

Zaniedbania diabetologiczne i ich wpływ na inkontynencję

dr n. med. i n. o zdr. Beata Stepanow, mgr Piotr Wolski

Już w 2008 roku uważano, że na świecie żyje 346 mln osób cierpiących na nietrzymanie moczu (NTM). W 2013 roku było ich już 380 mln. Polskie statystyki pokazują, że w naszym kraju nietrzymanie moczu dotyczy 2,5 mln osób, a przecież chorujących na cukrzycę jest ponad 3 mln. Biorąc pod uwagę, że obecnie mamy do dyspozycji nowe leki (flozyny), które sprawiają, że glukoza jest wydalana z moczem, liczba pacjentów z NTM i zakażaniem dróg moczowo-płciowych może wzrosnąć. Dlaczego? Ponieważ obecność glukozy w moczu sprawia, że łatwiej dochodzi do infekcji w obrębie dróg moczowych. A przy zakażeniu dróg moczowych nasilają się objawy nietrzymania moczu.

Chorzy z cukrzycą i cierpiący na nietrzymanie moczu zwykle nie podejmują aktywności fizycznej, bo obawiają się przemoczenia ubrania. Z tego samego powodu nie piją wody, nie wiedząc, że pracują na odwodnienie organizmu, które objawia się m.in. zawrotami głowy, suchością w jamie ustnej czy nawet zaburzeniami pracy serca i nerek. Przy odwodnieniu osoba chora na cukrzycę ma wysoką glikemię i często jest przekonana, że to skutek niewłaściwej diety.

Cukrzyca i nietrzymanie moczu - nadal temat tabu

Cukrzyca typu 2 często towarzyszy choroba otyłościowa, która jest jedną z przyczyn nietrzymania moczu. Tkanka tłuszczowa nagromadzona w jamie brzusznej uciska na narządy i strukturę pęcherza oraz okolice cewki moczowej. Ciśnienie, które zamyka cewkę moczową i zapobiega niekontrolowanemu wyciekowi moczu, jest niewystarczające i dlatego częściej dochodzi do ucieczki moczu u pacjentek otyłych niż u pacjentek szczupłych. Przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, ale także przy pęcherzu nadreaktywnym otyłość sprawia, że objawy są bardziej nasilone. Z badań epidemiologicznych wynika, że redukcja masy ciała nawet o 10 proc. zmniejsza nasilenie objawów o połowę.

Z raportu „Polska Rodzina z Cukrzycą” wynika, że bliscy osób z cukrzycą nie wiedzą, że ich członek rodziny boryka się z nietrzymaniem moczu. Młodszy pacjenci bardzo często wstydzą się mówić o nietrzymaniu moczu, które jest wciąż tematem tabu. Podczas wizyty w poradni diabetologicznej nie ma czasu na taką rozmowę. Pacjenci pytani o nietrzymanie moczu podkreślają, że na ten temat mogą rozmawiać tylko z urologiem. Nie wiedzą, że pomoc może im pielęgniarka i fizjoterapeuta. Chorzy nie wiedzą, że w ramach refundacji mogą

skorzystać z dobrych, specjalistycznych środków absorpcyjnych, które zabezpieczają przed przeciekaniem i niwelują przykry zapach moczu. Doradzić w doborze odpowiednich zabezpieczeń może również farmaceuta w aptece.

Edukacja i działania zespołu pielęgniarka - fizjoterapeuta są kluczowe

Brak wiedzy i pokutujące w społeczeństwie mity na temat nietrzymania moczu przyczyniają się w znacznym stopniu do niskiej jakości życia pacjentów, są przyczyną depresji i niskiej samooceny.

W behawioralnym podejściu do cukrzycy kluczowe jest nie tylko wprowadzenie odpowiednich zasad zdrowego żywienia, ale także aktywności fizycznej. Podejście indywidualne do osoby, poznanie potrzeb, wyzwań pozwala na przygotowanie planu działania przez pielęgniarkę i fizjoterapeutę.

Głównym celem jest wyrównanie metaboliczne, czyli m.in. uzyskanie glikemii, ciśnienia tętniczego, masy ciała, parametrów nerkowych zgodnie z zaleceniami. W trakcie tego procesu z fizjoterapeutą ustala się plan rehabilitacyjny, który wspiera w procesie podejmowania aktywności fizycznej. Istotne jest korzystanie z dobrodziejstwa nowych technologii w monitorowaniu glikemii oraz urządzeń diagnostycznych, które pomogą w postawieniu prawidłowej diagnozy.

W terapii otyłości, cukrzycy czy nietrzymania moczu ważne jest działanie małymi krokami, stopniowe dążenie do dobrostanu.

Jak zespół pielęgniarka - fizjoterapeuta prowadzi osobę z cukrzycą i nietrzymaniem moczu w ramach obowiązkowych trzech wizyt przy odpowiednim przygotowaniu pacjenta do wizyty?

Przygotowanie pacjenta do wizyty

I wizyta - czas trwania: 1 godzina 30 minut

WYWIAD:

Zasady rozmowy - pytania otwarte umożliwiające poznanie:

- życia osobistego i zawodowego pacjentki/pacjenta;
- nawyków żywieniowych;
- hobby;
- czasu spożywania posiłków i prowadzenia aktywności fizycznej;
- potrzeb życiowych, w tym tematy tabu;
- zaleconej terapii przez lekarza prowadzącego;
- zasad przeprowadzania samokontroli glikemii.

BADANIE FIZYKALNE:

- określenie wskaźnika BMI, WHR;
- badanie stóp oraz ocena ryzyka powikłań naczyniowych i neuropatii w obrębie stóp;
- ocena wzorca chodu.

EDUKACJA I ZALECENIA:

- tematy edukacji dostosowane do wyników i potrzeb;
- wydanie zaleceń i wyznaczenie daty II wizyty.

II wizyta - maksymalnie po miesiącu - czas trwania: 1 godzina 30 minut

WYWIAD:

Pytania otwarte umożliwiające poznanie:

- wyzwań, z którymi pacjent/pacjentka borykał/a się od ostatniego spotkania;
- wprowadzonych modyfikacji stylu życia;
- obecnego czasu spożywania posiłków i prowadzenia aktywności fizycznej w odniesieniu do życia osobistego i zawodowego;
- kolejnych potrzeb;
- techniki wykonywania pomiaru glukozy za pomocą przekazanego sprzętu diagnostycznego;
- wiedzy na temat rozumienia zależności pomiędzy wynikiem glikemii a tym wszystkim, co pacjentka/pacjent robi, odczuwa podczas doby;
- relacji z bliskimi w celu określenia wsparcia w procesie zmiany;
- hobby, marzeń.

BADANIE FIZYKALNE:

- fotograficzna ocena postawy ciała poprzez wizualizację wszelkich nieprawidłowości i asymetrii;
- ocena ryzyka powikłań naczyniowych poprzez po-

miar odcinkowego ciśnienia na poziomie kostki i wskaźnika kostka-ramię (ABI);

- ocena stanu psychicznego, fizycznego, dolegliwości z wykorzystaniem kwestionariuszy diagnostycznych.

EDUKACJA I ZALECENIA:

- tematy edukacji dostosowane do wyników i potrzeb;
- indywidualne dostosowanie programów rehabilitacyjnych;
- przekazanie materiałów edukacyjnych;
- indywidualne dostosowanie sprzętu diagnostycznego, rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego wspomagającego osiągnięcie wyznaczonych celów;
- wyznaczenie daty III wizyty.

III wizyta - maksymalnie po miesiącu - czas trwania: 1 godzina 30 minut

WYWIAD:

Pytania otwarte umożliwiające poznanie:

- wyzwań, z którymi badany borykał się od ostatniego spotkania;
- wprowadzonych modyfikacji stylu życia;
- obecnego czasu spożywania posiłków i prowadzenia aktywności fizycznej w odniesieniu do życia osobistego i zawodowego;
- kolejnych potrzeb;
- analiza wykonanych badań laboratoryjnych;
- wiedzy na temat rozumienia przez pacjentkę/pacjenta zależności pomiędzy wynikiem glikemii a tym wszystkim, co robi, odczuwa podczas doby;
- relacji z bliskimi;
- hobby, marzeń.

BADANIE FIZYKALNE:

- ocena stanu psychicznego, fizycznego, dolegliwości z wykorzystaniem kwestionariuszy diagnostycznych oraz wyników badań laboratoryjnych.

EDUKACJA I ZALECENIA:

- tematy edukacji dostosowane do wyników i potrzeb;
- indywidualne dostosowanie programów rehabilitacyjnych;
- przekazanie materiałów edukacyjnych;
- indywidualne dostosowanie sprzętu diagnostycznego, rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego wspomagającego osiągnięcie wyznaczonych celów;
- przekazanie informacji dla lekarza prowadzącego.

Dalsze działania zespołu PIEŁĘGNIARKA - PACJENCI I ICH BLISCY - FIZJOTERAPEUTA uzależnione są od potrzeb.

Fundamentem osiągnięcia celów jest komunikacja oparta na zrozumieniu i faktach medycznych. Celem jest

uwrażliwienie na to, że sposób, w jaki mówimy o sobie nawzajem i pomiędzy sobą, jest podstawowym przejawem naszego człowieczeństwa, kultury osobistej, ale także realnie wpływa na efekty leczenia, samoocenę oraz stan psychiczny nas wszystkich.