пациента относно богатите на фибри продукти (СД 1, 2);
- Осигури достатъчно количество сапун, кърпи и мокри кърпички в частни тоалетни помещения. В тях се пази и резервен комплект от дрехи (СД 3);
- Осигури се достатъчно количество течности в учебното време (СД 2);
- Окуражава пациента да е самостоятелен в тоалетните хигиенни навици (СД 3, 4);
- Окуражава пациента да поема инициатива при вземане на решение в трудни ситуации (СД 5, 6, 7);
- Окуражава пациента да е активен в извънкласни дейности (СД 5, 6, 7).

#### **4.4 Очаквани резултати от страна на ученика**

*За да може резултатите да са сравними, към всяка точка добавете:*

*-броят дни от седмицата*

*или*

*-какъв процент от времето през даден ден*

*или*

*- специфична дата.*

- Спазва изготвения график за използване на тоалетните (СД 1);
- Разпознава позивите за дефекация и реагира на тях навреме (СД 1, 2);
- Евакуира чревното съдържимо поне веднъж на 2 дни (СД 1, 2);
- При всяко хранене в училище пие по 2 чаши от 540 мл вода (СД 2);
- Поне едно хранене в училище включва богат на фибри продукт (СД 2);
- Редовно попълва дневник за тоалетните навици (СД 1, 2);
- Използва независимо тоалетните помещения (СД 3, 4);
- В учебно време няма епизоди на инконтиненция (СД 1, 3-6);
- При използване на тоалетната застава в подходяща поза на тялото (СД 3, 4);
- Измива си ръцете всеки път след използване на тоалетната (СД 3, 4);
- Взима участие в подходящи за възрастта си извънучебни дейности (СД 5, 6, 7).

## 5. Встъпителен индивидуален здравен план

Ако дете с енкопреза започне учебните си занятия за първи път или ги възобнови след прекаран здравословен инцидент, медицинската сестра трябва да го разпита обстойно. Целта на този план е да:

- предостави основни точки, по които да се разпита ученикът;
- се постави точна диагноза;
- се извършат необходимите сестрински процедури;
- се дадат необходимите съвети на ученика.

### Встъпителен индивидуален здравен план

Три имена: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Дата на раждане: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Родители/Настойници: \_\_\_\_\_

Училище: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_

Личен лекар: \_\_\_\_\_ МКБ: \_\_\_\_\_

Индивидуален здравен план (дата) \_\_\_\_\_

План за деца със специални нужди (дата) \_\_\_\_\_

План при спешен случай (дата) \_\_\_\_\_

#### Диагноза:

Енкопреза.

#### Сестрински преглед :

- Поне 2-3 епизода/седмица на инконтиненция в учебно време.
- История за  $\geq 4$  дни без дефекация.
- История за диета, бедна на фибри или без такива.

История за болка или дискомфорт по време на дефекация.

Други: \_\_\_\_\_

**Сестринска диагноза:**

Чревна инконтиненция.

Констипация.

Лоши тоалетни навици.

Други: \_\_\_\_\_

**Сестрински процедури:**

Изготви график за използване на тоалетната. След всяка обедна почивка и при необходимост - преди началото на учебните занятия, детето отива в тоалетната на лекарския кабинет.

Пациентът има разрешение да използва тоалетната всеки път когато има нужда.

Проследява за вида на фекалните маси с помощта на дневник.

Увеличи количеството фибри в предпочитаните хранителни продукти. Обучи пациента относно богатите на фибри продукти.

Окуражава пациента да е самостоятелен в тоалетните хигиенни навици.

Осигури се достатъчно количество течности по време на учебното време.

Други: \_\_\_\_\_

**Очаквани резултати от страна на ученика:**

Евакуира чревното съдържимо поне веднъж на 2 дни и е потвърдено от медицинската сестра от дневника.

В учебно време няма епизоди на инконтиненция.

Поне едно хранене в училище включва богат на фибри продукт, който е одобрен от член на персонала на столовата.

По време на всяко хранене в училище пие по 2 чаши от 540 мл вода и това е одобрено от член от персонала на столовата.

Осигури се достатъчно количество сапун, кърпи и мокри кърпички в тоалетните помещения. Всичко това е проверено от медицинската сестра.

Други: \_\_\_\_\_

Планът е подготвен от: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## 6. Клиничен случай

11-годишният Даниел е ученик в 6-ти клас, който тази година се е преместил в ново училище за основно образование. Тази есен преподавателят му по математика няколко пъти го е насочил към медицинския кабинет във връзка с фекална, зловонна миризма. Останалите ученици се подиграват на детето и се оплакват на учителя във връзка с миризмата. При всяко посещение на кабинета, главата на момчето е наклонена надолу и погледът му е насочен към пода. Говорейки с мек тон и равна интонация, то не може да даде обяснение - казва, че не може да се контролира.

След първия инцидент медицинската сестра се е обадила на родителите на Даниел. Майка му се съгласи да се консултира с педиатър във връзка със здравословното му състояние. В периода между този разговор и последващото позвъняване е имало още няколко инцидента. Майката информира

медицинската сестра, че на Даниел е поставена диагноза енкопреза и му е изготвен лечебен план. Първият уикенд са направени няколко клизми на момчето и е приело минерални масла, а в момента ежедневно приема омекотител на изпражнения. Лекарят е препоръчал да се увеличи количеството приети течности и фибри. След всяко хранене трябва да използва тоалетната за около 15 минути, но Даниел отказва да посещава общите тоалетни помещения, тъй като неговите съученици му се подиграват.

Медицинската сестра е уговорила среща с момчето, за да изготвят план за действие. Даниел се съгласи след всяка обедната почивка да използва тоалетната в медицинския кабинет за около 10 минути - така му е осигурено спокойствие. Всеки петък те обсъждат и дневника, който педиатърът е помолил пациента да попълва в рамките на 2 месеца, за да проследяват прогреса му. Преглеждат и обедното меню за предстоящата седмица, за да определят богатите на фибри храни. Даниел постоянно носи със себе си бутилка с вода, за да увеличи приема на течности.

Анамнеза	Сестринска диагноза	Сестрински процедури	Очаквани резултати от страна на ученика
<p>Има епизоди на инконтиненция 2-3х/седмица.</p> <p>Не усеща позиви за дефекация.</p> <p>Предпочита да не използва общите тоалетни помещения.</p>	<p>Чревна инконтиненция поради фактори на околната среда (липса на достъп до тоалетна), непълно изпразване на червото, обструкция на червото, вредни хранителни навици и трудности при извършване на хранителни навици.</p>	<p>Уговори среща с родителите/настойниците и с пациента, за да оцени разбиранията им за заболяването на детето и за да обсъдят заедно изготвения лечебния план.</p> <p>Изготви график за използване на тоалетната. След всяка обедна почивка и при необходимост - преди началото на учебните занятия, Даниел отива в тоалетната на лекарския кабинет.</p> <p>Има разрешение да използва тоалетната всеки път когато има нужда.</p>	<p>Евакуира чревното съдържимо поне веднъж на 2 дни и е потвърдено от медицинската сестра от дневника.</p> <p>В учебно време няма епизоди на инконтиненция.</p>
<p>История за <math>\geq 4</math> дни без дефекация.</p> <p>История за диета, бедна на фибри или без такива.</p> <p>История за болка или дискомфорт по време на дефекация.</p> <p>Преди изхожданията са били с твърда консистенция.</p> <p>В момента е</p>	<p>Констипация поради скорошна промяна във факторите на околната среда, непостоянни дефекационни навици: игнориране на позивите на дефекация, по-ниска средна физическа активност в сравнение с препоръчителната за дадения пол и възраст, неадекватни тоалетни навици (навременност/своевременно ст, поза на тялото, липса на спокойна среда), лоши</p>	<p>Проследява за признаци и симптоми на констипация.</p> <p>Проследява за вида на фекалните маси с помощта на дневник.</p> <p>Увеличи количеството фибри в предпочитаните хранителни продукти. Обучи Даниел относно богатите на фибри продукти.</p> <p>Осигури се достатъчно количество течности в учебното време.</p>	<p>Поне едно хранене в училище включва богат на фибри продукт, който е одобрен от член на персонала на столовата.</p> <p>По време на всяко хранене в училище пие по 2 чаши от 540 мл вода и това е одобрено от член от персонала на столовата.</p> <p>Редовно попълва тоалетен дневник. Всяка сутрин, преди да започнат учебните занятия, го представя на</p>

<p>диагностициран с ретенционна енкопреза и е под медицинско наблюдение.</p>	<p>хранителни навици или промяна в консумираните храни, недостатъчен прием на фибри и на течности.</p>		<p>медицинската сестра.</p>
<p>Често мирише неприятно в училище. Имал е случаи на инконтиненция в училище.</p>	<p>Лоши тоалетни навици поради препятствия от околната среда, понижена или липсваща мотивация, тревожно разстройство, болка или дискомфорт, промяна в когнитивните умения или нарушение във възприятията.</p>	<p>Осигури се достатъчно количество сапун, кърпи и мокри кърпички в частни тоалетни помещения. В медицинския кабинет се пази резервен комплект от дрехи. Обучи пациента в използване на тоалетната с правилна позиция на тялото. Упражнява се натиск чрез издишане в торбичка докато пациентът е върху тоалетната чиния, с крака поставени върху столче за тоалетна. Окуражава пациента да е самостоятелен в тоалетните хигиенни навици.</p>	<p>Почиства перианалната област след инконтиненция със сапун, мокри кърпички и кърпи през 100% от времето под наблюдението на медицинската сестра. Всеки път след почистване от инконтиненция си измива ръцете в 100% от времето под наблюдението на медицинската сестра. Всеки път се документира когато донесе нов комплект от чисти дрехи през 100% от времето.</p>

**Сегашно състояние и нужди:**

- В този клиничен случай пациентът няма Индивидуален здравен план, но ако трябва да бъде изготвен - този план може да бъде използван.
- Сестринските услуги са необходими във връзка с проследяване на здравословното състояние на пациента, планиране и осигуряване на достъп до медицински процедури и предоставяне на медикаменти в съответствие с изготвения Индивидуален здравен план (Saint Paul Public School, 2015). Медицинската сестра поддържа връзка с родителите/настойниците и лекуващите специалисти.
- Грижите, които се осигуряват на дете с енкопреза, включват спазване на план за използване на тоалетната - в 9:00 и в 12:30 часа за около 10 минути. Ако пациентът трябва да се преоблече, осигуряват му се допълнителен комплект от дрехи.
- Сестринските грижи включват прилагане на назначената медикаментозна терапия.

**7. План за деца със специални нужди**

<p align="center"><b>План за деца със специални нужди</b></p>	
<p>Даниел:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● може да използва тоалетната по всяко време;</li> <li>● има достъп до частна тоалетна;</li> <li>● има резервен комплект дрехи и мокри кърпички в случай на инконтиненция;</li> <li>● е окуражаван да пие течности в учебно време;</li> <li>● има достъп до безплатен източник на вода;</li> </ul>

- има разрешение да носи бутилка с вода навсякъде със себе си.

Медицинската сестра е осигурила забавно занимание за времето, което пациентът прекарва в тоалетната.

## **8. План при спешен случай**

За този клиничен случай няма нужда от План при спешен случай.

Превод: д-р Красимира Великова