

INKONTINENTNI BOLNIK V SPLOŠNI AMBULANTI

INCONTINENT PATIENT IN AT GENERAL PRACTITIONER'S

Franc Božiček

UDK/UDC 616.62-008.222-039.57-08

DESKRIPTORJI: *urinska inkontinenca; ambulantna oskrba*

DESCRIPTORS: *urinary incontinence; ambulatory care*

Izvelek – V prispevku obravnavam problematiko bolnikov z inkontinenco, ki jih srečujem ob delu v ambulanti in na njihovem domu. Predvsem poudarjam kompleksnost bolnikovega problema zaradi dejstva, da je problem inkontinence predvsem v interakciji med težavo samo, bolnikom, njegovo družino in okolico. Nakazujem tudi nekatere terapevtske možnosti in pomen preventivnega dela.

Abstract – In the article, the author deals with the problems of incontinent patients, met at his work in the surgery and at the patients' homes. The complexity of the problem is stressed, due to the fact that the problem of incontinence lies in the interaction between the problem, the patient, his family and surroundings. Some therapeutic possibilities and the importance of preventive work are also mentioned.

Uvod

Delam kot družinsko usmerjen zdravnik v eni izmed mnogih zdravstvenih postaj, ki so posejane po vsem slovenskem podeželju, med Krasom in Goričkim, Pohorjem in Kozjanskim. Življenje in delo na podeželju, kamor sem vložil svoje medicinsko znanje, skriva veliko lepot in možnosti, ki zdravniku, ki se je odločil za takšno delo, osvetlujejo sicer trnjevo pot. Le-ta vodi od začetniške neizkušenosti do spoznanj o nedokončnosti medicine, ki jo oblikuje večna igra znanosti, umetnosti, etike, intuicije, potrpljenja, garanja, ljubezni in še česa, česar se ne da naučiti, ampak le živeti. Kot edini zdravnik v kraju se trudim ta spoznanja, ki medicini dajejo smisel, prenesti v prakso. Ob tem ne vem, če sem dober zdravnik, toda rad bi bil (2). Ljudje na podeželju pogosto nimajo prave individualnosti. Problemi posameznika pogosto prestopajo družinske meje in so izpostavljeni presoji širšega kroga ljudi. Tudi sam sem kot zdravnik nenehno izpostavljen v presojo istim ljudem – svojim bolnikom. Biti z njimi skozi leta »skupnega« življenja vselej »profesionalec«, je eden največjih izzivov za družinskega zdravnika nasploh. Tu uspeva, če si dovoli ostati, le človek, ki hodi samo pol koraka pred svojim pacientom. Ljudje imajo izdelano vrednostno lestvico težav in bolezni. Bolj ko je določena težava pri dnu lestvice, bolj jo pacient in njegova družina skrivajo.

Obe omenjeni dejstvi oblikujeta splošni odnos in tudi naš pogovor o bolniku z inkontinenco, ki kot težava leži nekje v spodnjem delu omenjene lestvice.

Možnosti družinskega zdravnika pri obravnavi bolnikov z inkontinenco

Inkontinenco urina in blata, kot znak in spremljevalec najrazličnejših bolezni in stanj, zelo natančno obravnavajo razne specialnosti (urologija, ginekologija...). Bolnika z inkontinenco obravnava najbolj popolno njegov družinski zdravnik. Takšen bolnik ima kožo, perilo, rjuho, občasno, pogosto ali trajno vlažne. Zaradi neprijetnega in prodornega vonja mu je dostop v družbo omejen ali prekinjen. Pogosto ostaja bolnik sam s svojo težavo, ki jo včasih dopolnjuje strah in neizpolnjeno upanje; in to le zaradi predsodka, da bi o problemu spregovoril. Nekateri bolniki sprejmejo težavo za svojo in jih več ne moti. Pogosto je pri kmečkih ljudeh, predvsem tistih iz nižjega sloja in manj razgledanih, težava v domačem okolju nekako zabrisana. Vonj po urinu se tam izgublja med mnogimi vonji, od katerih je prodoren predvsem tisti po hlevu in še bolj svinjaku. Nekateri le-teh se namreč zelo malo umivajo in čez dan preživijo v isti obleki, ki jo naslednji dan zopet oblečejo, z njo pa hodijo v hlev... Med ljudmi pa le prevladujejo takšni, ki s skrbno nego in higieno, ob kupu raznih krpic, vate in seveda tudi

primernejših pripomočkov problem navzven zabrišejo.

Kot zdravnik pogosto zaznam, da ima bolnik težavo z uhajanjem urina, a sem vselej v dilemi, kako o tem spregovoriti. Če bolnik ne pride zaradi težav, s katerimi je uhajanje urina v zvezi, bi se verjetno ob vprašanju po tej težavi počutil ogroženega. Postalo bi mu neprijetno, ker je zdravnik odkril, česar on sam ne želi priznati. Včasih pa se bolnik s to težavo o njej želi pogovarjati, a ne ve, kako začeti. Navaja vse, od vnetja mehurja, do ponižane maternice, pa željo po laboratorijski kontroli urina ali tudi kakšni specialistični preiskavi in pregledu. To, da je moker in da ga to moti, pa mu nikakor ne gre z jezika. Nekateri bolniki še pred dokončnim razjasnitvijo problema prosijo za zdravljenje, na primer proti vnetju mehurja; pregled pa odklanjajo, posebno, ko omenim rektalni ali pri ženskah tudi ginekološki pregled. Pravijo, da se zanj niso pripravili. Verjetno se večina takšnih bolnikov boji, da jih zdravnik po mokri koži in vlažnem vložku ali krpicah ne bi obsodil, da se ne umivajo in so nečisti. Bolniki imajo navadno manj predsodkov do specialistov kot do svojega zdravnika. Morda razmišljajo, da jih bo specialist videl le enkrat ali največ nekajkrat in jim je vseeno, kaj si misli o njih. Svojega zdravnika pa bodo srečevali dan za dnem in bilo bi jim neprijetno, če bi zdravnik »dvomil o njih« ali imel do njih predsodke.

Bolniki, s katerimi načnem pogovor o inkontinenci, mi pogosto povedo, da so se težave navadili in da jih ne moti več. Ob tem pa morda resnične občutke skrivajo ali pa so jih spremenili v določene obrambne mehanizme, ki jim omogočajo vsaj znosno življenje. Pogosto izbruhne problem inkontinence kot resnični problem šele takrat, ko postane družbeno težje sprejemljiv (na primer otrok, ki lula v hlačke, začne obiskovati šolo; ali ko obnemogel bolnik ne more več skrbeti sam zase...).

Pri obravnavi vsakega bolnika z inkontinenco skušam upoštevati večdimenzionalnost njegovega problema, ki je odvisen poleg same težave še od tega, kako bolnik težavo sprejme (čustveno doživlja), kako težavo in bolnika sprejema njegova družina in od problemov, ki jih ima zaradi nje pri opravljanju svojega dela (2).

Inkontinenco samo opredeljujem s kliničnim pri-stopom. Ta obsega izčrpno anamnezo, pregled (ki vključuje rektalni in pri ženskah tudi ginekološki pregled), laboratorijski pregled krvi, urina, blata, nastavitev urikulta in pošiljanje krvi za določene biokemične preiskave v centralni laboratorij. Po potrebi bolnike napotim na ustrezne preiskave, kot na primer ultrazvok, rentgen, elektromiogram, elektroencefalogram. Bolnike pogosto pošljem v specialistično obravnavo specialistu ustrezne specialnosti. O nadaljnjem vodenju bolnika se pri teh odločam glede na specialistično mnenje. Kadar pa se za specialistično obravnavo ne odločim ali pa če bolnik napotitev od-

klanja, zdravim (v prvem primeru) ali poskušam zdraviti (v drugem primeru) sam. Takšne odklonitve zasledim redkeje pri mlajših ženskah, s starostjo le-teh pa naraščajo. Starejši moški z večjo ingvinalno kilo in inkontinenco včasih težko privolijo na operativno terapijo. Ob težavah s prostato pa se urologa ne branijo. Pri le-teh zasledim po posegih na prostati pogoste lažje inkontinenčne motnje.

Tudi pri ženskah, ki so bile operirane zaradi raznih ginekološko-uroloških problemov, ki povzročajo tudi inkontinentnost, opažam, da po operaciji pogosto ostajajo »bolniki«; s strahom pred recidivi ali še z dizuričnimi težavami.

Bolnike z inkontinenco zasledim v vseh starostnih skupinah, prevladujejo pa ženske z različnimi stopnjami stresne inkontinence. Inkontinenco blata zasledim redkeje kot inkontinenco urina, in to pri redkih otrocih, kasneje pa največkrat v stanju, ki ga opisujejo svojci z besedami »vse gre pod njega«. Takšne bolnike srečujem na njihovem domu. Gre za heterogeno skupino bolnikov, ki jih zaradi tovrstnih težav svojci ne pripeljejo v ambulanto ali pa so vezani na bolniško posteljo. Med njimi srečujem bolnike po kapi (z različnimi stopnjami prizadetosti), takšne po raznih poškodbah, predvsem hrbtenjače, takšne s prizadeto hrbtenjačo zaradi tumorja ali metastaz, pa po raznih nevroloških ali drugih boleznih, ki bolniku vzamejo občutek za uriniranje, defekacijo, kritičnost... Nekateri pa mažejo in močijo posteljo, ker zaradi oslabelosti ne morejo iz nje. Ob raznih infektih ali pa v terminalnem stadiju tudi ti včasih postanejo dementni, nekritični.

Ob obiskih pri takšnih bolnikih na domu moram včasih poseči tudi v zapletene družinske odnose, saj marsikje poleg v življenjskih funkcijah opešanega starostnika najdem tudi opešano družino (pogosto tudi zaradi alkohola). Ponekod v teh primerih zaznam ob hišnem obisku oster vonj, ki se širi iz bolnikove postelje in se meša z vonjem neoprane posteljnine ali neprežračene sobe. Potem ko takšnemu bolniku ponavadi sam dvignem vlažno spalno srajco prek hrbta in jo moram prej še izvleči izpod njega, se membrana stetoskopa zaradi vlage kar lepi na bolnika. Le otožen in vprašujoč pa nemi in odsotni pogled bolnika v takšnih primerih zbujajo sočutje in vero v smisel nekega življenja. Poleg takšnih bolnikov so seveda tudi oni, ki kljub svojim težavam ležijo v vedno svežih belih posteljah. Usoda večine mojih, na posteljo vezanih bolnikov, pa se giblje med obema skrajnostma.

Problem vsakega bolnika, ki ima inkontinenco, se zrcali na njegovi družini. Kadar je takšen bolnik onemogel starostnik, se pojavlja vprašanje, kakšna družina je ob njem. Tukaj se razgalja tragedija preteklosti, ki je mlade pognala iz dežele v mesta. Marsikje po starejših, iz leta v leto bolj zapuščenih »kočah«, živita le starka in starček (ali le še eden od njiju), ki vse bolj pešata v življenjskih funkcijah in postajata kljub svojim preskrbljenim in situiranim otrokom socialni pro-

blem. Otroci, ki živijo v mestih, jim navadno ponujajo »dom«, ki ga pa mnogi ne sprejemajo in raje živijo iz dneva v dan ob pomoči sosedov; ali pa srečam ob njihovih bolniških posteljah tuje ljudi, ki so jih pripravljene vzeti v oskrbo (in ki bi morda v kratkem času radi prišli do posestva). Od takšnih le malokateri misli na bolnika. Nanj bo mislil, ko bo ta napisal oporoko. Toda potem ostaja ubogi starostnik prav tako zapuščen kot prej in če kmalu ne umre, mu včasih grozi dom in ne more si nič več pomagati. Le kako se počuti takšen starostnik, ki ga pridejo otroci obiskat, a zaradi neprijetnega vonja postelje ostajajo bolj pri vratih njegove sobe? Pri takšnih bolnikih se srečujemo z depresijo zaradi osamljenosti, občutkom popolne odvisnosti in sprizajenjem z neizogibnim koncem. Na podeželju pa se je le ohranilo veliko družin, ki jim onemogli starostnik pomeni vrednoto in z vsem srcem in optimalno poskrbijo zanj. Če gre za mlajše inkontinentne bolnike, so ogroženi spolni odnosi in potem nasploh odnosi med partnerjema v družini. Inkontinenca pri otroku zbudi v starših strah, na primer o bodoči eksistenci otroka ali morda o sposobnosti letega za potomce (1).

Najmanj je znanega o bolnikovem lastnem doživljanju težav, ki jih povzročajo inkontinenca. Le-ta ima za vsakega posameznika drugačen, edinstven pomen (1). Prizadetost bolnikov ob spoznanju, da so družbeno manjvredni, sram zaradi zaudarjanja, domneva, da je inkontinenca povezana s spolnostjo in še kaj, pripeljejo bolnika relativno pozno v ambulanto (1). Takšnega bolnika je potrebno vselej vprašati o vzroku prihoda, o strahovih in pričakovanju do zdravnika (1). Mnogokrat je kljub dosežkom moderne medicine edino zdravilo za takšnega bolnika njegov zdravnik, zato je pomembno, »kako se le-ta predpisuje«.

Bolniki z inkontinenco imajo večje ali manjše probleme tudi na delovnem mestu. Takšni problemi obstajajo tudi med kmeti, od katerih so mnogi kljub precejšnjim težavam primorani delati (bodisi da ni nikogar, ki bi jih nadomestil ali pa jih odnos na podeželju, ki pogosto ceni človeka prek fizičnega dela, v to sili) (1).

Terapevtske možnosti, ki jih imam, presegajo zgolj zdravljenje inkontinence kot bolezni ali simptoma. Kot družinski zdravnik skušam terapevtsko delovati na vseh ravneh, s ciljem, da bi bolnik zaživel sproščeno, brez strahu, da bi odpravil težavo ali jo z raznimi pripomočki vsaj omilil in da tako ne bi imel več problemov v družini, na delovnem mestu, v družbi.

Največji poudarek dajem vzgoji za zdravje, ki sem jo razširil na vse prebivalstvo, posebej v določene rizične skupine. Vzgoja in svetovanje sta tudi največji del zdravljenja težav samih. Bolnikom predpisujem po potrebi tudi razna zdravila za zdravljenje uroinfekta (po antibiogramu), skrbim, da so morebitne inter-

nistične bolezni urejene... Ženske po potrebi tudi seznanjam s fizioterapijo, ki lahko odpravi ali vsaj zmanjša težave (Keglove vaje v primeru stresne inkontinence). Pri starejših in nepokretnih prihaja bolj v poštev predpisovanje raznih pripomočkov iz inkontinentnega programa, pa kontrola in menjava katetrov in še kaj. Upoštevam seveda tudi predpisana specialistična navodila. Vselej najdem pomoč pri medicinski sestri, ki mi predstavlja pomembnega sodelavca, najsi bo to medicinska sestra v ambulanti ali na terenu. Brez njene pomoči si celostnega pristopa k bolniku z inkontinenco ne predstavljam.

Sklep

Obravnavam bolnikov z inkontinenco pomeni za družinskega zdravnika, ki se je dokopal do duše svojih bolnikov, življenje z njimi skozi leta. Zato družinski zdravnik kljub temu, da pogosto vidi določene medicinske možnosti rešitve bolnikovega problema, postavlja bolnika pred samo težavo in skuša reševati ta problem celostno. Za to pa mora obvladati vse smeri medicinske stroke in jim dodati še mnogo drugega. Predvsem pa je pomembno, da se bolniku približa, mu poda roko in ga razbremeni strahu. Strahu pa mora razbremeniti tudi bolnikovo družino. Vsekakor je v obravnavanju bolnika s tem problemom še veliko nejasnosti in veliko možnosti. Te se odpirajo, če verjameš, da ne zmoreš vsega, če si nenasiten in ljubezni do znanosti in če si vztrajen ob zmedenih in zahtevnih bolnikih. Morda sčasoma le začčenjaš dojemati, da je umetnost res velika.

Literatura

1. Švab I. Družinski zdravnik in bolnik z boleznijo sečil. Zdrav Vestn 1992; 61: Suppl 1: 5-7.
2. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: DDU Univerzum, 1982.
3. Voljč B, Košir T, Švab I. Splošna medicina, načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev, 1992.
4. Osredkar Š, Vrban D. Vrednotenje rezultatov zdravljenja akutne urinske inkontinence z akutno maksimalno funkcionalno električno stimulacijo. Zdrav Obzor 1993; 27: 131-9.
5. Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: DDU Univerzum, 1978.
6. Benson CR. Priručnik iz akušerstva i ginekologije. Beograd: Savremena administracija, 1983.
7. Velikonja T, Novak J. Odkrivanje in zdravljenje anorektalnih bolezni v ordinaciji zdravnika splošne medicine. Zbornik predavanj XVIII. podiplomskega tečaja iz kirurgije. Ljubljana: Kirurška služba UKC Ljubljana, 1982.
8. Šušteršič Z. Kirurgija. Ljubljana: MK, 1979.
9. Grbec V. Timsko delo v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1989; 23: 123-7.
10. Darovec J. Duševne motnje v starosti: prispevek k medikamentoznemu zdravljenju senilne demence – Alzheimerjeve bolezni. Med Razgl 1989; 28: Suppl 2: 19-27.
11. Janež J. Urološke bolezni v starosti. Med Razgl 1989; 28: Suppl 2: 117-22.