

## WYWIAD

z Prezesem PTU  
o leczeniu NTM

## PROFILAKTYKA I REHABILITACJA

Dlaczego warto ćwiczyć  
- rozmowa z prof. Kari Bø

## RAPORT

OAB w Polsce



**Zintegrowana opieka - relacja  
z V Międzynarodowego Forum Inkontynencji**

# Pęcherz nadreaktywny, czyli o tym jak leczyć, by nie wyleczyć

*Historia zespołu pęcherza nadreaktywnego lub nadaktywnego, jak twierdzi część specjalistów (zdania co do terminologii są do dzisiaj podzielone) jest, z perspektywy naszego państwa, krótka. Nazwa schorzenia pojawiła się po raz pierwszy w oficjalnym wykazie listy leków refundowanych w styczniu 2011 roku. Jak zwykle w takich przypadkach zaczęło się od rekomendacji Agencji Ocen Techno-*

*rego do całkowitej izolacji (poprzez potrzebę ciągłego przebywania w pobliżu toalety) i depresji.*

*Dlatego tak ważna była decyzja Ministra Zdrowia, aby rozpocząć refundację leków leczących pęcherz. Niestety, pacjenci w Polsce nie po raz pierwszy musieli się przekonać, że jak zwykle – nie jest to takie proste. W ostatniej chwili, jako warunek refundacji leków na OAB wprowadzono dziwny zapis o konieczności wykonania badania urodynamicznego.*

*Do dzisiaj, chociaż minęło już przeszło 3 lata, nikt nie przyznał się do autorstwa tego zapisu. Nic na ten temat, w swoich rekomendacjach, nie wspominał AOTM, żaden lekarz publicznie nie przyznał się, że wnioskował w tej sprawie, podobnie ubiegający się o refundację producenci oraz środowiska pacjentów. Skoro nikt tego nie chciał, nawet NFZ, który musiał się liczyć z gwałtownym wzrostem wydatków na refundację takich badań, jakim prawem taki zapis się pojawił, a co gorsza, do dzisiaj obowiązuje. Jedyna racjonalna odpowiedź jaka kołatacze mi się po głowie to „urzędnik”. Któż inny jak nie on skorzystał prawdopodobnie po raz kolejny z tego przywileju? I tak*



*naprawdę dzisiaj nieistotne jest kto odpowiada personalnie za przekroczenie swoich kompetencji. Istotne jest to, że pacjenci od wielu lat są narażani na niepotrzebne, upokarzające badania na koszt podatników. Co gorsza, teraz może się to zmienić, gdyż znowu urzędnicy pod wpływem krytyki o bezzasadnym marnowaniu środków publicznych doprowadzili do tak niskiej wyceny tej procedury (spadek o ok. 30%), że przestaje ona być opłacalna. W efekcie okaże się, że aby otrzymać 30% refundacji na jeden z dwóch leków na OAB (bo tylko tyle do dzisiaj jest refundowanych), trzeba będzie najpierw wyłożyć z własnej kieszeni na niepotrzebne nikomu badanie urodynamiczne. W ten sposób Minister Zdrowia osiągnie swój cel. Jeszcze bardziej zmniejszą wydatki na refundację leczenie OAB twierdząc, a jakże, że robi to w interesie pacjentów.*

*logii Medycznych (AOTM) dla konkretnego leku. Ekspert z Agencji nie mieli wątpliwości. Państwo polskie powinno zająć się problemem osób cierpiących z powodu nadreaktywnego pęcherza i wesprzeć ich w leczeniu tego bardzo bolesnego schorzenia. Jak bolesnego, wielu z nas miało okazję doświadczyć na sobie. Wystarczy zbyt długo przetrzymać mocz lub być przez zewnętrzne czynniki do tego zmuszonym (np. długa podróż autobusem pozbawionym toalety). Trudno zapomnieć jakie to uczucie, jak bardzo może nas ono sparaliżować. Przestajemy myśleć o czymkolwiek oprócz potrzeby natychmiastowego opróżnienia pęcherza. Wyobraźmy sobie zatem, że osoby ze zdiagnozowanym OAB przeżywają to uczucie nawet kilkanaście razy dziennie. To może być koszmar i to jest koszmar dla wielu Polaków. Co gorsza jest to zazwyczaj początek szeregu wielu innych negatywnych zjawisk, które mogą doprowadzić cho-*

Tomasz Michalek

## SPIS TREŚCI

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Zintegrowana opieka nad osobą z NTM - relacja z V Międzynarodowego Forum Inkontynencji .....	4-6
Dostęp do zaopatrzenia .....	6
Sytuacja chorych na zespół pęcherza nadreaktywnego w Polsce .....	7

## WYWIAD

Współczesne możliwości leczenia różnych postaci NTM u kobiet i mężczyzn - wywiad z prof. Zbigniewem Wolskim .....	8-10
Operacje z użyciem taśm woj. opolskie .....	10

## PROFILAKTYKA I REHABILITACJA

Poporodowa profilaktyka NTM cz. II .....	11-12
Rehabilitacja NTM u mężczyzn po usunięciu prostaty .....	12-14
Pracownie urodynamiczne w woj. kujawsko-pomorskim .....	14
Dlaczego warto ćwiczyć mięśnie dna miednicy - wywiad z prof. Kari Bø .....	15

## OPIEKA I PIELEGNACJA

Opolska Polityka Senioralna .....	16
Jak opiekować się osobą z NTM? - właściwy dobór środków absorpcyjnych .....	17-19
Opieka nieformalna w Szwecji .....	20

## GDZIE LECZYĆ NTM

Klinika i Oddział Urologii Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku .....	21
--	----

## ORGANIZACJE

Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego .....	22
---	----

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Katarzyna Walewska;

**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela;

**Konsultant medyczny:** dr n. med. Mariusz Blewniewski - Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

**Zespół redakcyjny:** Anna Ciepela, Magdalena Kowalewska, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Alexandra Wesołowska

**Komentatorzy:** Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;

**Korekta:** Marzena Michalek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com oraz Photogenica Sp. z o.o.; **Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

**Adres redakcji:** ul. E. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 279 49 07, faks: (22) 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

**Infolinia:**

**801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)

**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)

**www.ntm.pl**

**Wydawca:** Studio PR

**Realizacja Wydawnicza:**

Omni Consumer Info Sp. z o.o.

**Druk:** Kunke Poligrafia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 2000 egzemplarzy.

Zdjęcie na okładce: © Robert Kneschke - Fotolia.com

*Drodzy Czytelnicy,*

*Z przyjemnością oddaję w Państwa ręce kolejny numer Kwartalnika NTM. Wierzę, że zaprezentowane artykuły wzbudzą Państwa zainteresowanie i zachęcą do lektury.*

*Bieżące wydanie obfituje w szereg tekstów poświęconych problematyce opieki długoterminowej oraz pielęgnacji osób z nietrzymaniem moczu. Wszystko za sprawą V Międzynarodowego Forum Inkontynencji, odbywającego się 8-9 kwietnia w Madrycie, podczas którego szeroko omawiano problematykę opieki nad osobami z nietrzymaniem moczu, dostępu do leczenia oraz właściwego zaopatrzenia w środki absorpcyjne. Dużo mówiono też o zintegrowanej opiece nad osobą z NTM. Chcąc podzielić się z Państwem najnowszymi doniesieniami z międzynarodowego sympozjum oraz chcąc przybliżyć dyskusje, które toczyły się w Madrycie, zachęcam do lektury artykułu dr Elżbiety Szwałkiewicz, w którym autorka relacjonuje przebieg spotkania.*

*O tym natomiast, czym kierować się w doborze środków absorpcyjnych dla naszych podopiecznych oraz jakie kryteria spełniają dobrej jakości środki chłonne, przeczytaj Państwo w II części artykułu Jak opiekować się osobą z NTM, również, autorstwa dr Szwałkiewicz.*

*Opieka nad niesamodzielnym to nie tylko trud i poświęcenie bliskich czy opiekunów, ale również ogromne wyzwanie dla polityków, którzy muszą sprostać potrzebom rosnącej grypy osób wymagających pomocy. O tym, w którym kierunku powinny pójść zmiany w świadczeniach dla niesamodzielnych przeczytaj Państwo w artykule Opolska Polityka Senioralna, w którym relacjonujemy konferencję Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.*

*W bieżącym wydaniu nie zapominamy również o problematyce leczenia NTM. Temu tematowi poświęcamy obszerny wywiad z prof. Zbigniewem Wolskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, doświadczonym specjalistą w leczeniu NTM. W rozmowie z dziennikarką Kwartalnika NTM profesor wyróżnia i omawia różne rodzaje nietrzymania moczu oraz radzi jak w prosty sposób je zdiagnozować. Do lektury wywiadu szczególnie zachęcamy czytelników poszukających wiedzy nt. operacyjnego leczenia NTM. Wywiad obfituje również w szeroką wiedzę nt. neuromodulacji krzyżowej oraz zabiegów operacyjnych u kobiet. W kolejnym wydaniu opublikujemy II część wywiadu, poświęconą leczeniu operacyjnemu NTM u mężczyzn.*

*Na koniec, chcąc zachęcić Państwa do zdrowego i aktywnego stylu życia, publikujemy szereg tekstów poświęconych rehabilitacji zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Wśród nich prezentujemy rozmowę ze światowej sławy fizjoterapeutką specjalizującą się w ćwiczeniu mięśni dna miednicy - prof. Kari Bø.*

*Życzę milej lektury.*

*Katarzyna Walewska*

# Zintegrowana opieka nad osobą z NTM

## - relacja z V Międzynarodowego Forum Inkontynencji w Madrycie

dr Elżbieta Szwałkiewicz

**W** dniach 8-9 kwietnia w Madrycie odbyło się V Międzynarodowe Forum Inkontynencji (Global Forum on Incontinence - GFI), a jego ideą przewodnią była lepsza opieka, lepsze zdrowie jako kierunek zmian dla osób z nietrzymaniem moczu.

Założenia słuszne i oczekiwane, ale jakże trudne do wdrożenia, gdyż szacuje się, że ponad 400 mln ludzi na świecie cierpi na przewlekłe nietrzymanie moczu. Tym samym jest to najpowszechniejsze schorzenie wśród ludzi, częstsze niż szeroko rozpowszechniona cukrzyca, na którą choruje ok. 350 mln osób.

a ta zawierała się w dwóch kluczowych słowach - indywidualizacja i koordynacja.

Tak, jak na wcześniejszych GFI (odbywają się co 2 lata), stwierdzono, że nadal poszczególne kraje nie znają liczby obywateli cierpiących na NTM gdyż, ze względu na negatywny społeczny odbiór choroby, rozpoznanie tego schorzenia jest trudne. Wiąże się to ze samostygmatyzacją - osoby z NTM boją się ośmieszenia i uprzedzeń w swoim środowisku.

Zwrócono również uwagę, że dla rozwiązania tego problemu ważne jest, by nietrzymanie moczu uznać za chorobę, a nie objaw. Konieczna jest także poprawa dostępu do doradztwa w środowisku lokalnym, ukierunkowanego m. in. na przewyższenie stygmatyzacji, co w efekcie poprawi jakość życia osób z NTM. Zwrócono również uwagę, iż zamiast mówić o kosztach zaopatrzenia i leczenia chorych, należy mówić o wartości i korzyściach, jakie mają z tego pacjenci. W ramach powszechnej profilaktyki powinno się szerzyć informacje o dostępie do leczenia, środków absorpcyjnych i ich refundacji.

Jako podstawową tezę do dyskusji przyjęto założenie, że tylko pacjenci wiedzą jakie są prawdziwe skutki przeżytej przez nich choroby. Powoływano się na przeprowadzone w USA badania, gdzie oceniono emocjonalne skutki NTM jako porównywalne z udarem i chorobą Alzheimera.

Podkreślono również, że należy słuchać pacjentów i na tym opierać planowanie zaopatrzenia ich w środki chłonne oraz opiekę. Precyzyjne, odpowiednie wczesne rozpoznanie problemów funkcjonalnych wywołanych NTM to połowa sukcesu, która pozwoli efektywnie wspierać samoopiekę w kontynuacji leczenia. Jako przykład podano narzędzie WHO - Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), stanowiącą, doskonale uzupełnienie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Podkreślano jednak, że aby poradzić sobie z chorobą przewlekłą, należy mieć odpowiedni system monitorowania oraz wyszkolonych i systematycznie wspieranych opiekunów nieformalnych.

Największa grupa osób z NTM to ludzie w starszym wieku, powyżej 65 roku życia, doświadczający wielo-



Prof. Adrian Wagg (ICS)

Fot. Materiały GFI

Z tego powodu przedstawiciele kilkudziesięciu krajów zainteresowani rozwiązywaniem problemów z nietrzymaniem moczu w wymiarze społecznym i indywidualnym, zebrali się, by dzielić się swoimi doświadczeniami i wspólnie debatowali nad możliwie najlepszymi rozwiązaniami. Mówiono o diagnostyce, leczeniu, higienie, a także o organizacji i kosztach opieki formalnej i nieformalnej, a przede wszystkim o optymalnym modelu opieki nad osobą z NTM.

Z wystąpień prelegentów pochodzących z różnych stron świata, Europy, USA, Australii wynika, że bez względu na położenie geograficzne problemy z NTM są podobne, wywołane skalą społeczną, stygmatyzacją i ograniczonymi możliwościami ich rozwiązania. W przedstawianych propozycjach akcent padał na konieczność zmiany w podejściu do osoby z NTM i jej opiekuna,

chorobowości, zaburzeń poznawczych. Badania diagnostyczne tych osób oraz badania kosztów świadczonej nad nimi opieki odbywają się w wielu krajach. Mimo systematycznego znacznego wzrostu świadczenia dla osób z NTM nadal są one nieadekwatne do potrzeb i wciąż bardzo wiele z nich pozbawionych jest jakiegokolwiek wsparcia.

W poszukiwaniu rozwiązania powyższych problemów opracowywano i wdrażano wiele organizacyjnych modeli opieki, wszystkie one miały zalety i wady, a podstawową ich trudnością był brak wystarczających środków finansowych i odpowiednio dużej liczby kompetentnych lekarzy, pielęgniarek i opiekunów. Wszystkie nowoczesne modele opieki opierają się na sprawdzonej w praktyce tezie, że osoby z demencją i NTM powinny być traktowane holistycznie, a świadczone usługi powinny uwzględniać trójwymiarowe funkcjonowanie człowieka: biologiczne, psychiczne i społeczne. Wymagana interdyscyplinarność, kompleksowość i kompletność nie może istnieć bez koordynacji, a to oznacza, że potrzebny jest kompetentny koordynator opieki.

W trakcie debaty wielokrotnie odwoływano się do podobieństwa problemów z zapewnieniem opieki nad osobami z NTM, jakie występują w większości krajów. Uznano więc za konieczne opracowanie stosowanych zaleceń dla całej Europy. Pierwsze wytyczne kliniczne w tej kwestii zostaną najprawdopodobniej opublikowane w październiku br. Eksperti GFI zwrócili uwagę, że ustalanie i wdrażanie optymalnego modelu opieki powinno być oparte na celach szczegółowych, zawierających się w celu strategicznym: poprawa jakości opieki i zdrowia osób z NTM oraz udźwignięcie związanych z tym obciążeń społecznych i ekonomicznych, i tak rekomendowano by:

- koordynatorem była pielęgniarka;
- leczenie chorych zaczynać od form mniej inwazyjnych, kończąc na metodach operacyjnych;
- dać większe kompetencje opiekunom, co wpłynie na poprawę jakość życia osoby z NTM;
- zadbać o odpowiedni poziom wiedzy i świadomości na temat NTM, w tym uwzględnić zachorowalność, definicje, koszty, refundacje, kwestie stygmatyzacji społecznej, znajomość profilaktyki, znajomość mitów, fałszywych przekonań;
- zwrócić uwagę w kształceniu medycznym na wiedzę i umiejętności związane z problematyką NTM, w tym zrozumienie procesów mikcji i defekacji, typów inkontynencji i opracowywanie planów pielęgnowania obejmujące także dobór produktów absorpcyjnych.

Ponieważ sugerowano, że koordynatorem powinna być pielęgniarka, zwrócono uwagę, że programy kształcenia pielęgniarek w poszczególnych krajach są różne i wymagają weryfikacji, gdyż obecnie nie uwzględniają one wymienionych wyżej treści. Zastanawiano się także kim będzie pielęgniarka pełniąca funkcję koordynatora - doradcą ds. kontynencji, ekspertem, specjalistą w dziedzinie NTM? A ponadto jaki poziom wiedzy i kompe-



Fot. Materiały GFI

Forum zgromadziło ponad 300 uczestników z 30 krajów

tencji musi posiadać taka pielęgniarka? I w jakim zakresie na studiach lekarskich i pielęgniarskich powinna być uwzględniona tematyka diagnozowania inkontynencji?

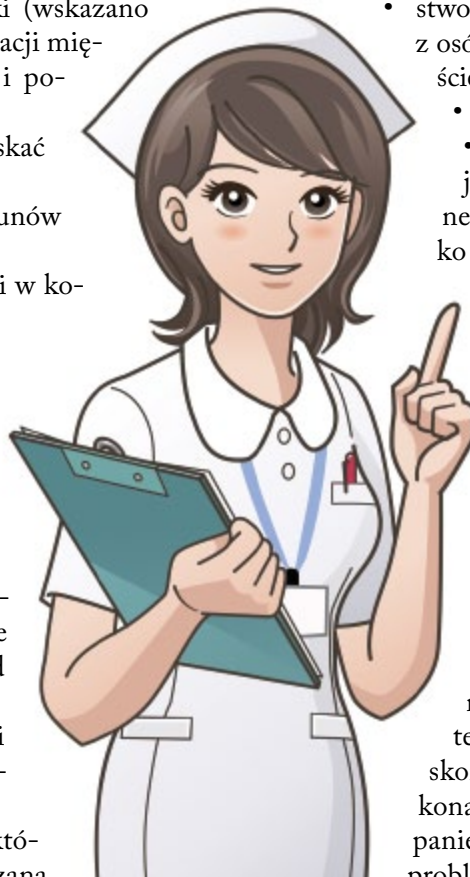
W konkluzji, do omawianego projektu europejskiego modelu opieki środowiskowej, podkreślano nieodzowność integracji ochrony zdrowia i pomocy społecznej ukierunkowanej na wsparcie opiekunów nieformalnych, gdyż brak odpowiedniego wsparcia będzie skutkować przejmowaniem przez państwo opieki i ponoszeniem pełnych kosztów, i tak:

- potrzebny jest spersonalizowany mobilny system usług środowiskowych, zarówno medycznych, jak i socjalnych oraz wspomaganie komunikacji między pacjentem a jego opiekunem nieformalnym;
- kształcenie opiekunów nieformalnych jest bardzo ważną kwestią dla wszystkich krajów;
- edukacja pacjentów i ich opiekunów powinna być łatwo dostępna i nieodpłatna.

Model specyfikacji optymalnych usług nad osobami z NTM uwzględnia m. in.:

- optymalne wykorzystanie zasobów;
- równy dostęp do leczenia i opieki;
- opiekę ukierunkowaną na pacjenta;
- jakość zarządzania wyrażoną w koordynacji świadczeń;

- system komunikowania się z pacjentem, jego centrum stanowi koordynator opieki (wskazano jako poważny błąd, brak komunikacji między systemem ochrony zdrowia i pomocy społecznej);
- infolinię, pod którą można uzyskać poradę w sprawach wstydlivych;
- indywidualne szkolenie opiekunów nieformalnych;
- wykorzystanie nowych technologii w komunikowaniu;
- utrzymanie standardów opieki;
- technologie, które powinny ułatwić samoopiekę i uzupełnić braki w opiece ludzkiej;
- stosowanie odpowiednich standardów oraz czynników motywacyjnych przez płatników;
- akredytowanie materiałów szkoleniowych, co umożliwi uzyskanie certyfikatu z zakresu opieki nad osobą z NTM;
- monitorowanie jakości opieki i jakości życia na bazie standaryzowanych kwestionariuszy;
- poszerzenie kompetencji osób, których aktywność zawodowa związana



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

jest z opieką nad osobami z NTM;

- stworzenie tzw. grupy uderzeniowej - z osób pierwszego kontaktu, którą najczęściej tworzą opiekunowie nieformalni;
  - postępowanie holistyczne;
  - dostosowanie architektoniczne - jako reakcja na zjawisko tzw. inkontynencji architektonicznej, gdy zbyt daleko jest do WC, stworzenie mapy toalet;
  - wykorzystanie komputerów do rozmów z pacjentami z NTM - co pozwoli na ograniczenie wstydu; w Internecie jest wiedza o problemie, ale nie można tam znaleźć pomocy.

Podsumowaniu dwudniowej debaty ponad 400 osób z kilkudziesięciu krajów świata towarzyszyła refleksja, że tylko integracja świadczeń medycznych i społecznych oraz koordynowana komplementarna pomoc korzystnie zmieni opiekę długoterminową, do której obecnie są zbyt skomplikowane ścieżki dostępu. By dokonać tej przemiany nieodzowne są kampanie społeczne podnoszące świadomość problemu.

## DOŚTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 30.04.2014

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Aparaty słuchowe		Aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (CPAP)		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
Dolnośląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Warmińsko-Mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Wielkopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

nb - na bieżąco, bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji), \* dzieci - na bieżąco; \*\* dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco, \*\*\* oczekiwanie na zatwierdzenie zleceń związane z koniecznością weryfikacji wizyty pacjenta w poradni

⊕ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu  
⊖ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Z informacji uzyskanych od przedstawiciela Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych wynika, że od maja w woj. małopolskim odnotowano kolejki na: wózki inwalidzkie (ręczne i dla aktywnych) oraz aparaty słuchowe dla dorosłych. Czas oczekiwania: do 6 mies.

# RAPORT Sytuacja chorych na zespół pęcherza nadreaktywnego w Polsce

Anna Ciepiała

**P**od auspicjami World Federation of Incontinent Patients (WFIP) przy współpracy ze Stowarzyszeniem "UroConti" oraz Programu Społecznego „NTM - Normalnie Życ” opracowano raport pt. *Sytuacja chorych na zespół pęcherza nadreaktywnego w Polsce*. Dokument ten w sposób kompleksowy prezentuje problematykę zapadalności na zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB), począwszy od zagadnień związanych z epidemiologią, diagnostyką i leczeniem, poprzez jego społeczne i emocjonalne konsekwencje oraz wpływ OAB na jakość życia chorych oraz ich rodzin. Autorzy przytoczyli dane dotyczące kosztów zapadalności na OAB oraz refundacji poszczególnych elementów procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Analiza wskazuje na główne i naglące problemy, które należy rozwiązać, aby zapewnić chorym optymalną pomoc i wsparcie.

Autorzy wskazują, że obecnie brakuje precyzyjnych danych nt. liczby chorych na OAB. Szacuje się jednak, że w Polsce na zespół pęcherza nadreaktywnego może cierpieć od 2 do 3 milionów osób. Co roku na tę chorobę może zapadać nawet 10-15 tys. osób. Wbrew obiegowym opiniom, OAB wcale nie jest chorobą, która dotyka jedynie kobiety bądź osoby w podeszłym wieku. Badania wykazały, że na pęcherz nadreaktywny cierpią zarówno kobiety, jak i mężczyźni, bez względu na wiek, zaś mylne przekonanie jest prawdopodobnie wynikiem faktu, że kobiety zwracają się do specjalistów o pomoc cztery razy częściej niż mężczyźni.

OAB ma znaczący wpływ na jakość życia: *OAB nie zabija, jednak osoby dotknięte tą chorobą często zostają zepchnięte na margines życia* - czytamy w opracowaniu. Chorzy zapadają na depresję, izolują się, rezygnują z aktywności zawodowej, towarzyskiej, przestają uprawiać sport, rezygnują z turystyki. Wstydzą się swojej dolegliwości, a potwierdzenie swoich obaw znajdują w braku zrozumienia u współpracowników, a nawet najbliższych.

Autorzy analizy próbują odpowiedzieć na pytanie czy chorzy na zespół pęcherza nadreaktywnego mogą liczyć w Polsce na dostęp do leczenia i odpowiednią opiekę. Niestety, wnioski z raportu nie napawają optymizmem. Pacjenci napotykają na takie bariery jak: utrudniony dostęp do specjalistów urologii i ginekologii (tylko niewielka część z nich podejmuje się leczenia tego schorzenia), niedostateczna wiedza lekarzy POZ nt. pęcherza nadreaktywnego oraz niechęć do podjęcia tematu uważanego powszechnie za wstydlivy, pozamedyczne bariery w do-

stępie do już refundowanych leków, brak polityki państwa umożliwiającej szerszy, ale kontrolowany dostęp do farmakoterapii, brak refundacji fizjoterapii i neuromodulacji krzyżowej, ograniczona refundacja środków absorpcyjnych (niskie limity cenowe i ilościowe).

We wnioskach końcowych raportu czytamy, że w rzeczywistości, kluczowym elementem warunkującym postępowanie terapeutyczne u chorych jest polityka refundacyjna państwa. Czynnikiem decydującym o wyborze meto-



Fot. ©(cena zdrowia/Pio Sij)/Fotolia.com

dy leczenia jest cena. Aby chory zastosował się do zaleceń specjalisty, zaproponowana forma terapii musi być dla niego akceptowalna pod względem ekonomicznym, w innym przypadku zaniecha jej. W obecnej sytuacji, gdy resort zdrowia refunduje jedynie dwie substancje stosowane w leczeniu OAB (*solifenacyna* i *tolterodyna*), trudno mówić o wyborze terapii optymalnej - w większości przypadków specjalista wybierze jedną z refundowanych substancji. Chorzy, którzy nie reagują na te preparaty bądź ich skutki uboczne są zbyt dotkliwe, zmuszeni są zrezygnować z leczenia bądź sfinansować je samodzielnie.

Również pacjenci, którym zaleca się terapię w postaci neuromodulacji krzyżowej nie mają w Polsce dostępu do refundowanego leczenia. Teoretycznie chorzy mogą, po uzyskaniu akceptacji konsultanta krajowego w dziedzinie urologii, ubiegać się o zgodę Narodowego Funduszu Zdrowia na refundowane leczenie za granicą, jednak procedura ta jest bardzo skomplikowana do przeprowadzenia.

Raport można pobrać ze strony [www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl).

# Współczesne możliwości leczenia różnych postaci NTM u kobiet i mężczyzn - cz. I

z prof. dr hab. n. med. Zbigniewem Wolskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Kierownikiem Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy rozmawia Magdalena Kowalewska



Fot. Jaga Nowakowska

**Jak w najbardziej przystępny sposób można sklasyfikować metody chirurgiczne stosowane w leczeniu nietrzymania moczu?**

Nim powiemy o współczesnych sposobach operacyjnego leczenia nietrzymania moczu u kobiet i u mężczyzn czy leczenia nietrzymania moczu w ogóle, należy wspomnieć

przede wszystkim o tym, co nazywamy nietrzymaniem moczu, ponieważ z tej definicji wynikają konsekwencje diagnostyczne i lecznicze. Nietrzymaniem moczu według najnowszej klasyfikacji International Continence Society, czyli Międzynarodowego Towarzystwa Trzymania Moczu, nazywamy każdy mimowolny wyciek moczu nie tylko z cewki moczowej, ale również z przetoki pęcherzowo-pochwowej. Nietrzymanie moczu możemy podzielić na cztery grupy.

1. Nietrzymanie moczu z parć naglących, tj. wyciek moczu spowodowany niezależnymi od naszej woli skurczami pęcherza moczowego, właściwie wypieracza pęcherza moczowego, prowadzącymi do nieopanowanego wycieku moczu. Takie nietrzymanie moczu najczęściej jest określane jako zespół pęcherza nadreaktywnego lub - dokładniej mówiąc - nadreaktywnością mięśnia wypieracza tegoż pęcherza, w skrócie OAB. Pęcherz nadreaktywny rozpoznajemy również wtedy, kiedy pacjent nie jest dotknięty NTM. Do rozpoznania tego rodzaju objawów niekonieczne jest badanie urodynamiczne, ale wystarczy dzienniczek mikcji. OAB rozpoznawane jest według danych europejskich u co piątej pacjentki, u mężczyzn o połowę rzadziej i częściej wiąże się z rozrostem łagodnym stercza.
2. Wysiłkowe nietrzymanie moczu, tj. wyciek moczu pojawiający się przy wzroście ciśnienia śródbrzusznego, przy wszelkich wysiłkach fizycznych czy gwałtownych ruchach (bieganiu, tańcu).
3. Mieszane nietrzymanie moczu, tj. wyciek moczu występujący wtedy, kiedy obserwujemy zarówno objawy z parć i z wysiłkowego NTM. By stwierdzić tę chorobę wymagane jest przeprowadzenie bardziej dokładnych badań specjalistycznych.

4. Nietrzymanie moczu związane z przetokami pęcherzowo-pochwowymi (rzadziej występujące), powstałymi najczęściej po operacjach ginekologicznych, naswietlaniach lub też NTM z przepelnienia pęcherza moczowego, spowodowane nadmiernym zaleganiem moczu w pęcherzu i ulewaniem się z tego pęcherza, pomimo że wszystkie inne mięśnie działają prawidłowo.

Istnieją bardzo proste testy diagnostyczne, które pozwalają rozpoznać postacie NTM. Pytania, które powinien zadać lekarz ogólny, rodzinny, powinny brzmieć:

1. Czy w ostatnich trzech miesiącach zauważyła Pani/Pan wyciek moczu, nawet niewielki?
2. Czy w ostatnich trzech miesiącach wyciek moczu nastąpił podczas parcia lub nagłej potrzeby opróżnienia pęcherza, w sposób, który uniemożliwił Pani/Panu zdążenie do toalety?
3. Czy podczas ostatnich trzech miesięcy wyciek moczu występował częściej podczas wykonywania czynności takich jak kaszel, kichanie, odczuwanie parcia, potrzeby opróżnienia pęcherza, braku czynności, braku odczuwaniu parcia, czy też podczas wykonywania czynności fizycznych?

W zależności od odpowiedzi pacjenta na te pytania, możemy określić rodzaj NTM. Jeśli wyciek moczu następował podczas wykonywania czynności fizycznych, to u pacjenta przeważa nietrzymanie moczu wysiłkowe, jeżeli podczas odczuwania parcia, jest to nadreaktywny pęcherz, jeśli zaś wyciek następował przy braku czynności fizycznych, trzeba szukać innej przyczyny. Natomiast gdy wyciek moczu odbywa się przy wysiłku fizycznym i podczas parcia - jest to postać mieszana.

W zależności więc od rodzaju NTM stosujemy różne metody leczenia. Pamiętać jednak trzeba, że leczenie operacyjne jest zazwyczaj końcowym etapem terapii NTM. Nie można zapomnieć o możliwości leczenia farmakologicznego, ćwiczeniach rehabilitacyjnych, neurostymulacji mięśni krocza, czy też ćwiczeniach mięśni Kegla.

**Jakie wyróżniamy operacyjne metody leczenia nietrzymania moczu?**

Jedną z kategoryzacji operacyjnych metod leczenia NTM jest podział na: bardziej inwazyjne oraz mniej inwazyjne. Metody bardziej inwazyjne to operacje otwarte z dostępu



brzusznego pozapęcherzowego lub operacje z dostępu pochwowego u kobiet.

Metody mniej inwazyjne, stosowane w lżejszych postaciach nietrzymania moczu, przede wszystkim w NTM z powodu parć naglących, w przebiegu pęcherza nadreaktywnego, lub też nadczynności mięśnia wypieracza, to np. metody polegające na zmniejszaniu skurczów dodatkowych przez porażenie receptorów, które odpowiadają za skurcz mięśnia wypieracza pęcherza moczowego przez np. podanie toksyny botulinowej, czyli jadu kiełbasianego. Innym sposobem mniej inwazyjnym w leczeniu specyficznych postaci NTM jest neuromodulacja krzyżowa.

Kolejny podział form leczenia nietrzymania moczu to podział w zależności od płci. Inaczej bowiem leczymy NTM u kobiet, a inaczej u mężczyzn.

### Jakim metodom operacyjnym stosowanym w leczeniu nietrzymania moczu mogą poddać się kobiety?

U prawie połowy wszystkich kobiet ok. 60 roku życia występują niestety różne postaci NTM. Jest to więc problem społeczny. Trzeba również od razu zaznaczyć, że u kobiet najczęstszą przyczyną nietrzymania moczu jest NTM wysiłkowe. Może wystąpić ono wtedy, kiedy pojawiają się objawy związane z obniżeniem ścian pochwy, obniżeniem elastyczności pochwy, obniżeniem elastyczności wszystkich elementów podtrzymujących cewkę moczową, pęcherz, obniżeniem tylnej ściany pęcherza czy przedniej ściany pochwy. Wszystkie te elementy w związku z upływem czasu, zaburzeniami hormonalnymi i z wiekiem ulegają zwiotczeniu i wtedy dochodzi do wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Mieszane nietrzymanie moczu łączy natomiast w sobie objawy obu rodzajów: z parć i z wysiłkowego.

W jednym i w drugim przypadku można zastosować jako standardową metodę leczenie podwieszaniem i podparciem taśmami. Można próbować również wykonać leczenie korygujące przednią ścianę pochwy, a więc wszelkie operacje niwelujące obniżenie lub wypadanie narządu rodnego. Mniej inwazyjnym sposobem leczenia postaci specyficznych nietrzymania moczu jest neuromodulacja krzyżowa.

Formą leczenia stosunkowo mało inwazyjnego, zwłaszcza NTM z powodu parć, kiedy nieskuteczne jest leczenie farmakologiczne lekami antycholinergicznymi, jest wstrzykiwanie do ściany pęcherza podczas cystoskopii toksyny botulinowej – preparatu, który często stosują neurologi, a urodziny od kilku lat. Poraża się wtedy receptory odpowiadające za nadmierny skurcz mięśnia wypieracza.

Należy pamiętać, że zanim zastosuje się leczenie inwazyjne, tj. zakładanie taśm, powinno się zastosować fizykoterapię, czyli ćwiczenie mięśni dna miednicy, jak również elektrostymulację tych mięśni lub należy spróbować połączyć te metody z farmakologią, czyli leczeniem lekami antycholinergicznymi (albo nową generacją leków, które działają na inne receptory w pęcherzu). Wtedy skuteczność tych

wszystkich metod nieinwazyjnych jest zbliżona do skuteczności sposobów leczenia operacyjnego, jednak tylko w sytuacji, kiedy wysiłkowe NTM nie jest bardzo nasilone (w pierwszym czy drugim stopniu).

### Leczenie nietrzymania moczu metodą neuromodulacji krzyżowej - na czym polega i jakie korzyści przynosi zastosowanie tej terapii?

Neuromodulacja krzyżowa jest metodą bardzo nowoczesną, którą chcemy wprowadzić w Polsce. Praktycznie w naszym kraju nie było wykonywanych żadnych operacji tego typu, poza jedną. Ten rodzaj operacji jest zarezerwowany dla różnych postaci NTM, ale głównie w przypadku pęcherza nadreaktywnego/nadaktywnego. Neuromodulacja krzyżowa polega na hamowaniu jednych, a wzmacnianiu innych bodźców nerwowych, które odpowiadają za utrzymanie moczu, jak i za pojawienie się skurczów dodatkowych mięśnia wypieracza. Innym wskazaniem do leczenia neuromodulacją krzyżową jest również przewlekły lub okresowo nawracający ból miednicy, wskazujący na zaburzenia czynności dróg moczowych, rodnych. Zespół ten rozpoznaje się tylko wtedy, kiedy wykluczmy inne patologie w obrębie miednicy mniejszej: zakażenia dolnych dróg moczowych, kamice pęcherza czy kamice dolnych dróg moczowych, guzy pęcherza.



Fot. Materiały Medtronic

Neuromodulacja krzyżowa polega na stymulowaniu prądem elektrycznym generowanym z małego urządzenia umieszczonego pod skórą podbrzusza. Stymulacja aktywuje jeden szlak nerwowy, który prowadzi do modyfikacji istniejących już dróg przewodzenia i odruchów. Neuromodulację wykonuje się w ten sposób, iż odpowiednie elektrody w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym wprowadza się przez otwory krzyżowe w kości krzyżowej, tam gdzie znajdują się odpowiednie nerwy unerwiające pęcherz moczowy. Neuromodulacja działa zarówno na poziomie obwodowym, czyli na pęcherz, jak i w odwrotnym kierunku - w kierunku mózgowia. Zaletą neuromodulacji jest mała inwazyjność, możliwość przerwania działania, usunięcia elektrod, powtórzenia jej

po jakimś czasie, jak i to, że neuromodulacja może odzwierciedlać prawidłowe systemy pobudzania i hamowania pęcherza moczowego. Ten proces odbywa się przez nerwy sromowe. Cała ta procedura na razie nie jest refundowana przez NFZ, stąd też działania Polskiego Towarzystwa Urologicznego w kierunku wprowadzenia refundacji neuromodulacji, chociaż dla kilkudziesięciu pacjentów rocznie. Urządzenie używane przy tej metodzie jest bardzo drogie. Neuromodulacja krzyżowa jest wysoko oceniana w wielu krajach na Zachodzie (gdzie została wprowadzona w latach 90-tych). Skuteczność tej metody, w przypadku naglącego nietrzymania moczu, to 80%; u połowy pacjentów leczonych tą metodą dochodzi do całkowitego ustąpienia objawów. Natomiast w przypadku parć naglących, neuromodulacja jest skuteczna u ok. 60% pacjentów.

### Jak wysoka jest skuteczność leczenia farmakologicznego?

Skuteczność tej terapii w lżejszych postaciach parć naglących oraz nietrzymania moczu z parć jest dosyć wysoka u  $\frac{3}{4}$  pacjentów. Leczenie farmakologiczne w ramach NFZ jest refundowane częściowo. Są to leki antycholinergiczne, bardzo skuteczne, niestety jednak, z licznymi objawami ubocznymi, więc nie wszyscy pacjen-

ci mogą je stosować. Czynnikiem wykluczającym możliwość stosowania tych leków jest np. jaskra. Niektórzy skarżą się na suchość w ustach, zaparcia. Warto wspomnieć, że istnieją obecnie nowoczesne leki, na których rejestrację czekamy i może one pozwolą na szersze stosowanie leczenia farmakologicznego, zwłaszcza u tych chorych, którzy nie mogą stosować klasycznych leków antycholinergicznych.

### Jak, Pana zdaniem, wygląda jakość operacyjnego leczenia NTM w Polsce? Czym możemy się szczycić, czy coś powinno ulec poprawie?

Jakość leczenia jest wysoka na skutek wykonywanej coraz częściej, dzięki refundacji, implantacji sztucznego zwieracza u mężczyzn, a taśm u kobiet. Korekcie i poprawie powinien ulec system refundacji farmakologicznego i dopęcherzowego oraz neuromodulującego leczenia nietrzymania moczu przez NFZ. Pamiętajmy, że NTM to ważny problem społeczny, dotyczący, niestety, coraz większej liczby osób. Zarówno kobiet jak i mężczyzn.

*W kolejnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy II część wywiadu z prof. Zbigniewem Wolskim, poświęconą głównie leczeniu operacyjnemu NTM u mężczyzn.*

## Operacje z użyciem taśm w województwie opolskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa opolskiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne z powodu nietrzymania moczu, przy użyciu taśm syntetycznych. Według uzyskanych przez nas danych, w regionie, tego typu operacje, przeprowadza się w 5 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno w oddziałach ginekologicznych, jak i urologicznych. Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2010 roku, sytuacja uległa poprawie. Wówczas informacje o wyko-

nywanych zabiegach przekazały nam 4 placówki. Obecnie na 32 publiczne oraz prywatne szpitale w województwie, które dysponują 13 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz ginekologii onkologicznej i 5 oddziałami urologicznymi (źródło: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl)), 5 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną. Poniżej prezentujemy ich listę, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2013 roku.

ROK	NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY	SIEDZIBA	NAZWA ODDZIAŁU	L. ZABIEGÓW
2013	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Opolu	Opole, ul. Krakowska 44	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	1
2013	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. NZOZ Szpitala Powiatowego w Kluczborku	Kluczbork, ul. M.C. Skłodowskiej 23	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	29
2013	Krapkowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	Krapkowie, os. XXX-lecia 21	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	27
2013	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	Namysłów, ul. Oleśnicka 4	ODDZIAŁ UROLOGICZNY	7
2013	Klinika Nowa 3 Sp. z o.o.	Kędzierzyn-Koźle, ul. Łukasiewicza 23	ODDZIAŁ UROLOGICZNY	9
<b>SUMA</b>				<b>73</b>

# Poporodowa profilaktyka NTM cz. II

mgr Magdalena Potoczek

Fizjoterapeutka, NZOZ Szpital Ginekologiczno-Położniczy na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

**W** poprzednim numerze Kwartalnika NTM przedstawiliśmy główne czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia problemów z trzymaniem moczu w okresie poporodowym oraz omówiliśmy rolę środowiska medycznego w ich zapobieganiu. W tym numerze prezentujemy proste metody profilaktyczne, z którymi powinny zapoznać się wszystkie kobiety planujące dzieci.

Jeżeli podczas porodu doszło do urazów (np. pęknięcia krocza), to zwiększa się prawdopodobieństwo powikłań w postaci nietrzymania moczu, zaburzeń statyki narządu rodowego (obniżenie ścian pochwy, obniżenie macicy), a także problemów sfery seksualnej. Wczesna profilaktyka powinna obejmować więc wszystkie kobiety będące w położu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet po porodach siłami natury i powikłanych, ale również po cięciach cesarskich.

## 1. Unikanie pozycji siedzącej

przynajmniej przez pierwsze dni po porodzie siłami natury (J. Kozłowska, "Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie"). Podczas siedzenia wywierany jest ucisk na tkanki krocza i odbytu, co z jednej strony jest bolesne i niekomfortowe, z drugiej może utrudniać ich gojenie (hemoroidy, rany poporodowe). Ponadto, we wczesnym okresie położu, mięśnie dna miednicy wykazują obniżone napięcie i w pozycji pionowej nie mogą prawidłowo spełniać swojej roli podtrzymującej narządy miednicy mniejszej. W praktyce unikanie siedzenia po porodzie jest bardzo trudne, między innymi dlatego, że pewne techniki karmienia piersią pokazywane są właśnie w pozycji siedzącej. Pozycja ta powinna być więc ograniczona do niezbędnego minimum. W sklepach dostępne są tzw. poduszki poporodowe, które umożliwiają uniesienie okolicy krocza w trakcie siedzenia, co w pewnym stopniu je odciąża. Na chwilę można też usiąść przenosząc ciężar ciała na jeden pośladek, a nie bezpośrednio na krocze, z pełnym obciążeniem.

## 2. Unikanie pozycji rozciągających mięśnie dna miednicy i krocza w okresie położu.

Mięśnie te są rozluźnione i rozciągnięte po okresie ciąży i porodu, często również uszkodzone. Dlatego należy unikać pozycji i ćwiczeń pogłębiających ten stan, czyli z szeroko rozstawionymi nogami (np. odwodzenie w stawach biodrowych, siad "po turecku" oraz pozycja kuczna), aby mogły się sprawnie i szybko regenerować.

## 3. Prawidłowe wstawanie z łóżka.

Jest kilka sposobów, które pozwolą na pominięcie pozycji siedzącej w czasie pionizacji. Pierwszy sposób polega na przewróceniu się na dowolny bok i spuszczeniu nóg poza łóżko. Następnie należy zsunąć się z łóżka po zewnętrznej powierzchni uda tak, aby stopy oparły się o podłogę i wstać z ominięciem siadu. Druga metoda polega na przejściu w łóżku do pozycji kłęk podpartego ("na czworaka") i zestawieniu stóp kolejno na podłogę. Jedyнным problemem może być fakt, iż kobiety po porodzie mogą być znacznie osłabione (szczególnie po długich i ciężkich porodach oraz przy większej utracie krwi) i nagle przejście z pozycji leżącej do stojącej może spowodować zawroty w głowie, a nawet zasłabnięcie. Dlatego ważne jest, aby przed pierwszym wstawaniem kilka razy zmienić pozycję w łóżku (obracać się na boki, podnosić górną część łóżka tak, aby klatka piersiowa i głowa były nieco uniesione) oraz wykonać serię ćwiczeń ruchowych i oddechowych zalecanych po porodach (najlepiej pod kontrolą specjalisty). Po cięciu cesarskim wstawanie przebiegać powinno przez pozycję leżenia na boku, a następnie siad.



Fot. ©(Mother doing yoga exercise with her baby/Oksana Kuzmina)/Fotolia.com

W obu wypadkach niewskazane jest unoszenie się z pleców zamachem do góry poprzez zaangażowanie mięśni brzucha, gdyż taka metoda wstawania zwiększa ciśnienie śródbrzuszne i jest niekorzystna dla regenerujących się mięśni dna miednicy.

## 4. Dbalność o higienę osobistą.

Należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń dotyczących pielęgnacji gojącego się krocza i nawyków higienicznych w okresie położu. Dotyczy to przemywania okolic intymnych zalecanymi, delikatnymi środkami myjącymi, regularnych zmian wkładek oraz wietrzenia krocza, a także samoobserwacji i zgłaszania wszelkich dyskomfortów lub nieprawidłowości.

## 5. Unikanie dźwignia ciężarów.

Kobieta w położu powinna prosić o pomoc w pielęgnacji dziecka i czynnościach dnia codziennego. Bardzo często nowa sytuacja życiowa i liczne obowiązki zmuszają młode matki do dźwignia ciężkich przedmiotów, wielokrotnie w ciągu dnia. Najczęściej jest to np. przenoszenie waniенki wypełnionej wodą, a także noszenie dziecka w ciężkich fotelikach.

## 6. Profilaktyka zaparc.

Bardzo ważną kwestią jest zadbanie o odpowiednie odżywianie w położu. Nie powinno zabraknąć błonnika pokarmowego (pełnoziarniste produkty



Fot. ©(Yoga Exercise/magann)/Fotolia.com

zbożowe, warzywa i owoce), a także dobrego nawodnienia organizmu. Po porodach poleca się również pozycję leżenia na brzuchu oraz umiarkowaną gimnastykę, dzięki czemu jelita są lepiej pobudzone do pracy.

**7. Prawidłowe oddawanie czynności fizjologicznych.** W okresie połogu, szczególnie w pierwszych godzinach i dobach po porodzie mogą występować przejściowe problemy z oddawaniem czynności fizjologicznych. Najczęściej jest to związane z dużym strachem przed pierwszą wizytą w toalecie. Należy unikać pośpiechu, przyjmować odpowiednie pozycje w trakcie oddawania moczu i stolca i zadbać o to, aby były to procesy bierne, bez użycia tłoczni brzusznej (bez parcia).

**8. Stopniowe zmniejszanie masy ciała.** Największy jej ubytek obserwowany jest tuż po porodzie (kilka kilogramów związanych z ciężarem urodzonego dziecka, łożyska, obkurczeniem macicy, utratą krwi itd). W kolejnych dobach połogu spadek masy ciała jest wolniejszy, ale powinien być systematyczny. Aby usprawnić powrót do masy ciała sprzed ciąży należy wykonywać delikatne, zalecane ćwiczenia ruchowe oraz racjonalnie się odżywiać (za-

potrzebowanie kaloryczne w okresie laktacji jest większe tylko o ok. 500 kcal/dobę w stosunku do okresu sprzed ciąży). Jest to bardzo ważne, ponieważ otyłość jest jednym z czynników ryzyka NTM i obniżania narządu rodno.

**9. Unikanie intensywnych wysiłków, a w szczególności nieprawidłowych ćwiczeń, które mogą nasilać problemy z NTM.** Do takich ćwiczeń należą między innymi ćwiczenia typu „brzuski” lub tzw. 6-Weidera. Zwiększają one ciśnienie śródbrzuszne i wywierają ucisk narządów jamy brzusznej w dół, na mięśnie dna miednicy.

**10. Unikanie noszenia tzw. wyszczuplających pasów poporodowych.** Pas taki, opięty wokół talii, zwiększa ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej i wywołuje nacisk narządów wewnętrznych w dół, w kierunku mięśni dna miednicy.

**11. Wykonywanie ćwiczeń profilaktycznych wzmacniających mięśnie dna miednicy i krocza.** Ćwiczenia te można wprowadzić już w 1 dobie po porodzie. Bardzo ważne jest, aby były wykonywane prawidłowo, dlatego każda kobieta powinna uzyskać instruktaż (od fizjoterapeuty lub przeszkolonej położnej czy lekarza).

**12. Przestrzeganie zalecanych kontroli poporodowych.** Jeżeli w połogu pojawią się jakiegokolwiek symptomy NTM - nie wolno ich bagatelizować. Należy zgłosić je na wizycie kontrolnej u lekarza ginekologia-położnika, który powinien skierować pacjentkę na konsultację fizjoterapeutyczną. Fizjoterapeuta przeprowadzi odpowiednie badania, które pozwolą ocenić kondycję mięśni dna miednicy i zaplanuje odpowiednie postępowanie rehabilitacyjne, w zależności od charakteru i stopnia zaburzenia. Zbyt późne podjęcie leczenia zachowawczego zmniejsza ryzyko efektów terapii z jednej strony, a zwiększa prawdopodobieństwo leczenia operacyjnego w przyszłości z drugiej.

## Rehabilitacja mężczyzn po usunięciu prostaty

mgr fizjoterapii Piotr Basista

H&B Clinic Klinika Rehabilitacji Dna Miednicy

**B**udowa anatomiczna mężczyzn sprawia, że dno miednicy jest w stanie przyjąć wiele obciążeń, bez utraty funkcji prawidłowego oddawania moczu. Odwrotna sytuacja jest u kobiet, których anatomia predysponuje do łatwiejszych przeciążeń i uszkodzeń i tym samym zwiększa ryzyko wystąpienia NTM. U mężczyzn natomiast ryzykiem wystąpienia NTM są choroby prostaty, w wyniku których mogą pojawić się problemy z mikcją. Wystąpienie NTM może być również ubocznym skutkiem zabiegu operacyjnego, wywołującego silny uraz, zakłócający prawidłowe trzymanie moczu. Jedną z najczęstszych przyczyn nietrzymania moczu u męż-

czyn jest zabieg wykonywany z powodu schorzenia gruczołu krokowego.

**Dlaczego po operacji pojawia się problem nietrzymania moczu u mężczyzn?**

Głównym powodem wystąpienia problemów z nietrzymaniem moczu u mężczyzn jest usunięcie samego gruczołu krokowego, który pełni funkcje stabilizującą cewkę moczową i podpierającą pęcherz moczowy. W wyniku usunięcia prostaty dochodzi do zwiększenia ruchomości cewki moczowej i obniżenia pęcherza. Zmienione warunki anatomiczne powodują, że tkanki okalające gruczoł

kroki mają zwiększoną ruchomość i proces trzymania moczu jest znacznie utrudniony.

Zabieg operacyjny może również spowodować uszkodzenie unerwienia zwieraczy cewki moczowej i zaburzenia ich funkcji. Jeśli unerwienie mięśni dna miednicy zostanie uszkodzone, upośledzeniu ulegnie ich funkcja podporowa, co w następstwie doprowadzi do obniżenia dna miednicy wraz z narządami na nim spoczywającymi. Konsekwencją tego stanu będą problemy z nietrzymaniem moczu. Jednakże rzadko spotyka się uszkodzenia mięśnia dźwigacza odbytu, podpierającego dno miednicy. Znacznie częściej dochodzi do podrażnienia mięśni dna miednicy po zabiegu operacyjnym - co skutkuje nadmiernym napięciem mięśniowym, wpływającym również na wystąpienie nietrzymania moczu. Duże znaczenie więc ma tu technika operacyjna - im bardziej precyzyjna, tym mniej możliwych uszkodzeń. Ponadto, im mniej nakładających się na siebie uszkodzeń, tym większe szanse na pozbycie się kłopotu z nietrzymaniem moczu po usunięciu prostaty. W dużej części przypadków, jeżeli struktury nerwowo-mięśniowe nie zostały uszkodzone, a jedyną przyczyną wystąpienia NTM jest podrażnienie mięśni w połączeniu z destabilizacją na skutek braku gruczołu krokowego, problem nietrzymania moczu po zabiegu operacyjnym ustępuje samoistnie. Natomiast w przypadkach kiedy nietrzymanie moczu nie ustępuje, należy rozpocząć zabiegi fizjoterapeutyczne.

### Kiedy można rozpocząć fizjoterapię?

Rehabilitację z użyciem elektroterapii można zacząć tuż po zagojeniu się tkanek, czyli po okresie 6-8 tygodni od operacji. Natomiast ćwiczenia bez użycia impulsów elektrycznych można rozpocząć zaraz po ustąpieniu obrzęków i bólu po zabiegu operacyjnym, w celu przyspieszenia procesów gojenia i profilaktyki powstawania zrostów tkankowych oraz wystąpienia nietrzymania moczu po zabiegu.

### Części składowe rehabilitacji:

Rehabilitacja po operacji składa się z następujących elementów:

- **Ćwiczeń biofeedback**, które charakteryzują się tym, że pacjent wykonując ćwiczenia precyzyjnego napięcia i rozluźniania, obserwuje zachowanie się swoich mięśni na ekranie monitora. Widoczna na ekranie praca mięśniowa jest rodzajem informacji zwrotnej dla pacjenta, dzięki której po pierwsze pacjent może korygować błędy podczas ćwiczeń, a po drugie świadomie buduje bardziej optymalną mapę mięśni krocza, co przekłada się na efektywniejsze zarządzanie mięśniami.
- **Elektrostymulacji** (pobudzanie mięśni dna miednicy do skurczu zewnętrznym impulsem elektrycz-

nym), która pozwala na utrzymanie w dobrej kondycji mięśni, które zostały odnerwione na skutek zabiegu operacyjnego. Bez elektrostymulacji uległyby one bezpowrotnemu zanikowi. Dzięki zabiegom stymulacji elektrodą doodbytniczą możliwe jest utrzymanie mięśni do momentu ponownego ich unerwienia.

- **Stymulacji ETS** - jest to połączenie elektrostymulacji i biofeedbacku. Pacjent poddając się tego typu rehabilitacji musi prawidłowo wykonać określony przez terapeutę skurcz mięśniowy, aby wyzwolić elektrostymulację mięśni. Jest to odwzorowanie sytuacji prawidłowej, kiedy to wychodzące z kory mózgowej polecenie o wykonaniu skurczu mięśniowego skutkuje pełnym i mocnym skurczem wszystkich mięśni. W przypadku uszkodzonego unerwienia i mięśni, kurczyłyby się tylko te mięśnie, które nie zostały uszkodzone, a pozostałe nie będą w sposób adekwatny reagowały na polecenie. Natomiast w tym zabiegu mimo zaistniałych uszkodzeń, elektrostymulacją zewnętrzną wymuszany jest prawidłowy skurcz mięśniowy, zapoczątkowany naturalnym poleceniem płynącym z woli pacjenta.
- **Stymulacji unerwienia obwodowego prądem niskiej częstotliwości** - podczas tego zabiegu stymulowane do regeneracji są nerwy obwodowe dna miednicy.



Fot. ©(Senior Man Doing Press Ups In Gym/Monkey Business)/Fotolia.com

Oprócz wymienionych powyżej terapii w gabinecie, każdy pacjent, korzystający z rehabilitacji, zachęcany jest do samodzielnego wykonywania ćwiczeń wzmacniających, mięśnie dna miednicy.

### Jakie szanse na powodzenie rehabilitacji?

Szanse powodzenia zabiegów rehabilitacyjnych zależą od stopnia nietrzymania moczu. Im lżejsze nasilenie NTM, tym większe szanse na poprawę. Jednakże zdarzają się przypadki zarówno lekkie, które okazują się być trudne do wyleczenia, jak również ciężkie, w których rehabilita-

cja przynosi pozytywne rezultaty.

Bardzo duży wpływ na powodzenie rehabilitacji ma zaangażowanie pacjenta. Jeśli chory systematycznie i dokładnie wykonuje ćwiczenia, szanse na poprawę jego stanu zdrowia zwiększają się.

**Kiedy można liczyć na pierwsze efekty rehabilitacji?**

Poprawa stanu zdrowia po rehabilitacji jest bardzo indywidualną kwestią. Najczęściej zmniejszenie epizodów NTM odczuwalne jest po 3 miesiącach terapii, jednakże dobrze zmotywowani pacjenci potrafią zgłosić poprawę już po pierwszym miesiącu. Trudno jest jednak prognozować proces poprawy, ponieważ nie ma na tyle dokładnych narzędzi diagnostycznych, które mówiłyby o stopniu i skali uszkodzeń pooperacyjnych. Nie możemy więc obiektywnie ocenić rodzaju uszkodzeń, a jedynie nasilenie problemu i objawy, które w pewnym stopniu informują nas o skali uszkodzeń. Nie oznacza to

jednak, że pacjent, decydując się na rehabilitację, powinien sugerować się skalą uszkodzeń unerwienia i mięśni związanych z usunięciem prostaty. Każdy pacjent po zabiegu powinien w pierwszej kolejności poddać się zabiegom rehabilitacyjnym, a dopiero po zakończeniu odpowiedniej serii ćwiczeń, na podstawie efektów rehabilitacji, udać się do lekarza w celu określenia dalszego programu leczenia. Jedynie sytuacje, w których pacjenci zgłaszają permanentny wyciek moczu, zmuszający ich do stosowania cewnika zewnętrznego, nie rokują poprawy po zabiegach rehabilitacyjnych.

**Podsumowanie**

Reasumując należałoby stwierdzić, że pacjenci, u których nastąpiło osłabienie funkcje trzymania moczu, a nie całkowite ich upośledzenie, powinni być poddani rehabilitacji, gdyż daje im ona szanse na poprawę stanu zdrowia lub całkowite wyleczenie.

## Badanie urodynamiczne w woj. kujawsko-pomorskim

**W** najnowszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa kujawsko-pomorskiego. Według zebranych danych (stan na 05.2014), w województwie kujawsko-pomorskim badanie urodynamiczne można wykonać w 13 placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat (kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuacje w województwie), liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne wzrosła o pięć. Badanie jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dla osób nieubezpieczonych koszt badania to wydatek ok. 500-600 zł.

Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. kujawsko-pomorskiego, które przeprowadzają badanie urodynamiczne. Zastrzegamy, że lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek; ponadto nie wszystkie placówki udzieliły nam niezbędnych informacji.

Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl). W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach, prosimy o kontakt na adres mailowy: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

**BYDGOSZCZ**

1. 10-ty Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ; 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 5
2. Centrum Onkologii im. Prof. Łukaszczyka; 85-796 Bydgoszcz, ul. I. Romanowskiej 2
3. Szpital Uniwersytecki im. dr A. Jurasza; 85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
4. Szpital Uniwersytecki im. dr J. Bizuela; 85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75
5. Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy; 85-015 Bydgoszcz, ul. Markwarta 4-6
6. Centrum Medyczne IKAR - Borowicz Spółka Jawna; 85-915 Bydgoszcz, ul. Szubińska 32

**GRUDZIĄDZ**

1. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego; 86-300 Grudziądz, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 32

**INOWROCŁAW**

1. Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Dr. L. Błażka; 88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97

**TORUŃ**

1. NZOZ "Nasz Lekarz" Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych z Przychodnią Specjalistyczną; 87-100 Toruń, ul. Szeroka 30/Szczytna 1
2. Szpital Specjalistyczny „MATOPAT” NZOZ; 87-100 Toruń, ul. Storczykowa 8/10
3. Szpital Specjalistyczny dla Dzieci i Dorosłych; 87-100 Toruń, ul. Konstytucji 3 Maja 42
4. Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika; 87-100 Toruń, ul. Batorego 17/19

**WŁOCŁAWEK**

1. Szpital Specjalistyczny „Barska”; 87-800 Włocławek, ul. Barska 13

# Dlaczego warto ćwiczyć mięśnie dna miednicy?

z prof. Kari Bø, światowej sławy fizjoterapeutką z Norweskiego Kolegium Nauk Sportu w Oslo rozmawia Alexandra Wesółwska



**P**rofesor Kari Bø to światowej sławy fizjoterapeutka i ekspertka w zakresie ćwiczeń mięśni dna miednicy. Na co dzień pracuje w Norweskim Kolegium Nauk Sportu w Oslo, w Departamencie Medycyny Sportowej. Głównym obszarem jej zainteresowań jest funkcjonowanie dna miednicy, nauka wykonywania ćwiczeń oraz ogólne zdrowie kobiet. Od 8 lat profesor Kari Bø jest wiceprezesem Norweskiej Rady ds. Aktywności Fizycznej, gdzie udziela norweskiemu ministrowi zdrowia bezpośrednich porad nt. aktywności fizycznej, a od 2013 roku pełni również rolę rektora uczelni w Oslo. W swojej karierze Kari Bø wydała wiele publikacji i filmów DVD na temat ćwiczeń mięśni dna miednicy, ciąży i porodu, aktywności fizycznej oraz zdrowia kobiecego.

## Jak to się stało, że zaangażowała się Pani w to co robi? Skąd ten pomysł i dlaczego akurat dysfunkcje dna miednicy?

To był zbieg okoliczności. Gdy zaraz po studiach zaczęłam pracę jako fizjoterapeutka w Szpitalu Uniwersyteckim Akershus, na swojej drodze spotkałam wspaniałego urologa dr Bernta Kvarsteina. To właśnie on mnie wspierał i zachęcał do tego bym zaczęła robić badania nt. ćwiczeń mięśni dna miednicy. Zawsze interesowała mnie aktywność fizyczna i zdrowie kobiet, a mając styczność z nimi na co dzień zrozumiałam, że nietrzymanie moczu (NTM) jest jednym z ważniejszych czynników, skłaniających kobiety do rezygnacji z regularnej aktywności fizycznej. NTM to bardzo kłopotliwy i nieprzyjemny stan, który jednak nie stanowi zagrożenia dla życia. Zagrożeniem dla zdrowia jest natomiast zaprzestanie wykonywania jakichkolwiek ćwiczeń. Regularna aktywność fizyczna zapobiega depresji, niektórym rodzajom nowotworów, cukrzycy, chorobom serca, wysokiemu ciśnieniu, osteoporozie czyotyłości.

## Czym więc są mięśnie dna miednicy i dlaczego są tak ważne?

Mięśnie dna miednicy znajdują się w dolnej części naszego ciała, otaczają otwór miednicy oraz formują swego rodzaju „podłogę”, gdzie spoczywają narządy wewnętrzne. Są to zwykle mięśnie szkieletowe i mogą być trenowane w taki sam sposób jak biceps. Mięśnie dna miednicy są ważne, ponieważ utrzymują pęcherz, cewkę moczową, odbytnicę i macicę w miejscu. W ten sposób odgrywają istotną rolę w zapobieganiu nietrzymaniu moczu, kału lub gazów jelitowych. Istnieją mocne dowody na to, że trening mięśni dna miednicy jest skuteczny w leczeniu NTM i zapobiega wypadaniu narządów rodnych u kobiet.

## Czy mężczyźni również mogą wykonywać ćwiczenia?

Tak, mężczyźni mają takie same mięśnie, oczywiście z pominięciem pochwy, i mogą je trenować w taki sam sposób jak kobiety. Wyniki badań nt. skuteczności ćwiczeń na mięśnie dna miednicy u mężczyzn są zróżnicowane, ale większość z nich wskazuje na korzystne rezultaty, stąd również mężczyznom zaleca się ćwiczenia.

## Gdzie, Pani zdaniem, na drabinie terapii osób z NTM powinno umieścić się ćwiczenia mięśni dna miednicy?

Istnieje międzynarodowy konsensus w oparciu o wysokiej jakości badania oraz systematyczne raporty, mówiący, że trening mięśni dna miednicy powinien być leczeniem pierwszego rzutu w terapii NTM oraz wypadaniu narządów rodnych. Ćwiczenia nie mają żadnych skutków ubocznych, w porównaniu z operacją, która może mieć katastrofalne powikłania. Dlatego przed operacją zawsze powinno się próbować innych możliwości leczenia.

## Czy ten rodzaj fizjoterapii powinien być refundowany przez budżet państwa?

Tak, dlatego, że ta fizjoterapia jest skuteczna i dzięki niej można zaoszczędzić sporo pieniędzy. Stosowanie fizjoterapii może czasem uchronić przed operacją.

## Pani płyta DVD z PelvicCore Techniques (techniki ćwiczeń dna miednicy) wzbudziła duże zainteresowanie w Polsce. Czy planuje Pani nagrać kolejne płyty z programami do ćwiczeń?

Bardzo miło mi słyszeć, że płyta przyjęła się w Polsce. Chciałabym nagrać nowe płyty, ale to kwestia czasu i pieniędzy. Dla mnie bardzo ważne jest, aby spróbować przekazać wiedzę z badań tym, którzy potrzebują jej najbardziej, a płyta z ćwiczeniami, które można wykonywać samemu w domu jest do tego celu najlepsza.

# Opolska polityka senioralna

Katarzyna Walewska

**R**osnące niezadowolenie społeczne oraz coraz liczniejsze protesty opiekunów dzieci i dorosłych osób niepełnosprawnych wyraźnie wskazują na potrzebę zmian w sektorze opiekuńczym. W którym kierunku jednak powinny pójść zmiany?

Próba odpowiedzi na te i inne pytania była regionalna konferencja Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu, która odbyła się 15 maja w Urzędzie Marszałkowskim w Opolu. Patronat honorowy nad konferencją objęli Wojewoda oraz Marszałek Województwa Opolskiego. Specjalnym gościem spotkania był senator Mieczysław Augustyn, przewodniczący Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych, współautor projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

Wśród prelegentów konferencji znalazł się również Wicemarszałek Województwa Opolskiego - Roman Kolek, który przybliżył uczestnikom założenia polityki senioral-

pracy, w tym także w obszarze usług dla osób starszych, oraz poprawa jakości życia.

Aleksandra Walas, prezentując uczestnikom założenia Specjalnej Strefy Demograficznej, zwróciła uwagę, iż jednym z jej komponentów jest aktywność na rzecz osób niesamodzielnymi oraz seniorów. Pakiet Złota Jesień, będący jednym z narzędzi SDD, zakłada m.in. poprawę dostępności do usług opiekuńczych, zdrowotnych i społecznych dla osób starszych oraz rozwój rynku usług dla seniorów i osób niesamodzielnymi, poprzez zaangażowanie prywatnych przedsiębiorców do inwestowania w tym sektorze.

Z uwagi na rosnące zapotrzebowanie na pomoc osobom starszym i niesamodzielnymi władze województwa, w granicach strefy demograficznej, zamierzają uruchomić opolski bon dla seniora, dzięki któremu osoby starsze będą mogły korzystać z usług:

- opiekuńczych;
- terapeutyczno-rehabilitacyjnych;
- społeczno-edukacyjnych;
- rekreacyjno-kulturalnych;
- psychologicznych;
- aktywizujących w zakresie życia społecznego i integracji międzypokoleniowej;
- informacyjno-doradczych;
- transportowych.

Ponadto w regionie funkcjonuje już Opolska Karta Rodziny i Seniora, która umożliwia jej użytkownikom korzystanie ze zniżek oferowanych przez Partnerów Opolskiej Karty, którymi są obecnie 56 gminy oraz 33 prywatne firmy. Osobami uprawnionymi do posiadania tego typu kart są m.in. seniorzy, którzy ukończyli 65 rok życia, mieszkający w województwie opolskim.

Pomysł bonu opiekuńczego dla seniora, wspomniany przez Aleksandrę Walas, doskonale wpisuje się w założenia ustawy o pomocy osobom niesamodzielnymi, o których mówił, podczas konferencji, senator Mieczysław Augustyn. Projekt ustawy zakłada bowiem wprowadzenie ogólnopolskiego czeku opiekuńczego, na podstawie którego osoby niesamodzielnymi będą mogły skorzystać z dofinansowania kosztów opieki, tj. zaopatrzenie w artykuły higieniczne, środki pomocnicze, w tym również pieluchomajtki, opłacić wynajęcie opiekuna lub pobyt w domu opieki społecznej, jak również pokryć składki ubezpieczenia emerytalnego oraz rentowego dla osób bliskich pełniących nad nimi opiekę.

Przykład województwa opolskiego dowodzi, że w Polsce osoby starsze zaczynają odgrywać w polityce regionalnej coraz ważniejszą rolę. Nie wykluczone, że to właśnie w woj. opolskim zostanie uruchomiony pilotażowy program wdrożenia ustawy o pomocy niesamodzielnymi przy wykorzystaniu czeku opiekuńczego.



Założenia projektu Ustawy o pomocy niesamodzielnymi prezentowane przez senatora Mieczysława Augustyna

Fot. Katarzyna Walewska

nej wdrażanej w regionie opolskim oraz działania województwa zmierzające do rozwoju usług senioralnych. Podkreślił również, że problematyka osób starszych i niesamodzielnymi nie jest obca władzom województwa opolskiego. Potwierdziły to przytoczane przez Aleksandrę Walas, kierownik Referatu Obserwatorium Integracji Społecznej Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Opolu, statystyki demograficzne dotyczące Opolszczyzny, z których wynika, że w 2011 roku 67,1% gospodarstw domowych w województwie stanowiły gospodarstwa, w których zamieszkiwały osoby niepełnosprawne oraz starsze.

Region opolski jest pierwszym województwem w kraju, w którym utworzono Specjalną Strefę Demograficzną (SSD). Celem Strefy są kompleksowe i zintegrowane działania na rzecz odbudowy i wzmocnienia potencjału ludzkiego w regionie opolskim, tworzenie nowych miejsc



# Jak opiekować się osobą z NTM - cz. II

## Właściwy dobór środków absorpcyjnych

dr Elżbieta Szwałkiewicz

**W** poprzednim wydaniu Kwartalnika NTM prezentowaliśmy pierwszą część artykułu poświęconego opiece nad osobą z NTM. Wówczas przytoczyliśmy kilka porad dotyczących właściwej opieki nad osobami z demencją, prawidłowej komunikacji opiekuna z chorym, jak również zwróciliśmy uwagę na kilka aspektów właściwej higieny skóry. Druga część artykułu poświęcona jest właściwemu doborowi środków absorpcyjnych, w zależności od kilku kluczowych kryteriów, tj.: płeć, stopień samodzielności podopiecznego, nasilenie NTM, oraz mocowanie, rozmiar i rodzaj produktów chłonnych.

### Kryteria doboru środków absorpcyjnych

Jak dobrać właściwy produkt? Adekwatnie do poziomu nietrzymania moczu, aktywności i samodzielności osoby z NTM, tak by zadbać o jej i swoje samopoczucie, zmniejszenie wysiłku fizycznego i stresu, ale także, by obniżyć koszty związane z opieką.

Jak ocenić poziom nietrzymania moczu? Poprzez zrobienie tzw. testu podpaskowego, który wykonujemy w następujący sposób: przed założeniem wkładu urologicznego czy pieluchomajtek ważymy je, następnie po zdjęciu ważymy ponownie i oceniamy różnicę w wadze. Pomiar może dotyczyć całej doby lub być testem godzinnym, dlatego jeżeli zużytych będzie kilka produktów chłonnych, powinniśmy zważyć wszystkie i zsumować różnice w wadze. W oparciu o uzyskane wyniki, możemy określić poziom nietrzymania moczu:

- nieznaczny, gdy różnica w wadze jest mniejsza niż 250 ml/24 h;
- lekki, gdy różnica w wadze mieści się w rozdziale 250-800 ml/ 24h;
- średni, gdy różnica w wadze mieści się w rozdziale 800 -1500 ml/24 h;

- ciężki, gdy różnica w wadze wynosi powyżej 1500 ml/24 h.

Cechy podopiecznego takie jak jego płeć, wymiary w biodrach, poziom nietrzymania moczu, sprawność fizyczna i samodzielność w toalecie, to również istotne informacje, które są niezbędne przy właściwym doborze produktu chłonącego. Najczęściej na opakowaniach produktów znajdują się już

informacje o jego chłonności i rozmiarze, jak również sposobie mocowania. Produkty te można podzielić na dwie grupy:

- produkty, które należy używać razem z dopasowanymi majtkami lub jednorazowymi siatkowymi elastycznymi majtkami; są to pieluchy anatomiczne, wkłady i wkładki urologiczne;
- produkty, których użycie nie wymaga dodatkowych mocowań, są to pieluchomajtki utrzymywane wokół bioder za pomocą taśmy, pasów i przylepców oraz majtki chłonne.

Nazwy rynkowe dostępnych produktu mogą być różne, ale przy wszystkich jest podana informacja o poziomie chłonności, natomiast na produktach, które

wymagają mocowanie nie wymaga dopasowanych majtek, jest podana ich wielkość (obwód w pasie i biodrach). Rozmiary środków chłonnych określone są podobnie, jak przy rozmiarze odzieży - symbolami S, M, L. Jednak, mimo wskazanego rozmiaru, zawsze przed pierwszym zakupem należy zmierzyć obwód pasa i bioder podopiecznego, gdyż produkty za duże, za małe, bądź źle założone będą przeciekać. Zasadą jest, że im mniejszy produkt, tym mniejsza zawartość superabsorbentu, który chłonie i żeluje mocz, a tym samym mniejsza chłonność. Chłonność produktu powinna być więc adekwatna do poziomu NTM.

Na rynku dostępne są następujące produkty:

- małe wkładki urologiczne, odpowiednio profilowa-



Fot. ©(移乗介助/sato00)/Fotolia.com

ne, dla mężczyzn i dla kobiet - chłonność od 30 do 100 ml;

- średniej wielkości wkład urologiczny - chłonność od 100 ml do 300 ml;
- duże wkłady urologiczne, czasami nazywane anatomicznymi - od 200 do 480 ml;
- pieluchy anatomiczne - od 500 ml do 3760 ml;
- pieluchmajtki (w zależności od rozmiaru S, M, L) - od 950 ml do 4500 ml;
- majtki chłonne (w zależności od rozmiaru S, M, L) - od 985 ml do 2250 ml.

Całkowita chłonność wskazanych powyżej produktów jest jednak pomniejszana przez ciężar pacjenta (nacisk ciała na produkt).

Średnia pojemność pęcherza to 250 ml, natomiast przeciętne jednorazowe oddanie moczu przy prawidłowo działającym pęcherzu to około 200 ml. Zdrowy człowiek w ciągu doby wydała, więc około 1500 ml moczu. Dla aktywności i samopoczucia podopiecznego ważne jest, by w codziennej aktywności nie odczuwał dyskomfortu wywołanego ciężkim, pełnym moczem produktem noszonym w bieliźnie osobistej. Dlatego niezwykle ważne jest korzystanie z toalety, a gdy jest to niemożliwe, odpowiednio częste zmienianie produktu. Warto również pamiętać, że inny produkt będziemy stosować w ciągu dnia, a inny w nocy.

## Rodzaje produktów wchłaniających

### 1. Różnego rodzaju wkładki urologiczne, odpowiednio profilowane



- dla kobiet



- dla mężczyzn

Zalecane przy lekkim NTM, dla osób które nie mają objawów demencji. Mogą być stosowane do samodzielnego stosowania, ale także zakładane przez opiekuna. Mogą być zakładane w każdej pozycji podopiecznego: leżącej, na podnośniku, siedzącej, stojącej. Wymagają mocowania dopasowanymi majtkami.

### 2. Pieluchy anatomiczne



Jest to duży, wyprofilowany do kształtu ciała wkład urologiczny. Bardzo dobrej jakości pieluchy anatomiczne posiadają zakładki zapobiegające wyciekaniu moczu. Wymagają mocowania dopasowanymi majtkami. Najlepiej stosować siatkowe, elastyczne majteczki specjalnie produkowane do tego celu. Pieluchy anatomiczne zalecane są przy średnim i ciężkim NTM, dla osób leżących, z małą aktywnością, które nie korzystają z toalety. Przy zakładaniu wymagają pomocy lub całkowitego wyręczenia przez opiekuna. Mogą być zakładane podopiecznemu w pozycji leżącej, na podnośniku lub stojącej.

### 3. Majtki chłonne



Zalecane przy lekkim, średnim i ciężkim NTM, dla wszystkich osób. Mogą być samodzielnie stosowane, ale także zakładane przez opiekuna, gdy podopieczny może stać, lub w pozycji siedzącej, unosząc pośladki. Nie zalecane do zakładania w pozycji leżącej podopiecznego lub na podnośniku. Zakłada się je jak zwykle majtki. Nie wymagają dodatkowego mocowania. Podopieczny może korzystać z toalety. Po zużyciu łatwo się je zdejmuje przez rozerwanie boków.

#### 4. Pieluchomajtki

##### a) mocowane na pasie wokół bioder



Zalecane przy średnim i ciężkim NTM, dla wszystkich osób. Mogą być samodzielnie stosowane, ale także zakładane przez opiekuna. Mogą być zakładane w każdej pozycji podopiecznego: leżącej, na podnośniku, stojącej i siedzącej, gdy podopieczny jest w stanie unieść pośladki. Mają bardzo wygodny sposób mocowania rzepami na pasie owiniętym wokół bioder. Nie wymagają dodatkowego mocowania. Podopieczny może korzystać z toalety, gdyż mocujące rzepy mogą być wielokrotnie przyklejane i odklejane.

##### b) mocowane za pomocą przylepców

Zalecane przy średnim i ciężkim NTM, dla wszystkich osób. Przy zakładaniu niezbędna jest pomoc lub wyręczenie przez opiekuna. Mogą być zakładane w pozycji w leżącej pozycji podopiecznego, na podnośniku lub stojącej. Nie wymagają dodatkowego mocowania, a mocujące przylepce mogą być wielokrotnie przyklejane i odklejane. Podopieczny może korzystać z toalety, pod warunkiem pomocy opiekuna przy zdejmowaniu i zakładaniu pieluchomajtek.

Prawidłowe założenie produktu zapewnia wygodę, zapobiega przeciekaniu, chroni skórę przed podraż-



nieniem, co sprawia, że poprawia się samopoczucie i zmniejsza napięcie osoby z NTM. By zapobiec przeciekaniu bierzemy pod uwagę zachowanie naszego podopiecznego i odpowiednio do niego dobieramy, dopasowujemy i mocujemy produkt chłonący oraz pilnujemy częstotliwości jego zmiany, a także zawsze dążymy do tego, by korzystał on z toalety. Środki chłonnae stosowane w znacznym i ciężkim nietrzymaniu moczu zawsze powinny być traktowane jako zabezpieczenie skóry, a nie jako alternatywa korzystania z toalety zwalniająca opiekuna z obowiązku zaspokojenia potrzeby wydalania w miejscu do tego przeznaczonym, z zachowaniem prawa do intymności. Treningi pęcherza, treningi toaletowe i wydalanie w pozycji fizjologicznej powinny być standardowym postępowaniem w pielęgnowaniu pacjentów z NTM i/lub nietrzymaniem stolca.

W przypadku bezwiednego oddawania stolca zasadą jest zmiana produktów bezpośrednio po wypróżnieniu. Oczywiście jest, że środki pomocnicze chłonnae mocz nie spełniają podstawowego warunku - nie pochłaniają wydaliny i nie chronią skóry przed kałem. Chronią jedynie bieliznę osobistą i pościelową przed zabrudzeniem. Jedynym zalecanym postępowaniem jest niezwłoczne, po wydaleniu kału, oczyszczenie skóry i wymiana produktu zabezpieczającego. Nieuzasadnione, z powodów medycznych i ekonomicznych, jest stosowanie do zabezpieczenia bielizny drogich środków absorpcyjnych żelujących mocz, gdyż wystarczą zwykłe wkłady z pulpy celulozowej (dostępne są także z nieprzemakalną warstwą zewnętrzną chroniącą bieliznę osobistą czy pościelową). Takie wkłady są w sprzedaży, często pod nazwą wkładów ginekologicznych. Można je stosować także jako dodatkowe wkłady do pieluchomajtek, żeby nie trzeba było ich wymieniać po każdorazowym zabrudzeniu stolcem. Rytm biologiczny podopiecznego umożliwia opiekunowi dość precyzyjne ustalenie kiedy pacjent powinien skorzystać z toalety.

# Opieka nieformalna w Szwecji

## Raport Eurocarers o jakości życia opiekunów i ich podopiecznych

Katarzyna Walewska

**N**a łamach kilku numerów Kwartalnika NTM prezentowaliśmy Państwu cykl artykułów poświęconych jakości życia opiekunów nieformalnych i ich podopiecznych. Prezentowane dane opierały się na badaniach przeprowadzonych przez europejskie stowarzyszenie Eurocarers. Kończymy ten cykl Szwecją, która jest przykładem kraju bardzo prężnie rozwijającego sektor opieki nieformalnej.

Szwecja, podobnie jak większa część Europy, należy do krajów starzejących się. Według statystyk przytoczonych w raporcie, w 2009 roku w Szwecji 17% ludności (ok. 1,6 mln osób) stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat. Ze względu na wzrost długości życia i wysoki przyrost naturalny osób urodzonych w latach 1930 i 1940 liczba ta, z czasem, prawdopodobnie znacznie się powiększy. Wraz z wiekiem rośnie też zachorowalność na nietrzymanie moczu, które w Szwecji występuje u ok. 12% osób w wieku 50 lat oraz 31-42% osób w wieku powyżej 75 lat. Najczęstszymi czynnikami wpływającymi na występowanie NTM są: wiek, nadwaga, choroby neurologiczne oraz choroby przewlekłe.

Opiekunowie nieformalni w Szwecji to głównie osoby w wieku 65-88 lat, które pełnią opiekę nad swoim starszym małżonkiem/partnerem, cierpiącym na chorobę przewlekłą związaną najczęściej z udarem mózgu, chorobami serca, chorobami neurologicznymi, nowotworami urologicznymi oraz stopniowo postępującymi problemami zdrowotnymi i demencją. Dla większości badanych rozpoczęcie opieki nad bliskimi było naturalną decyzją i poczuciem obowiązku wobec partnera. Wszyscy opiekunowie podkreślali jednak, że czynności związane z opieką nad osobą z nietrzymaniem moczu są trudne i znacznie różnią się od innych czynności opiekuńczych. Opiekunowie zwracali również uwagę, jak istotnym w opiece nad bliskim jest zachowanie autonomii i intymności osoby podopiecznej.

Najczęstszymi problemami, na które uskarżali się opiekunowie, były wysiłek fizyczny, związany z codzienną opieką oraz zmęczenie emocjonalne. Opiece nad osobą niesamodzielną towarzyszy stres i znaczne obciążenie emocjonalne, dlatego opiekunowie otwarcie przyznawali, że choć żyją w poczuciu obowiązku wobec bliskich, są wyczerpani i potrzebują wsparcia w postaci świadczeń opieki zastępczej, które umożliwią im odpoczynek i regenerację oraz pozwolą na odrobinę czasu dla siebie. W rozmowach z autorami badania opiekunowie podkreślali, że największym obciążeniem ich codziennej pracy jest pomoc ze strony profesjonalnych domów pomocy. Część opiekunów przyznała, że korzystała już z tego typu pomocy, oceniając ją bardzo wysoko. W czasie, gdy wykwalifikowany personel opiekuńczy sprawuje opiekę nad ich bliskimi, oni sami mogą zająć się własnymi sprawami zawodowymi czy osobistymi.

Silna potrzeba wsparcia, tak często podkreślana przez szwedzkich opiekunów nieformalnych, jest dowodem na to, jak ciężką pracą jest opieka nad osobami niesamodzielnymi. Potrzeby i problemy opiekunów doskonale znają autorzy przytoczonego badania, którzy od lat nagłaśniają konieczność wsparcia opiekunów. Eurocarers, w ramach swojej działalności, promuje integrację społeczną oraz rozwój usług wsparcia dla opiekunów, umożliwiając im pozostanie aktywnymi zawodowo oraz społecznie. Organizacja podejmuje również szeroką aktywność zmierzającą do rozwoju polityk regionalnych, krajowych i międzynarodowych, uwzględniających rozwiązania prawne gwarantujące wsparcie opiekunów nieformalnych. Rosnące zapotrzebowanie na opiekę oraz powiększająca się grupa opiekunów są silnym argumentem przemawiającym za wprowadzeniem regulacji prawnych regulujących obszar opieki nieformalnej i wpływających na pilną potrzebę rozwoju tego sektora rynku.



Fot. ©(Mature man with woman sitting in wheel chair at park/WavebreakMediaMicro/Fotolia.com

# Klinika i Oddział Urologii Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock

Magdalena Kowalewska



Europejskie  
Centrum  
Zdrowia  
Otwock

**E**uropejskie Centrum Zdrowia w Otwocku (ECZ Otwock) założone w 2004 roku, to wyjątkowa placówka medyczna w Polsce. Jest to

ośrodek, który powstał na bazie zabytkowego budynku, położony w pięknym otoczeniu lasów Mazowieckiego Parku Krajobrazowego, jednak bardzo nowoczesny, świetnie wyposażony, w którym pracuje wykwalifikowana kadra medyczna. Ośrodek ten świadczy usługi medyczne: specjalistyczne zabiegi, leczenie szpitalne - hospitalizację zarówno w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i komercyjnie.

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock jest również jedyną placówką prywatną w Polsce, współpracującą z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), które szkoli lekarzy w wielu specjalnościach. Jedną z klinik Studium Kliniczno-Dydaktycznego CMKP jest właśnie działająca w strukturach Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock - Klinika Urologii, kierowana przez prof. dr hab. n. med. Andrzeja Borówkę. *Klinika Urologii CMKP funkcjonuje w ramach Oddziału Urologii ECZ od początku lutego 2011 roku. Wcześniej jej siedzibą był Oddział Urologii Międzyzyleskiego Szpitala Specjalistycznego. Obecnie zaś Oddział Urologii Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock wraz z Kliniką Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego jest jedną jednostką organizacyjną*, wyjaśnia dr n. med. Łukasz Nyk, FEBU, członek kadry medycznej urologów Kliniki.

Priorytetem w działalności Kliniki Urologii jest urologia onkologiczna i w tej dziedzinie wykonywanych jest wiele zabiegów mających na celu przede wszystkim rozpoznawanie i leczenie nowotworów narządów układu moczowego, nowotworów męskich narządów płciowych (głównie gruczołu krokowego - prostaty). *W Klinice zajmujemy się również leczeniem nietrzymania moczu u kobiet i mężczyzn. Wykonujemy operacje np.: wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej - głównie u mężczyzn, plastykę szyi pęcherza moczowego - unikatową operację, którą wykonuje jako jedyny z nielicznych w Polsce prof. Andrzej Borówka czy też augmentację pęcherza moczowego - skomplikowaną operację, nieczęsto wykonywaną w innej placówce niż nasza*, podkreśla dr Łu-

kaszk Nyk. Warto zaznaczyć, że Klinika dysponuje bardzo zaawansowaną, nowoczesną technologią, co daje ogromne możliwości skutecznej terapii i poprawia jakość życia chorego. Między innymi z tego powodu Klinika Urologii CMKP w ECZ Otwock zajęła I miejsce w rankingu „Idealna Klinika 2012 - Urologia”.

Jednak zabiegi operacyjne to zwykle końcowy etap leczenia NTM. Terapia pacjentów w Klinice uzależniona jest przede wszystkim od tego, z jakiego powodu chora osoba decyduje się na wizytę u lekarza urologa i w jaki sposób zdiagnozowany będzie problem nietrzymania moczu. Na podstawie tych informacji proponowana jest odpowiednia forma leczenia. *Wstępem do decyzji o podjęciu jakiegokolwiek leczenia jest dobra diagnostyka, którą przeprowadzamy w Klinice. Podstawą diagnostyki jest najczęściej wykonanie badania urodynamicznego i uretrocystoskopii połączonej z badaniem czynnościowym i dopiero na podstawie tych badań decydujemy o kierunku leczenia - czy zachodzi potrzeba leczenia farmakologicznego, operacyjnego, a może jedynie np. zmiany stylu życia i odchudzenia. Pacjentki są czasami rozczarowane decyzją, że najpierw trzeba zmienić styl życia, pozbyć się kilku zbędnych kilogramów, a dopiero wtedy, jeśli zajdzie taka potrzeba, poddać się operacji, np. założenia taśmy* - dodaje dr Łukasz Nyk. Trzeba podkreślić, że wyniki leczenia otyłych chorych są zdecydowanie gorsze od wyników osób, które obniżą swoją wagę ciała.

By skorzystać z możliwości leczenia NTM w Klinice Urologii ECZ Otwock, wybrać trzeba jedną z dwu opcji zapisania się na pierwszą wizytę. Pierwsza to leczenie w ramach NFZ. Chory zgłasza się ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu do szpitala ECZ Otwock, jest konsultowany przez jednego z lekarzy specjalistów pracujących w Klinice w celu ustalenia dalszego sposobu postępowania (czy wymagane będzie przyjęcie do szpitala i wykonanie badań, czy może te badania mogą być wykonane w ramach poradni specjalistycznej). Druga opcja, to już opcja komercyjna, kiedy chora osoba zgłasza się na wizytę popołudniową do urologa pracującego w Klinice w szpitalu, już bez konieczności posiadania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. Dr Łukasz Nyk podkreśla, że *do każdego pacjenta Kliniki lekarze podchodzą indywidualnie. Zapewniamy kompleksową opiekę od samego początku postępowania medycznego do jego zakończenia*.

# Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego

Anna Ciepela

**W** styczniu 2007 powstała kolejna (20) pielęgniarska organizacja pozarządowa - Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego (FRPP). *Naszym celem jest zbieranie funduszy na realizację marzeń, a dokładnie wspieranie zawodowego i naukowego rozwoju pielęgniarek wykorzystując ich własny potencjał. Powstanie Fundacji było odpowiedzią fundatorki Jolanty Czerniak na niezadowolone, frustrację, a także potrzebę samorealizacji, rozwoju i integracji zawodowej* - opowiada prezes Fundacji Bożena Kosińska.

Organizacja działa na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa pracy pielęgniarek, utrzymania wysokiej jakości usług oraz prestiżu zawodu, stoi na straży wysokiej etyki zawodowej pielęgniarek, uczestniczy w planowaniu i organizowaniu ochrony zdrowia w zakresie pielęgniarstwa, m. in. poprzez informowanie o jego potrzebach i podejmowanie aktywności zmierzających do wprowadzania niezbędnych zmian i norm w zakresie kształcenia oraz wykonywania zawodu.

Fundacja działa bardzo aktywnie. Organizuje konferencje naukowo-szkoleniowe, kursy i warsztaty o szerokim zakresie tematycznym. Współpracuje również z wieloma organizacjami pozarządowymi, m.in. z Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych, które Fundacja wspierała w zainicjowaniu działalności, samorządem i szpitalami.

*Swoją aktywność rozpoczęliśmy od organizacji ogólnopolskich konferencji szkoleniowych na wspólne i nurtujące nas tematy, jak: zagrożenia zawodowe a zdrowie pielęgniarki, zakażenia odcewnikowe, zarządzanie personelem a jakość w pielęgniarstwie, czy wreszcie pozyskiwanie środków krajowych i funduszy europejskich dla pozarządowych organizacji pielęgniarskich. W ciągu 7 lat zorganizowaliśmy 26 konferencji, a z okazji pięciolecia FRPP dodatkowo 5 bezpłatnych konferencji, w 5 różnych miastach nt.: Pielęgniarstwo - mój zawód, moja odpowiedzialność. Były też projekty z funduszy krajowych i unijnych dla woj. mazowieckiego, a wśród nich: kampania edukacyjna realizowana już w 2009 pt.: Stop ekspozycjom zawodowym pielęgniarek, natomiast w latach 2010 - 2011 półroczne szkolenie dla*

*kadry zarządzającej* - mówi prezes Bożena Kosińska. Organizacja aktywizuje i angażuje do działania środowisko pielęgniarskie. Inicjatywy wspierane są przez wolontariuszy, którzy identyfikują się z ideami przyswiecającymi Fundatorce FRPP. *Należy zaznaczyć, że wszystkie aktywności odbywają się dzięki samych pielęgniarkom - wolontariuszkom. Oprócz konferencji organizujemy też kursy i warsztaty. Szkolenia cieszą się ogromnym powodzeniem, o czym świadczą opinie uczestników w ankietach ewaluacyjnych oraz duża frekwencja, również sta-*

*tych uczestników - ponieważ tematy dostosowane są do bieżących potrzeb i omawiane przez autorytety w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa. Łącznie wzięło w nich udział ponad 7 tysięcy osób. Bieżące aktywności Fundacji można znaleźć na stronie [www.frpp.org.pl](http://www.frpp.org.pl)* - mówi prezes Bożena Kosińska.

W 2013 Fundacja wydawała miesięcznik IGIEŁKI, będący pomostem łączącym pielęgniarskie organizacje poprzez wymianę myśli i doświadczeń na łamach pisma. Autorzy prezentowali sylwetki niezwykłych pielęgniarek i pielęgniarzy z całego kraju, a także osób, które dopiero rozpoczynały swoją przygodę z pielęgniarstwem oraz tych, które zakończyły już swoją aktywność zawodową. Jak same mówią: *Ideą czasopisma było umożliwienie pielęgniarkom, pielęgniarzom, studentom, nauczycielom oraz osobom funkcyjnym, zaangażowanym w pielęgniarstwie mówienie własnym głosem o swoich sprawach. Założeniem IGIEŁEK była również promocja talentów zawodowych i osobistych, a także wspieranie dążeń ludzi do intelektualnej samorealizacji.*

*Miesięcznik IGIEŁKI zakończył swoją działalność, niemniej Fundacja jest otwarta na realizację kolejnych projektów wydawniczych. Różnorodność publikacji jest wskazana w każdej dziedzinie, profesji. Pozwala na wymianę poglądów, spostrzeżeń, dzielenie się informacją w sposób specyficzny dla redagujących czasopismo, a odbiorcy (głównie pielęgniarki) mają możliwość dokonywania wyboru. FRPP nie odżegnuje się od kolejnego wyzwania wydawniczego - komentuje prezes Bożena Kosińska.*



# Chcesz otrzymywać wszystkie numery **Kwartalnika NTM?** Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

**KWARTALNIK** 

**STUDIO PR**

ul. Erazma Ciołka 13, 01-445 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy

**20 1140 2017 0000 4902 0451 3842**

kwota

**38.00**

Dowód pokwitowania dla odbiorcy

Imię, nazwisko i adres wplacającego

Tytułem

**Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“**

• Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)

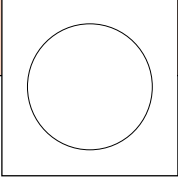
• Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL  
DZIENNY

PODPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR																																																										
nazwa odbiorcy cd.	UL. ERAZMA CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA																																																										
i.k.	nr rachunku odbiorcy																																																										
2	0	1	1	4	0	2	0	1	7	0	0	0	0	4	9	0	2	0	4	5	1	3	8	4	2																																		
W												P												P												L												N											
3												8												,												0												0											
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)																																																											
nazwa zleceniodawcy																																																											
nazwa zleceniodawcy cd.																																																											
tytułem																																																											
Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“																																																											
tytułem cd.																																																											
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy																																																											
Oplata:																																																											

## RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM



**Prof. dr hab. n. med.  
Włodzimierz Baranowski**

Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MON Wojskowego Instytutu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.  
Barbara Biń**

Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku



**Prof. dr hab. n. med.  
Tomasz Rechberger**

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



**Prof. dr hab. n. med.  
Zbigniew Wolski**

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy



### KONSULTANT MEDYCZNY

**dr n. med.  
Mariusz Blewniewski**

Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

**INFOLINIA: 801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)  
**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu.

Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00.  
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.



**KOBIETA I MĘŻCZYŻNA**  
Zdrowe starzenie

# **KOBIETA I MĘŻCZYŻNA ZDROWE STARZENIE**

**Drugi Międzynarodowy Kongres Medyczny**

10-11 października 2014, Opera i Filharmonia Podlaska, Białystok

Serdecznie zapraszamy!

**Prof. Barbara Bień**

**Prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis**

**Dr hab. Barbara Gryglewska**

**Prof. Tomasz Guzik**

**Dr Tomasz Tomasiak**



**GERIATRIA**  
**MEDYCYNA RODZINNA**  
**INTERNA**  
**PSYCHIATRIA**  
**KARDIOLOGIA**  
**ONKOLOGIA**  
**NEUROLOGIA**

**TŁUMACZENIE SYMULTANICZNE**  
**SESJI MIĘDZYNARODOWYCH**  
/JĘZYK POLSKI I ANGIELSKI/

Szczegółowe informacje i rejestracja  
**[www.kobietaimieczczyzna.info](http://www.kobietaimieczczyzna.info)**