



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENA NEGA ŽENSK S STRESNO
URINSKO INKONTINENCO – ŠTUDIJA
PRIMERA**

**CARE OF WOMEN WITH STRESS
URINARY INCONTINENCE – CASE STUDY**

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka: Nevenka Svetina

Jesenice, september 2011

ZAHVALA

Za pomoč in podporo pri pisanju diplomske naloge se zahvaljujem mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred.

Za pomoč in podporo pri študiju in pisanju diplomske naloge se zahvaljujem mojim otrokom, možu, sestri, sodelavkam, prijateljicam za potrpežljivost in uvidevnost v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Stresna urinska inkontinenca (SUI) je nehoteno uhajanje urina ob vsakem najmanjšem telesnem naporu in predstavlja za žensko zdravstveni, higienski in socialni problem. Vsaka ženska se s to boleznijo sooča drugače. Prizadeta je kakovost njihovega življenja, zato se izolirajo iz družbenega okolja. Zaradi sramu skrivajo svojo težavo pred okolico, šele ko ne zmorejo več, so se o tem pripravljene pogovoriti in poiskati pomoč.

Cilj: Cilj diplomske naloge je ugotoviti, kako je ženska seznanjena z delovanjem mehurja, z vzroki in zdravljenjem (SUI), koliko časa je imela težave preden je poiskala zdravniško pomoč in kako nekontrolirano uhajanje urina vpliva na kakovost življenja.

Metode: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvalitativnega raziskovanja. Kot inštrument smo uporabili študijo primera, ki smo jo izvedli s pomočjo intervjuja z vnaprej pripravljenim vprašalnikom odprtega tipa. V intervjuju nas je zanimalo predvsem pacientkino doživljanje urinske inkontinence in obdobje pred nastankom urinske inkontinence. V študijo primera smo vključili določeno pacientko, ki je zbolela za stresno urinsko inkontinenco po tretjem porodu in je bila operativno zdravljena.

Rezultati: Na podlagi besedne analize smo določili glavno kategorijo, tj. doživljanje urinske inkontinence (psihične in fizične težave). Iz glavne kode smo določili podkategorije, to so rojevanje, aktivni življenjski slog, pojav inkontinence, ko se je pacientka odpovedovala stvarim, ki so jo v življenju veselile in ji pomenile sprostitev, izogibati se je začela druženju s prijateljicami, vedno bolj se je umikala v svoj svet.

Razprava: Pregled literature in opisana študija primera nam pokažeta, da je stresna urinska inkontinenca zelo velik problem pri mlajših ženskah. Spoznali smo, da so se ženske o težavi pripravljene pogovarjati in poiskati pomoč, šele ko jih le-ta začne motiti v vsakdanjem življenju. V raziskavi je bila obravnavana samo ena izmed pacientk, ki trpijo za SUI, veliko je žensk, ki o svoji težavi ne upajo spregovoriti na glas in se raje izolirajo iz družbe. Narediti bi bilo potrebno več raziskav in vključiti več žensk različnih starosti.

Ključne besede: stresna urinska inkontinenca, vaginalni porod, kakovost življenja

SUMMARY

Theoretical Background: Stress urinary incontinence (SUI) is the involuntary loss of urine at each minimum of physical effort and represents the female, health, hygiene and social problem. Every woman is faced with this disease differently. Affected their quality of life, they are isolated from the social environment. Because of shame, hiding their problems from the surroundings, but when they can no longer hide, they are willing to talk about and seek for help.

Objective: The aim of the thesis is to determine how the woman is aware of bladder function, the causes and treatment (SUI), how long has had troubles before she seek for medical help and how uncontrolled loss of urine affects the quality of her life.

Methods: The study was based on qualitative research methods. As an instrument, we used a case study that we conducted through interviews with pre-prepared open questionnaire. In the interview, we were interested primarily of patient experiencing urinary incontinence. We were interested in the period before the occurrence of urinary incontinence. In the case study, we included a certain patient who is suffering from stress urinary incontinence after the third birth and was operationally treated.

Results: Based on word analysis, we determined the main category, ie. experiencing urinary incontinence (psychological and physical problems). From the main code we defined a subcategory, giving birth, active lifestyle, the occurrence of incontinence when the patient give up the things that they delight in life and it means the release, avoiding socializing with friends, falling in her own world.

Discussion: Literature review and case study described shows that stress urinary incontinence is a major problem with younger women. We recognize that women have been willing to talk about the problem and seek help only when it begins to feel in everyday life. The survey was addressed to only one of patient, who suffer from SUI, many womens, do not dare to speak out loud about their problems and are rather felt isolated from society. We should do more researches and include more women of different ages.

Keyword: stress urinary incontinence, vaginal childbirth, quality of life

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	DEFINICIJA STRESNE URINSKE INKONTINENCE.....	4
2.2	MEHANIZEM STRESNE URINSKE INKONTINENCE.....	4
2.3	DEJAVNIKI TVEGANJA ZA STRESNO URINSKO INKONTINENCO	6
2.4	ZDRAVLJENJE STRESNE URINSKE INKONTINENCE.....	7
2.4.1	Konzervativno zdravljenje stresne urinske inkontinence	7
2.4.2	Operativno zdravljenje stresne urinske inkontinence	7
2.4.3	Zdravljenje stresne urinske inkontinence z matičnimi celicami – vizija prihodnosti	7
2.4.4	Škodljive strategije	8
2.5	MIŠICE MEDENIČNEGA DNA (DIAFRAGMA PELVIS).....	8
2.5.1	Delovanje mišic medeničnega dna	9
2.5.2	Najpogostejši vzroki za slabost mišic medeničnega dna	10
2.5.3	Izvajane treninga mišic medeničnega dna	11
2.5.4	Vpliv nosečnosti in poroda na strukture medeničnega dna	12
2.6	ZDRAVSTVENA NEGA ŽENSK S STRESNO URINSKO INKONTINENCO	13
2.6.1	Definicija zdravstvene nege po Virginii Henderson.....	14
2.6.2	Aktivnosti zdravstvene nege	14
2.6.3	Zdravstvena vzgoja	15
2.6.3.1	Ravni zdravstvene vzgoje	16
2.7	ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTKE PO OPERACIJI SUI – TENSION FREE VAGINAL TAPE	18
2.7.1	Priprava pacientke na operativni poseg TVT	19
2.7.2	Zdravstvena nega pacientke po operativnem posegu TVT.....	20
2.7.3	Navodila pacientki ob odpustu	21
2.8	KAKOVOST ŽIVLJENJA S STRESNO URINSKO INKOTINENCO ...	21
2.9	NASVETI ZA ZDRAV SEČNI MEHUR.....	23
3	EMPIRIČNI DEL	24
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	24
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	24
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	24
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	24
3.3.2	Opis inštrumentarija.....	25
3.3.3	Opis vzorca	26
3.3.4	Potek raziskave in opis obdelave podatkov	26
3.4	REZULTATI.....	27
3.4.1	Ocena aktualnih negovalnih problemov pacientke z uporabo teorije po Virginii Handerson	30
4	RAZPRAVA	34
5	ZAKLJUČEK	39
6	LITERATURA	41
7	VIRI	47
7.1	VPRAŠALNIK ZA INTERVJU S PACIENTKO	47
7.2	SOGLASJE PACIENTKE	49

KAZALO SLIK

Slika 1. Vrste urinske inkontinence	5
Slika 2. Mišice medeničnega dna	9
Slika 3. Slikovni prikaz ključnih ugotovitev (kategorije, podkategorije in kode).....	27

1 UVOD

Mednarodno združenje za kontinenco definira urinsko inkontinenco (v nadaljevanju UI) kot navajanje kakršnegakoli nehotenega uhajanja seča (Abrams idr., 2002). Urinska inkontinenca je pogost simptom, ki lahko v večji ali manjši meri prizadene ženske vseh starosti. Urinska inkontinenca ni življenjsko ogrožujoča bolezen, a ima lahko močan vpliv na fizično, psihološko in socialno sfero posameznika (Hunnskaar idr., 2005).

Poznamo več vrst urinske inkontinence. Med najpogostejše vrste urinske inkontinence pri ženskah štejemo stresno, urgentno in mešano urinsko inkontinenco (Hunnskaar idr., 2005).

Stresna urinska inkontinenca (SUI) je nehoteno uhajanje urina skozi sečnico ob povečanju trebušnega (intraabdominalnega) pritiska, ki se prenaša na pritisk v mehurju (intravezikalni pritisk). Slednji premaga zaporni pritisk v sečnici (intrauretralni pritisk), pri tem pa se ne skrči detruzor sečnega mehurja, ki je stabilen. Klinično se kaže kot nehoteno uhajanje urina pri kihanju, kašljanju ali dvigovanju bremen, pri zelo hudi obliki celo ob spremembi položaja telesa (Kralj, 2006). Vzroki za nastanek SUI so slabost tkiv in konstitucionalni (pogosteje najdemo SUI pri pikličnih ženskah kot pri atletskem in asteničnem tipu žensk) ter spremenjeno hormonsko stanje v menopavzi in starosti. Na nastanek odločilno vpliva število porodov in način poroda. SUI pogosteje najdemo pri mnogorodnicah, posebej pri tistih, pri katerih porod in porodna nega nista bila vodena tako, da bi čuvala strukture medeničnega dna. Prav tako je pomembno težko fizično delo, ki za ženske ni primerno, zato SUI pogosteje ugotavljamo pri težkih fizičnih delavkah kot pri pisarniških uslužbenkah (ibid). Anamneza je nepogrešljiva v diagnostiki urinske inkontinence. Mnogi danes uporabljajo posebej prirejene vprašalnike, ki omogočajo natančno in hitrejšo obravnavo bolnice. Vprašanja so usmerjena k vsakodnevnim dogodkom, ob katerih bolnicam uhaja urin. Na stresno urinsko inkontinenco namigujejo pozitivni odgovori o uhajanju urina med manevri zvišanega intraabdominalnega pritiska (težko fizično delo, kašelj). Pomembna so še vprašanja, ki nam dajo odgovore o količini uhajajočega urina in pogostosti uriniranja. Postaviti je potrebno tudi vprašanja, ki zadevajo morebitne druge zdravstvene težave,

predvsem kronične pljučne bolezni, konstipacijo ali incontinentia alvi, nevrološke bolezni, sladkorno bolezen. Pomembni so tudi podatki o morebitni farmakoterapiji. Antihipertenzivi, predvsem tisti z diuretičnim učinkom, lahko vodijo k poslabšanju simptomatike, tako urgentne kot stresne inkontinence (Barbič, 2003).

Nosečnost in porod vplivata na prevalenco urinske inkontinence iz več razlogov. Ob porodu prihaja do raztezanja in oslabitve mišic medeničnega dna, dodatno lahko pride do spontanega raztrganja mišic medeničnega dna ali epiziotomije. Posledično prihaja do lahnosti mišic in zmanjšane podpore organov v mali medenici ter sprememb njihovega položaja (Huskaar idr., 2005).

Možno je tudi, da se med nosečnostjo in/ali med porodom poškoduje živec nervus pudendus, ki vpliva na delovanje sfinktra sečnice (Huskaar idr., 2005; Mostwin idr., 2005).

Song idr. (2005) so s pomočjo anonimnega vprašalnika ugotovili prevalenco urinske inkontinence in dejavnike tveganja za nastanek urinske inkontinence. Rezultati so pokazali, da je 19 % žensk inkontinentnih; od tega je bila prevalenca stresne urinske inkontinence 16,6 %, prevalenca urgentne urinske inkontinence 10,0 % in prevalenca mešane urinske inkontinence 7,7 %. Rezultati študije nakazujejo, da se pogostost urinske inkontinence povečuje sorazmerno s starostjo ter da so najpogostejši dejavniki tveganja za stresno urinsko inkontinenco (razvrščeni od najbolj do najmanj vplivnih): starost, vaginalni porod, število porodov nad dva, konstipacija, uživanje alkohola, epiziotomija, visok indeks telesne mase ter težje fizično delo.

Malo je motenj, ki bi bile tako neprijetne, kot so težave z obvladovanjem mehurja. Nenadzorovano uhajanje urina je telesni in duševni problem, ki ga pogosto spremlja občutek krivde. Ženske s to težavo se ponavadi socialno izolirajo in ne želijo več toliko zahajati v družbo. Pogosteje se urinska inkontinenca pojavlja pri starejših ženskah, ženskah, ki so rodile večkrat, ki so rodile otroke z večjo telesno težo, so manj telesno aktivne ipd. (Prah in Voršič, 2003).

Trening mišic medeničnega dna je učinkovita metoda, ki zmanjšuje simptome urinske inkontinence. Pri stresni urinski inkontinenci se s pomočjo treninga mišic

medeničnega dna izboljša predvsem podpora mišičnih organov (zlasti za mehur in sečnico). Ženske pa se premalo zavedajo pomena treninga mišic medeničnega dna. Mišice medeničnega dna lahko okrepimo, če jih večkrat na dan napnemo. Te vaje lahko posameznik izvaja kjerkoli in kadarkoli, saj se navzven vadba ne opazi (Ščepanović, 2003).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 DEFINICIJA STRESNE URINSKE INKONTINENCE

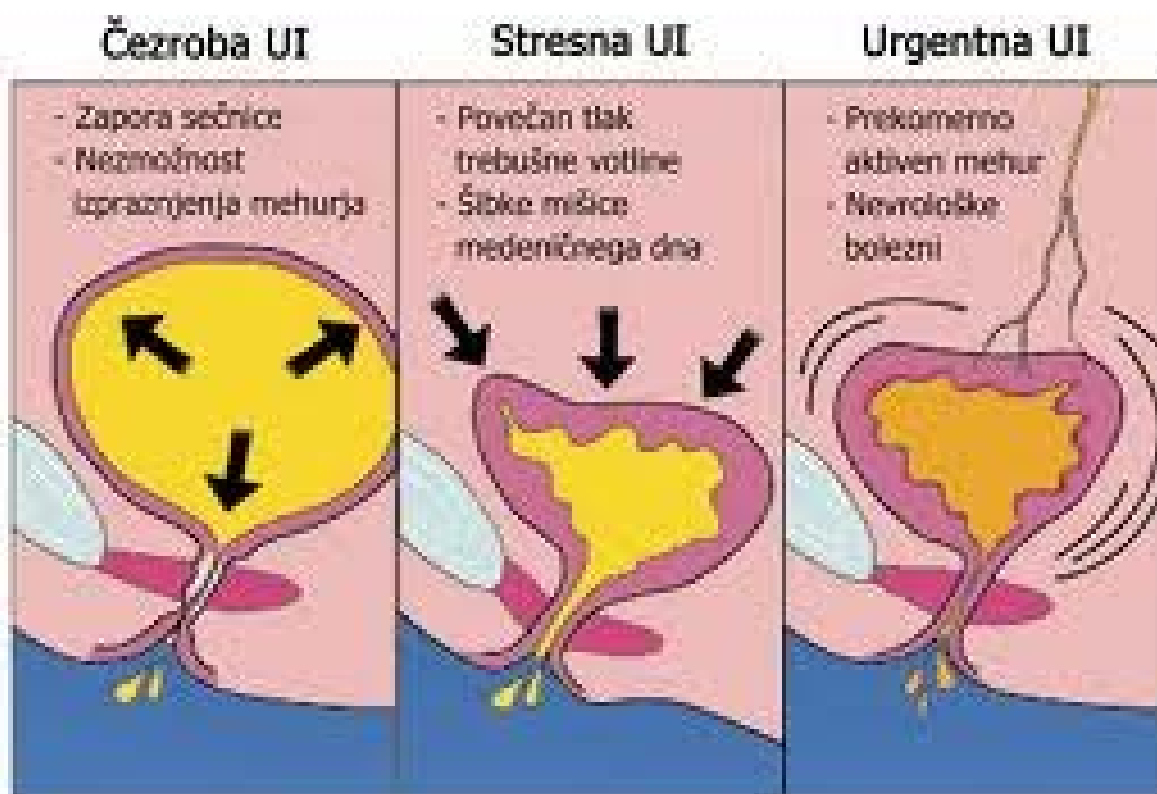
»Nenadzorovano uhajanje urina ali urinska inkontinenca je po definiciji Mednarodnega združenja za urinsko kontinenco (Internacional Continence Society-ICS) opredeljeno kot stanje, pri katerem bolnici nehoteno uhaja urin in je to zanjo socialen in higienski problem. Uhajanje urina moramo obojestransko dokazati. Stresna urinska inkontinenca je najpogostejša vrsta urinske inkontinence pri ženskah. Imenujemo jo tudi inkontinenca ob naporu, genuina stresne urinske inkontinence ali uretralna sfinkterska inkontinenca. Definiramo jo kot nehoteno uhajanje urina skozi sečnico ob povečanju intraabdominalnega pritiska in s tem intravezikalnega pritiska, ki je večji od intrauretralnega pritiska ob odsotnosti aktivnosti detruzorja. Klinično se kaže kot nehoteno uhajanje urina pri kihanju, kašljanju, dvigovanju bremen, pri težki obliki pa celo ob spremembi položaja telesa.« (Lukanovič, 2000).

2.2 MEHANIZEM STRESNE URINSKE INKONTINENCE

Stresna urinska inkontinenca se nanaša na tri faktorje. Prvi je notranji pritisk sečnice, ki ga primarno povzročata gladka in progasta mišica zapiralke in nanj vplivajo nenevrološki mišični faktorji, kot so vezivno tkivo, vaskularni pleksus, obloga sečnice. Sečnica z nizkim pritiskom prepušča pod manjšim naporom kot sečnica z normalnim pritiskom. Temu pojavu pravimo notranja nezadostnost mišice zapiralke. Drugi faktor pri stresni urinski inkontinenci je zmogljivost, s katero so nenadna povečanja trebušnega pritiska prenesena na sečnico, na kar vpliva anatomska podpora sečnice in njena povezava z mehurjem in vratom mehurja. Pritisk je enakomerno prenesen na dobro podprto sečnico in mehur, zato prenaša enako silo na strukture ter tako poskuša zadržati ali izpustiti urin. Tako se dvig pritiska ali neenakomernost med mehurjem in pritiskom sečnice ne zmanjša. Hiperobilna sečnica se običajno ne okoristi s kompresivnimi silami, ki nudijo dobro podporo sečnici, zato prihaja do puščanja urina. Razen enostavnega anatomskega poziciranja so mišice medeničnega dna, ki podpirajo sečnico in vrat mehurja, sposobne počivajočega tonusa (omogočajo ga počasi odzivne celice) ali nenadnega krčenja (povzročajo ga hitro odzivne celice). Če se izvaja nenadni zunanji pritisk na mehur

(kot pri kašljanju ali dvigovanju bremen), se pojavi hiter somatičen odziv (varovalni refleks), ki povzroči krčenje mišic medeničnega dna. Če je jakost teh mišic oslABLJena, je varovalni refleks nezadosten (Lepire in Hatem, 2007).

Tretji faktor stresne urinske inkontinence je magnituda uporabljenega pritiska, ki ga določajo faktorji izven sečnega sistema, kot so debelost, kronična bolezen pljuč, porod ter poklicni in rekreacijski napori. Ti faktorji ne vplivajo le na pritisk, ki povzroča vsako izmed stresno urinskih epizod, temveč lahko vodijo k stopnjujočim poškodbam podpore sečnice (Lepire in Hatem, 2007).



Slika 1. Vrste urinske inkontinence,

VIR; <http://terapia-dom.si/wp-content/uploads/inkontinenca-tipi.jpg> (5. 7. 2011).

2.3 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA STRESNO URINSKO INKONTINENCO

Stopnja stresne urinske inkontinence se poveča z leti in rodnostjo, dvema najbolj proučevanima dejavnikoma tveganja (Miller in Karen, 2005). Pogosteje jo najdemo pri pikničnih ženskah kot pri atletskem ali asteničnem tipu, pri mnogorodnicah in posebej pri tistih, pri katerih porod ni bil voden tako, da bi obvarovali strukture medeničnega dna. Pri postmenopavzi, pogostih operacijah, poškodbah sečnice, obsevanju in nevroloških obolenjih pride do poškodbe parauretralnega tkiva, kar vodi v stresno urinsko inkontinenco (Stopar, 2005).

Eden izmed primarnih etioloških faktorjev oslabelosti mišic medeničnega dna je porodna travma (Di Benedetto, 1999). Po prvi nosečnosti se delež žensk s stresno urinsko inkontinenco poveča skoraj 4-kratno (10,9 % pri nuliparah, 37,4 % pri prvorođkah). K nastanku oslabelosti mišic medeničnega dna najbolj prispeva nosečnost (Stare Rebolj idr., 2002).

Študija, v katero je bilo vključenih 37 učencev telesne vzgoje, je pokazala, da jih 38 % navaja simptome stresne urinske inkontinence. Razširjenost stresne urinske inkontinence med mladimi športnicami in ženskami, ki se veliko gibljejo, je 8 do 40 %. Iz različnih študij je bilo ugotovljeno, da ima težave z uhajanjem urina približno 30 % mladih, zdravih aktivnih športnic (Bourcier idr., 1999).

Prav tako je pomembno težko fizično delo, ki za ženske ni primerno. Pogosteje je stresna urinska inkontinenca ugotovljena pri težkih fizičnih delavkah kot pri pisarniških uslužbenkah (Kralj, 2006).

Medicinske sestre so pri izvajanju zdravstvene nege dnevno izpostavljene dejavnikom tveganja (dvigovanje težkih bremen, dvigovanje nepomičnih pacientov, obračanje nepomičnih in slabo pomičnih pacientov ter prelaganje nepomičnih pacientov) (Rodeš, 2008).

2.4 ZDRAVLJENJE STRESNE URINSKE INKONTINENCE

Zdravljenje stresne urinske inkontinence je lahko konzervativno ali operativno. Operiramo pacientke s čisto stresno urinsko inkontinenco in tiste z mešano (stresno in urgentno urinsko inkontinenco), pri katerih prevladuje stresna urinska inkontinenca. O izbiri med konzervativnim in operativnim zdravljenjem odločajo predvsem stopnja urinske inkontinence in spremljajoča obolenja (motnje statike genitalnih organov, ki zahtevajo operativno zdravljenje, ali druga genitalna obolenja, ki prav tako zahtevajo operativno zdravljenje) (Kralj, 2006).

2.4.1 Konzervativno zdravljenje stresne urinske inkontinence

V konzervativnem zdravljenju stresne urinske inkontinence je pomembno fizioterapevtsko zdravljenje oz. trening mišičja medeničnega dna (vaje za krepitev mišičja medeničnega dna, t. i. Keglove vaje), zdravljenje s funkcionalno električno stimulacijo (FES) in redkeje medikamentozno zdravljenje (Kralj, 2006).

2.4.2 Operativno zdravljenje stresne urinske inkontinence

Indikacije so huda stresna urinska inkontinenca, mešana urinska inkontinenca (kjer prevladujejo znaki stresne urinske inkontinence) in neuspeh konzervativnega zdravljenja. Pri izbiri kirurškega postopka je potrebno upoštevati, da ima 2/3 pacientk s stresno urinsko inkontinenco bolj ali manj spremenjeno statiko spolnih organov in medeničnega dna. Ker gre za vprašanje kakovosti življenja, se odločimo za tisto vrsto kirurškega posega, ki bo najbolj izražene znake in simptome v največji meri ozdravil (Lukanovič, 2003).

Glede na pristop ločimo: vaginalne, retropubične, kombinirane (vaginalni in abdominalni pristop), endoskopske (igelne) operacije, operacije z uporabo suburetralnega traku in periuretralne injekcije umetnih snovi ali maščevja (Kralj, 2006).

2.4.3 Zdravljenje stresne urinske inkontinence z matičnimi celicami – vizija prihodnosti

Matične celice lahko pri odraslem organizmu pridobimo iz progastih mišic, maščobnega tkiva ali iz mezenhimskih celic kostnega mozga. V laboratorijskih

pogojih se pod vplivom različnih induktorjev razvijejo v normalno delujoče gladke ali progaste mišice. Klinično delo temelji na dokazih iz poskusov na živalih, ki so imunohistokemično dokazali novo nastala mišična vlakna na mestu vnosa matičnih celic. Kot vir matičnih celic se pri zdravljenju SUI uporablja bioptični material mišic nadlahti. S procesiranjem bioptičnega vzorca se diferencirajo matične celice, ki izvirajo iz mišic in se v lokalni anesteziji uvedejo v srednji del uretre in zunanji sfinkter uretre. Prvi rezultati zdravljenja SUI z vnosom matičnih celic, diferenciranih iz avtolognih mišic, kažejo na dobre razvojne perspektive tega področja (Lukanović, 2009).

2.4.4 Škodljive strategije

Ženske s stresno urinsko inkontinenco se lahko zatečejo k številnim strategijam, ki imajo lahko negativen vpliv na njihovo zdravstveno stanje.

Halsam (2004) navaja škodljive strategije kot so:

- bolj pogosta hoja na stranišče, zaradi prepričanja, da bo to preprečilo uhajanje urina, kar sčasoma lahko privede do zmanjšane funkcijske sposobnosti mehurja;
- omejitev vnosa tekočin, ki potencialno poveča možnost za okužbe sečil;
- zadrževanje srednjega curka, kar vodi v okvare normalne refleksne aktivnosti.

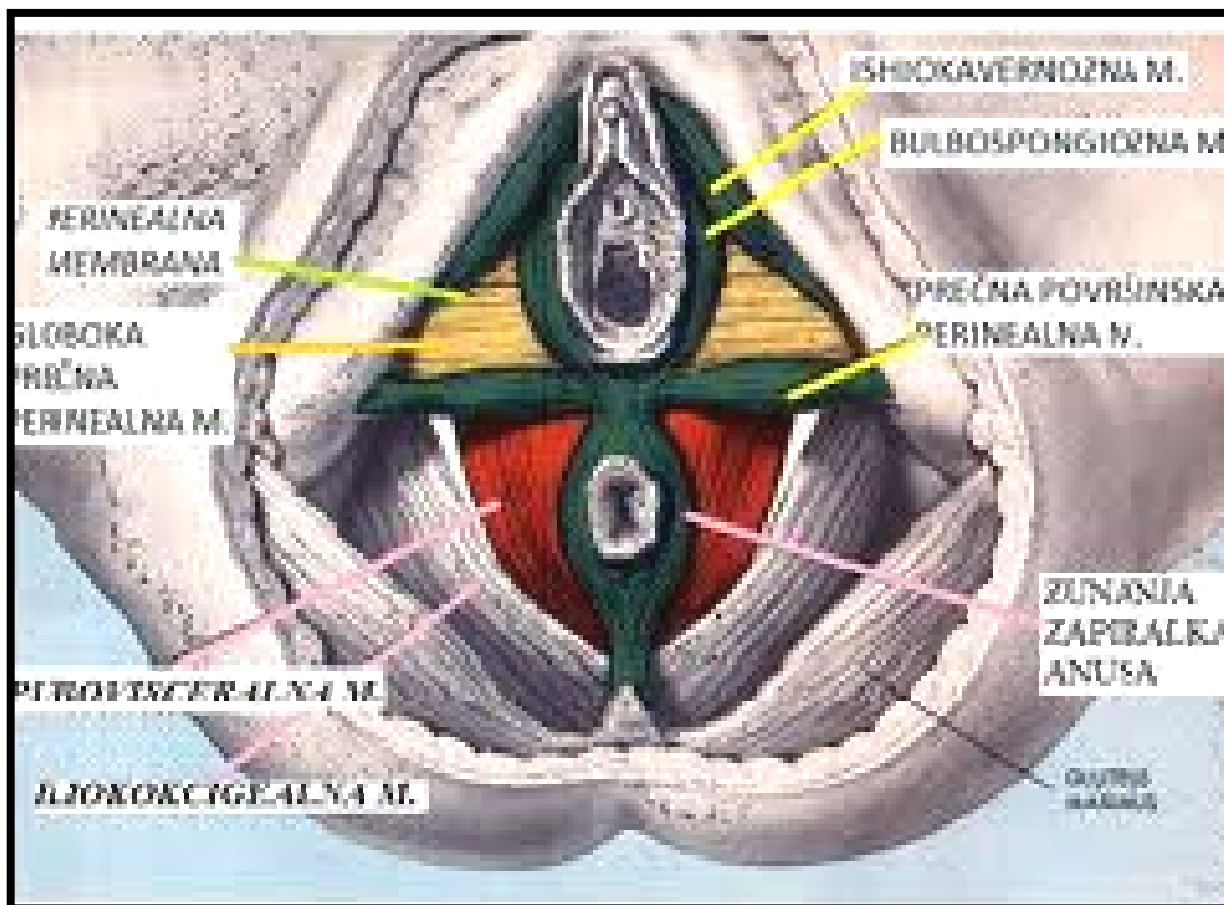
2.5 MIŠICE MEDENIČNEGA DNA (DIAFRAGMA PELVIS)

Medenični izhod je zaprt z mišicami in vezivnim tkivom ter predstavlja dno trebušne in medenične votline in tako nudi oporo trebušnim in medeničnim organom. Mišičje medeničnega dna opravlja dve nasprotujoči si nalogi. Daje čvrsto oporo organom medenične votline, konec druge porodne dobe pa mora biti tako raztegljivo, da gre skozenj plod.

Mišično dno ima tri plasti: endopelvično fascijo, mišico dvigovalko zadnjika (musculus levator ani) in urogenitalno prepono. Srednjo plast sestavlja musculus levator ani s svojimi ovojnici (fascijami). Mišica je parna, torej ločimo levo in desno mišico levator ani. Mišica je sestavljena iz treh delov, ki prihajajo od sramnice (os pubis), črevnice (os illii) in sednice (os ischii). Tako ločimo musculus levator ani

pars pubica (m. pubococcygeus), pars iliaca (m. iliococcygeus) in m. coccygeus (Gošjak, Dahmane in Kralj, 2006).

Vlakna mišice levator ani in pubococcygeus mišice so še posebej pomembna pri učinkovitem zapiranju, če pride do nenadnega povečanja pritiska v trebušni votlini npr. pri kihanju in kašljanju (Getliffe in Dolman, 2003).



Slika 2. Mišice medeničnega dna,

Vir; <http://1.bp.blogspot.com/-Vir Perry> (5. 7. 2011).

2.5.1 Delovanje mišic medeničnega dna

Mišice medeničnega dna se konstantno krčijo, razen neposredno pred in med praznjenjem. Poleg tega konstantnega krčenja mišic je lahko krčenje tudi namerno. Če se katerakoli izmed teh mišic krči izolirano, vse delujejo drugače. Edina znana prostovoljna funkcija mišic medeničnega dna je skupno krčenje, opisano kot notranji

dvig in stisk okoli sečnice, nožnice in zadnjika. Zaradi njihovega položaja znotraj medenice so mišice medeničnega dna edina mišična skupina v telesu, sposobna dajati strukturno podporo medeničnim organom in medeničnim odprtinam (sečnica, nožnica in zadnjik). Ultrazvok in magnetno resonančne študije so pokazale, da so mišice medeničnega dna toge in imajo višji položaj pri ženskah, ki še niso rodile, kot pri ženskah, ki so že rodile, ter pri kontinentnih ženskah v primerjavi z inkontinentnimi. Med prostovoljnim krčenjem se mišice medeničnega dna dvigujejo navznoter. Sečnica se zapre in mišice medeničnega dna ustavijo gibanje navzdol ter s tem stabilizirajo sečnico (Bo, 2004).

2.5.2 Najpogostejši vzroki za slabost mišic medeničnega dna

Pri zdravih osebah se mišice medeničnega dna krčijo istočasno s povečanjem pritiska v trebušni votlini ali tik pred njim. Do motene funkcije teh mišic pogosto pride med nosečnostjo in po porodu, kar lahko privede do urinske inkontinence. Uhajanje urina ali inkontinenca je nezmožnost zadrževanja urina. Po nosečnosti se pojavi tako imenovana stresna inkontinenca, ko nekaj urina uide ob smejanju, kihanju itd. Pri odpravljanju stresne inkontinence nam najbolj pomagajo Keglove vaje in vaje za mišice medeničnega dna (Ščepanović, 2003).

Na slabost mišic medeničnega dna vplivajo številni nevrološki, čustveni, vedenjski faktorji in/ali faktorji okolja, kot so:

- nosečnost, porodna travma in mnogorodnost,
- menopavza in staranje,
- operacija medenice, ginekološka in urološka obolenja,
- nenormalnost vezivnega tkiva,
- rasa in etična pripadnost,
- življenjski slog, poklicni dejavniki, ki vplivajo na kronično povečanje pritiska znotraj trebušne votline (npr.: veliko naporne telesne vadbe, kajenje, debelost, kronične respiratorne bolezni),
- razne fekalne motnje (Davis in Kumar, 2003).

2.5.3 Izvajane treninga mišic medeničnega dna

Ginekolog dr. Arnold Kegel je v štiridesetih letih prejšnjega stoletja pacientkam, ki so imele po porodu ali sicer težave z inkontinenco, priporočil posebne vaje za krepitev mišic medeničnega dna. Ker jih je prvi opisal, so danes vsem poznane kot Keglove vaje. Krepitev mišic medeničnega dna preprečuje in pomaga pri težavah z uhajanjem urina ob kašljanju, kihanju, dvigovanju bremen in drugih telesnih obremenitvah. Dobra kondicija mišic medeničnega dna olajša porod, preprečuje zdrs materničnih organov. Kmalu se je pokazalo, da so ženske, ki so izvajale vaje po njegovih navodilih, okrepile tudi vaginalne mišice in so ob doseganju močnejših orgazmov v spolnosti bolj uživale (Furlan, 2010).

Vaje so priporočljive za vse, predvsem pa za:

- SUI blage in zmerne stopnje brez večjih anatomskih sprememb,
- pred operacijo zaradi UI in po njej,
- nosečnice in ženske, ki so že rodile,
- vse ženske srednjih let in starejše ženske (Lukanović, 2003).

Najpogostejša težava pacientk s stresno urinsko inkontinenco je nepravilno krčenje mišic medeničnega dna oziroma krčenje napačnih mišic ter naprezanje mišic medeničnega dna namesto dvigovanje (Šćepanović, 2008).

Za informacijo o uspešnosti treninga mišic medeničnega dna je pri pacientki potrebno oceniti ustreznost izvajanja treninga mišic medeničnega dna. Pri prvem posvetovanju pacientki ustrezno razložijo, kje se nahajajo mišice medeničnega dna, naučijo jo izvajanja treninga mišic medeničnega dna ter nadzora mišic medeničnega dna (Šćepanović, 2008).

Hoteno krčenje je najpogosteje krčenje treh mišičnih plasti v celoti, ki ga lahko opišemo kot gibanje navznoter in stisk okrog nožnice in zadnjika. Občutek je, kot da bi hoteli stisniti in dvigniti, zapreti in potegniti navzgor področje okoli zadnjika, nožnice in sečnice. Pravilno krčenje mišic medeničnega dna ne vključuje nobenega vidnega gibanja medenice ali drugih delov telesa. Pravilno krčenje lahko zaznamo z vaginalnim/rektalnim tipanjem in opazujemo kot gibanje presredka v kranialni smeri. Pri vitkih ljudeh je mogoče opaziti nežen vpoteg trebušne stene brez giba medenice.

Učenje hotenega krčenja mišic medeničnega dna ne sme potekati brez predhodne ocene mišične krčljivosti (Ščepanović, 2007).

2.5.4 Vpliv nosečnosti in poroda na strukture medeničnega dna

Mehanični stres na mišice medeničnega dna v nosečnosti predstavlja upiranje povečanju teže noseče maternice. V prvih treh mesecih nosečnosti maternica podvoji svojo težo, v drugem tromesečju se dvigne nad medenico in izven medenice ter postane t. i. organ trebušne votline. V tretjem tromesečju se do poroda zopet nekoliko spusti zaradi vstopanja vodilnega plodovega dela v malo medenico (Herbruck, 2008).

Hormonska in mehanska obremenitev mišic medeničnega dna v nosečnosti vplivata na manjšo zmogljivost mišic. Oslabljene mišice medeničnega dna ne predstavljajo več optimalne podpore medeničnim organom in niso sposobne pravočasne reakcije na povečanje pritiska v trebušni votlini s posledičnim nehotenim uhajanjem urina. Porod, predvsem vaginalni, predstavlja velik napor za medenično dno, saj lahko povzroči precejšnje travme živčnomišičnih struktur. Mišice so izpostavljene močnemu raztegu in tudi raztrganju. Med vaginalnim porodom je pomembna zlasti druga porodna doba, ki se prične s popolno dilatacijo materničnega vratu in zaključi s poročitvijo ploda. V tej dobi lahko pride do kompresije ali raztega pudendalnega živca, ko glavica ploda prehaja v porodni kanal. Osnovna povezava med travmo presredka med rojevanjem ter urinsko inkontinenco po porodu vključuje delno reverzibilno denervacijo medeničnega dna oziroma pudendalnega živca zaradi povečanega raztezanja ali kompresije tkiv, kar vodi v laksnost ligamentov (Sampselle idr., 1998).

Večje število porodov, operativni vaginalni porod (kleščni, vakuumski), epiziotomija, porodna teža otroka nad 4000 g in druga porodna doba daljša od 60 minut močno povečajo tveganje za stresno urinsko inkontinenco po prvem porodu. To potencialno povečanje incidence postpartalne urinske inkontinence predstavlja dejavnik tveganja za perzistentno urinsko inkontinenco (Viktrup idr., 2006).

2.6 ZDRAVSTVENA NEGA ŽENSK S STRESNO URINSKO INKONTINENCO

Zdravstvena nega deluje na vseh nivojih zdravstvenega varstva in na različnih strokovnih področjih. Je poklicna disciplina (znanost, veda), ki črpa svoje znanje v lastni teoriji in praksi, družboslovnih in naravoslovnih vedah ter v filozofiji. Delovanje zdravstvene nege je sistematično in ciljno usmerjeno v varovanje in izboljšanje zdravja in kakovost življenja posameznika, družine in celotne populacije. Enkratnost zdravstvene nege se kaže v skrbi za druge, kar je njeno bistvo in osrednja vrednota (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Nosilka stroke je medicinska sestra z najmanj visoko strokovno izobrazbo ali z univerzitetno oziroma akademsko izobrazbo. Njene pristojnosti in najpomembnejše naloge so:

- promocija zdravja,
- preprečevanje bolezni, zdravstvena nega bolnih, invalidnih, umirajočih,
- rehabilitacija posameznika, družine, skupnosti,
- zdravstvenovzgojno delo, svetovanje zdravim in bolnim,
- zagovarjanje pacientov,
- načrtovanje, izvajanje, vrednotenje zdravstvene nege za posameznika, družino, skupino,
- delovanje v timih zdravstvene nege, zdravstvenih timih in interdisciplinarnih timih,
- oblikovanje lastne strokovne filozofije in filozofije zdravstvene nege,
- organiziranje in vodenje zdravstvene nege,
- razvijanje teorije in prakse zdravstvene nege,
- izobraževanje sodelavcev, dijakov, študentov,
- raziskovanje na lastnem strokovnem področju,
- promoviranje varnega okolja,
- sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike in
- vodenje (management) zdravstvenih sistemov (Hajdinjak in Meglič, 2006).

2.6.1 Definicija zdravstvene nege po Virginii Henderson

Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjak in ima pravico do pobude in nadzora.

Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta ali varovanca (Henderson, 1955, cit. po Hajdinjak in Meglič, 2006).

2.6.2 Aktivnosti zdravstvene nege

Virginia Handerson jasno predstavi, katere so naloge medicinske sestre oziroma katere so aktivnosti zdravstvene nege v zvezi z osnovnimi potrebami človeka. Poudari, da je posebna naloga medicinske sestre v tem, da človeka, bolnega ali zdravega, podpira pri izvajanju tistih aktivnosti, ki bi jih izvajal sam, da bi zadovoljil svoje osnovne potrebe, če bi imel za to moč, voljo ali znanje. Ravno tako je naloga medicinske sestre, da mu pomaga, da postane neodvisen in to tako hitro, kot je le mogoče (Henderson, 1955, cit. po Hajdinjak in Meglič, 2006).

V določenih življenjskih obdobjih in spremenjenih življenjskih situacijah (v otroštvu, starosti, nosečnosti, v času bolezni in umiranja) človek potreb ne zmore zadovoljiti sam in je odvisen od pomoči drugih. To pa je tisto posebno delovno področje medicinske sestre, ki pomaga posamezniku, ne glede na to ali je zdrav ali bolan, zadovoljiti osnovne potrebe. Pri tem deluje tako, kot bi ta to storil sam na svoj enkratni način, če bi bil za to sposoben (Henderson, 1955, cit. po Hajdinjak in Meglič, 2006).

V teoriji V. Henderson ima medicinska sestra predvsem vlogo podpiranja pri zadovoljevanju potreb. Aktivnosti, ki jih pri tem izvaja, so pomoč, vzpodbuda in včasih tudi izvedba posamezne aktivnosti namesto pacienta (Henderson, 1955, cit. po Hajdinjak in Meglič, 2006).

Aktivnosti zdravstvene nege so usmerjene v podporo in pomoč pacientu pri:

1. dihanju,
2. prehranjevanju in pitju,
3. izločanju,
4. gibanju,
5. spanju in počitku,
6. oblačenju in slačenju,
7. vzdrževanju telesne temperature,
8. vzdrževanju telesne čistoče in urejenosti,
9. izogibanju nevarnostim,
10. komuniciranju,
11. verovanju,
12. koristnem delu,
13. rekreaciji in
14. učenju (Henderson, 1955, cit. po Hajdinjak in Meglič, 2006).

2.6.3 Zdravstvena vzgoja

Sodobna definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) – World Health organization (WHO) pravi, da je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi, in naredijo vse za varovanje zdravja ter poiščejo pomoč takoj, ko jo potrebujejo (Hoyer, 2005).

Zdravstvena vzgoja je lahko uspešna le ob upoštevanju motivacije, saj se samo motiviran človek lahko in hoče naučiti spremeniti svoja dotedanja stališča in vedenje. Na to, da je posameznik motiviran, lahko pri svojem vsakdanjem strokovnem delu in s spoznanji o merilih kakovosti motivacije vpliva tudi zdravstveni vzgojitelj (Hoyer, 2005).

Cilj zdravstvene vzgoje so dejavni posamezniki oziroma skupnost, ki pozna zdravje, dejavnike tveganja pri posamezniku in v okolju ter si zna in želi prizadevati za svoje zdravje. To pomeni, da so ljudje pravočasno, pravilno in popolno obveščeni o

škodljivostih, ki ogrožajo njihovo zdravje in okolje. Motivirani so do stopnje, ko si prizadevajo ohraniti lastno zdravje in zdravo življenjsko okolje ter dejavno sledijo sodobnim preventivnim ukrepom. Imajo razvite telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja, kar pomeni osebno odgovornost za ohranjanje lastnega zdravja ter zdravja v okolju (Hoyer, 2005).

2.6.3.1 Ravni zdravstvene vzgoje

Zdravstvena vzgoja je razdeljena glede na potrebe prebivalstva na:

- Zdravi ljudje s povprečnim tveganjem potrebujejo informacije o zdravstveni ogroženosti, kar spada v primarno preventivo.
- Ljudje z visokim tveganjem potrebujejo vsebine za spremembo vedenja, kar spada v sekundarno preventivo.
- Bolni in zdravljeni ljudje potrebujejo vsebine in znanja za prepoznavanje simptomov, za sprejemanje zdravljenja in sledenje rehabilitacijskim programom. To se uvršča v tercialno preventivo (Premik, 1996, cit. po Hoyer, 2005).

Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščati ljudi o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Prav tako obvešča o tistih dejavnikih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo (Hoyer, 2005).

Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene v ohranitev in krepitev zdravja posameznice ter celotne ženske populacije v njenem ožjem in širšem okolju. Ženske je potrebno informirati o aktivnostih za zdravje in za zavestno izbiro načina življenja. S celostnim pristopom in zdravstveno vzgojo žensk lahko ublažijo vpliv dejavnikov tveganja, če jih že ne morejo odpraviti. Medicinske sestre, zaposlene v patronažnem in dispanzerskem varstvu, imajo pomembno vlogo pri primarni preventivi urinske inkontinence (Šušteršič, 1998).

Pravilno izvajanje treninga mišic medeničnega dna med nosečnostjo lahko prepreči urinsko inkontinenco med nosečnostjo in po porodu. Študija, ki je zajemala kratkoročne in dolgoročne učinke treninga mišic medeničnega dna med nosečnostjo pri ženskah, ki so že trpele za urinsko inkontinenco med nosečnostjo, je pokazala, da

se je pri ženskah, ki so trening mišic medeničnega dna izvajale bolj intenzivno, pokazalo večje izboljšanje splošnih simptomov urinske inkontinence, čeprav trening mišic medeničnega dna ni vplival na resnost urinske inkontinence med prvo polovico nosečnosti. (Herbruck, 2008).

Pri starejših ženskah v postmenopavzi, ki jih lahko prizadene urinska inkontinenca, lahko ukrepi primarne preventive pomagajo preložiti pojav težkih simptomov. Ugotovitev študije (podatki so proučevani za 2355 žensk) Nurses' Health, ki vsebuje raziskavo o povezavi med fizično aktivnostjo in tveganjem za pojav urinske inkontinence pri ženskah med 54. in 79. letom starosti, je, da fizična aktivnost (primarno hoja) znatno zmanjša urinsko inkontinenco. Zmanjšanje je bilo večje pri stresni urinski inkontinenci kot pri urgentni urinski inkontinenci. Starejše ženske, ki so srednje intenzivno aktivne, s tem zmanjšajo verjetnost za urinsko inkontinenco za 20–25 % (Herbruck, 2008).

Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema rizične skupine prebivalstva, vendar še zmeraj zdrave ljudi. Njena naloga je opozarjati na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz delovnega ali življenjskega okolja ali iz značilnosti življenjskega obdobja. Ljudi opozarja na prve znake obolenja in jih tako pripravi na pravočasno in pravilno ukrepanje, da ne pride do ogrožanja zdravja (Hoyer, 2005).

Sekundarna preventivna zdravstvenovzgojna dejavnost je usmerjena k ogroženi skupini žensk in k posameznicam. Ogrožene skupine so nosečnice, porodnice, otročnice, ženske v menopavzi, ki opravljajo težko fizično delo, ženske s povišano telesno težo in ženske s ponavljajočimi vnetnimi procesi urogenitalnega sistema (Šušteršič, 1998).

V primerjavi z ženskami, ki še niso nikoli rodile, so ženske, ki so že rodile, izpostavljene večjemu tveganju za pojav urinske inkontinence. V raziskavi, v katero je bilo vključenih 4345 žensk, je bilo ugotovljeno, da sta močnejša napovedovalca urinske inkontinence pri ženskah, ki drugič vaginalno rodijo pri 40. letu ali kasneje, urinska inkontinenca takoj po porodu in urinska inkontinenca med nosečnostjo (Herbruck, 2008).

Z lažjo in srednjo stopnjo urinske inkontinence se v večini primerov srečujejo v ambulantni dejavnosti. Tu ima prednost zdravstvenovzgojno svetovanje. Svetuje se predvsem, kako izboljšati dano težavo oz. preprečiti poslabšanje trenutnega stanja urinske inkontinence. Nasvet, ki se daje najpogosteje in je še vedno številka ena na svetu, pa je trening mišic medeničnega dna (Prah in Voršič, 2003).

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Ljudi želi usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma kakovostno živeti z nastalo spremembo, kar pomeni, da je namenjena pacientom, invalidom in njihovim svojcem. Gre za ukrepe za zmanjšanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, za učinkovito lajšanje trpljenja ter za izboljšanje pacientove prilagodljivosti na zanj nezadovoljiva stanja (Hoyer, 2005).

Terciarna preventivna zdravstvenovzgojna dejavnost je usmerjena k ženskam, ki imajo težave z zadrževanjem urina. Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene v pomoč ženskam, ki imajo urinsko inkontinenco, kako sprejeti urinsko inkontinenco in živeti z njo, preprečevati komplikacije in vzdrževati optimalno zdravstveno stanje (Šušteršič, 1998).

2.7 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTKE PO OPERACIJI SUI – TENSION FREE VAGINAL TAPE

Kratica TVT (ang. Tension free vaginal tape) bi v slovenskem prevodu pomenila »prosto stoječa podpora sečnice«.

Operacija TVT se zaradi svoje učinkovitosti in redkih zapletov v svetu vse bolj uveljavlja. Podporo predstavlja trak iz umetne snovi, ki ga vstavimo pod srednji del sečne cevi. Prosta zato, ker se ne všiije v tkivo, ampak se že po nekaj urah s tkivom zlepi zaradi posebne strukture površine vstavljenega prolenskega traku. Zato imenujemo ta način kirurške tehnike nenapetostni. Ta prolenski trak po operaciji predstavlja čvrsto podlago sečnici in tako dosežemo, da stabilna podpora srednjega dela sečnice med fizičnim naporom, kašljanjem ali kihanjem zadrži povečan pritisk iz trebušne votline (Lukanović, 2000).

Indikacija za operacijo TVT:

- Posledica vezivnomišične podlage sečnice. Ta nastane iz različnih vzrokov. Najpogostejši so obporodna poškodba, težko fizično delo, stalen kašelj, hormonske motnje in nenazadnje prekomerna telesna teža. Seveda je zdravljenje odvisno od stopnje urinske inkontinence.
- Mešana urinska inkontinenca brez izrazito spremenjene statike organov male medenice in medeničnega dna. V takem primeru moramo bolnico pred operacijo seznaniti, da kirurški poseg odpravi samo urinsko inkontinenco ob naporu, urgentno pa je potrebno zdraviti z dodatnimi postopki (medikamentozno, hormonsko, z elektrostimulacijo) (Lukanović, 2000).

Pacientka, pri kateri se zdravnik odloči za operacijo, dobi vsa navodila glede sprejema na oddelek. Na dan posega pride za sprejem z napotnico in izvidi preiskav (kompletna krvna slika, nativni urin, Sanford, elektrokardiogram). Ob sprejemu izpolnimo negovalno dokumentacijo, posebej smo pozorni na:

- to, da je pacientka tešč-a,
- alergije na zdravila,
- predpisano dieto (sladkorna ...),
- zdravila (preverimo, ali je pacientka vzela svojo predpisano terapijo, ki jo redno jemlje),
- svetovanje glede osebne higiene (nega lasišča, nega popka, ureditev nohtov, tuširanje ...) (Podkrižnik, Roj in Velički, 2006).

2.7.1 Priprava pacientke na operativni poseg TVT

Pacientko pripravimo na operativni poseg po sprejetem standardu. Izmerimo krvni pritisk, pulz in telesno temperaturo. Na levo roko namestimo zapestnico z imenom, priimkom in rojstnimi podatki. Ob izvajanju aktivnosti zdravstvene nege se s pacientko pogovarjamo, jo pomirimo, vzpodbujamo. Eno uro pred operativnim posegom TVT dobi pacientka predpisano premedikacijo. Pred premedikacijo mora pacientka sprazniti mehur, odstraniti zobno protezo, nakit in leče, če jih ima.

Pacientko preoblečemo v sterilno operacijsko srajco in jo s posteljo odpeljemo v sobo za intenzivno nego, kjer jo skupaj z vso dokumentacijo predamo medicinski sestri v intenzivni negi (Podkrižnik, Roj in Velički, 2006).

2.7.2 Zdravstvena nega pacientke po operativnem posegu TVT

Pacientka po operaciji TVT ostane 1 uro na opazovanju v sobi za intenzivno nego, kjer izvajamo standardizirano pooperativno zdravstveno nego:

- merimo krvni tlak in pulz,
- opazujemo krvavitev,
- opazujemo splošno stanje pacientke,
- apliciramo predpisano terapijo,
- ocenjujemo bolečino,
- po posegu lahko pacientka pije,
- prva mikcija po posegu TVT mora biti najkasneje tri ure po operativnem posegu (Podkrižnik, Roj, Velički, 2006).

Če se pacientka dobro počuti, jo po 1 uri s posteljo premestimo nazaj na oddelek. Medicinski sestri na oddelku predamo ustno poročilo ter zdravstveno in negovalno dokumentacijo pacientke (Podkrižnik, Roj in Velički, 2006).

Na oddelku:

- merimo krvni tlak in pulz na 4 ure do 22. ure,
- opazujemo krvavite,
- opazujemo mikcijo,
- apliciramo predpisano terapijo,
- serviramo obrok hrane in tekočine,
- pomagamo ob prvem vstajanju,
- izmerimo rezidualni urin (RU) (RU je količina urina, ki ostane v mehurju po spontanem uriniranju),
- če je RU nad 200 ml, vstavimo urinski kateter, ki ostane v mehurju do jutra,
- zjutraj urinski kateter odstranimo in po drugi spontani mikciji ponovno izmerimo RU,

- pacientka s pomočjo medicinske sestre oceni stopnjo bolečine po lestvici VAS (vizualna analogna skala) med operacijo in naslednji dan ob 8. uri (Podkrižnik, Roj in Velički, 2006).

Če je dan po operativnem posegu količina RU manj kot 100 ml in se pacientka dobro počuti, je odpuščena domov (Podkrižnik, Roj in Velički, 2006).

2.7.3 Navodila pacientki ob odpustu

Po pogovoru pacientke z zdravnikom ji svetujemo in izročimo zloženko z navodili za ravnanje doma.

Pacientki svetujemo glede:

- pitja tekočin (1,5–2 l na dan; omejitev pri srčnih bolnicah ...),
- osebne higijene (tuširanje, spodnje perilo ...),
- seznanimo jo z delovanjem društva INKONT (Humanitarna organizacija Maribor deluje od ustanovitve leta 2000. Svojo desetletno dejavnost izvaja po načelih nepridobitnosti in prostovoljnosti v javnem interesu pretežno na področju zdravstvenega izobraževanja ter skrbi za zdravstveno, socialno in humanitarno zaščito bolnikov z inkontinenco ter ostalimi ginekološkimi in urološkimi težavami.),
- pacientki izročimo začasno odpustnico in preverimo, ali je dana navodila razumela (Podkrižnik, Roj in Velički, 2006).

2.8 KAKOVOST ŽIVLJENJA S STRESNO URINSKO INKOTINENCO

Pojem kakovost življenja se uporablja za oceno splošnega dobrega počutja posameznika in družbe. Izraz se uporablja v različnih kontekstih, tudi na področju mednarodnega razvoja, zdravstva in politike. Kakovost življenja se ne sme menjati s konceptom življenjski standard, ki temelji predvsem na dohodku. Standardni kazalniki kakovosti življenja niso le materialne dobrine, ampak tudi urejeno bivalno

okolje, telesno in duševno zdravje, izobraženost, rekreacija, prosti čas in družbena pripadnost (Gregory idr., 2009).

Mednarodno združenje za urinsko kontinenco (Internacional Continence Society – ICS) jo je opredelilo kot občutek nehotenega uhajanja urina. Opredelitev kaže, da je urinska inkontinenca več kot le fiziološko stanje, ampak bi morala biti podrobneje opredeljena z določitvijo ustreznih smernic, kot so vrsta UI, pogotost UI, resnost, socialni vpliv, vpliv na higieno in vpliv na kakovost življenja vključno s fizično, psihično in socialno prizadetostjo (Bushnell idr., 2005).

Stresna urinska inkontinenca predstavlja hudo osebno težavo, ki lahko prizadetim osebam bistveno poslabša kakovost življenja. Prizadeta ženska intenzivno razmišlja in pretirano skrbi, da se nikakor ne izve o njeni težavi. Pogosteje odhaja z delovnega mesta, skrbi, da v bližini ni drugih ljudi. Pogosto zadrževanje v toaleti sčasoma postane opazno. Radovednim vprašanjem se izogne z odsotnostjo z dela. V izogib pogostemu odhajanju na stranišče ženska zavrača pitje in tako zmanjša dnevno izločanje urina na minimum – tudi do oligurije, kar lahko postane življenjsko nevarno. Koncentriran urin povzroči drugo težavo – vonj, ki pogosto izda človeka. Stalna vlažnost in prisotnost seča na koži povzročita uničenje zaščitne plasti na koži ter vnetja in razjede (Kobentar, 2002).

Načrtovanje počitnic lahko postane obremenitev že zaradi oskrbe z materialom, daljše vožnje z avtomobilom in vzdrževanja osebne higiene. Izraba prostega časa je povezana tudi s telesno aktivnostjo in gibanjem, na primer plavanjem, igranjem tenisa, aerobiko, gimnastiko, fitnesom, planinarjenjem in drugim. Ženska z inkontinenco se večinoma vsemu odpoveduje in sebe dodatno prikrajša za druženje, sodelovanje, pripadnost, komunikacijo in gibanje (Kobentar, 2002).

Pogost problem predstavlja tudi spanje. Ženske zaradi zmanjšane telesne aktivnosti potrebujejo manj spanja. Psihične obremenitve zaradi inkontinence lahko vplivajo na kvaliteto spanja. Tako so čez dan pogosto utrujene, nespočite, brezvoljne in napete. Mokrota postelje in osebne perila, neprijeten vonj in občutek umazanosti pa jih še dodatno obremenjuje (Kobentar, 2002).

Osnovna napaka je v zamolčani težavi in nezaupanju v ljudi in strokovno pomoč. Motnje na psihičnem področju, ki spremljajo inkontinenco, se kažejo kot sram, občutek krivde, brezvoljnost ter zaskrbljenost glede prihodnosti (Kobentar, 2002).

2.9 NASVETI ZA ZDRAV SEČNI MEHUR

Za preprečevanje ali omilitev stanja urinske inkontinence naj ženske upoštevajo naslednje preproste nasvete, ki jih priporoča INKO, slovensko društvo za pomoč inkontinentnim osebam:

- Dnevno naj zaužijejo zadostno količino tekočine (2 l); najboljša tekočina je voda. V primeru pojava suhih ust naj ne zaužijejo večje količine tekočine, bolje je, da usta samo vlažijo, pojedjo bonbon, jabolko ali žvečijo žvečilni gumi.
- Izogibajo naj se pitju kave, pravega čaja in pijač, ki vsebujejo kofein (coca-cola), posebej v večernih urah. Pijejo naj kavo in čaj brez kofeina. Omejijo naj pitje alkohola in gaziranih pijač.
- Naj ne urinirajo prepogosto in »za vsak slučaj«. Mehur naj izpraznijo, ko je to resnično potrebno in poskušajo zavestno podaljšati čas med dvema mikcijama.
- Poskrbijo naj, da so med uriniranjem sproščene, zagotovijo naj si zasebnost.
- Poskrbijo naj za redno prebavo in se izogibajo zaprtju. Polno črevo vpliva na izločanje in zadrževanje urina.
- Med uriniranjem in odvajanjem blata naj se ne napenjajo. Ženske naj ne čepijo nad straniščno školjko, ampak naj se nanjo usedejo. Naj ne hitijo, sečni mehur naj povsem izprazni.
- Redno naj izvajajo vaje za mišice medeničnega dna.
- Če so med uriniranjem prisotne bolečine in/ali pekoč občutek, naj poiščejo pomoč pri zdravniku (Schering-Plough, 2005).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je na osnovi pregleda literature in izvedenih raziskav predstaviti zdravstveno nego žensk s stresno urinsko inkontinenco. Predstaviti želimo tudi pomen dejavnikov tveganja za stresno urinsko inkontinenco (prekomerna telesna teža, vaginalni porod, kajenje, težko fizično delo ...). Zanimalo nas je predvsem, kakšna je kakovost življenja žensk pred operacijo z nenapetostnim trakom in ali se je njihovo življenje po operativnem posegu spremenilo.

- *Cilj 1:* Ugotoviti, kako je pacientka seznanjena z delovanjem mehurja, z vzroki in zdravljenjem stresne urinske inkontinence.
- *Cilj 2:* Ugotoviti, koliko časa je imela težave, preden se je odločila za zdravljenje.
- *Cilj 3:* Ugotoviti, kako je nekontrolirano uhajanje urina vplivalo na kakovost njenega življenja življenja.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Postavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja;

- *Prvo raziskovalno vprašanje:* Ali je pacientka seznanjena z delovanjem mehurja, z vzroki in zdravljenjem SUI?
- *Drugo raziskovalno vprašanje:* Koliko časa je imela pacientka težave, preden je poiskala zdravniško pomoč?
- *Tretje raziskovalno vprašanje:* Ali stresna urinska inkontinenca vpliva na kakovost življenja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvalitativnega raziskovanja, študiji primera. Študija primera spada med splošne metode znanstvenoraziskovalnega dela.

O študiji primera govorimo, kadar raziskovalec proučuje posamezne primere. Raziskovalec ne vpliva na potek proučevanja pojavov, ampak jih opazuje, kategorizira, primerja, kvalitativno in kvantitativno analizira (Kališnik, 2000). Podatki in viri za teoretični del diplomskega dela so bili zbrani s pomočjo pregleda domače in tuje strokovne literature na temo diplomskega dela. Iskanje literature je potekalo s pomočjo elektronskih baz podatkov Cinahl, Cobiss, PubMed. Omejeno je bilo na slovenski in angleški jezik. Ključne besede, uporabljene pri iskanju v slovenskem jeziku, so bile: zdravstvena nega, proces zdravstvene nege, stresna urinska inkontinenca, medenično dno, trening mišic medeničnega dna, stresna urinska inkontinenca po porodu, kakovost življenja s stresno urinsko inkontinenco, zdravljenje stresne urinske inkontinence. Ključne besede, uporabljene pri iskanju literature v angleškem jeziku, so bile: nursing care, nursing process, stress urinary incontinence, pelvic floor, pelvic floor muscle training.

3.3.2 Opis inštrumentarija

Študija primera je temeljila na deskriptivnih informacijah, proučevanju odnosov med pojavi trendov skozi obdobje. Uporabili smo podatke, ki smo jih s pomočjo vodenega intervjuja analizirali, uporabili smo vprašanja zaprtega in odprtega tipa, saj nas je zanimala določena problematika. V intervjuju nam je pacientka povedala svojo zgodbo. Podatki so bili zbrani z opazovanjem (z udeležbo), intervjujem (polstrukturiranim) in neformalnimi pogovori s pacientko. Vprašalnik je bil sestavljen na osnovi pregleda člankov (Podkrižnik, Roj, Velički, 2006; Lukanovič, 2000; Kralj, 2006; Barbič, 2003; Ščepanović, 2008), zajemal je vprašanja o osnovnih osebnih podatkih o pacientki, pojavu bolezni, kakovosti življenja pred operativnim posegom, doživljanju operacije in o kakovosti življenja po operaciji. Zanimalo nas je, kakšno podporo je pacientka dobila v času svojih težav od moža in koliko časa je minilo, preden se je odločila, da svojo težavo zaupa ginekologu. Študija je bila kvalitativna in je spremljala kazalnike kakovosti življenja pred operativnim posegom in po njem.

Vprašanja, ki smo jih uporabili v intervjuju, so v prilogi.

3.3.3 Opis vzorca

Osnovni izbirni kriterij je bila pacientka, ki je zbolela za SUI po tretjem vaginalnem porodu in je bila operativno zdravljena zaradi SUI. Pacientko smo namensko izbrali glede na njeno diagnozo, ki se je ujemala z naslovom diplomskega dela. Vključili smo študijo primera mlajše pacientke A. B. po treh porodih, ki se ji je zaradi pojava stresne urinske inkontinence kakovost življenja močno spremenila. Pacientka se je zdravila v Splošni bolnišnici Jesenice na Ginekološko-porodniškem oddelku, kjer smo jo tudi zaprosili za sodelovanje. S pacientko smo opravili dva intervjuja. Prvi intervju je bil opravljen septembra 2010, drugi pa oktobra 2010 po operativnem posegu. Vsi pridobljeni podatki so anonimni, verodostojni ter aktualni in so služili izključno za namen diplomskega dela. Pacientki smo zagotovili možnost zavrnitve sodelovanja v intervjuju. Pri izvedbi intervjuja smo upoštevali načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

3.3.4 Potek raziskave in opis obdelave podatkov

Pacientko smo spoznali, ko je prišla na predoperativni pogovor glede predvidenega operativnega posega. Pridobili smo njeno soglasje, za prostovoljno sodelovanje v diplomski nalogi. Pogovor je potekal na njenem domu, saj se je tam počutila varno in sproščeno. Prvi pogovor je trajal dve uri. Pacientka je sproščeno in brez zadržkov odgovarjala na zastavljena vprašanja. Ta intervju je bil pred operativnim posegom, od pričakovanega posega si je veliko obetala, bila je zelo optimistična in polna pričakovanj. Iz pogovora je bilo razvidno, da komaj čaka, da bo poseg mimo. Drugi del intervjuja je potekal en mesec po posegu. Vzdušje pri njej doma je bilo še bolj sproščeno, odnos do moža je bil bolj ljubeč. Pacientka je znova zaživela. V pomoč pri izvedbi intervjuja so nam bila predhodno sestavljena vprašanja, ki so si sledila v kronološkem zaporedju. Odgovore na zastavljena vprašanja smo si zapisali. Med intervjujem smo posebno pozornost namenili tudi neverbalni komunikaciji. Zbiranje podatkov je temeljilo na osnovi lijaka – od dejstev k lastnim občutkom. Na ta način smo uredili tudi zapiske.

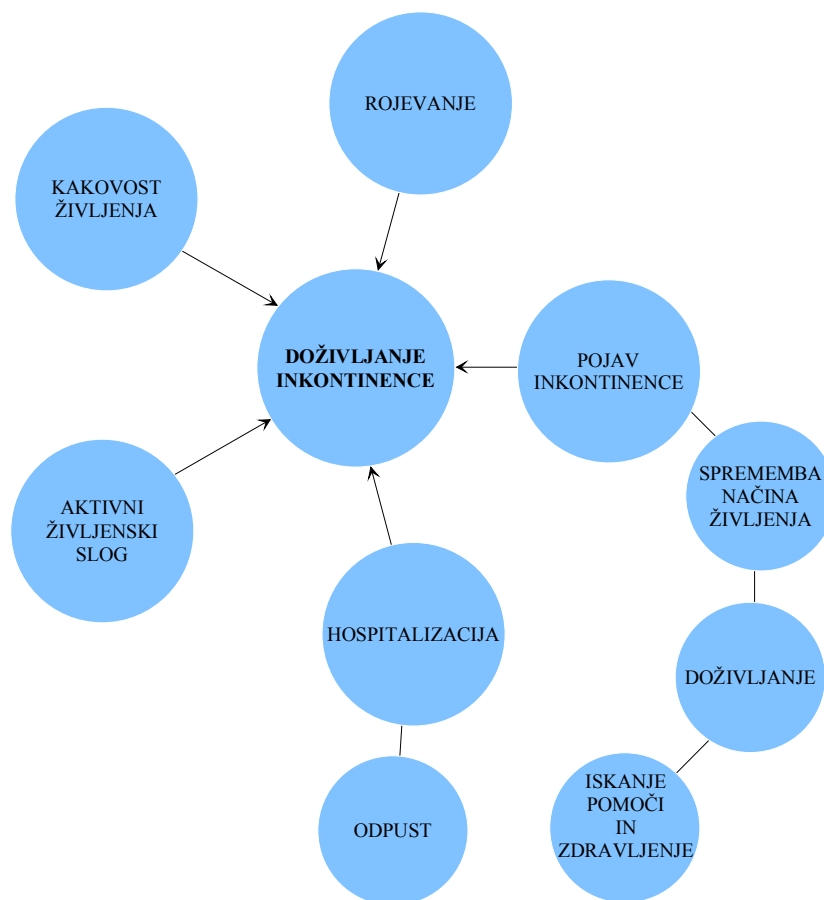
Za analiziranje kvalitativnega gradiva smo uporabili vsebinsko analizo. Pred začetkom vsebinske analize besedila smo oblikovali seznam kategorij, ki smo jih

iskali v analiziranem besedilu (Vogrinc, 2008). Kode oziroma pojme smo oblikovali z uporabo odprtega kodiranja, kar pomeni, da smo zapisali vse kode, na katere smo pomislili ob besedilu. Rezultat odprtega kodiranja je bila preglednica kod, ki smo jih pozneje uvrstili v kategorije (Vogrinc, 2008).

3.4 REZULTATI

Na podlagi analize besedila smo oblikovali eno glavno kategorijo (doživljanje inkontinence), iz katere smo v nadaljevanju izpeljali pet podkategorij (rojevanje, aktivni življenjski slog, pojav inkontinence, hospitalizacija, kakovost življenja) in pet kod (sprememba načina življenja, doživljanje inkontinence, iskanje pomoči, zdravljenje, odpust).

Intervju smo zapisali v esejski obliki, navedli pa smo tudi nekatere pomembne citate pacientke, na podlagi katerih smo določili kode.



Slika 3. Določene kategorije, podkategorije in kode

Pacientko smo spoznali pred operativnim posegom za zdravljenje SUI. Ker je bila še zelo mlada za takšno diagnozo, nas je zanimalo predvsem njeno osebno doživljanje težav, pojav SUI in kakovost njenega življenja.

Prvi del intervjuja je potekal 1. 9. 2010 v njenem domačem okolju, kjer se je počutila varno. V začetku pogovora smo se osredotočili na njeno socialno anamnezo. Povedala nam je, da je zaposlena, poročena in mati treh otrok. Zaupala nam je tudi, da je kot otrok do sedmega leta močila posteljo, imela je tudi pogosta vnetja mehurja. Že kot otrok in tudi kasneje je bila zelo aktivna na področju športa. Tukaj smo vključili kodo **aktivni življenjski slog**. *»Šport mi izredno veliko pomeni, že kot otrok sem hodila h gimnastiki in rokometu. Tudi kasneje sem veliko časa posvečala športu, rada plavam, kolesarim, rolam, hodim v hribe, vseč pa so mi tudi skupinski športi, kot sta aerobika in odbojka.«*

Zanimalo nas je tudi doživljanje materinstva. Vključili smo kodo **rojevanje**. Na porode se je vedno fizično in psihično dobro pripravila. Te priprave so vključevale tudi vaje za krepitev mišic medeničnega dna. Imela je podporo moža, ki jo je spremljal v porodno sobo in bil pri porodih aktivno prisoten. Prva dva poroda sta potekala brez težav. *»Ko otrok zajoka, pozabiš na vse bolečine, ki si jih pretrpel med rojevanjem.«* Tretji porod pa je bil nekoliko težji. Spomini nanj so drugačni, zelo jo je skrbelo, otrok je bil težji, prišlo je do prezgodnjega odteka plodovnice. Med pogovorom je bilo zaznati skrb in strah, ki ga je prestala takrat. *»Porod se je zaključil z vakuumom, sama pa sem utrpela veliko epiziotomijsko rano, bila sem zelo utrujena.«* Med pogovorom o otrocih je bila opazna sprememba glasu. Razvidno je bilo, da ji otroci pomenijo veliko in da se je zanje pripravljena še posebej žrtvovati.

Pacientka je težave z mehurjem opisala kot zelo neprijetne. Po tretjem porodu je imela težave z uriniranjem, zato so ji uvedli urinski kateter. Vaje za krepitev mišic medeničnega dna je delala še bolj intenzivno. *»Strah me je bilo, da ne bi mogla zadržati urina«*. Stanje se ji takrat ni zdelo akutno, zato o tem ni razpravljala z medicinskim osebjem v porodnišnici. Na težave z mehurjem po porodu je pozabila kmalu po prihodu domov. Začela je z **aktivnim načinom življenja**, tudi pri pregledu po šestih tednih jih ni omenila. Potem so se nenadoma zopet pojavile. Najprej je mislila, da gre za vnetje. Tukaj smo prepoznali podkategorijo **pojav inkontinence**.

Izogibati se je začela druženju s prijateljicami, skupinskim športom, nakupom v večjih centrih, pitju tekočine, dolgim sprehodom z otroki, obiskom gledaliških in filmskih predstav (koda **spremenjen način življenja**). Ko je spregovorila o tem obdobju, ji je bilo še vedno neprijetno, saj se je odpovedala veliko stvarim. Z veliko žalostjo in solznimi očmi je povedala tudi, da so se začeli krhati odnosi v družini. Izogibati se je začela spolnosti, z možem sta se vedno bolj odtujevala. Umikala se je v svoj svet, saj je mislila in upala, da bodo težave minile same od sebe (koda **doživljanje urinske inkontinence**). Med pogovorom smo občutili njeno osebno doživljanje težav, sram in občutek krivde zaradi SUI. *»Najhuje pa je bilo nekoč v trgovini, ko sem že plačevala nakupljeno blago. Mislila sem, da bom lahko zdržala do stranišča, pa ni šlo, polulala sem se v hlače. Še sedaj občutim sramoto, ponižanje in jezo, ki sem jih takrat doživela.«* To je bil prelomni dogodek v njeni agoniji. Takrat je začutila, da mora nekaj spremeniti, da tako ne gre več naprej. S prijateljicami se o tem ni mogla pogovarjati, z možem tudi ne, bilo jo je sram. Internetni forumi so se ji zdeli varni zaradi anonimnost, zato je svoje iskanje rešitve začela prav tam (koda **iskanje pomoči**). Pri prebiranju forumov in iskanju enostavne rešitve ni bila uspešna, počutila se je samo, nemočno in brez podpore ter razumevanja družine. Končno je zbrala pogum in se naročila na ginekološki pregled. Po daljšem pogovoru je težave končno zaupala ginekologu in takrat je občutila veliko olajšanje. Končno je na glas nekemu zaupala, kar ji je njen svet obrnilo na glavo in ji že nekaj časa povzročalo hude stiske. V njenem glasu smo zaznali olajšanje in ponos nad lastnim pogumom za soočenje s težavo. Povedala nam je, da jo je ginekolog zelo pomiril, jo poslušal in ji razložil, kaj se ji dogaja, kaj je SUI in na kakšen način lahko težave odpravi. Razložil ji je postopke zdravljenja in ji glede na preiskave, ki jih je prestala, priporočil operacijo TVT. Njen spomin na vse preglede in obiske v ginekološki ambulanti pred samim posegom je poln olajšanja in novega upanja ter nove energije in volje za nov začetek. Šele potem je zbrala pogum za pogovor z možem, ki je šele takrat opazil, kako je bila zaradi tega prizadeta. Opravičil se ji je, ker ji ni stal ob strani, in ji obljubil vso podporo. *»Občutila sem veselje, ko sem našla rešitev za težavo, najraje bi govorila samo o tem, našla sem tudi moč, da sem se pogovorila z možem, ki pa me je potolažil in sočustvoval z mano, žal mi je bilo, da se nisem že prej pogovorila z njim.«*

Komaj je čakala dan, ko bo sprejeta v bolnišnico (podkategorija **hospitalizacija**). V bolnišnici se ji je zdelo, da gre vse prepočasi, vsi postopki sprejema so se vlekli v neskončnost. Želela si je, da bi bil poseg že za njo. Ni je skrbelo, kako bo ali da gre lahko kaj narobe. Zaradi velike želje po rešitvi problema, ji je bilo malo mar, kaj vse se je dogajalo pred operacijo in kako bo v operacijski sobi. Pomembno je bilo, kaj bo po operaciji. Iz operacijske sobe je prišla zbudena in optimistična. Komaj je čakala, da bo vstala in šla na stranišče. Bila je brez bolečin, tudi do zapletov ni prišlo. *»Komaj sem čakala, da bom lahko vstala in šla normalno na stranišče.«* Z nego medicinskih sester je bila zelo zadovoljna, saj so bile prijazne in so jo podpirale. Spomini na trenutke na oddelku so polni prijaznosti in podpore, ki jo je bila deležna. Vsak dan so jo obiskali mož in otroci, veselila se je, da bodo zopet lahko normalna družina. Pogrešala je domače okolje in kvalitetno življenje s svojo družino, zato je komaj čakala na odpust (koda **odpust**). Odpust je bil brez zapletov, dobila je vsa potrebna navodila, kam naj se obrne v primeru težav (povišane telesne temperature, težav z uriniranjem). *»Od medicinskih sester sem se težko poslovila, dajale so mi občutek varnosti. Žal mi je, da sem potrebovala toliko časa, da sem se odločila za rešitev svoje tako omejujoče težave.«*

Domov je prišla bolj samozavestna, ponosna je bila nase, da je zbrala pogum in končno premagala zelo težko oviro, ki jo je prikrajšala za del življenja, ki naj bi bil zanjo, njeno družino in otroke najlepši in nepozaben (podkategorija **kakovost življenja**). Njeno življenje se je spremenilo. Nič več ni iskala stranišč, veliko bolj je bila sproščena. Zopet je začela hoditi k odbojki, v hribe in v družbo. *»Življenje je zopet dobilo svoj smisel, nič več ni odrekanja, skrivanja, vse lahko počnem, ne da bi me bilo strah, da se bom polulala.«*

3.4.1 Ocena aktualnih negovalnih problemov pacientke z uporabo teorije po Virginii Handerson

Kot smo že omenili, so aktivnosti zdravstvene nege in pomoč medicinske sestre usmerjene v svetovanje, podporo in pomoč pri izvajanju osnovnih človekovih potreb. Najpogosteje so negovalni problemi pri ženskah s stresno urinsko inkontinenco definirani pri naslednjih temeljnih življenjskih aktivnostih po Virginii Handerson:

- Prehranjevanje in pitje

Negovalna diagnoza: Prisotnost dejavnikov tveganja, ki bi znižali volumen telesnih tekočin zaradi pogostosti uriniranja.

Negovalni cilj: Pacientka bo zaužila zadostno količino tekočine.

Negovalne intervencije:

- Pacientko poučimo o pomenu pitja tekočine,
- svetujemo zdravo in uravnoteženo prehrano,
- odsvetujemo pitje kave, pravih čajev, alkohola in kajenje ter
- svetujemo redno jemanje predpisane terapije.

- Izločanje in odvajanje

Negovalna diagnoza: Neprostoovoljno izločanje urina, tudi manj kot 50 ml zaradi povečanega pritiska v trebušni votlini.

Negovalni cilj: Pacientka bo urinirala v približno enakih časovnih presledkih.

Negovalne intervencije:

- Svetujemo praznjenje mehurja v približno enakih časovnih presledkih,
- svetujemo, da se pri uriniranju dobro izprazni sečni mehur,
- odsvetujemo hojo na stranišče »za vsak primer«,
- pojasnimo, kako naj izpolnjuje dnevnik mokrenja, ter
- svetujemo opazovanje urina in kontrolo pri zdravniku v primeru težav.

- Spanje in počitek

Negovalna diagnoza: Porušena kvaliteta spanja zaradi pogostih mikcij.

Negovalni cilj: Pacientka bo vsaj 8 ur neprekinjeno spala.

Negovalne intervencije:

- Svetujemo, naj zvečer omeji pitje tekočin,
 - svetujemo praznjenje mehurja v približno enakih časovnih presledkih,
 - svetujemo, da se ob uriniranju dobro izprazni sečni mehur,
 - odsvetujemo hojo na stranišče »za vsak primer« in
 - pojasnimo, kako naj izpolnjuje dnevnik mokrenja.
- Odnosi z ljudmi, izražanje čustev

Negovalna diagnoza: Pacientka je pogosto čustveno prizadeta, zapira se vase, počuti se manjvredno in tako se oddaljuje od družine in celotne družbe.

Negovalni cilj: Pacientka bo spregovorila o svojih težavah.

Negovalne intervencije:

- Pacientki pojasnimo pomen dobrih odnosov z družino,
 - svetujemo odkrit pogovor s partnerjem,
 - predlagamo, da poišče pomoč za svoje težave in jih začne reševati, ter
 - izboljšamo kvaliteto življenja.
- Vzdrževanje čistoče in osebne urejenosti

Negovalna diagnoza: Pacientka izraža pretirano skrb za osebno higieno in osebno urejenost.

Negovalni cilj: Pacientka bo urejena in čista.

Negovalne intervencije: Pacientka ne izraža potreb po pomoči, sama pretirano skrbi za izgled, uporablja razne kozmetične preparate in s tem skuša prikriti svojo težavo pred družino in okolico.

- Gibanje

Negovalna diagnoza: Pacientka je omejila gibanje, odpovedala se je skupinskim športom, izletom v hribe in dolgim sprehodom.

Negovalni cilj: Pacientka se bo vključevala v razne aktivnosti.

Negovalne intervencije:

- Svetujemo pogovor z zdravnikom o težavah,
- iskanje ustreznega načina zdravljenja,
- pogovor o pomenu družabnega življenja ter
- pogovor o svoji težavi s partnerjem, prijatelji.

- Spolnost

Negovalna diagnoza: Spremembe v seksualni funkciji, ki je nezadovoljiva, neprimerna ali ne prinaša zadovoljstva.

Negovalni cilj: Pacientkino spolno življenje se bo izboljšalo.

Negovalne intervencije:

- Svetujemo odkrit pogovor s partnerjem,
- podporo partnerja pri reševanju težav ter
- podporo in pomoč partnerja pri odločitvah za iskanje zdravljenja.

4 RAZPRAVA

SUI je nehoteno uhajanje urina ob vsakem najmanjšem telesnem naporu in predstavlja za žensko zdravstveni, higienski in socialni problem. Ženske se teh težav sramujejo, zato jih prikrivajo pred svojci, okolico in celo pred zdravstvenimi delavci. Le malo jih pravočasno poišče pomoč. SUI predstavlja veliko neprijetnosti, tudi sramoto in izgubo samozavesti. Povzroči, da se ženske umaknejo iz socialnega življenja. Ta problem ne prizadene samo pacientk, temveč tudi njihovo ožjo in širšo okolico in tako predstavlja družbeni problem. Hkrati je to tudi telesni in psihološki problem, ki ga spremlja neprijeten vonj ter občutek sramu in krivde (Lukanovič, 2000).

V teoretičnem delu diplomske naloge smo predstavili definicijo SUI, dejavnike tveganja za nastanek in zdravljenje SUI. Zanimala nas je predvsem kakovost življenja mlajših pacientk, ki zbole vajo za SUI.

V raziskovalnem delu nas je zanimala pacientkina zgodba o doživljanju SUI. Osredotočili smo se predvsem na:

- vzroke za nastanek SUI (porod),
- doživljanje SUI (kakovost življenja),
- zdravljenje SUI (TVT operacija) in
- kakovost življenja po operativnem posegu.

Podatke, ki nam jih je zaupala izbrana pacientka v študiji primera, smo podkrepili in primerjali z različnimi raziskavami in študijami na temo SUI. Pri tem smo dobili odgovore na raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili.

- ***Prvo raziskovalno vprašanje: Ali je pacientka seznanjena z delovanjem mehurja, z vzroki in zdravljenjem SUI ?***

Iz pacientkinih odgovorov je razvidno, da je dobro seznanjena z delovanjem mehurja in s pomembnostjo vaj za krepitev mišic medeničnega dna. Poznani so ji tudi vzroki za nastanek SUI, manj pa je seznanjena z zdravljenjem SUI.

- *Drugo raziskovalno vprašanje: Koliko časa je imela pacientka težave, preden je poiskala zdravniško pomoč?*

Od začetka težav do iskanja zdravniške pomoči, je trajalo tri leta. V tem času je svoje težave skrbno skrivala pred okolico z umikom v osamo, izogibala se je družabnemu življenju, prijateljem. Šele zaradi sramote pred množico ljudi v trgovini se je odločila, da bo poiskala zdravniško pomoč.

- *Tretje raziskovalno vprašanje: Ali stresna urinska inkontinenca vpliva na kakovost življenja?*

Iz pogovora je razvidno, kakšni kvaliteti življenja se je bila pripravljena odpovedati, da je prikrila svoje težave. S pojavom SUI so prizadeta vsa področja njenega življenja – odnosi v družini in družbi, odnos s partnerjem (spolnost) ... Pri pacientki je trpela njena samozavest, vsakodnevne aktivnosti in samopodoba. Izogibala se je socialnim stikom in krogu prijateljev.

Raziskava je bila omejena in je zajemala samo eno izmed pacientk, ki trpijo za SUI. Veliko je žensk, ki trpijo za podobnimi težavami, zato je zelo pomemben pogovor, ki ga spodbudi medicinska sestra v ginekološki ordinaciji, saj ženske s težavami zaradi sramu in zanikanja simptomov ne poiščejo zdravniške pomoči in se o tem tudi niso pripravljene pogovarjat.

Izpostavila bi tri podkategorije, ker so povezane z izbrano pacientko, ki je obravnavana v študiji primera, in so podkrepljene z raziskavami, ki so bile opravljene na temo SUI.

Rojevanje

Večje število porodov, operativni vaginalni porod (kleščni, vakuumski), epiziotomija, porodna teža otroka nad 4000 g in druga porodna doba daljša od 60 minut povečujejo tveganje za nastanek SUI (Viktrup idr, 2006). Med nosečnostjo, zlasti med porodom, lahko pride do poškodbe in okvare zgradbe mišic medeničnega dna brez poškodbe živcev ali z njo. Poznamo tudi prave nevrološke zaplete brez

poškodbe mišic, pri katerih gre za moteno delovanje pudendalnih živcev (Stare, 2002).

Te domneve potrjuje tudi Lajovec (2006) v raziskavi, ki je bila opravljena v Ljubljanski porodnišnici. Prostovoljke so bile razdeljene glede na število porodov (prvorodnice, mnogorodnice). Ugotovitve so pokazale, da je prevalenca SUI pri mnogorodnicah mnogo višja, saj so imele mnogorodnice, ki so trikrat rodile, najvišji delež SUI. Rortveit idr. (2003) v populacijski raziskavi EPINCONT (Norwegian Epidemiology of Incontinence in the County of Nord – Trondelag) dokazujejo, da je SUI povezana z načinom vodenja poroda. Primerjali so vaginalni porod in porod s carskim rezom. Prišli so do zaključka, da je večji delež obolenosti SUI prisoten pri ženskah, ki so rodile vaginalno. Song idr. (2005) so prišli do enakih rezultatov. S pomočjo anonimnih vprašalnikov so dokazali, da je najpogostejši dejavnik tveganja za SUI starost, vaginalni porod in število porodov nad dva. Ti trije kriteriji, ki so jih uporabljali, so bili uvrščeni najvišje v njihovi razvrstitveni lestvici. MacLennan idr., (2000) so pri pacientkah, ki so imele izhodno porodniško operacijo (vakuum), opazili večjo prevalenco težav, povzročenih zaradi okvare medeničnega dna – predvsem urinsko inkontinenco. To potrjujejo tudi Belmonte - Montes idr., (2001), opisujejo pogostejše pojavljanje poškodb medeničnega dna pri prvorodnicah, ki so rodile z vakuumom, kot pri prvorodnicah, ki so rodile vaginalno. Znano je, da se pri vseh izhodnih porodnih operacijah naredi tudi obsežna epiziotomija, ki tudi lahko okvari medenično dno. Nosečnost in porod vplivata na prevalenco urinske inkontinence iz več razlogov. Ob porodu prihaja do raztezanja in oslabitve mišic medeničnega dna, dodatno lahko pride do spontanega raztrganja mišic medeničnega dna ali epiziotomije. Posledično prihaja do lahnosti mišic in zmanjšane podpore organov v mali medenici ter sprememb njihovega položaja (Huskaar idr., 2005). Pacientka nam pove svojo izkušnjo pri tretjem porodu. *»Tretji porod pa je bil nekoliko težji, otrok je bil večji, prišlo je do prezgodnjega odteka plodovnice, porod je trajal »zelo dolgo«, zaključil pa se je z vakuumom. Otrok je takoj zajokal, sama pa sem utrpela veliko epiziotomijsko rano, bila sem zelo utrujena. Težave z uriniranjem so se pojavile že takoj po porodu, ker nisem mogla »hulati« so mi uvedli urinski kateter, razlog, kot so mi razložili, je bil edem uretre.»* SUI je povezana s številom porodov in načinom vodenja poroda, to potrjujejo zgoraj omenjene obširne raziskave in pacientkin

odgovor. Zato lahko zaključimo, da so porod, trajanje poroda in način vodenja poroda veliki dejavniki tveganja za pojav SUI.

Kakovost življenja

Da SUI vpliva na kakovost življenja, se strinjata tudi Sedmak in Lovšin (2008), hkrati pa opozarjata na pojav depresije, nespečnosti, seksualne in socialne težave ter težave na delovnem mestu. Malo je motenj, ki bi bile tako neprijetne, kot so težave z obvladovanjem mehurja. Nenadzorovano uhajanje urina je telesni in duševni problem, ki ga pogosto spremlja občutek krivde. Ženske s to težavo se ponavadi socialno izolirajo in ne želijo več toliko zahajati v družbo (Prah in Voršič, 2003). Leskovar (2009) trdi, da se ženske s SUI socialno izolirajo. Leskovar obenem poudarja, da ženske pogosto opustijo druženje in socialne dejavnosti. Te trditve lahko podkrepimo tudi z izjavo naše pacientke. *»Izogibati sem se začela druženju s prijateljicami, opustila sem tudi telovadbo in odbojko. Skupinski nakupi so postali prava mora, mož je opazil mojo težavo, saj sem iskala stranišče pred nakupom, tudi nakup mi ni pomenil sprostitev, ker sem komaj čakala, da grem zopet na stranišče. Izogibati sem se začela pitju tekočin, saj sem mislila, da se bo stanje umirilo, pa je bilo še slabše.«* Ženske se počutijo umazane, neprivlačne, izogibajo se družbi, posledično to vpliva na njihove odnose v družbi, družini in spolnosti. Glede intimnega življenja z možem je pacientka povedala naslednje. *»Z možem sva se vedno bolj odtujevala, spolnost sem občutila kot nujno zlo, nisem bila sproščena.«* Ženska z inkontinenco čuti, da je drugačna, ve, da ji uhaja urin, da jo izdaja vonj, kdaj tudi mokra obleka in posteljnina, zato se izogiba vsakemu pogovoru o spolnosti, zavrača jo in si je ne želi. Tako se še bolj zapira v svoj svet in opusti vsako misel glede spolnosti (Kobentar, 2002).

Pojav inkontinence

Urinska inkontinenca najpogosteje prizadene žensko populacijo, zato je pomembno, da vedo ženske čim več o težavah, ki jih prinaša. Tri četrtine žensk ima težave z urinsko inkontinenco, večina jih ne poišče zdravniške pomoči zaradi zadrege, zanemarjenja simptomov, uporabe vadbenih programov za samopomoč in zaradi strahu pred operacijo. V eni izmed novejših študij je bilo le 38 % iskalk zdravljenja

(Miller in Karen, 2005). Raziskava, ki je bila opravljena v Ljubljanski porodnišnici in je potekala od decembra 2003 do februarja 2004, je dokazala podobno. V raziskavo so bile vključene 504 pacientke, ki so imele težave s SUI, njihova povprečna starost pa je bila 31 let. Že pred njimi je leta 1999 do podobnih zaključkov prišel Bourcier, ki je dokazal, da ima težave z uhajanjem urina približno 30 % mladih žensk. Naša pacientka je pojav inkontinence skrivala, pred prijateljicami in možem. Povedala nam je: *»Vaje za krepitev mišic medeničnega dna sem delala stalno, ko sem bila noseča, še bolj intenzivno. Strah me je bilo, da bom zbolela za SUI. Ko so se pojavili prvi znaki, sem še bolj intenzivno delala vaje, mislila sem, da bo bolje in bodo težave minile. Dogodek v trgovini je bil prelomnica, vedela sem, da bom morala poiskati zdravniško pomoč.«*

5 ZAKLJUČEK

Dokazov za obolevnost SUI je veliko, vendar pa primanjkuje dokazov glede starosti pacientk, ki obolevajo za SUI. Način vodenja poroda in število porodov pri pacientki dokazuje večjo obolevnost za SUI, te ugotovitve potrjujejo klinične raziskave in teorija. Pacientka je povedala, da je SUI imela velik vpliv na njeno življenje in da je zopet normalno zaživela šele po operativnem posegu TVT. Ta omogoča mladim pacientkam izboljšano oziroma normalno kakovost življenja, kar nam nakazujejo tudi raziskave.

Stresna urinska inkontinenca lahko prizadene ženske v najbolj občutljivem obdobju, to je v času materinstva, obdobju, ki naj bi bilo za žensko najbolj srečno. Ženske se težav sramujejo in jih skušajo prikriti, s tem pa je prizadeta njihova samopodoba, spremeni se njihov način življenja. Uhajanje urina jih vedno bolj obremenjuje. Odpovedujejo se športnim aktivnostim, daljšim sprehodom, nakupovanju, tudi v službi so zadržane, saj imajo občutek manjvrednosti in nerazumevanja. Šele ko je njihova težava dovolj huda in ne vidijo rešitve, začnejo iskati informacije. Pomoč iščejo preko spleta in raznih klepetalnic, saj so tam anonimne in jih nihče ne pozna.

Medicinska sestra mora biti pri svojem delu profesionalna, imeti mora empatični odnos in paciente obravnavati celostno, pridobiti si mora njihovo zaupanje, da spregovorijo o svojih težavah, da jih potem lahko usmerja in jim pomaga. Zelo pomembno je, da so medicinske sestre izobražene na področju SUI, da lahko posredujejo svoje znanje in poudarjajo pomen vaj za krepitev mišic medeničnega dna že pri prvih ginekoloških pregledih najstnic, posebno pa v času nosečnosti in po porodu. Medicinske sestre so največ v stiku z ženskami po porodu, zato je pomen njihove poučenosti tako velik. Pomembno je, da o tej možni težavi informirajo ženske po porodu, da jim dajo informacije, kako ravnati v primeru nastopa težav, in jim povedo, na kaj morajo biti še posebej pozorne.

Zdravstveni delavci lahko za boljše prepoznavanje in ozaveščanje širše javnosti o stresni urinski inkontinenci in inkontinenci nasploh:

- izdamo zloženko na temo stresne urinske inkontinence, saj ženske prepozno poiščejo pomoč,
- damo večji poudarek na možnost nastanka stresne ali druge inkontinence v času nosečnosti v šoli za starše (o tem bi se moralo več govoriti),
- poudarjamo pomen vaj za krepitev mišic medeničnega dna.

Za preventivo in promocijo stresne urinske inkontinence je potrebno poskrbeti čim prej. Če so ljudje poučeni o dejavnikih tveganja in načinih zdravljenja stresne urinske inkontinence, je možnosti za pojav manj, predvsem pa se lahko skrajša čas, ko se prizadete ženske odločijo za zdravljenje.

Realnost dokazuje, da je SUI še vedno zelo velik tabu, o katerem ženske ne želijo spregovoriti na glas. Mednarodno združenje za inkontinenco (ICS) je ugotovilo, da večina oseb (70 %) s tovrstnimi težavami sploh nikoli ne poišče zdravniške pomoči. Pomembno je, da ljudi spodbujamo ter jim omogočimo, da spregovorijo o svojih težavah.

6 LITERATURA

- Abrams P, Cordozo L, Fall M. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the ICS. *Neurourol Urodyn*: 2002; 21: 167–78.
- Barbič M. Diagnostika urinske inkontinence danes – strokovni prispevek. *Zdrav Vestnik* 2003; (Supl. 11): 157–61.
- Bo K. Urinary incontinence, pelvic floor Dysfunction, exercise and sport. *Sports Med*. 2004; 34(7): 451–64.
- Bourcier AP, Juras JC, Jaacquetin B. Urinary incontinence in physically active and sportswomen. In: Appell RA, Bourcier AP, Latorre F, eds. *Pelvic floor dysfunction Investigations & conservative treatment*. Roma: Casa Editrice Scietifica Internazionale; 1999: 9–16.
- Bushnell DM, Mona LM, Summers KM, Svihra J, Lionis C, Donald LP. Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Health Research Associates; Quality of Life Research*, 2005; 14: 1901–13.
- But I. Epidemiologija urinske inkontinence pri ženskah. *Med Razgl* 2005; 44 (2): 183–8.
- Cvetko E, Štiblar Martinčič D. *Anatomija, histologija in fiziologija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2007: 143–4.
- Davis K, Kumer D. Pelvic floor dysfunction: A conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J Adv Nurs* 2003; 43(6): 555–68.
- DiBenedetto P. Treatment of urinary stress incontinence with pelvic floor exercises; In: Appell RA, Bourcier AP, Latorre F eds. *Pelvic floor dysfunction Investigations conservative treatment*: Rome: Casa Editrice Scietifica Internazionale; 1999: 211–8.

- Getllife K, Dolman M. Normal and abnormal bladder function: Promoting continence. Endinburg. Balliere Tindall; 2003: 21–50.
- Gordon M. Negovalne diagnoze: priročnik. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Koloborativni center SZO za primarno; 2006.
- Gregory D, Johnson R, Pratt G, idr. Quality of life; Dictionary of Human geografio 5.ed. Oxford: Wiley-Blackwell; junij 2009: ISBN 978-1-4051-3287-9
- Gošnak Dahmane R, Kralj B. Ženska splovila Ginekologija. In: Arko D, But I, eds. Maribor, Visoka zdravstvena šola; 2006: 25- 33.
- Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 206–303.
- Haslam J. Nursing management of stress urinary incontinence in women. Brit J Nurs 2004; 13(1): 32–40.
- Herbruck LF. Stress urinary incontinence; Prevention, managment and provider education: Urol Nurs 2008; 28(3): 200–6.
- Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana; 2005: 1–27.
- Huskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, et. al. Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, et al., eds. Incontinence, 3rd International consultation on Incontinence, 2005 Paris , France. Paris: Health Publication Ltd; 2005: 255–312.
- Kališnik M, Zabavnik PJ, Rožić-Hristovski A. Uvod v znanstveno raziskovalno metodologijo na področju biomedicine. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2000.
- Klemenc D. Urinska inkontinenca. Obz Zdr N 1995; 27: 27–45.

- Kobentar R. Inkontinenca in psihosocialno stanje človeka: *Simps's* 2002; (2): 30–2.
- Kralj B. Urinska inkontinenca pri ženskah: In: Borko E, Tekač I, eds. *Ginekologija Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006; 337–60.*
- Leskovar J. Prekomerno aktivni sečni mehur. UKC Maribor: Klinika za kirurgijo, oddelek za urologijo; Novartis 2009.
- Lajevec Durjava P, Ščepanović D, Lukanović A. Prevalenca urinske inkontinence v nosečnosti: In: Koren J, Sojč I, Lukanovič A, Ocvirk M, Gumze J, Cimperšek M, et al. *Strokovno srečanje, Ginekološko porodniške teme: zbornik predavanj; 2006 Okt 13.; Zreče, Slovenija. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester-babic, 2006: 33–3.*
- Lepire E, Hatem M. Adaptation and use of health services by primiparous women with urinary incontinence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(3) 222–30.
- Lukanović A. Nadzorovanje uhajanja urina pri ženski: *Simps's* 2000; 15–7.
- Lukanović A. Sodobni terapevtski pristopi pri zdravljenju urinske inkontinence – strokovni prispevek. *Zdrav Vestn* 2003; 72(Supl.11): 171–5.
- Lukanović A. Zdravljenje stresne urinske inkontinence z matičnimi celicami-vizija prihodnosti. *Zdrav Vestn* 2009;78(1):123-5.
- MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOT* 2000; 107: 1460–70.
- Miller L, Karen MD. Stress urinary incontinence in women, Review and update on neurological control. *J Womens Health* 2005; 14(7): 595–606.

- Mostwin J, Bourcier A, Haab F, Koelbel H, Rao S, Resnick N, et al. Pathophysiology of Urinary Incontinence, Fecal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. In: Abrams P, Cordozo L, Khoury S, Wein AJ, eds. Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence; 2004 June 26-29 Monaco. Paris: Health Publication; 2005: 423-84.
- Podkrižnik C, Roj J, Lipuš Velički S. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. In: Filej B, Kaučič BM, Lampe M, Pajnkihar M. 1. simpozij. Zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj in posterjev; 2006 Sep 21; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 183–6.
- Prah K, Voršič A. Zdravstvena nega bolnika z urinsko inkontinenco v bolnišnici. Inkontinenca urina in blata: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, 2003 Mar 17-18; Laško, Slovenija. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom; 2003. 25. –30.
- Rodeš B. Stresna urinska inkontinenca pri medicinskih sestrah glede na dejavnike tveganja v njihovem poklicu In: Čeh A, ed. Zdravje žensk in babištvo; zbornik predavanj; 2010 Mar 19.; Kranj, Slovenija. Ljubljana: Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester-babic; 2010: 45–65.
- Rodeš B. Stresna urinska inkontinenca pri medicinskih sestrah glede na dejavnike tveganja v našem poklicu. In: Tekáč I, Gojšek-Marchetti M, Gornik M, Pristovnik J, Borko E, Gorišek B. 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru. 2008 Okt. 17; Maribor, Slovenija. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2008: 681–706.
- Rortveit G, Deltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. EPICONT Study. N Engl J Med 2003; 348(10): 900–7.

- Sampselle CM, Miller JM, Mims BL, DeLancey JOL, Ashton-Miller JA, Antonaks CL. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 406–12.
- Sedmak B, Lovšin M. Čezmerno aktiven sečni mehur. In Tonin M, Repše S, Tomažič A, Kristan A, eds. *Podiplomski tečaj kirurgije: Zbornik predavanj XLIII*; 2006 Maj 16.–17.; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Združenje kirurgov Slovenije; 2006: 161–5.
- Schering-Plough Central East AG. *Detrunorm*. Ljubljana; 2005.
- Schober JM. Quality of life studies in patients with ambiguous genitalia. *World J Urol* 1999; 17: 249–52.
- Soong YF, Zhang WJ, Song J, Xu B. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chin Med J* 2005; 118 (11): 887–92.
- Stare Rebolj M, Borko E, Kralj B. Vpliv nosečnosti in poroda na medenično dno. *Obzor Zdr N* 2002; 36(4): 213–17.
- Stopar B. Inkontinenca urina in blata. V: *Zbornik predavanj, Maribor; Zbornica Zdravstvene nege Slovenije: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju*; 2005; 19–21.
- Swithinbank LV, Abrams P. The impact of urinary incontinence on quality of life of women. *World J Urol*. 1999; 17: 225–9.
- Ščepanović D. Trening mišic medeničnega dna. *Obzor Zdr N* 2003; 37(2): 125–31.
- Ščepanović D. Conservative management of urinary incontinence in adults. In: Klemenc D, Majcen Dvoršak S, Ščepanović D, Tomc Šalamun D, Vilar V, Kvas A, eds. *Proceedings with congress programme: 17 th Biennial congress of the world Council of Enterostomal Therapists*; 2008 Jun 15-19; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Nurses and midwives association of Slovenia; 2008: 126–9.

- Ščepanović D. Mišice medeničnega dna- izboljšajte kondicijo. In: Lukanović A. 2007; Ljubljana; Schering-Plough, CE AG;2007
- Šušteršič O. Vpliv debelosti, konstitucije in fizičnega dela na pogostost urinske inkontinence pri ženskah ter vloga zdravstvene nege In: Ščepanović D, ed. Urinska inkontinenca pri ženskah pod geslom Promocija kontinence, Dobrna, 27.–29. junij 1997. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije, Sekcija za varovanje zdravja žensk, 1998: 49–60.
- Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108(2): 248–54.
- Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani; 2008: 61–4.

7 VIRI

- Slika 1. Vrste urinske inkontinende. Dostopno na: <http://therapia-dom.si/wp-content/uploads/inkontinenca-tipi.jpg> (5. 7. 2011).
- Slika 2. Mišice medeničnega dna. Dostopno na: <http://1.bp.blogspot.com/-VirPerry>, 2011 (5. 7. 2011).

7.1 VPRAŠALNIK ZA INTERVJU S PACIENTKO

- Ime in priimek.
- Koliko ste stari?
- Kakšna je vaša telesna teža?
- Kakšna je vaša izobrazba?
- Ste zaposleni?
- Ste poročeni?
- Poznate vaje za krepitev mišic medeničnega dna?
- Se ukvarjate s katerim športom?
- Ste imeli v otroštvu težave z nokturijo?
- Ste imeli kot otrok, najstnica ali kasneje vnetje mehurja?
- Kolikokrat ste rodili?
- Kakšni so bili porodi, koliko časa so trajali?
- Kakšna je bila teža rojenih otrok?
- Ste imeli v nosečnosti kakšne težave z uhajanjem urina?
- Veste, kaj je stresna urinska inkontinenca?
- Kakšne težave ste imeli?
- Kako ste reševali težave z uhajanjem vode?
- Kdaj ste zaradi težav z uhajanjem urina obiskali zdravnika?
- Kje ste dobili največ informacij o zdravljenju stresne urinske inkontinence?
- Ste se zaradi težav z uhajanjem vode izogibali pitju tekočine?

- So težave z mehurjem vplivale na sposobnost opravljanja domačih opravil, dvigovanja bremen, športnega udejstvovanja, vožnje z avtomobilom, nakupovanja? Prosim, da opišete, kaj je bilo za vas najtežje.
- Kako bi ocenili kakovost življenja, ko ste trpeli za stresno urinsko inkontinenco?
- Ste bili zaradi težav z uhajanjem vode prestrašeni, zaskrbljeni, ste imeli občutek manjvrednosti?

7.2 SOGLASJE PACIENTKE

Podpisana _____ soglašam s sodelovanjem v diplomski nalogi Nevenke Svetina in potrjujem, da sem se za sodelovanje odločila prostovoljno.

Podpis pacientke: _____