



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**OBRAVNAVA PACIENTA Z MOTNJO
URINIRANJA PO KLASIFIKACIJI
NEGOVALNIH DIAGNOZ NANDA - ŠTUDIJA
PRIMERA**

**TREATMENT OF A PATIENT WITH
URINARY DISORDER ACCORDING TO THE
NANDA CLASSIFICATION OF NURSING
DIAGNOSES - A CASE STUDY**

Diplomsko delo

Mentorica: Mateja Bahun, viš. pred.

Kandidatka: Tadeja Mali

Jesenice, junij, 2020

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici, Mateji Bahun, viš. pred., za vso strokovno pomoč, vzpodbudne besede in usmerjanje pri izdelavi diplomskega dela, ter recenzentki, doc. dr. Saši Kadivec, za podroben in strokoven pregled diplomskega dela. Zahvalila bi se tudi pacientki, ki je bila pripravljena anonimno sodelovati v naši raziskavi. Zahvala gre tudi lektorici Vidi Videc, ki je lektorirala diplomsko delo. Posebej bi se rada zahvalila svoji družini in fantu za vso vzpodbudo in podporo v času celotnega študija ter pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Urinska inkontinenca je vse pogostejša motnja pri ženskah in ima močan vpliv na njihovo čustveno in psihološko zdravje. Urinska inkontinenca ne prizadene samo inkontinentnih žensk ampak celotno družbo. Pomembno je, da se jo pravočasno obvladuje. S pomočjo negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA lahko medicinska sestra nudi celovito in posamezniku prilagojeno zdravstveno obravnavo.

Cilj: Namen diplomskega dela je celovito opisati obravnavo pacientke z motnjo uriniranja s pomočjo negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA, ugotoviti pomen urinske inkontinence na kakovost življenja pacientke ter vlogo medicinske sestre

Metoda: Izbrana je bila kvalitativna metoda dela z uporabo študije primera. Podatki so bili pridobljeni preko pogovora s pacientko, opazovanjem in pregledom dokumentacije. Vključena je bila pacientka, sprejeta na ginekološko-porodniški oddelek Splošne bolnišnice Jesenice in je imela postavljeno medicinsko diagnozo urinska inkontinenca. Raziskava je potekala v času njene hospitalizacije v bolnišnici, ter se nadaljevala tudi po odpustu. Za celostno razumevanje pacientkinih problemov je bila uporabljena NANDA-klasifikacija negovalnih diagnoz.

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali, da ima pacientka z urinsko inkontinenco slabšo kakovost življenja in da urinska inkontinenca vpliva na vse vidike njenega življenja. Preko negovalnih diagnoz NANDA smo prikazali, kako se je izboljšalo njeno življenje po opravljenem operacijskem posegu in zmanjšanju težav urinske inkontinence. Za namen prikaza rezultatov, ki smo jih dobili s proučitvijo zdravstvene dokumentacije, opazovanem in z neformalnimi pogovori s pacientko smo kreirali 86 kod, 12 podkategorij in 1 glavno kategorijo: osebno doživljanje urinske inkontinence.

Razprava: Urinska inkontinenca je vse pogostejša motnja žensk. Pri celostni obravnavi ima pomembno vlogo medicinska sestra. V Sloveniji medicinske sestre še ne uporabljajo v popolnosti negovalnih diagnoz NANDA in uporaba le teh pri nas še ni dovolj poznana, zato so potrebna nadaljnja raziskovanja tega področja.

Ključne besede: medicinska sestra, zdravstvena nega, anamneza, stresna urinska inkontinenca, NANDA

SUMMARY

Background: Urinary incontinence is one of the most frequent pathologies and problems experienced by the female population. It has a strong effect on women's emotional and psychological health. Urinary incontinence does not affect women only but the entire society. It is extremely important to control it in a timely manner. By means of proper nursing diagnosis according to the NANDA classification every nurse can offer full and personalized healthcare provision.

Goals: The main aims of this diploma thesis were to describe the treatment of a patient with a micturition disorder with the help of NANDA nursing classification, to determine the meaning of urinary incontinence on the quality of life of the patient, and to determine the role of a nurse.

Methods: A qualitative research design was employed—a case study. Data were obtained by means of discussions with the patient, observation, and documentation review. The patient included in this study was admitted to the Jesenice General Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology. She was diagnosed with urinary incontinence. The study was conducted during her hospitalisation and continued after she was discharged. Classification of nursing diagnoses NANDA was used to fully understand the patient's problems.

Results: The study results revealed that patients with urinary incontinence have a lower quality of life and that urinary incontinence affects all aspects of their lives. Through NANDA nursing diagnoses, we showed how the patient's life improved after undergoing surgery and reducing urinary incontinence problems. For the purposes of presenting the results obtained with the examination of medical records, observation and informal discussions with the patient, we created 86 codes, 12 subcategories and one main category: personal experience of urinary incontinence.

Discussion: Urinary incontinence is an increasingly common disorder in women. The nurse plays an important role in the comprehensive treatment of this disorder. In Slovenia, nurses do not yet fully use the NANDA nursing diagnoses and their use is not yet sufficiently known, so additional research in this area is necessary.

Key words: nurse, nursing, personal medical history, stress urinary incontinence

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 MOTNJA URINIRANJA	3
2.2 URINSKA INKONTINENCA	3
2.3 VPLIV URINSKE INKONTINENCE NA KAKOVOST ŽIVLJENJA	4
2.4 ZDRAVLJENJE URINSKE INKONTINENCE	6
2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI ŽENSK Z URINSKO INKONTINENCO	7
2.6 NANDA INTERNATIONAL.....	8
2.7 TAKSONOMIJA IN TERMINOLOGIJA.....	8
2.8 OSNOVE NEGOVALNIH DIAGNOZ.....	10
2.8.1 Vrste negovalnih diagnoz.....	11
2.9 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI POSTAVITVI NEGOVALNIH DIAGNOZ	12
2.9.1 Ocenjevanje.....	12
2.9.2 Pretvorba podatkov v informacije.....	13
2.9.3 Prepoznavanje možnih negovalnih diagnoz.....	14
2.9.4 Potrjevanje in izločanje možnih negovalnih diagnoz.....	14
2.9.5 Postavitev negovalne diagnoze	16
3 EMPIRIČNI DEL.....	17
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	17
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	18
3.3.2 Opis merskega instrumenta	18

3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
3.4 REZULTATI	19
3.4.1 Kategorije in kode	20
3.4.2 Postavitev negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA	26
3.5 RAZPRAVA	30
3.5.1 Omejitev raziskave	35
3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	35
4 ZAKLJUČEK	36
5 LITERATURA	37

KAZALO TABEL

Tabela 1: Podkategorija in kode – anamneza pred hospitalizacijo.....	20
Tabela 2: Podkategorija in kode – nosečnost in porod.....	21
Tabela 3: Podkategorija in kode – pojav urinske inkontinence.....	21
Tabela 4: Podkategorija in kode – inkontinentni pripomoček.....	22
Tabela 5: Podkategorija in kode – izogibanje pitju tekočin	22
Tabela 6: Podkategorija in kode – prosti čas in dnevna opravila	22
Tabela 7: Podkategorija in kode – najslabša življenjska izkušnja.....	23
Tabela 8: Podkategorija in kode – seksualnost.....	23
Tabela 9: Podkategorija in kode – iskanje pomoči.....	24
Tabela 10: Podkategorija in kode – hospitalizacija	24
Tabela 11: Podkategorija in kode – urinski kateter	25
Tabela 12: Podkategorija in kode – vrnitev v domače okolje	25

SEZNAM KRAJŠAV

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

1 UVOD

Medicinska sestra se v kliničnem okolju srečuje s pacientkami, ki imajo različne probleme, ki jih mora znati ustrezno reševati. Prav iz tega razloga je pri uporabi procesne metode dela v zdravstveni negi potreben sistematičen pristop (Çevik & Olgun, 2014). Da lahko medicinske sestre v obravnavi pacientk delujejo sistematično in kakovostno, je potrebna uporaba negovalnih diagnoz. Vsaka zdravstvena disciplina prispeva k zdravstveni oskrbi pacientke svoje edinstveno jedro znanja, ki je pogosto navedeno kot diagnostični kazalec profesije. Medicinske sestre obravnavajo človeške odzive na zdravstvene težave in življenjske procese. Pri tej obravnavi uporabljajo taksonomijo negovalnih diagnoz po NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) International (Galleger-Lepak, 2017). Leta 1953 se je v strokovni reviji prvič pojavil pojem negovalnih diagnoz. Tako so po prvi konferenci Ameriškega združenja medicinskih sester (American Nurses Association) negovalno diagnozo opredelili kot rezultat ocenjevanja medicinske sestre ter pričeli s pogostejšo uporabo negovalnih diagnoz tudi v strokovni literaturi (Hajdinjak & Meglič, 2012). NANDA International je bila ustanovljena kot severnoameriška organizacija, saj so prvotne negovalne diagnoze razvile medicinske sestre iz Združenih držav Amerike in Kanade. NANDA International negovalne diagnoze se po vsem svetu uporabljajo v učnih načrtih, kliničnih praksah, raziskavah in informacijsko podprtih aplikacijah (Herdman, 2017a).

Za uspešno reševanje zdravstvenih problemov medicinske sestre uporabljajo negovalne diagnoze NANDA International (Galler-Lepak, 2017). Eden glavnih javnozdravstvenih problemov, ki lahko vplivajo na kakovost življenja, je urinska inkontinenca (Mallah, et al., 2014). Urinska inkontinenca je nehoteno uhajanje seča (Dariah, et al., 2014). Je pogosto klinično stanje v svetu, ki prizadene ženske vseh starosti, pojavlja se v različnih kulturah in rasah (Kwon, et al., 2010). Medicinske sestre poročajo o težavah pri ocenjevanju, diagnosticiranju in zdravljenju urinske inkontinence (Booth, 2009).

NANDA International v domeni 3 opisuje izločanje in izmenjavo, ki jo razdeli v 4 razrede: delovanje sečil, delovanje gastrointestinalnega trakta, delovanje kožnega tkiva in delovanje dihal. Pod razred 1, delovanje sečil, spada devet negovalnih diagnoz (Herdman, 2017b). Pet negovalnih diagnoz je predstavljenih kot prava diagnoza za

inkontinenco, in sicer: stresna urinska inkontinenca, urgentna urinska inkontinenca, funkcionalna urinska inkontinenca, prelivna (overflow) urinska inkontinenca in refleksna urinska inkontinenca (Leandro, et al., 2015). Tem petim negovalnim diagnozam pa se kasneje pridružujejo še štiri: moteno izločanje urina, pripravljenost za izboljšanje funkcije izločanja urina, nevarnost za urgentno urinsko inkontinenco in retencija urina (Herdman, 2017b).

Motnja uriniranja je zelo pogosta motnja v Sloveniji in v svetu ter predstavlja velik vpliv na kakovost življenja. Veliko vlogo ima osveščanje in zdravstveno-vzgojno delovanje, kar spada v delokrog medicinskih sester. NANDA International v Sloveniji in tudi drugje po svetu še vedno ni tako prepoznavna in jo diplomirane medicinske sestre premalo uporabljajo pri postavitvi negovalnih diagnoz. Zato nas zanima, katere negovalne diagnoze po klasifikaciji NANDA se lahko uporabijo pri pacientu z motnjo uriniranja in kako s tem lahko opišemo delo medicinske sestre.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 MOTNJA URINIRANJA

Motnja uriniranja obsega širok spekter simptomov ter znakov, ki se kažejo od popolnega zastoja urina do popolne nezmožnosti za zadrževanje urina (Bizovičar, 2015). Nenormalno delovanje je lahko posledica motenega delovanja sečnega mehurja, motenega iztoka iz sečnega mehurja ali kombinacije obeh. Pacientke, ki imajo težave z uriniranjem, navajajo dve vrsti težav: težave z zadrževanjem urina (frekvenca, urgencia, bolečina, nikturija) in težave z odvajanjem urina (stanjšan in/ali prekinjajoč curek urina, slab odtok urina iz mehurja, terminalno in postterminalno kapljanje, občutek nepopolnega praznjenja mehurja, čezroba ("overflow") inkontinenca. Navadno se težave prepletajo, torej imajo pacientke pogosto kombinacijo obojih (Mohorič, 2018).

2.2 URINSKA INKONTINENCA

Urinska inkontinenca je nehoteno uhajanje urina in pomeni nesposobnost kontrole mokrenja (Haylen, et al., 2010). Tudi ko urin poskušamo zadržati, nam nekontrolirano uhaja po kapljicah ali v celoti. Mnogim se zdi sposobnost zadrževanja urina samoumevna funkcija človeškega telesa, vendar pa v različnih življenjskih obdobjih ni vedno tako (Leskovar, 2007 cited in Bratina, 2013). Že leta 2002 je International Continence Society (ICS), Mednarodno združenje za inkontinenco, urinsko inkontinenco definiralo kot vsako nehoteno uhajanje urina, in ne samo tisto, ki bi prizadeti osebi povzročilo socialni ali higienski problem in bi ga lahko objektivno dokazali. Poznamo več vrst urinske inkontinence, kot so: stresna, urgentna, mešana, čezroba, funkcionalna ter uhajanje urina v nočnem času (Bardsley, 2016). Natančna in celostna anamneza, ki vključuje natančno poročanje o tipu inkontinence, umestitev nehotenega uhajanja urina v časovni okvir in resnost težave, zdravstvenemu delavcu omogoča, da simptome urinske inkontinence kategorizira kot stresno urinsko inkontinenco, urgentno urinsko inkontinenco in mešano urinsko inkontinenco (Burkhard, et al., 2016). Glede na definicijo se stresna urinska inkontinenca predstavlja kot nehotena izguba urina, ki je posledica telesnega napora, ki vključuje športne aktivnosti, ter kihanja ali kašljanja (Haylen, et al., 2010). Je nenehno

uhajanje urina ob aktivnostih, ki povečajo pritisk v trebuhu (Herdman, 2017b). Pojavlja se pri približno polovici vseh žensk, ki trpijo za urinsko inkontinenco. Raziskave poročajo o razširjenosti izolirane stresne urinske inkontinence med 10 in 39 % vseh žensk v populaciji (Milsom, 2013). Urgentna urinska inkontinenca je nehoteno uriniranje, ki se pojavi kmalu po močni zaznavi nujne potrebe po uriniranju (Herdman, 2017b). Je simptom prekomerno aktivnega mehurja, ki močno vpliva na kakovost življenja pacientk, tako s strani fizičnega, socialnega, psihološkega kot spolnega vidika (Lains Mota, 2017). Je relativno redka, njena absolutna razširjenost v ženski populaciji znaša 1–7 % (Milsom, 2013). Funkcionalna urinska inkontinenca je nezmožnost običajno kontinentne osebe, da bi pravočasno prišla do stranišča in bi se lahko izognila nehotenemu uriniranju. Prelivna (overflow) urinska inkontinenca je nehoteno uriniranje zaradi prekomerno polnega sečnega mehurja (Herdman, 2017b). Mednarodne epidemiološke raziskave navajajo, da občasno nehoteno uhajanje urina navaja 25–45 % žensk, pri 10 % posameznic pa je prisotno vsaj enkrat tedensko. Približno polovica vseh inkontinentnih žensk ima stresno urinsko inkontinenco, ki je z 10–39 % pojavnostjo najpogostejši tip urinske inkontinence. Pojavnost stresne urinske inkontinence narašča s staranjem in ima vrh okrog menopavze, nato pa začne pojavnost tega tipa urinske inkontinence upadati in pogostejši postanejo drugi tipi, kot sta mešana in v pozni starosti predvsem urgentna urinska inkontinenca (Milsom, et al., 2017). Urinska inkontinenca se pojavlja v vseh starostnih obdobjih in prizadene tako ženske kot moške. Pri ženskah je dvakrat pogostejša kot pri moških (Kwon, et al., 2010; Ruiz de Viñaspre Hernández, et al., 2014). Razširjenost urinske inkontinence v raziskavah niha glede na vključeno populacijo in definicijo urinske inkontinence (Burkhard, et al., 2016). Podobno razširjenost navaja tudi v Sloveniji izvedena raziskava na mednarodni populaciji žensk v povprečni starosti 55 let (Podvratnik, 2011). Skoraj 40 % žensk v Sloveniji ima urinsko inkontinenco, od tega jih je 33 % mlajših od 40 let, 17 % je starih do 60 let, ter 50 % nad 60 let (Goubar, 2009). Približno 10 % vseh odraslih žensk navaja vsakotedensko uhajanje urina (Milsom, 2013).

2.3 VPLIV URINSKE INKONTINENCE NA KAKOVOST ŽIVLJENJA

Eden izmed glavnih javnozdravstvenih problemov, ki najpogosteje vplivajo na kakovost življenja posameznika, je urinska inkontinenca. Urinska inkontinenca lahko povzroča

psihične težave, pri katerih se posamezniku zniža stopnja samozavesti in lahko posledično vodi tudi v depresijo (Mallah, et al., 2014). Urinska inkontinenca ima zaradi pogostosti močan vpliv predvsem na življenje žensk, saj pacientkam povzroča občutke žalosti, jeze, spravlja jih v različne zadrege in lahko privede do depresije. Ženske izgubijo samozavest in se začnejo izogibati družabnim srečanjem. To ima sorazmeren učinek na njihove socialne interakcije, čustveno zdravje in njihovo spolno življenje. Prav zaradi vpliva na psihično, družbeno in spolno življenje žensk posledice urinske inkontinence zahtevajo spremembo načina njihovega življenja (Charalambous, 2009 cited in Plahut, 2019). Seveda pa se poleg pomembnih psihosocialnih parametrov in izogibanja telesni aktivnosti povečuje tudi tveganje za medicinske zaplete, kot so okužba sečil, razjeda zaradi pritiska, glivični dermatitis in padci (Bizovičar, 2015), ter za mnoge druge bolezni, kot so osteoporozna, hipertenzija, koronarna srčna bolezen (Charalambous, 2009 cited in Plahut, 2019).

Dejstvo je, da urinska inkontinenca ne prizadene samo inkontinentne ženske, ampak celotno družbo. Zato se z dobro informiranostjo, ozaveščenostjo o tem problemu, z zaščitno uporabo inkontinentnih pripomočkov, ki so na voljo, lahko vsaka posameznica normalno giblje in živi tako doma kot v družbi. Osveščena družina in družba lahko žensko spodbudita, da pristopi k zdravljenju urinske inkontinence takoj, ko se ta pojavi, in jo pri zdravljenju moralno podpirata, da doseže željeni cilj (Društvo MENA, 2010). Strah pred stigmatizacijo, sram, pomanjkanje informacij o obravnavanju te problematike ter zmotno mišljenje, da je urinska inkontinenca eden od simptomov staranja, vodijo v dejstvo, da manj kot polovica žensk poišče strokovno zdravstveno pomoč. Tako kar 2/3 primerov urinske inkontinence ostane prikritih in nediagnosticiranih (Opara, et al., 2011). Presenetljivo je dejstvo, da kar 76 % ljudi sprejme urinsko inkontinenco kot normalno s staranjem povezano stanje. Uporaba storitev s področja urinske inkontinence narašča ter zahteva spremembe v populacijskem in strokovnem znanju ter odnosu do tega problema (Bratina, 2013). Izboljšave pri motnjah uriniranja lahko izboljšajo splošno zdravstveno stanje in kakovost življenja (Panfili, et al., 2017). Ponovno dosežena kontinenca pozitivno vpliva na pacientko, saj izboljša samopodobo in uspešno vpliva na celotno okrevanje pacienta v rehabilitacijskih programih (French, et al., 2016). Celostna obravnava osebe z urinsko inkontinenco torej zahteva delo sodelovalne skupine zdravstvenih delavcev,

zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, delovnih terapevtov, psihologov in drugih za to področje usposobljenih strokovnjakov (Bizovičar, 2015).

2.4 ZDRAVLJENJE URINSKE INKONTINENCE

Priporočila, ki so nastala v okviru prvega mednarodnega posveta o inkontinenci, navajajo, da mora biti oseba z urinsko inkontinenco najprej vključena v tako imenovano začetno obravnavo, ki vključuje konservativno in farmakološko zdravljenje (Pizzi, et al., 2014). Konservativno zdravljenje je opredeljeno kot katerakoli nekirurška intervencija za urinsko inkontinenco (De Vries & Heesakkers, 2017). Konservativno zdravljenje vključuje postopke za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, fizioterapijo, vadbo za sečni mehur, primerno uživanje tekočin, pripomočke za nego kože, pripomočke za zbiranje in prestrezanje urina ter ureditev življenjskega okolja (Ščepanović, 2018). Po navedbah smernic Evropskega združenja za urologijo o inkontinenci se konservativna terapija običajno šteje za začetno zdravljenje. To zdravljenje je manj invazivno in manj tvegano od invazivnega ali kirurškega zdravljenja inkontinence (De Vries & Heesakkers, 2017). Konservativno zdravljenje nima škodljivih učinkov in povzroča dolgotrajno izboljšanje simptomov. Najpogostejše uporabljeni metodi konservativnega zdravljenja sta električna stimulacija in trening medeničnega dna (Wang & Zhang, 2012). Postopke za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, fizioterapijo ter vadbo za sečni mehur ponekod označujejo z izrazom vedenjska terapija (Ščepanović, 2018).

Priporočilo za obravnavo urinske kontinence zajema (Panfili, et al., 2017):

- uriniranje v časovno določenih intervalih, primerna metoda za pacientke s slabšimi spoznavnimi sposobnostmi,
- metoda takojšnjega uriniranja,
- trening mehurja s pomočjo umirjanja poziva za uriniranje,
- trening mišic medeničnega dna.

Kljub različnim strategijam raziskave kažejo, da je urinska inkontinenca težko obvladljiva (French, et al., 2016). Pri odločitvi glede načina zdravljenja je potrebno upoštevati pacientkino kognitivno stanje, okolje, v katerem živi, mobilnost in možnosti za sodelovanje svojcev (Bizovičar, 2015). Pri načrtovanju zdravljenja se je potrebno

posvetovati s pacientko, s poudarkom na izboljšanju kakovosti njenega življenja. Pri zdravljenju stresne urinske inkontinence ima pomembno vlogo načrt oskrbe pacientke z urinsko inkontinenco. Najprej se začne s spremembami v vedenju, nato z uporabo inkontinentnih pripomočkov, ki jim sledijo farmakološke intervencije. Zadnji korak je operativni poseg, ki se izvede v primeru, da pacientki začetno zdravljenje ni bilo v pomoč (Al-Shaikh, et al., 2018).

2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI ŽENSK Z URINSKO INKONTINENCO

Medicinska sestra, ki deluje v primarni dejavnosti, ima pri zdravstveni vzgoji oseb z urinsko inkontinenco predvsem preprečevalno vlogo. Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene v ohranitev in krepitev zdravja. Ženske je treba seznaniti z aktivnostmi, ki so koristne za zdravje, in vplivati na zavestno izbiro načina življenja. S celostnim pristopom in zdravstveno vzgojo žensk lahko ublažimo vpliv dejavnikov tveganja, če jih že ne moremo odpraviti (Glodež, 2008 cited in Bratina, 2013). Medicinska sestra kot pomembna strokovnjakinja pri obravnavi žensk z urinsko inkontinenco mora delovati kot vzgojiteljica in zagotoviti psihično ter čustveno oporo pacientki. Zato je pomembno, da medicinska sestra pri obravnavi pacientke z urinsko inkontinenco v celoten proces zdravstvene nege vključi tudi njene svojce in pri pacientki načrtuje individualizirano zdravstveno nego. Pomembno je, da medicinska sestra ugotovi strategije za pristop k pacientki, si pridobi njeno zaupanje, jo vzpodbuja pri udeležbi v skupinah, ji pomaga pri spremembah njenega življenjskega sloga ter ji nudi pomoč pri spremenjenem higienskem režimu in preprečevanju okužb (De Jesus, 2017).

Medicinska sestra mora oceniti razloge, zakaj je urinska inkontinenca problem, in sodelovati s pacientko, da zmanjšajo ali odpravijo morebitne reverzibilne vzroke (Kehinde, 2016). Pri obravnavi pacientke z inkontinenco so v pomoč različni vprašalniki, ki omogočajo lažjo opredelitev vrste, stopnje urinske inkontinence in spremljanje učinka zdravljenja. Sestavni del obravnave je tudi dnevnik uriniranja, ki pomaga prepoznati različne vrste inkontinence na podlagi vzorcev in količine zaužite tekočine, pogostosti uriniranja in aktivnosti, ki jih spremlja nehotno uhajanje urina (Burkhard, et al., 2016).

Medicinska sestra igra pomembno vlogo pri podpori pacientke z urinsko inkontinenco in njenih družinskih članih. Najbolj pomembno je, da nudi kakovostno zdravstveno obravnavo, ki pa jo lahko zagotovi šele z zadostnim znanjem in spretnostmi (De Jesus, 2017). Poleg strokovnega znanja mora spoštovati pacientko in upoštevati etična načela, vzpostaviti empatični odnos, upoštevati pacientkino avtonomnost, jo obravnavati individualno ter ji zagotoviti zasebnost (Siter, 2012).

Pomembno je, da je zdravljenje urinske inkontinence in obravnava pacientke z urinsko inkontinenco individualno prilagojeno ciljem in potrebam posamezne pacientke (Bizovičar, 2015). NANDA International pomeni individualno, posamezniku prilagojeno celovito zdravstveno obravnavo (Herdman & Kamitsuru, 2017).

2.6 NANDA INTERNATIONAL

NANDA International je bila ustanovljena kot severnoameriška organizacija. Je uvedba negovalnih diagnoz, ki so jih razvile medicinske sestre iz Združenih držav Amerike in Kanade (Herdman, 2017b). Poslanstvo NANDA International je razvoj in uporaba enotne terminologije po vsem svetu. NANDA International razvija in izboljšuje terminologijo zdravstvene nege. Za povezavo med teorijo in prakso se strokovnjaki z različnih področij zdravstvene nege aktivno vključujejo v razvijanje negovalnih diagnoz (Herdman & Kamitsuru, 2014). Prav tako združuje medicinske sestre iz skoraj štiridesetih držav in se jih vanjo vključuje vedno več (Herdman, 2017b). NANDA International negovalne diagnoze se uporabljajo na mednarodni ravni, v učnih načrtih, klinični praksi, raziskavah in informacijsko podpornih aplikacijah. Prevedene so v šestnajst jezikov (Gallego-Lepak, 2017). Izdaja knjige Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija za leta 2015–2017 prispeva k jedru znanja zdravstvene nege. Nove negovalne diagnoze temeljijo na dokazih in so popravljene ter odobrene s strani medicinskih sester, ki veljajo za strokovnjakinje na tem področju (Lemes de Aquino, 2017).

2.7 TAKSONOMIJA IN TERMINOLOGIJA

NANDA International taksonomija omogoča način klasificiranja in kategoriziranja področij, ki se nanašajo na zdravstveno nego (Herdman, 2017a). Z namenom, da bi lahko prikazali proces zdravstvene nege v strukturirani obliki, so bile razvite klasifikacije

zdravstvene nege (Juntilla & Salanterä, 2010). NANDA-I taksonomija je hierarhična klasifikacijska shema z glavnimi skupinami, podskupinami in predmeti razvrščanja. Ta vsebuje 235 negovalnih diagnoz, ki so razvrščene v 13 domen in 47 razredov (Herdman, 2017a). Ta klasifikacijski sistem se uporablja skoraj po vsem svetu (Türk, et al., 2013). Taksonomija s svojo predstavitvijo znanja nudi znanosti zdravstvene nege strukturo za standardiziran jezik, v katerem naj bi medicinske sestre sporočale negovalne diagnoze. S pomočjo NANDA-I terminologije lahko medicinske sestre komunicirajo med seboj in z drugimi predstavniki različnih zdravstvenih disciplin o tem, kaj je edinstvenost zdravstvene nege (Herdman, 2017a). Negovalne diagnoze torej predstavljajo jezik stroke zdravstvene nege. Terminologija zdravstvene nege zadošča kriterijem Komisije za informacijsko infrastrukturo prakse zdravstvene nege (Committee for Nursing Practice Information Infrastructure) pri Zvezi ameriških medicinskih sester (American Nursing Association). NANDA-I terminologija je skladna tudi s terminologijo Mednarodne organizacije za standarde (ISO), ustreza pa tudi standardom za uporabo v kliničnih informacijskih sistemih (Health Level Seven International)(Herdman & Kamitsuru, 2014). Medicinskim sestram terminologija zdravstvene nege omogoča skupen jezik za obravnavanje zdravstvenih problemov, rizičnih stanj in pripravljenost na promocijo zdravja. Negovalne diagnoze torej predstavljajo jezik discipline. Kadar govorimo o samih diagnozah, govorimo o terminologiji znanja zdravstvene nege, kadar pa govorimo o tem, na kakšen način kategoriziramo NANDA-I diagnoze, govorimo o taksonomiji. Taksonomije nenehno rastejo, se razvijajo in celo dramatično spreminjajo v skladu z novim znanjem s svojega področja. V NANDA-I taksonomiji negovalnih diagnoz uporabljamo hierarhično - grafični prikaz domen in razredov. Negovalne diagnoze same v tem grafičnem prikazu niso prikazane. Glavni razlog za to je številčnost negovalnih diagnoz, saj je bil prikaz 235 negovalnih diagnoz preobsežen in težko pregleden. NANDA taksonomija ni bila mišljena kot osnova za ocenjevanje v zdravstveni negi, vendar kljub temu nudi strukturo za razvrščanje negovalnih diagnoz v jasno definirane domene in razrede (Herdman, 2017a).

Gunn von Krogh (2011) je organizaciji NANDA International predstavil morebitno novo taksonomijo, ki bo v prihodnjih letih preizkušena in dodelana. Omenjeno taksonomijo je leta 2016 predstavil članom organizacije NANDA-I, vendar organizacija ni sprejela

strukture te taksonomije. V naslednjih letih naj bi po vsem svetu potekale raziskave in diskusije, s katerimi bodo preverili ustreznost strukture predlagane taksonomije za negovalne diagnoze.

NANDA International taksonomija bi morala delovati tako, da (Krogh, 2011 cited in Herdman, 2017a):

- zagotavlja model ali kognitivni načrt znanja na področju zdravstvene nege kot znanstvene discipline,
- izraža to znanje, perspektive in teorije,
- zagotavlja strukturo in urejenost tega znanja,
- služi kot orodje za pomoč pri kliničnem odločanju
- zagotavlja način organiziranja negovalnih diagnoz v elektronskem zdravstvenem zapisu.

2.8 OSNOVE NEGOVALNIH DIAGNOZ

»Negovalna diagnoza je klinična presoja o človekovih odzivih na zdravstveno stanje posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti za te odzive« (Gallagher-Lepak, 2017, p. 25). Je zgodnji korak v odločitvenem procesu, s pomočjo katerega medicinske sestre želijo doseči želene izide v zdravstveni obravnavi pacientke (Juntilla & Salanterä, 2010). Negovalna diagnoza nudi osnovo za izbor intervencij zdravstvene nege. Za doseganje zelenih izidov zdravstvene nege je kompetentna diplomirana medicinska sestra. Negovalna diagnoza je definirana kot produkt in kompleksen intelektualen proces zdravstvene nege, pri katerem ima pomembno vlogo diplomirana medicinska sestra. V procesu postavitve negovalne diagnoze mora uporabiti znanstvena spoznanja, kognitivne veščine in izkušnje (De Leon & De Nabrega, 2012). Negovalna diagnoza oz. oznaka negovalne diagnoze praviloma vsebuje dva dela: deskriptor ali modifikator in fokus ali ključni teoretični koncept negovalne diagnoze. Kljub temu pa obstaja nekaj izjem, pri katerih sta modifikator in fokus povezana v en izraz. Medicinske sestre diagnosticirajo zdravstvene probleme, stanja tveganja in pripravljenosti za promocijo zdravja. Vsaka negovalna diagnoza ima oznako in jasno definicijo. Za negovalno diagnozo ni dovolj, da medicinske sestre poznajo le oznako diagnoze, vendar je nujno potrebno, da poznajo definicije diagnoz, ki se najpogosteje uporabljajo. Poleg definicij pa morajo medicinske

sestre poznati tudi podatke za diagnosticiranje in razlikovanje med diagnozami, kar imenujemo diagnostični indikatorji. Ti diagnostični indikatorji vsebujejo diagnostične kazalce in spremljajoče dejavnike ali dejavnike tveganja.

- Diagnostični kazalci so sklepanja oz. opazni namigi, ki se združijo kot znaki ali simptomi. Ocenjevanje, ki identificira prisotnost številnih diagnostičnih kazalcev, prispeva k točnosti negovalne diagnoze.
- Spremljajoči dejavniki so sestavni del vseh negovalnih diagnoz, ki so usmerjeni k problemu. So etiološki dejavniki, okoliščine, dejstva ali vplivi, ki so na nek način povezani z negovalno diagnozo. Spremljajoče dejavnike se pogosto identificira s pregledom pacientovih anamnestičnih podatkov. Da bi lahko usmeriti v etiološke dejavnike.
- Dejavniki tveganja so vplivi, ki povečajo dovzetnost posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti za zdravju škodljiv dogodek.

Negovalna diagnoza ne vsebuje vedno vseh treh vrst diagnostičnih indikatorjev. Negovalne diagnoze, usmerjene k problemu, vsebujejo diagnostične kazalce in spremljajoče dejavnike. Diagnoze promocije zdravja imajo praviloma samo diagnostične kazalce. Pri teh diagnozah so spremljajoči dejavniki prisotni le v primeru, ko izboljšajo razumevanje negovalne diagnoze. Dejavniki tveganja se pojavljajo samo pri potencialnih negovalnih diagnozah (Gallagher-Lepak, 2017).

2.8.1 Vrste negovalnih diagnoz

Negovalna diagnoza je lahko usmerjena k problemu, v promocijo zdravja ali v potencialno tveganje. Lahko se pojavi tudi sindromska negovalna diagnoza, čeprav to v NANDA-I ni pogosto. Opisi posameznih diagnoz po avtorju Gallagher-Lepak (2017, pp. 22–23) so:

- »Diagnoza usmerjena k problemu: klinična presoja nezaželenih človeških odzivov na zdravstveno stanje posameznika, družine ali skupnosti.
- Potencialna diagnoza: klinična presoja dovzetnosti posameznika, družine ali skupnosti za razvoj nezaželenega človeškega odziva na zdravstveno stanje.

- Diagnoza promocije zdravja: klinična presoja motivacije in želje po večjem blagostanju in po aktualizaciji zdravstvenega potenciala ljudi. Ti odzivi so izraženi s pripravljenostjo na sprejetje specifičnega zdravstvenega vedenja in jih je mogoče uporabiti v kateremkoli zdravstvenem stanju.
- Sindromska negovalna diagnoza: klinična presoja določene skupine negovalnih diagnoz, ki se pojavijo istočasno in jih je najbolje obravnavati skupaj ter s podobnimi intervencijami«.

2.9 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI POSTAVITVI NEGOVALNIH DIAGNOZ

2.9.1 Ocenjevanje

Ocenjevanje je prvi in najpomembnejši korak v procesu zdravstvene nege (Herdman & Kamitsuru, 2017). Vključuje zbirko subjektivnih in objektivnih informacij ter pregled anamnestičnih podatkov v pacientkini zdravstveni dokumentaciji (Gallagher-Lepak, 2017). Brez ustreznega ocenjevanja medicinska sestra ne mora priti do negovalne diagnoze, brez pravilne negovalne diagnoze pa ne mora priti do ustrezne negovalne intervencije. Med ocenjevanjem in postavitvijo negovalne diagnoze v okviru procesa zdravstvene nege medicinske sestre zbirajo podatke od pacientke (oz. družine, skupine ali lokalne skupnosti) in jih pretvarjajo v informacije ter kasneje v negovalne diagnoze. Ocenjevanje nudi medicinskim sestram najboljšo možnost za vzpostavitev terapevtskega odnosa s pacientko. Pravilno negovalno diagnozo lahko zagotovimo le z nadaljevanjem prvega koraka tj. ocenjevanja v usmerjeno ocenjevanje ter s pravilno uporabo podatkov, zbranih med ocenjevanjem (Herdman & Kamitsuru, 2017). Ocene lahko temeljijo na določenih teorijah zdravstvene nege ali teoretičnem okviru za ocenjevanje (Gallagher-Lepak, 2017).

Medicinske sestre morajo pacientke oceniti z vidika discipline zdravstvene nege, da lahko postavijo pravilno negovalno diagnozo in nudijo učinkovito zdravstveno nego. Poznamo dve vrsti ocenjevanja: splošno in usmerjeno. Pri obeh ocenjevanjih moramo zbirati podatke, vendar le ti služijo različnim namenom. Začetni in najenostavnejši korak je splošno ocenjevanje. Usmerjeno ocenjevanje je bolj osredotočeno, medicinskim sestram

omogoča, da raziščejo informacije, ki so jih pridobile v začetnem splošnem ocenjevanju, in poiščejo dodatne kazalce, ki bi potrdili ali ovrgli možne negovalne diagnoze. Izvajanje splošnega ocenjevanja zahteva specifične kompetence za natančno izvajanje raznih postopkov zbiranja podatkov in visoko stopnjo usposobljenosti na področju medsebojne komunikacije. Pacientke se morajo počutiti varne in zaupati medicinskim sestram, da bodo lahko brez zadržkov odgovarjale na osebna vprašanja. Ko med ocenjevanjem medicinska sestra pregleduje podatke in začenja prepoznavati negovalne diagnoze, mora zbrati tudi nadaljnje podatke, ki bi pomagali prepoznati druge zaskrbljujoče človeške odzive. Ti odzivi lahko nakazujejo tveganja za pacientko ali predstavljajo možnosti za promocijo zdravja (Herdman & Kamitsuru, 2017). Vnaprejšnje predvidevanje, da bodo pacientke v isti situaciji potrebovale isto negovalno diagnozo, je lahko le začetno razmišljanje, ki pa ga mora medicinska sestra preveriti pri vsaki posamezni pacientki. Medicinska sestra ocenjuje pacientkino stanje s pomočjo ocenjevalnega orodja, ki mora biti usklajeno s strokovnim področjem zdravstvene nege in ki temelji na klinično preverljivih dokazih (Herdman & Kamitsuru, 2014).

2.9.2 Pretvorba podatkov v informacije

Drugi korak procesa zdravstvene nege je pretvarjanje podatkov v informacije. Pomaga nam pri razumevanju pomena podatkov, ki so bili zbrani pri splošnem ocenjevanju oz. pri prepoznavanju dodatnih podatkov, ki jih moramo še pridobiti. Za boljše razumevanje faze ocenjevanja in faze postavljanja negovalnih diagnoz si je potrebno vzeti čas. Pri dokumentiranju ocenjevanja je pomembno, da vključimo tako podatke kot tudi informacije. Medicinske sestre zbirajo in dokumentirajo subjektivne in objektivne podatke, ki se nanašajo na pacientko. Zdravniki pri postavljanju medicinskih diagnoz bolj upoštevajo objektivne kot subjektivne podatke, medtem ko medicinske sestre pri postavitvi negovalnih diagnoz upoštevajo obe vrsti. Subjektivni podatki izvirajo iz verbalnih poročil pacienta glede na njegovo dožemanje in mnenje o lastnem zdravju, vsakodnevnem življenju in udobju. Kadar pacientka ni sposobna podati subjektivnih podatkov, se moramo zanesti na druge vire, kot so družinski člani ali bližnji prijatelji. Medicinske sestre zbirajo subjektivne podatke v postopku jemanja negovalne anamneze z intervjujem. Medicinska sestra mora uporabiti veščine aktivnega poslušanja in v čim

večji meri postavljati odprta vprašanja, da lahko od pacientke pridobi natančne informacije. Objektivni podatki so tisti, ki jih medicinske sestre opazijo pri pacientki. Objektivne podatke zbiramo s pomočjo fizičnih pregledov in rezultatov diagnostičnih testov (Herdman & Kamitsuru, 2017). Da lahko medicinske sestre pridobijo natančne in zanesljive objektivne podatke, potrebujejo primerno znanje in veščine za izvedbo ocene fizičnega stanja in za uporabo standardiziranih orodij (Herdman & Kamitsuru, 2014).

2.9.3 Prepoznavanje možnih negovalnih diagnoz

Ko medicinska sestra pridobi vse podatke in jih pretvori v informacije, sledi iskanje odgovora na vprašanje: Kakšni so pacientkini človeški odzivi oz. kakšne so njene negovalne diagnoze? Da si medicinska sestra lahko pridobi odgovor na to vprašanje, zahteva poznavanje številnih teorij in modelov zdravstvene nege. Prav tako zahteva poznavanje konceptov, ki so temelj negovalnih diagnoz (Herdman & Kamitsuru, 2017). Pri postavitvi negovalnih diagnoz mora medicinska sestra uporabiti znanje različnih znanosti, predvsem pa uporabiti znanje s področja zdravstvene nege. Izkušena medicinska sestra lahko med samimi informacijami o pacientki najde dovolj kliničnih indikatorjev, da lahko takoj preide k negovalni diagnozi (Harris, 2017). Pri prepoznavanju možnih negovalnih diagnoz medicinska sestra pregleda informacije, ki skupaj ustvarjajo vzorec. Sprva upošteva vse možne negovalne diagnoze, ki ji pridejo na misel. Po zbranih vseh podatkih in pretvorbi le teh v informacije se je potrebno vprašati, kaj od tega je res pomembno in kaj ne. Konceptualno znanje o vsaki negovalni diagnozi omogoča, da medicinska sestra podatkom, pridobljenim od pacientke, pripiše natančen pomen in se pripravi na izvedbo usmerjenega ocenjevanja. Ko medicinske sestre osvojijo to konceptualno znanje, gledajo na podatke, zbrane od pacientke, predvsem drugače. Pretvorijo jih v informacije in pričnejo opazovati, kako se informacije povezujejo v vzorce (Herdman & Kamitsuru, 2017).

2.9.4 Potrjevanje in izločanje možnih negovalnih diagnoz

Da bi bile negovalne diagnoze pravilno določene, morajo biti validirane, za kar je potrebno dodatno usmerjeno ocenjevanje, ki diagnozo potrdi ali ovrže. S kombiniranjem

temeljnega znanja zdravstvene nege z znanjem o negovalnih diagnozah lahko medicinska sestra na podlagi splošne ocene prepozna možne negovalne diagnoze. Na osnovi teh negovalnih diagnoz preide k usmerjenemu ocenjevanju, ki ji omogoča postavitev negovalnih diagnoz. Medicinske sestre najpogosteje izdelajo seznam negovalnih diagnoz in takoj preskočijo na izvajanje oz. določanje negovalnih intervencij, kar pa je napačno ravnanje. Na stopnji usmerjenega ocenjevanja so že bile pregledane informacije, pridobljene s splošnim ocenjevanjem. Informacije, ki po naši presoji odstopajo, se navezujejo na diagnoze, usmerjene k problemu. Informacije, ki predstavljajo tveganje, pa se navezujejo na potencialne negovalne diagnoze. Področja, na katerih je pacientka izrazila željo po izboljšanju, je potrebno upoštevati kot možne diagnoze promocije zdravja. Če si določene podatke interpretiramo kot odstopajoče, je za postavitev diagnoze ključna izvedba nadaljnjega usmerjenega ocenjevanja.

Ko zberemo nove podatke in jih pretvorimo v informacije, je vedno čas za ponoven razmislek o prejšnjih možnih oz. že postavljenih diagnozah. Pri tem koraku si je potrebno postaviti tri vprašanja:

- Je usmerjeno ocenjevanje podalo nove podatke, ki izključujejo eno ali več vaših možnih negovalnih diagnoz?
- Je usmerjeno ocenjevanje razkrilo novo negovalno diagnozo, na katero prej niste pomislili?
- Kako lahko razlikujete med podobnimi negovalnimi diagnozami?

Tudi druge medicinske sestre morajo biti sposobne nadaljevati z validacijo diagnoze in razumeti, kako smo mi prišli do nje. Zaradi tega je pomembna uporaba standardiziranih izrazov, kot so negovalne diagnoze NANDA-I, ki nudijo ne le oznako ampak tudi definicijo in kriterije za ocenjevanje (diagnostični kazalci in spremljajoči dejavniki ali dejavniki tveganja). Tako lahko tudi drugi zdravstveni delavci nadaljujejo z validacijo negovalne diagnoze, kadar se pojavijo novi podatki o pacientki. Izrazi, ki jih medicinske sestre preprosto oblikujejo ob pacientkini postelji, ne da bi uporabile validiranje definicije in kriterije ocenjevanja, nimajo enotnega pomena in jih ni mogoče klinično potrditi. Pomembno je, da se uporablja le standardizirane izraze, ki imajo jasne definicije in

kriterije ocenjevanja, saj je varnost pacienta odvisna od dobre komunikacije (Herdman & Kamitsuru, 2017).

2.9.5 Postavitev negovalne diagnoze

Zadnji korak je določanje negovalnih diagnoz, ki bodo podlaga za izbiro negovalnih intervencij pri pacientki. Po pregledu vseh pridobljenih informacij pri pacientki lahko medicinska sestra postavi negovalne diagnoze, ki so pomemben segment procesa zdravstvene nege (Herdman & Kamitsuru, 2017). Proces zdravstvene nege, ki vključuje vrednotenje negovalne diagnoze, je kontinuiran proces, ki se mu ob prejemu novih podatkov ali spremembi pacientkinega stanja lahko spremenijo negovalne diagnoze ali pa se jim spremenijo prioritete. Študent zdravstvene nege pri postavitvi negovalnih diagnoz potrebuje pomoč izkušene medicinske sestre (Hakverdioğlu Yönt, et al., 2014).

3 EMPIRIČNI DEL

Urinska inkontinenca je zelo pogosta motnja v Sloveniji in v svetu ter predstavlja velik vpliv na kakovost življenja posameznika. Nakazuje se, da področje ni dobro raziskano in da se v Sloveniji negovalne diagnoze po klasifikaciji NANDA še ne uporabljajo v polnosti, so pa potrebne za nadaljnje postavljanje ciljev in načrtovanje intervencij zdravstvene nege. Odločili smo se, da s pomočjo študije primera obravnavamo pacientko z motnjo uriniranja po klasifikaciji negovalnih diagnoz NANDA.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti študijo primera skozi obravnavo pacientke z motnjo uriniranja s pomočjo negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA.

Cilj diplomskega dela je:

- ugotoviti vlogo medicinske sestre pri pacientki z motnjo uriniranja;
- ugotoviti pomen motnje uriniranja na pacientkino kakovost življenja;
- opredeliti negovalne diagnoze po klasifikaciji NANDA pri pacientki z motnjo uriniranja.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na osnovi pregledane tuje in domače literature in glede na zastavljene cilje smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je vloga medicinske sestre pri pacientki z motnjo uriniranja?
- Kakšen pomen ima motnja uriniranja na kakovost pacientkinega življenja?
- Katere negovalne diagnoze po klasifikaciji NANDA pri pacientki z motnjo uriniranja lahko uporabimo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na kvalitativni študiji primera.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretični del diplomskega dela temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature iz podatkovnih baz. Zadetke smo časovno omejili od leta 2010 do leta 2020, izbrali angleški in slovenski jezik ter članke dostopne s celotnim besedilom. Za iskanje slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Za iskanje tujih člankov smo uporabili tuje baze podatkov: CINAHL, PUBMED, MEDLINE in SPRINGERLINK. Iskanje je potekalo s pomočjo ključnih besed v slovenskem jeziku: »urinarna inkontinenca«, »urinarna inkontinenca pri ženskah«, »vloga medicinske sestre«, »negovalne diagnoze«, »negovalne diagnoze NANDA«, »motnje uriniranja«, »kakovost življenja z motnjo uriniranja«. V angleškem jeziku smo uporabili ključne besede: »urine incontinence«, »nursing«, »women«, »nurse's role«, »nursing diagnosis«, »NANDA International« in njihove kombinacije z uporabo Boolovega logičnega operatorja AND. Za empirični del smo uporabili kvalitativno tehniko zbiranja podatkov – študijo primera. Podatke smo pridobili s pomočjo sekundarnih dokumentov pacientke, opazovanjem, največ pa s pogovorom z njo.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi – študiji primera. Podatke smo pridobili s proučitvijo vseh sekundarnih dokumentov oz. zdravstvene dokumentacije pacientke ter opazovanjem in z neformalnimi pogovori s pacientko. Zaupala nam je svojo zgodbo. Na podlagi povedane zgodbe in proučitve zdravstvene dokumentacije smo ji zastavili še vprašanja o njenih osnovnih osebnih podatkih, o njenem doživljanju motnje uriniranja in kakovosti življenja pred in po operaciji.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskovalnem delu diplomskega dela smo izbrali pacientko z motnjo uriniranja. Izbrali smo jo namensko glede na njeno medicinsko diagnozo, ki se je ujemala z našim interesnim področjem za pripravo diplomskega dela. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Jesenice na ginekološko-porodniškem oddelku, kjer je bila pacientka hospitalizirana. Pacientka je bila na oddelku hospitalizirana v mesecu novembru 2019

zaradi operacijskega posega: sprednje plastike vagine. Vsi pridobljeni podatki so verodostojni, anonimni in aktualni. Pacientki smo zagotovili možnost zavrnitve sodelovanja v raziskavi, vsakršno možnost dodatnih informacij in preklic privolitve, tj. prenehanje sodelovanja v raziskavi brez dodatne utemeljitve. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena skladno s pravili Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Potekala je po odobritvi dispozicije s strani Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in pridobljenem soglasju Komisije za medicinsko etiko Splošne bolnišnice Jesenice ter pridobljenem soglasju pacientke za prostovoljno sodelovanje v raziskavi v mesecu novembru in decembru 2019. Pacientka je bila že pred hospitalizacijo po telefonu obveščena o možnosti sodelovanja v raziskavi, v katero je privolila. Pacientko smo spoznali na dan hospitalizacije na ginekološko-porodniškem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice. Pridobili smo njeno pisno prostovoljno in zavestno privolitev k raziskavi ter zagotovili njeno popolno anonimnost. Na dan njenega sprejema v bolnišnico smo ji zastavili nekaj osnovnih osebnih vprašanj, izpolnili negovalno anamnezo, se pogovorili s pacientko o njenih težavah glede motnje uriniranja ter proučili vso zdravstveno dokumentacijo. Na dan, ko je bila pacientka hospitalizirana, je imela tudi operacijski poseg. Spremljali smo jo vse dni v času njene hospitalizacije na oddelku. S pacientko pa smo stopili v stik tudi dva meseca dni po operativnem posegu. Ugotavljanje negovalnih problemov smo izvedli s pomočjo negovalnih diagnoz po NANDA klasifikaciji. Osredotočili smo se predvsem na diagnoze povezane z motnjo uriniranja. Njeno zgodbo in odgovore na naša zastavljena vprašanja smo si zapisali.

3.4 REZULTATI

Pacientko smo spoznali na dan hospitalizacije, na ginekološko-porodniškem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice. Zaradi načrtovanega operacijskega posega na dan njenega sprejema, smo večji del pogovora opravili naslednji dan. Pogovorili smo se o njenih težavah glede motnje uriniranja ter proučili vso zdravstveno dokumentacijo. Zanimala

nas je njena življenjska zgodba, kako je doživljala urinsko inkontinenco pred hospitalizacijo, v času hospitalizacije in po odpustu domov.

3.4.1 Kategorije in kode

Za namen prikaza rezultatov, ki smo jih dobili s proučitvijo vseh sekundarnih dokumentov oz. zdravstvene dokumentacije, opazovanjem in z neformalnimi pogovori s pacientko, smo kreirali glavno kategorijo: osebno doživljanje urinske inkontinence. Na osnovi glavne kategorije smo oblikovali kode in kategorije. V sklopu glavne kategorije smo nato oblikovali 12 podkategorij: anamneza pred hospitalizacijo, nosečnost in porod, pojav urinske inkontinence, inkontinentni pripomoček, izogibanje pitju tekočin, prosti čas in dnevna opravila, najslabša življenjska izkušnja, seksualnost, iskanje pomoči, hospitalizacija, urinski kateter, vrnitev v domače okolje. V nadaljevanju podrobneje opisujemo vsako podkategorijo posebej.

Tabela 1: Podkategorija in kode – anamneza pred hospitalizacijo

PODKATEGORIJA	KODE
anamneza pred hospitalizacijo	osnovna anamneza, predhodni operacijski posegi, vaje medeničnega dna, možnost pojava urinske inkontinence

V začetku pogovora smo se osredotočili na pacientkino socialno anamnezo. Pacientka je v 66. letu starosti, po poklicu zobotehnik, sedaj je že upokojena. Leta 2006 je imela operacijski poseg, histerektomijo, pri kateri so ji odstranili jajčnike in maternico zaradi endometrioze. Zaradi tega posega je bila fizično in psihično zelo prizadeta. Ob operaciji je bila obveščena, da je kasnejša možnost pojava inkontinence zelo pogosta. Prejela je tudi navodila za vaje medeničnega dna, ki jih je redno izvajala vsaj 10 let. Izvajala jih je med uriniranjem in tudi v prostem času, npr. med gledanjem televizije.

Tabela 2: Podkategorija in kode – nosečnost in porod

PODKATEGORIJA	KODE
nosečnost in porod	uriniranje, vnetje mehurja, nikturija, oligurija, poliurija, porod, nosečnost, velikost otrok ob rojstvu

Kot otrok ali mladostnica ni nikoli imela težav z uriniranjem ali vnetjem mehurja. Tudi v družini ni imel nihče urinske inkontinence. Imela je dva naravna poroda, oba otroka sta bila velika, težav z urinsko inkontinenco pa med nosečnostjo in po porodu ni imela.

Tabela 3: Podkategorija in kode – pojav urinske inkontinence

PODKATEGORIJA	KODE
pojav urinske inkontinence	služba, delo na terenu, uhajanje urina po kapljicah, uhajanje urina pri kašljanju, uhajanje urina pri kihanju, uhajanje urina pri dvigovanju bremen, uhajanje urina pri športni dejavnosti, uhajanje urina pri obremenitvi telesa

Pet let po operaciji, leta 2011, so se v lažji obliki pojavili znaki urinske inkontinence. Prvič je opazila, da ima težave z urinsko inkontinenco v službi, ko je začela z delom na terenu. Urin ji je začel uhajati po kapljicah ob vsakem dvigovanju bremen, ob telesni dejavnosti, kihanju in kašljanju, smehu in ob vsaki obremenitvi telesa. Njene največje težave pa so se pojavile, ko sta z možem barvala vhodna vrata. Začutila je močno pekočo bolečino v spodnjem delu trebuha ter občutek, kot da bi se ji nekaj odluščilo, in občutek teže v vagini.

Tabela 4: Podkategorija in kode – inkontinentni pripomoček

PODKATEGORIJA	KODE
inkontinentni pripomoček	vložki, predloge, menjava vložkov, stalni urinski kateter, plenice, finančna obremenitev, stiska, občutek nemoči

Od tega dne so se začele težave močno stopnjevati. Urin ji je začel uhajati pogosteje, ves čas je morala uporabljati inkontinentne pripomočke – vložke. Predvsem od poletja 2019 dalje je še bolj vpojne vložke morala uporabljati ves čas, saj ji je urin začel uhajati v večjih količinah. Vložkov je običajno porabila tudi do 8 na dan. Kupovala si jih je sama, kar jo je dodatno finančno obremenilo.

Tabela 5: Podkategorija in kode – izogibanje pitju tekočin

PODKATEGORIJA	KODE
izogibanje pitju tekočin	strah, iskanje toaletnih prostorov, pogosto uriniranje, zmanjšanje količine popite tekočine, občutek žeje

Izven doma se je močno izogibala pitju tekočin. Še posebej se je izogibala pitju tekočin v času službe, saj je zadnja leta delala na terenu. Bremenilo jo je iskanje toaletnih prostorov. V tem primeru velikokrat v času službe ni popila niti požirka tekočine. Pila ni nikoli, kadar je vedela, da bo odšla z doma, npr. na obisk k sorodnikom/prijateljici, obisk v trgovini, dolžnosti izven doma ...

Tabela 6: Podkategorija in kode – prosti čas in dnevna opravila

PODKATEGORIJA	KODE
prosti čas in dnevna opravila	sprehodi v naravo, šport, nakupovanje, druženje s prijatelji, druženje s sorodniki, vsakodnevna obremenitev, breme

S športom se ni veliko ukvarjala, vendar je zelo rada hodila na sprehode. Bala se je kakršne koli telovadbe zaradi težav z uhajanjem urina. Zaradi urinske inkontinence se je začela izogibati tudi sprehodom v naravo. Vsa ta leta je nerada hodila v trgovino, razen po manjših nakupih, saj jo je zelo bremenila težava z uhajanjem urina. Njena največja skrb v trgovini je bila iskanje stranišča in skrb, če bo pravočasno prišla do njega, ter nakupovanje (dviganje) stvari težjih od 5 kg. V trgovino od poletja 2019 ni hodila, ker se je bala, da ne bo pravočasno prišla do stranišča in bo mokra ter zaradi dviganja bremena, raje je pošiljala moža. Velike težave je opazila tudi doma pri vseh dnevnih opravilih, posebej pri zalivanju rož s kanglico za zalivanje, saj je bila le ta že pretežka. Začele so se težave s spanjem, saj jo je ves čas skrbelo, da bi bila mokra. Tudi raznih družinskih in prijateljskih druženj se je začela močno izogibati.

Tabela 7: Podkategorija in kode – najslabša življenjska izkušnja

PODKATEGORIJA	KODE
najslabša življenjska izkušnja	travmatična izkušnja, sram, strah, občutek neprijetnega vonja, občutek manjvrednosti, šibkost, nervoznost

Najhujši dogodek, ki se ga pacientka spomni, je bil, ko so odšli s turistično agencijo na izlet v tujino. Na mestu, kjer so se z vodičem ustavili ni bilo nobenih stranišč. Bila je čisto mokra in nikjer ni mogla zamenjati inkontinentnega pripomočka. Še danes pove, da je to zanj najbolj travmatična izkušnja, kar jih pomni. Od te izkušnje je začela urinska inkontinenca močno vplivati na njeno samozavest in imela je občutek manjvrednosti v družbi. Bilo jo je strah, kaj si ostali ljudje mislijo o njej, posebej zaradi neprijetnega vonja.

Tabela 8: Podkategorija in kode – seksualnost

PODKATEGORIJA	KODE
seksualnost	upad seksualnosti, redek spolni odnos, izogibanje spolnim odnosom, uhajanje urina med spolnim odnosom, strah, občutek neprijetnosti

Sprva je poskušala prikriti znake urinske inkontinence in to zadržala le zase. Prvič je o tej težavi spregovorila z možem v poletju 2019. Tudi seksualnost je upadla. Z možem sta imela le redkokdaj še spolne odnose, saj se je zelo bala zaradi vonja in v primeru, da ji urin uide med spolnim odnosom. Mož ji je bil v veliko oporo.

Tabela 9: Podkategorija in kode – iskanje pomoči

PODKATEGORIJA	KODE
iskanje pomoči	pogovor o težavi, strokovna pomoč, zdravnik, ginekolog, svetovanje, nasveti, upanje, zdravljenje, pozitivno mnenje

Kožo v anogenitalnem predelu je imela velikokrat vneto. Zaradi kopičenja vseh težav z urinsko inkontinenco, se je letos poleti odločila poiskati zdravniško pomoč. Prvič se je odločila, da o tej težavi spregovori in si poišče strokovno pomoč. Po pregledu ji je bila predlagana operacija. Že ob sami misli, da se ji lahko težave z uhajanjem urina odpravijo oz. zmanjšajo, je dobila veliko več pozitivnega zagona in upanja.

Tabela 10: Podkategorija in kode – hospitalizacija

PODKATEGORIJA	KODE
hospitalizacija	sprejem, oddelek, anamneza, vitalne funkcije, anesteziolog, anestezija, operacija, odpust iz bolnišnice, odpustno pismo, navodila

Pacientka je bila novembra 2019 sprejeta v Splošno bolnišnico Jesenice na ginekološko-porodniški oddelek zaradi operacije (sprednja plastika). Zaradi operacije je morala biti tešča. Ob sprejemu so ji bili vzeti podatki za anamnezo in izmerjene vitalne funkcije. Pred operacijo je imela posvet z anesteziologom in podpis privolitve v anestezijo. Odpust iz bolnišnice je potekal brez zapletov. Dobila je odpustno pismo in vsa potrebna navodila, kam naj se obrne v primeru težav po operaciji in v primeru kakršnihkoli težav z uhajanjem urina.

Tabela 11: Podkategorija in kode – urinski kateter

PODKATEGORIJA	KODE
urinski kateter	vaginalni trak, urinska vrečka, praznjenje urinske vrečke, količine urina, diureza, odstranitev stalnega urinskega katetra, uriniranje na stranišču, UZ mehurja

Dan po operaciji je bil vaginalni trak odstranjen. Urinska vrečka je bila večkrat dnevno izpraznjena, vedno je bil odlit čist urin. Povprečna dnevna količina izločenega urina je znašala od 1600 do 2000 ml. Po odstranitvi urinskega katetra, ki je bil odstranjen na dan odpusta, je pacientka normalno urinirala. Narejen ji je bil tudi UZ mehurja, pri katerem je pokazalo, da v mehurju ni nič zaostanka urina.

Tabela 12: Podkategorija in kode – vrnitev v domače okolje

PODKATEGORIJA	KODE
vrnitev v domače okolje	samozavest, opravljanje dnevnih opravil, nakupovanje, obiski, druženja, pozitivna življenjska izkušnja, dobra seksualnost

S pacientko smo stopili v stik dva meseca po operaciji. Pove nam, da je prišla v domače okolje veliko bolj samozavestna. Pacientka pove, da ima še vedno občasno težave z uhajanjem urina, ampak samo ob velikih telesnih naporih. Končno se je prenehala izogibati pitju tekočin. Šele zdaj, po operaciji, spregovori o svoji neprijetni izkušnji, ki jo je prej zaupala le možu. Vesela je, da lahko ponovno opravlja vsa domača dnevna opravila in hodi v trgovino brez skrbi. Tudi odnos s partnerjem se je še bolj okrepil, s tem tudi spolnost, saj je ni več strah, da bi ji urin uhajal med spolnim odnosom. Ponovno zelo rada hodi na sprehode v naravo, na obiske k sorodnikom in se družijo s prijatelji. Pove nam, da je zelo vesela za to pozitivno izkušnjo in da se je odločila za operacijo. Začela je brati vedno več člankov o urinski inkontinenci, saj bi rada pridobila več znanja s tega področja. Vsi družinski člani in prijatelji so bili ponosni nanjo, da je premagala življenjsko izkušnjo.

Posebej je bila ponosna sama nase. Najbolj vesela je bila opore domačih in seveda moža, ki ji je v vseh težkih trenutkih stal ob strani.

3.4.2 Postavitev negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA

Negovalne probleme, ki smo jih identificirali pri pacientki, smo opredelili s pomočjo negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA. Na podlagi ocene pacientkinega stanja smo se osredotočili na negovalne probleme s področja motenega izločanja urina. S pomočjo NANDA-I klasifikacije smo izbrali negovalne diagnoze, ki smo jih postavili v času pred hospitalizacijo, v času hospitalizacije in v času po hospitalizaciji. Postavljeno negovalno diagnozo smo utemeljili z njeno definicijo. Poleg definicije pa smo ji predpisali tudi diagnostične indikatorje (dejavnike tveganja, spremljajoče dejavnike, diagnostične kazalce). Predvsem so nas zanimale razlike med negovalnimi diagnozami pred in po hospitalizaciji. V času hospitalizacije smo pridruženim negovalnim diagnozam postavili tudi negovalne cilje in negovalne intervencije.

3.4.2.1 Negovalne diagnoze pred hospitalizacijo (Herdman, 2017b):

Domena 2: Prehrana

- 00028 Nevarnost za prenizek volumen tekočine

Definicija: dovzetnost za zmanjšanje intravaskularnega, intersticijskega in/ali intracelularnega volumna tekočine, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Diagnostični kazalec: motnja, ki vpliva na vnos tekočine.

Domena 3: Izločanje in izmenjava

- 00016 Moteno izločanje urina

Definicija: Motena funkcija izločanja urina.

Diagnostični kazalec: Urinska inkontinenca.

- 00166 Pripravljenost za izboljšanje funkcije izločanja urina

Definicija: vzorec aktivnosti uriniranja za zadovoljevanje potreb po izločanju, ki ga je možno izboljšati.

Diagnostični kazalec: izražanje želje po izboljšanju izločanja urina.

- 00017 Stresna urinska inkontinenca

Definicija: nehoteno uhajanje urina ob aktivnostih, ki povečujejo pritisk v trebuhu.

Diagnostični kazalci: nehoteno uhajanje majhnih količin urina (npr. ob kihanju, kašljanju in ob naporu), nehoteno uhajanje majhnih količin urina ob odsotnosti prekomerno polnega sečnega mehurja.

Domena 4: Aktivnost/počitek

- 00092 Nezmožnost izvajanja aktivnosti

Definicija: nezadostna fiziološka ali psihološka energija za izvajanje ali dokončanje potrebnih oz. želenih dnevnih aktivnosti.

Diagnostični kazalec: neugodje ob naporu.

Domena 6: Samozaznavanje

- 00174 Nevarnost za izgubo človeškega dostojanstva

Definicija: dovzetnost za občutenje izgube spoštovanja in časti, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Dejavnik tveganja: izguba nadzora nad telesnimi funkcijami.

Domena 7: Vloge in odnosi

- 00063 Disfunkcionalni družinski procesi

Definicija: psihosocialne, duhovne in fiziološke funkcije družine so kronično neorganizirane, kar vodi v konflikt, zanikanje problemov, odpor do sprememb, neučinkovito reševanje problemov in serijo samoponavljajočih se kriz.

Diagnostični kazalec: težava v intimni zvezi.

Domena 8: Spolnost

- 00059 Spolna disfunkcija

Definicija: stanje, v katerem posameznik doživlja spremembo v spolni funkciji med fazami spolnega odziva pri poželenju, vzburljanju in orgazmu; spremembo vidi kot nezadovoljujočo, nespodbudno in nezadostno.

Diagnostični kazalci: sprememba v spolni aktivnosti, zmanjšanje spolnega poželenja, zaznana omejitev spolnosti.

- 00065 Neučinkovit vzorec spolnosti

Definicija: izražanje zaskrbljenosti v zvezi z lastno spolnostjo.

Diagnostični kazalec: sprememba v spolni aktivnosti.

Domena 9: Obvladovanje/toleranca na stres

- 00158 Pripravljenost za doseganje višje ravni spopadanja s situacijo

Definicija: vzorec spoznavnih in vedenjskih prizadevanj za obvladovanje zahtev, povezanih z blagostanjem, ki ga je možno okrepiti.

Diagnostični kazalec: zavedanje možne spremembe v okolju.

- 00148 Strah

Definicija: odziv na zaznano grožnjo, ki je zavestno povezana kot nevarnost.

Diagnostični kazalci: zaskrbljenost, občutek strahu.

- 00152 Nevarnost za nemoč

Definicija: dovzetnost za življenjsko izkušnjo pomanjkanja nadzora nad situacijo, vključno z zaznavanjem, da posameznikove aktivnosti nimajo pomembnega vpliva na izid, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Dejavniki tveganja: neučinkovite strategije spopadanja s situacijo, nezadostno znanje za obvladovanje situacije.

- 00210 Oslabljena sposobnost prilagoditve

Definicija: zmanjšana sposobnost posameznika za vzdrževanje vzorca pozitivnih odgovorov na neželena situacijo ali krizo.

Diagnostični kazalci: sram.

Domena 11: Varnost/zaščita

- 00046 Motena integriteta kože

Definicija: spremenjena povrhnjica in/ali sluznica.

Diagnostični kazalec: sprememba v integriteti kože.

Spremljajoči dejavnik: vlažnost kože.

3.4.2.2. Negovalne diagnoze v času hospitalizacije (Herdman, 2017b):

Domena 3: Izločanje in izmenjava

- 00016 Moteno izločanje urina

Definicija: motena funkcija izločanja urina.

Diagnostični kazalec: urinska inkontinenca.

- 00017 Stresna urinska inkontinenca

Definicija: nehoteno uhajanje urina ob aktivnostih, ki povečujejo pritisk v trebuhu.

Diagnostični kazalci: nehoteno uhajanje majhnih količin urina (npr. ob kihanju, kašljanju in ob naporu), nehoteno uhajanje majhnih količin urina ob odsotnosti prekomerno polnega sečnega mehurja.

Negovalni cilji:

- pacient bo imel intaktno kožo v anogenitalnem predelu,
- pacient bo redno odvajal na 3 dni.

Negovalne intervencije:

- namestitev plenice/podloge/predloge po potrebi,
- zdravstvena nega stalnega urinskega katetra 2–3x dnevno,
- merjenje diureze 2–3x dnevno,
- kakovostna anogenitalna nega,
- zaščita kože v anogenitalnem predelu.

Domena 5: Zaznavanje/spoznavanje

- 00126 Pomanjkljivo znanje

Definicija: odsotnost ali pomanjkanje informacij kognitivnega značaja, povezanih s specifičnim področjem.

Diagnostični kazalec: nezadostno znanje.

- 00161 Pripravljenost na doseganje višje ravni znanja

Definicija: vzorec informacij kognitivnega značaja, povezanih s specifičnim področjem, ali pridobivanje teh informacij, ki ga je možno okrepiti.

Diagnostični kazalec: izražanje želje po izboljšanju učenja.

Negovalni cilji:

- Pacient bo seznanjen z zdravstveno-vzgojno vsebino.

Negovalne intervencije:

- zdravstvena vzgoja,
- učenje,
- svetovanje.

3.4.2.3 Negovalne diagnoze po hospitalizaciji (Herdman, 2017b):

Domena 3: Izločanje in izmenjava

- 00016 Moteno izločanje urina

Definicija: motena funkcija izločanja urina.

Diagnostični kazalec: urinska inkontinenca.

- 00017 Stresna urinska inkontinenca

Definicija: nehoteno uhajanje urina ob aktivnostih, ki povečujejo pritisk v trebuhu.

Diagnostični kazalci: nehoteno uhajanje majhnih količin urina (npr. ob kihanju, kašljanju in ob naporu), nehoteno uhajanje majhnih količin urina ob odsotnosti prekomerno polnega sečnega mehurja.

Domena 5: Zaznavanje/spoznavanje

- 00161 Pripravljenost na doseganje višje ravni znanja

Definicija: vzorec informacij kognitivnega značaja, povezanih s specifičnim področjem, ali pridobivanje teh informacij, ki ga je možno okrepiti.

Diagnostični kazalec: izražanje želje po izboljšanju učenja.

3.5 RAZPRAVA

Na podlagi pregleda literature smo ugotovili, da se v Sloveniji negovalne diagnoze po klasifikaciji NANDA ne uporabljajo v popolnosti. Ker je urinska inkontinenca vedno pogostejša motnja žensk v svetu in ima močan pomen na njihovo kakovost življenja, smo se odločili, da celovito obravnavamo pacientko z motnjo uriniranja s pomočjo negovalnih diagnoz po NANDA klasifikaciji. Predvsem nas je zanimal vpliv urinske inkontinence na kakovost življenja in vloga medicinske sestre.

Ruiz de Vinaspere Hernandez s sodelavci (2014) v svoji raziskavi ugotavlja, da je urinska inkontinenca pri ženskah dvakrat pogostejša kot pri moških. Tudi epidemiološke raziskave navajajo, da nehoteno uhajanje urina navaja 25–45 % žensk (Milsom, et al., 2017). Goubar (2009) ugotavlja, da ima v Sloveniji skoraj 40 % žensk urinsko inkontinenco. V naši raziskavi so se težave z urinsko inkontinenco pri pacientki v lažji obliki začele približno po petih letih od operacijskega posega, histerektomije. Pri pacientki smo postavili prvo negovalno diagnozo po klasifikaciji NANDA: moteno izločanje urina. Urin ji je začel uhajati po kapljicah ob dvigovanju bremen, ob telesnih dejavnostih, kihanju, kašljanju in smehu. Z analizo podatkov smo najprej ugotovili, da ima pacientka najpogostejšo motnjo uriniranja – stresno urinsko inkontinenco. Torej sledi nova negovalna diagnoza: stresna urinska inkontinenca. Stresna urinska inkontinenca je nehotena izguba urina kot posledica telesnega napora, ki vključuje športne aktivnosti ter kihanje ali kašljanje (Haylen, et al, 2010). Herdman (2017) stresno urinsko inkontinenco opisuje kot vsako nenehno uhajanje urina ob aktivnostih, ki povečajo pritisk v trebuhu. Da je stresna urinska inkontinenca najpogostejši tip urinske inkontinence, v svojem delu

navaja tudi Milsom s sodelavci (2017). Presenetljivo je dejstvo, da kar 76 % žensk sprejme urinsko inkontinenco kot normalno stanje, povezano s staranjem (Bratina, 2013).

Manj kot polovica žensk z urinsko inkontinenco si poišče strokovno zdravstveno pomoč, tako kar 2/3 primerov urinske inkontinence ostane prikritih (Opara, et al., 2011). S to trditvijo se strinja tudi Shaxted (2011), ki tudi trdi, da se mnogo žensk izogiba dejavnostim, ki bodo sprožile stresno urinsko inkontinenco, nekatere pa jo bodo obvladovale z nošenjem inkontinentnih pripomočkov. Ženske z urinsko inkontinenco poskušajo nadzirati in skriti simptome (Szymona-Palkowska, et al., 2014). To smo ugotovili tudi v naši raziskavi. Pacientka je sprva poskušala prikriti znake urinske inkontinence in to zadržala le zase, dokler se težave z uhajanjem urina niso začele močno stopnjevati. Začela je z uporabo inkontinentnih pripomočkov, ki si jih je kupovala sama. Pacientka se je močno izogibala pitju tekočine. Zaradi odrekanja pitju tekočine, ki ima vpliv na urinsko inkontinenco, smo postavili negovalno diagnozo: nevarnost za prenizek volumen tekočine. Akyuz (2014) s sodelavci ugotavlja, da ima urinska inkontinenca največji negativen vpliv na socialnih, psihosocialnih in fizičnih področjih. Predstavlja velik zdravstveni problem, ki vpliva na kakovost življenja žensk, saj so zaradi tega prisiljene omejiti dnevne aktivnosti, nakupovanje, potovanja, športne aktivnosti ... Te omejitve nastanejo zaradi nehotenega uhajanja urina in predvsem zaradi strahu. Tudi v našem primeru se je pacientka zaradi težav z uhajanjem urina odpovedala vsem športnim aktivnostim in nakupom v trgovinah. Težave so se pričele tudi pri vsakodnevnih domačih opravilih. Enostavno ni imela več želje in energije za opravljanje dnevnih oz. zelenih aktivnosti. Vse ji je predstavljalo velik napor, saj ji je vedno pogosteje in v večjih količinah uhajal urin. Tako smo zaradi navedenega neugodja ob vsakem naporu ugotovili novo negovalno diagnozo: nezmožnost izvajanja aktivnosti. V največji meri se je začela izogibati raznih družinskih in prijateljskih druženj. Urinska inkontinenca je začela močno vplivati na njeno samozavest. Dobila je občutek manjvrednosti v družbi, nerivoze, spremljajočega neprijetnega vonja, občutek šibkosti in ves čas jo je spremljal občutek strahu. Tako so se pridružile še dodatne štiri negovalne diagnoze: nevarnost za izgubo človeškega dostojanstva, strah, nevarnost za nemoč in oslABLJENA sposobnost prilagoditve. To potrjuje tudi več različnih avtorjev. Szymona-Palkowska s sodelavci (2014) trdi, da ženske z urinsko inkontinenco pogosto kažejo tudi nižjo kakovost življenja. Izgubijo

svojo samozavest, opustijo aktivno sodelovanje v socialnem in strokovnem življenju, kar lahko privede do neugodja, slabšega fizičnega in duševnega stanja, vodi lahko celo v depresijo. Te težave lahko zmanjšajo motivacijo za sodelovanje in zdravljenje ter povzročijo, da se pacientka odpove svoji karieri in socialnim stikom.

Urinska inkontinenca sčasoma zmanjšuje senzorično sposobnost zaznavanja uhajanja urina in potrebe po osebni higieni, zato lahko pacientko spremlja neprijeten vonj. Poslabšanje simptomov urinske inkontinence pogosto spremljajo tudi druge zdravstvene težave (Szymona-Palkowska, et al., 2014). Nagnjenost k stresu in vključevanje v strategije spopadanja s težavo se razlikuje glede na posameznico. S svojimi simptomi ima lahko urinska inkontinenca pomemben vpliv na kakovost življenja, pomembna je raznolikost dožemanja in odzivov ter pogosta nagnjenost k stresu. Pri pacientki se pojavi socialno nelagodje zaradi prisotnosti strahu pred uhajanjem urina, neprijetnim vonjem, potrebe po uporabi vložkov in pogostim preoblačenjem oblačil, kar ji še dodatno poveča stres (Nelas, et al., 2016). Lains Monta (2017) trdi, da je prisotnost urinske inkontinence povezana s stigmo, strahom, zadregami in sramom. Ti so povezani s kliničnim stanjem in posledicami na samospoštovanju ter motnjah osebnega, družbenega in spolnega življenja. V naši raziskavi smo ugotovili, da težave s spolnostjo navaja tudi naša pacientka. Navaja zelo redke spolne odnose zaradi strahu uhajanja urina med spolnim odnosom in občutka neprijetnega vonja. Ni več zaznala potrebe po spolnosti. Sčasoma se je začel odnos s partnerjem oddaljevati. Zaradi težav v intimni zvezi, zmanjšane spolnega poželenja in spremembe v spolni aktivnosti so se pridružile tri negovalne diagnoze: disfunkcionalni družinski procesi, spolna disfunkcija in neučinkovit vzorec spolnosti. Uhajanje urina med spolnim odnosom povzroča pri pacientki občutek sramu in krivde do partnerja. Ravno zaradi tega občutka pacientka omeji svojo spolnost, kar lahko negativno vpliva na njuno spolno povezanost in nadalje na partnerski odnos (Akyuz, et al., 2014). Pri pacientkah z urinsko inkontinenco je strah pred seksualno aktivnostjo očiten. Pacientke z urinsko inkontinenco poročajo o nižji spolni in čustveni zadovoljivosti ter nižji pogostosti spolnih odnosov (Lains Mota, 2017). Akyuz s sodelavci (2014) ugotavlja, da so med najpogostejšimi spolnimi pritožbami žensk z urinsko inkontinenco manjša želja po spolnosti, vaginalna suhost in boleči spolni odnosi. V svoji raziskavi poudarjajo, da so

ženske v veliki meri poročale o neprijetnosti glede pogovora o tej težavi z zdravstvenimi delavci.

Zaradi kopičenja in stopnjevanja vseh težav, se je pacientka odločila, da si poišče strokovno pomoč. Po prvem opravljenem pregledu ji je bilo predlagano kirurško zdravljenje. Zaradi njenega zavedanja in želje po spremembi svojega načina življenja po operaciji smo postavili negovalno diagnozo: pripravljenost za doseganje višje ravni spopadanja s situacijo.

Za pomoč pri ohranjanju zdravja pacientke je potrebno ugotoviti, kakšni so njeni problemi, dejavniki tveganja, diagnoza, in narediti načrt zdravljenja, povezan z uhajanjem urina (Nelas, et al., 2016). Študije kažejo izboljšanje kakovosti življenja in spolne funkcije po kirurškem zdravljenju stresne urinske inkontinence (Lains Mota, 2017).

Celostna obravnava žensk z urinsko inkontinenco zahteva sodelovanje obsežne skupine zdravstvenih delavcev (Bizovičar, 2015). Izjemno pomembno je načrtovati individualizirano zdravstveno nego, usmerjeno v potrebe vsake ženske, ki ji nehoteno uhaja urin, njeno družino pa vključiti v celosten proces zdravstvene nege (De Jesus, 2017). To potrjuje tudi Bizovičar (2015), ki trdi, kako pomembno je, da sta obravnava in zdravljenje urinske inkontinence individualno prilagojeni ciljem in potrebam posamezne pacientke. Herdman & Kamitsuru (2017) trdita, da morajo medicinske sestre oceniti pacientko z vidika discipline zdravstvene nege, da lahko postavijo pravilno negovalno diagnozo in tako nudijo učinkovito zdravstveno nego. Preko negovalne anamneze in spremljanja pacientke smo si naredili načrt zdravstvene nege in postavili negovalne diagnoze, na podlagi katerih smo si zastavili negovalne cilje in negovalne intervencije.

Pri načrtovanju zdravstvene nege pacientke z urinsko inkontinenco je pomembno, da ugotovimo vzroke urinske inkontinence in načrtujemo aktivnosti. Pomembno je tudi, da upoštevamo predhodno negovalno anamnezo ter postavimo negovalne diagnoze. Pri pacientki moramo izvajati kontrolo nad vnosom tekočine (primerna hidracija) in omejiti snovi, ki dražijo sečni mehur. Če glede na zdravstveno stanje in njegove sposobnosti pacientka ni sposobna samostojnega uriniranja, jo mora medicinska sestra spodbujati, da

urinira v stranišču ali ji ponuditi nočno posodo (Omerzo, 2018). To smo izvedli tudi v naši raziskavi, saj je pacientka v času po operaciji potrebovala tudi kooperativno obravnavo. Medicinska sestra mora zagotoviti najbolj primerne inkontinentne pripomočke in pacientki zagotavljati zdravje njene kože, kot je umivanje in zaščita kože s primernimi sredstvi (Pfiedler Enterprises, 2015).

Pri postavljenih negovalnih diagnozah: moteno izločanje urina in stresna urinska inkontinenca, smo si kot negovalni cilj postavili, da bo pacientka imela intaktno kožo v anogenitalnem predelu. Pod negovalne intervencije smo si določili izvedbo kakovostne anogenitalne nege, zaščito kože v anogenitalnem predelu, namestitvev plenice/podloge/predloge po potrebi in zdravstveno nego stalnega urinskega katetra, ki ga je imela vstavljenega zaradi same operacije. Medicinska sestra kot pomembna strokovnjakinja pri obravnavi žensk z urinsko inkontinenco mora delovati kot vzgojiteljica in zagotoviti psihično in čustveno oporo pacientki (De Jesus, 2017). Ima pomembno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu. Pacientko mora poučiti glede režima pitja, preprečevanja zaprtja, pomena normalne telesne teže in uporabe kontinentnih pripomočkov (Omerzo, 2018). Zaradi nezadostnega znanja pacientke o urinski inkontinenci smo določili negovalno diagnozo: pomanjkljivo znanje. Ker pa je tudi pacientka izrazila željo po večjem znanju in učenju o tem področju, smo se osredotočili na negovalno diagnozo: pripravljenost za doseganje višje ravni znanja. Postavili smo si negovalni načrt, da bo pacientka seznanjena z vso zdravstveno-vzgojno vsebino. Pod negovalne intervencije smo določili zdravstveno vzgojo, učenje in svetovanje.

Odpust iz bolnišnice je potekal brez zapletov. Po operaciji smo ponovno stopili v stik s pacientko, ki nam je povedala, da ima še vedno občasno težave z uhajanjem urina, ampak samo ob velikih telesnih naporih. Tako imamo še vedno dve negovalni diagnozi: moteno izločanje urina in stresna urinska inkontinenca. Gospa pove, da sedaj zelo rada bere članke o urinski inkontinenci in se s tem izobražuje. Tako smo določili še eno negovalno diagnozo: pripravljenost na doseganje višje ravni znanja.

Pacientka nam pove, da je zelo zadovoljna z operacijo. Ponovno hodi na sprehode, v hribe, v trgovino, na druženja s sorodniki in prijatelji ter z veseljem opravlja dnevna

opravila. Tudi partnerski odnos se je močno okrepil in ima končno lahko spolne odnose brez zadržkov in strahu. Pove nam, da je sedaj pred njo novo poglavje življenja, v katerega vstopa veliko bolj samozavestna in pozitivno naravnana. Ugotovili smo, da doseganje kontinence močno vpliva na kakovost njenega življenja. Tudi French s sodelavci (2016) ugotavlja, da ponovno dosežena kontinenca pozitivno vpliva na pacientke, saj izboljša samopodobo. S tem se strinjajo tudi Panfili in sodelavci (2017), ki trdijo, da izboljšave pri motnjah uriniranja izboljšajo splošno zdravstveno stanje in kakovost življenja.

3.5.1 Omejitev raziskave

Pri samem pregledu literature smo ugotovili, da je zelo malo raziskav in člankov napisanih o negovalnih diagnozah po NANDA klasifikaciji. Zato je bil naš teoretični del na tem področju skromnejši. Tudi študija primera kot metoda kvalitativnega raziskovanja ni pogosto uporabljena, zato smo naš način prikazovanja ugotovitev težko primerjali s primerljivimi študijami primera. Raziskava bi bila zanimivejša, če bi v prihodnje v raziskavo vključili več žensk z urinsko inkontinenco in bi lahko diagnoze pacientk primerjali med seboj ter tako videli, katere so najpogostejše ter kako se negovalne diagnoze in njihov vpliv na kvaliteto življenja razlikujejo od posameznice do posameznice.

3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Uporaba NANDA International negovalnih diagnoz pomeni, da izvajamo posamezniku prilagojeno celovito zdravstveno obravnavo. V Sloveniji medicinske sestre še ne uporabljajo v popolnosti negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA, uporaba le teh pri nas še ni dovolj poznana. Zato so potrebe po nadaljnjem raziskovanju s področja negovalnih diagnoz klasifikacije NANDA in njihove uporabe v praksi.

4 ZAKLJUČEK

Urinska inkontinenca je za ženske še vedno tabu tema in si o tej motnji pogosto ne upajo spregovoriti na glas. Večina poskuša težave z urinsko inkontinenco prikriti in jih obdržati zase ali pa misli, da je to normalno, s starostjo povezano stanje. Urinska inkontinenca ima velik vpliv na kakovost življenja žensk. S poslabšanjem težav urinske inkontinence se slabša tudi kakovost njihovega življenja. Spremljajo jih občutki strahu, jeze, žalosti, zaskrbljenosti in razne zadrege. Nekatere ženske pa ta motnja pripelje tudi do depresije. Poleg vpliva na čustveno zdravje žensk ima urinska inkontinenca velik vpliv na njihovo spolno življenje. Pri spremljanju in zdravljenju žensk z urinsko inkontinenco ima zelo pomembno vlogo medicinska sestra. Medicinska sestra nudi psihično in čustveno oporo pacientki ter opravlja zdravstveno-vzgojno delo. Medicinska sestra s pomočjo negovalne anamneze določi negovalne diagnoze ter načrtuje intervencije zdravstvene nege. S pomočjo negovalnih diagnoz po klasifikaciji NANDA lahko medicinska sestra nudi celostno in posamezniku prilagojeno zdravstveno obravnavo. Za obravnavo pacientke z motnjo uriniranja so nam bile v veliko pomoč negovalne diagnoze NANDA, saj smo jo preko le teh lahko celostno obravnavali. V naši raziskavi se je preko negovalnih diagnoz klasifikacije NANDA pokazalo, kakšen močan pomen je imela urinska inkontinenca na kakovost življenja pred operacijo in kako se je po operaciji kakovost življenja pacientke izrazito izboljšala.

5 LITERATURA

Akyuz, A., Kok, G., Kilic, A. & Gulden, G., 2014. In her own words: living with urinary incontinence in sexual life. *Sexuality Disability*, 32, pp. 23-33.

Al-Shaikh, G., 2018. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction and quality of life. *International Journal of Women's Health*, 10, pp. 195-201.

Bardsley, A., 2016. An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*, 25(18), pp. 14-21.

Bizovičar, N., 2015. Motnje uriniranja zaradi možganske kapi. *Rehabilitacija*, 14(11), pp. 124-130.

Booth, J., Kumlien, S., Zang, Y., Gustafsson, B. & Tolson, D., 2009. Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross-cultural comparison. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), pp. 1049-1058.

Bratina, N., 2013. Celostna obravnava ženske z urinsko inkontinenco. In: D. Plank, ed. *Skupaj zmoremo ustvariti boljši jutri: 14. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije. Celje, 11. oktober 2013*. Celje: Splošna bolnišnica Celje, pp. 51-60.

Burkhard, F.C., Lucas, M.G., Berghmans, L.C., Bosch, J.L.H.R., Cruz, F., Lemach, G.E., Nambiar, A.K., Nilsson, C.G., Pickard, R. & Tubarno, A., 2016. European Association of Urology Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology*, pp. 6-59.

Çevik, B.A. & Olgun, N., 2014. Do Problem-Solving Skills Affect Success in Nursing Process Applications? An Application Among Turkish Nursing Students. *International Journal Of Nursing Knowledge*, 26(2), pp. 90-95.

Dariah, M.Y., Lily, X., Belan, I., Paterson, J., Ho, S.E. & Christopher., C.K.H.O., 2014. Postnatal urinary incontinence: prevalence and factors associated with it in a Malaysian population. *Medicine & Health*, 9(1), pp. 22-32.

De Jesus, P.B.R., 2017. Female urinary incontinence and nursing care: a literature review. *Nursing and Care Open Access Journal*, 3(5), pp. 311-312.

De Leon, P.A.P. & De Nabrega, M.M.L., 2012. Nursing diagnosis in hospitalized children using NANDA-I: A case study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 11(1), pp. 68-77.

De Vries, A.M. & Heesakkers, J.P.F.A., 2017. Contemporary diagnostics and treatment options for female stress urinary incontinence. *Asian Journal of Urology*, 5(3), pp. 141-148.

Društvo MENA, 2010. *Humanitarna organizacija za pomoč ženskam, prizadetim z inkontinenco in menopavzo*. [online] Available at: <http://www.drustvo-mena-maribor.si/inkotenca/>. [Accessed 8 February 2018].

French, B., Thomas, L., Harrison, J., Burton, C.R., Forshaw, D., Booth, J., Britt, D., Cheater, F.M., Roe, B. & Watkins, C.L., 2016. Implementing a Systematic Voiding Program for Patients With Urinary Incontinence After Stroke. *Qualitative Health Research*, 26(10), pp. 1393-1408.

Galler-Lepak, S., 2017. Osnove negovalnih diagnoz. In: T. Heather Herdman & S. Kamitsuru, eds. *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2015–2017*. Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 21-30.

Goubar, P., 2009. *Urinska inkontinenca. Dobrna: Center za preventivo in zdravljenje urinske inkontinenca*. [online] Available at: <http://pdf.multimedija.eu/Terme-Dobrna/Urinska-inkontinenca>. [Accessed 5 March 2018].

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega. 2.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 138-151.

Hakverdioğlu Yönt, G., Khorshid, L. & Eşer, I., 2014. Nursing diagnoses determined by first year students: a vignette study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(4), pp. 162-168.

Harris, M., 2017. Cognitive issues: decline, delirium, depression, dementia. *Nursing Clinics of North America*, 52(3), pp. 363-374.

Haylen, B.T., Ridder, D., Freeman, R.M., Swift, S.E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D.E., Sand, P.K. & Schaer, G.N., 2010. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29, pp. 4-20.

Herdman, H.T., 2017a. Uvod v NANDA-I taksonomijo. In: T.H. Herdman & S. Kamitsuru, eds. *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2015–2017.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 53-90.

Herdman, H.T., 2017b. Mednarodne opombe glede uporabe NANDA-I negovalnih diagnoz. In: T.H. Herdman & S. Kamitsuru, eds. *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2015–2017.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 133-135.

Herdman, H.T. & Kamitsuru, S., 2014. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017.* Chichester: Wiley Blackwell.

Herdman, H.T. & Kamitsuru, S., 2017. Od ocenjevanja do negovalne diagnoze. In: T.H. Herdman & S. Kamitsuru, eds. *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2015–*

2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 31-51.

Juntilla, K. & Salanterä, S., 2010. The Use of Nursing Diagnosis in Perioperative Documentation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), pp. 57-68.

Kehinde, O., 2016. Common incontinence problems seen by community nurses. *Journal of Community Nursing*, 30(4), pp. 46-55.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list republike Slovenije št. 71.

Kwon, B.E., Kim, G.Y., Son, Y.J., Roh, Y.S. & You, M.A., 2010. Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *International Neurourology Journal*, 14(3), pp. 133-138.

Lains Mota, R., 2017. Female urinary incontinence and sexuality. *International Brazilian Journal of Urology*, 43(1), pp. 20-8.

Lemes de Aquino, R., 2017. Nanda nursing diagnosis: definitions and classification 2015–2017. *Journal of Nursing, Recife*, 11(7), pp. 2816-2817.

Leandro, T.M., Leite de Araujo, T., Frota Cavalcante, T., Venícios de Oliveira Lopes, M., Ferreira de Oliveira, T.M. & Menezes Lopes, A.C., 2015. Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. *The Journal of School Nursing*, 49(6), pp. 923-930.

Mallah, F., Tasbihi, P., Navali, N. & Azad, A., 2014. Urinary incontinence during pregnancy and postpartum incidence, severity and risk factors in Alzahra and Taleqani Hospitals in Tabriz, Iran, 2011–2012. *International Journal of Women's Health and Reproduction Science*, 2(3), pp.179-185.

Milsom, I., 2013. *Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP)*. [online] Available at: https://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/comite-1. [Accessed 12 October 2018].

Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillen, U. & Tikkinen, K., 2017. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In: P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, A. Wine., eds. *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016*. Bristol: International Continence Society, pp. 1-141.

Mohorič, M., 2018. Diagnostika motenj uriniranja in urodinamske preiskave. In: B. Hočevar Posavec, ed. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti: Izzivi zdravstvene nege pri pacientih z motnjami uriniranja. Topolščica, 18. november 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1-7.

Nelas, P., Duarte, J., Dias, A., Chaves, C., Coutinho, E. & Amaral, O., 2016. Vulnerability to stress and quality of life of women with urinary incontinence. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 217, pp. 1118-1123.

Omerzo, M., 2018. Doživljanje urinske inkontinence pri pacientih na oddelku za rehabilitacijo pacientov po amputaciji. In: B. Hočevar Posavec, ed. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti: Izzivi zdravstvene nege pri pacientih z motnjami uriniranja. Topolščica, 18. november 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 86-100.

Opara, J., Socha, T., Bidzan, M., Mehlich, K. & Poswiata, A., 2011. Stress urine incontinence especially in elite women athletes extremely practicing sport. *Archives of Budo*, 7(4), pp. 227-231.

Panfili, Z., Metcalf, M. & Griebing, T.L., 2017. Contemporary Evaluation and Treatment of Poststroke Lower Urinary Tract Dysfunction. *Urologic Clinics of North America*, 44, pp. 403-414.

Pfiedler Enterprises, 2015. *Managing Urinary Incontinence in the Acute Care Setting. An online continuing activity*. [online] Available at: <http://www.pfiedler.com/ce/1206/files/assets/common/downloads/Managing%20Urinary%20Incontinence%20in%20the%20Acute%20Care%20Setting>. [Accessed 12 August 2019].

Pizzi, A., Falsini, C., Martini, M., Rosseti, M.A., Verdesca, S. & Tosto, A., 2014. Urinary Incontinence After Ischemic Stroke: Clinical and Urodynamic Studies. *Neurourology and Urodynamics*, 33(4), pp. 420-425.

Plahut, T., 2019. *Urinska inkontinenca v porodnem obdobju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Ruiz de Viñaspre Hernández, R., Tomás Aznar, C. & Rubio Aranda, E., 2014. Factors associated with treatment seeking behavior for postpartum urinary incontinence. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(6), pp. 391-397.

Shaxted, E., 2011. The management of stress urinary incontinence in women. *AVMA Medical & Legal Journal*, 17(1), pp. 26-28.

Siter, T., 2012. *Zdravstvena nega žensk z urinsko inkontinenco: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Szymona-Palkowska, K., Kraczowski, J.J., Janowski, K., Steuden, S., Adameczuk, J., Robak, M.R., Balkalczuk, S. & Bakalczuk, G., 2014. Selected determinants of quality of life in women with urinary incontinence. *Przegląd Menopauzalny*, 18(2), pp. 84-88.

Ščepanović, D., 2018. Obvladovanje urinske inkontinence in vaje za krepitev mišic medeničnega dna. In: B. Hočevar Posavec, ed. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti: Izzivi zdravstvene nege pri pacientih z motnjami uriniranja. Topolščica, 18. november 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1-7.

Türk, G., Tuğrul, E. & Sahbaz, M., 2013. Determination of nursing diagnoses used by students in the first clinical practice. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), pp. 129-133.

Wang, S. & Zhang, S., 2012. Simultaneous perineal ultrasound and vaginal pressure measurement prove the action of electrical pudendal nerve stimulation in treating female stress incontinence. *BJU International*, 110(9), pp. 1338-1343.