



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**RAZŠIRJENOST IN OBRAVNAVA STRESNE
URINSKE INKONTINENCE V CENTRIH
ZA KREPITEV ZDRAVJA IN
ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH**

**PREVALENCE AND MANAGEMENT OF
STRESS URINARY INCONTINENCE IN
HEALTH PROMOTION AND HEALTH
EDUCATION CENTRES**

Mentorica:
Andrea Backović Juričan, viš. pred.
Somentorica:
Mateja Bahun, viš. pred.

Kandidatka:
Aleša Kukovica

Jesenice, marec, 2023

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Andrei Backović Juričan, viš. pred., za strokovno pomoč, nasvete in spodbudo pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi somentorici Mateji Bahun, viš. pred., za pregled diplomskega dela, recenzentki doc. dr. Dariji Šćepanović za strokoven pregled vsebine, lektorici Kseniji Pečnik, prof. slov. jezika, pa za lektoriranje.

Ravno tako se zahvaljujem zaposlenim v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih, ki so prostovoljno sodelovali v raziskavi.

Hvala moji družini, ki mi je stala ob strani, za vso vero vame in spodbujanje v dobrih in manj dobrih trenutkih, hvala babici za vse spodbudne besede in pohvale, dobre misli in molitve ter hvala fantu za pomoč pri učenju, za njegovo potrpežljivost in podporo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Urinska inkontinenca poslabša kakovost življenja, saj predstavlja problem na različnih področjih, zaradi česar osebe ne pridobijo informacij o možnih načinih zdravljenja.

Cilj: Temeljni cilj diplomskega dela je pridobiti podatek o deležu oseb s stresno urinsko inkontinenco in ugotoviti načine njene obravnave ter pridobiti podatek o najpogosteje obravnavani ciljni skupini, ki se pojavlja v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih.

Metoda: Diplomsko delo temelji na kvantitativni metodi raziskovanja. Raziskavo smo izvedli z anketnim vprašalnikom na spletni platformi 1KA, ki je bil dostopen od 14. 3. 2022 do 19. 5. 2022. Vprašalnik je bil posredovan izvajalcem obravnav in aktivnosti na področju telesne dejavnosti v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih. Nazaj smo pridobili 43 izpolnjenih vprašalnikov (53 %). Podatke smo obdelali s programom IBM SPSS Statistics 23.0, jih analizirali s pomočjo opisne statistike in ocenili zanesljivost z alfa koeficientom po Cronbachu (0,65 in 0,85).

Rezultati: Delež udeležencev obravnav, ki imajo stresno urinsko inkontinenco, se giblje od 40 do 59 %. Stresna urinska inkontinenca je najpogosteje obravnavana z vadbo mišic medeničnega dna. Najpogostejše ciljne skupine so starejše ženske (65+ let) in ženske srednjih let (36–64 let) ter med moškimi starejši moški (65+ let).

Razprava: Stresna urinska inkontinenca predstavlja srednje velik do velik življenjski problem. Najpogostejše je zdravljenje z vadbo mišic medeničnega dna, pri kateri je priporočljiva razlaga o pravilni izvedbi s pomočjo didaktičnih pripomočkov ter z uporabo metod/tehnik oziroma pripomočkov za konservativno zdravljenje. Kadar ni izboljšanja, je pomembna dodatna obravnava, kjer se pacienta usmeri naprej k zdravniku specialistu ali na poglobljeno fizioterapevtsko obravnavo.

Ključne besede: stresna urinska inkontinenca, ciljne skupine, preventivni programi, konservativno zdravljenje, vadba mišic medeničnega dna

SUMMARY

Theoretical background: Urinary incontinence reduces quality of life, as it is a multidimensional problem, resulting in people not getting information about possible treatments.

Aims: The main goal of the diploma thesis is to obtain data on the share of people with stress urinary incontinence and identify the ways for treating it, as well as to obtain data on the most frequently treated target group in health promotion and health education centres.

Methods: The thesis is based on the quantitative research method. We conducted the survey using a questionnaire on the 1KA online platform, which was accessible from 14 March 2022 to 19 May 2022. The questionnaire was distributed to providers of physical activity treatments in health promotion centres and health education centres. We collected 43 completed questionnaires (53%). The data were processed using IBM SPSS Statistics 23.0, analysed using descriptive statistics and assessed for reliability using the Cronbach's alpha coefficient (0.65 and 0.85).

Results: The share of people participating in treatment suffering from stress urinary incontinence ranges from 40% to 59%. Stress urinary incontinence is most commonly treated with pelvic floor muscle training. The most common target groups are older women (65+ years), middle-aged women (36-64 years) and older men (65+ years).

Discussion: Stress urinary incontinence is a moderate to severe life problem. The most common treatment is pelvic floor muscle training, for which the recommendation is to explain the correct procedure with the help of didactic aids and use conservative treatment methods/techniques/aids. When there is no improvement it is important to direct the patient to a specialist or physiotherapy treatment.

Key words: stress urinary incontinence, target groups, preventive programs, conservative treatment, pelvic floor muscle training

KAZALO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | UVOD | 1 |
| 2 | TEORETIČNI DEL | 2 |
| 2.1 | VRSTE URINSKE INKONTINENCE..... | 2 |
| 2.2 | POSLEDICE URINSKE INKONTINENCE..... | 2 |
| 2.3 | SPECIFIKE STRESNE URINSKE INKONTINENCE | 3 |
| 2.3.1 | Dejavniki tveganja za nastanek stresne urinske inkontinence | 3 |
| 2.3.2 | Diagnosticiranje stresne urinske inkontinence | 4 |
| 2.3.3 | Zdravljenje stresne urinske inkontinence | 4 |
| 2.4 | VRSTE CILJNIH SKUPIN V PREVENTIVI..... | 7 |
| 2.5 | OBRAVNAVA STRESNE URINSKE INKONTINENCE V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH..... | 7 |
| 2.5.1 | Glavne vsebine delavnic Gibam se in Zdravo hujšanje..... | 9 |
| 2.5.2 | Struktura in časovni obseg delavnic | 10 |
| 2.5.3 | Individualne pogovorne ure | 11 |
| 2.5.4 | Učenje vadbe mišic medeničnega dna na delavnicah..... | 11 |
| 2.5.5 | Aktivnosti v lokalni skupnosti | 12 |
| 2.5.6 | Program Priprave na porod in starševstvo ter program Vadbe za nosečnice | 12 |
| 3 | EMPIRIČNI DEL | 13 |
| 3.1 | NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA | 13 |
| 3.2 | RAZISKOVALNA VPRAŠANJA | 13 |
| 3.3 | RAZISKOVALNA METODOLOGIJA | 13 |
| 3.3.1 | Metode in tehnike zbiranja podatkov | 14 |
| 3.3.2 | Opis merskega instrumenta..... | 14 |
| 3.3.3 | Opis vzorca | 15 |
| 3.3.4 | Opis poteka raziskave in obdelave podatkov..... | 16 |
| 3.4 | REZULTATI..... | 17 |
| 3.4.1 | Delež obravnavanih ljudi s stresno urinsko inkontinenco | 17 |
| 3.4.2 | Pogostost obravnave tem, vezanih na stresno urinsko inkontinenco, v posamezni obravnavi oziroma pri posamezni aktivnosti..... | 18 |
| 3.4.3 | Načini obravnav oseb s stresno urinsko inkontinenco..... | 19 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.4.4 | Pogostost obravnavanih ciljnih skupin s stresno urinsko inkontinenco | 24 |
| 3.5 | RAZPRAVA | 25 |
| 4 | ZAKLJUČEK | 31 |
| 5 | LITERATURA | 33 |
| 6 | PRILOGE | |
| 6.1 | INSTRUMENT | |

KAZALO SLIK

| | |
|--|----|
| Slika 1: Delež ocen učinkovitosti vadbe mišic medeničnega dna pri zdravljenju stresne urinske inkontinence | 20 |
| Slika 2: Metode in tehnike oziroma pripomočki za konservativno zdravljenje stresne urinske inkontinence | 21 |
| Slika 3: Uporabljeni didaktični pripomočki | 22 |
| Slika 4: Napotitev na nadaljnjo obravnavo | 23 |
| Slika 5: Prilagoditev dela zaradi epidemije covida-19 | 24 |
| Slika 6: Pogostost obravnavanja ciljnih skupin | 25 |

KAZALO TABEL

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Statistična regija delovne ustanove..... | 16 |
| Tabela 2: Delež udeležencev delavnic, ki se spopadajo s stresno urinsko inkontinenco | 17 |
| Tabela 3: Napotitveni profili | 18 |
| Tabela 4: Opisna statistika pogostosti obravnave tem, vezanih na stresno urinsko inkontinenco..... | 19 |

SEZNAM KRAJŠAV

| | |
|----------|---|
| DORA | Državni presejalni program za raka dojk |
| CINDI | Countrywide Intergrated Non-Communicable Disease Intervention |
| CKZ | Center za krepitev zdravja |
| EPINCONT | Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag |
| MUI | Mešana urinska inkontinenca |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| NIJZ | Nacionalni inštitut za javno zdravje |
| SPSS | Statistical Package for Social Sciences |
| SUI | Stresna urinska inkontinenca |
| SVIT | Presejanje in zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki |
| UUI | Urgentna urinska inkontinenca |
| UI | Urinska inkontinenca |
| ZDAJ | Zdravje danes za jutri |
| ZORA | Zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu |
| ZVC | Zdravstvenovzgojni center |

1 UVOD

Mednarodno združenje za kontinenco (angl. International Continence Society) je urinsko inkontinenco leta 2002 opredelilo kot kakršnokoli nehoteno uhajanje urina (D'Ancona, et al., 2019). Gre za pogosto in neprijetno nadlogo, ki se pojavlja v vseh starostnih obdobjih in pri obeh spolih. Glede na simptome ločimo stresno urinsko inkontinenco, urgentno in mešano urinsko inkontinenco (Goforth & Langaker, 2016). Med vsemi navedenimi vrstami je stresna urinska inkontinenca najpogostejša (Bø & Herbert, 2013). Za preprečevanje in zdravljenje težav, povezanih z zadrževanjem urina, je pomembna vadba mišic medeničnega dna, sečnega mehurja in sprememba življenjskega sloga (Burkhard, et al., 2020). Svetovanje glede tega pri nas v Sloveniji (med drugim) nudijo izvajalci s področja telesne dejavnosti v centrih za krepitev zdravja (v nadaljevanju CKZ) in zdravstvenovzgojnih centrih (v nadaljevanju ZVC).

2 TEORETIČNI DEL

Čeprav urinska inkontinenca (v nadaljevanju UI) ni življenjsko nevarno stanje, zelo vpliva na življenje posameznika. Je higienski, psihofizični in socialni problem, ki prinaša finančno breme (Corrado, et al., 2020). UI prizadene 5–70 % žensk po vsem svetu. Kar 40 % žensk, starejših od 70 let, se spopada z UI (Milsom & Gyhagen, 2019).

2.1 VRSTE URINSKE INKONTINENCE

UI ločimo na stresno (v nadaljevanju SUI), urgentno (v nadaljevanju UUI) in mešano (v nadaljevanju MUI). Pri moških je najpogostejša UUI (40–80 %), sledi ji MUI (10–30 %), najredkejša pa je SUI (<10 %) (Milsom, et al., 2013). Metaanaliza, ki jo je naredil Mostafaei s sodelavci (2020), je pokazala, da je pri ženskah najpogostejša SUI (13–50 %), sledi ji MUI (9,1 %), najredkejša pa je UUI (5,3 %). SUI je neprostovoljna izguba urina pri naporu oziroma fizičnem stresu, kot so športne dejavnosti, kihanje ter kašljanje. UUI je neprostovoljna izguba urina, povezana z nujnostjo. Pri MUI se simptomi SUI in UUI prepletajo. Pride do neprostovoljnega uhajanja urina, povezanega z nujnostjo, ter se lahko pojavi pri naporu oziroma fizičnem stresu, kot so športne dejavnosti, kihanje in kašljanje (D'Ancona, et al., 2019).

2.2 POSLEDICE URINSKE INKONTINENCE

Uhajanje urina neposredno ne ogroža zdravja, vendar bistveno poslabša kakovost življenja (Senra & Pereira, 2015; Yu, et al., 2016). UI je velik zdravstveni, higienski, finančni in socialni problem (Burkhard, et al., 2020). Ker UI povzroči socialno osamo, to posledično privede do pomanjkanja oziroma onemogočanja pridobivanja ustreznih informacij o možnih načinih zdravljenja, kar privede do psihološke stiske, depresije in tesnobe (Avery & Stocks, 2016). Osebe s težavami zaradi UI ne poiščejo strokovne pomoči, saj zaradi sramu, zadrege ali strahu pred odklonilnim oziroma nerazumevajočim odzivom to prikrivajo pred partnerjem, svojci, okolico in zdravstvenimi delavci (Yu, et al., 2016). UI predstavlja telesni in psihološki problem, ki ga spremljajo neprijeten vonj, mokrota, strah, da bi kdo opazil njihovo težavo, in občutek krivde, zaradi česar pride do

nelagodja in izgube samozavesti ter posledično do izogibanja druženja s prijatelji. Ker uhajanje urina pogosto ni predvidljivo, se prizadete osebe čedalje redkeje udeležujejo dogodkov (potovanja, izleti, ples, obiski, ogled predstav, obisk trgovine) (Oliveira, et al., 2020). UI poleg psihičnih povzročča tudi fizične posledice. Ker sečni mehur in sečnica ležita blizu vagine, inkontinenca vpliva na spolnost inkontinentnih žensk. Kar 28 % žensk ima zaradi UI težave s spolnostjo. Spolno zdravje je pomembno za splošno kakovost življenja in je povezano z žensko samopodobo, čustvenim počutjem in celo kognitivnimi funkcijami (Chu, et al., 2015). Zaradi strahu, da bo prišlo do uhajanja urina med spolnimi odnosi, pride do bolečih spolnih odnosov, nedoseganja orgazma, spolne nezadovoljenosti, zmanjšane vlažnosti nožnice ter nesproščenosti in tako posledično do zmanjšanja želje po spolnosti in izogibanja spolnim odnosom (Dovgan, et al., 2018).

2.3 SPECIFIKE STRESNE URINSKE INKONTINENCE

UI je pogost in dobro dokumentiran zdravstveni problem, ki prizadene oba spola in nastane v katerikoli starosti, čeprav njena razširjenost in obseg s starostjo naraščata (Róin & Nord, 2015). SUI je lahko posledica slabljenja mišic medeničnega dna, ki podpirajo sečnico in sečni mehur, ali šibkosti uretralnega sfinktra (Dass, et al., 2013). Zdravljenje je načrtovano skupaj s pacientom s poudarkom na izboljšanju kakovosti njegovega življenja (Al-Shaikh, et al., 2018).

2.3.1 Dejavniki tveganja za nastanek stresne urinske inkontinence

Za nastanek SUI je lahko odgovornih več dejavnikov tveganja. Pri staranju sečni mehur izgublja elastičnost in moč krčenja, izgublja se tudi moč mišic medeničnega dna. K izgubi moči mišic medeničnega dna privedejo telesne spremembe, povezane s starostjo, hormonske spremembe v menopavzalnem obdobju (pomanjkanje estrogena), ki privedejo do atrofije tkiva, nosečnost, vrsta poroda (vaginalni porod), število vaginalnih porodov in porodov s kleščami. Prekomerna telesna masa oziroma debelost poveča tveganje za 4,2-krat, saj zaradi nenehnega povečanega pritiska na trebuh in medenične organe pride do preutrujenosti mišic (Skuk & Blaganje, 2020). Dejavniki tveganja za nastanek UI je tudi kronični kašelj, ki nastane kot posledica kajenja (Haylen, et al., 2016). Med druge

dejavnike tveganja za nastanek SUI spadajo stalni težji fizični napor ali visoko intenzivna telesna dejavnost, nekatera mišična obolenja, bolezni živčnega sistema (multipla skleroza, možganska kap, poškodba hrbtenjače – paraplegija, demenca), nekateri posegi (radikalna prostatektomija, transuretralna resekcija prostate, histerektomija, obsevanje), zdravila, ki motijo normalno delovanje sečnega mehurja (antipsihotiki, nevroleptiki, diuretiki, sedativi), alkohol, kofein in teini. Tudi spol je eden od dejavnikov tveganja, saj je UI dvakrat pogostejša v ženski kot v moški populaciji (Milsom & Gyhagen, 2019). Kljub temu da se patofiziologija med spoloma nekoliko prekriva, je UI pri moških pogosto posledica povečane prostate ali poškodbe mehanizmov kontinence med operacijo ali radioterapijo raka prostate (Aoki, et al., 2017).

2.3.2 Diagnosticiranje stresne urinske inkontinence

Za diagnosticiranje uporabljamo različne teste z vložkom. S testi lahko pravilno diagnosticiramo SUI brez uporabe dragih urodinamskih preiskav (Rimstad, et al., 2014). S testi določimo volumen urina, ki je pacientki ušel med izvajanjem določenih provokativnih dejavnikov za uhajanje urina oziroma med telesno dejavnostjo. Poznamo enourne teste z vložkom, pri katerih ima pacientka sečni mehur poln oziroma napolnjen s fiziološko raztopino, ki je vstavljena v sečni mehur pred začetkom testa. Vstavi si vložek, ki se ga stehta pred opravljenim testom in nato ponovno po koncu testa. Vsak dodaten gram pri teži vložka pomeni pozitiven rezultat. Štiriindvajseturni test z vložkom ponazarja vsakodnevne življenjske okoliščine, prikaže pozitiven rezultat v prirastu teže za 4 grame in več. Termnsko daljši testi imajo večjo stopnjo ponovljivosti (Barbič, 2016). Test se lahko uporabi za kvantifikacijo prisotnosti in resnosti UI in je pomemben tudi za oceno pacientovega odziva na zdravljenje (Burkhard, et al., 2020).

2.3.3 Zdravljenje stresne urinske inkontinence

Po potrjeni diagnozi SUI zdravimo konservativno ali operativno. Mednarodne smernice o UI narekujejo konservativno zdravljenje kot primarno, saj je brez stranskih učinkov, preprosto, poceni, takoj razpoložljivo in nima vpliva na morebitno operacijo (Dovgan, et

al., 2018). Operativni poseg nastopi kot zadnji korak, kadar začetno zdravljenje ni bilo učinkovito (Al-Shaikh, et al., 2018).

Vadba mišic medeničnega dna je prva možnost zdravljenja UI. Nacionalni inštitut za klinično odličnost priporoča, da se preskus nadzorovane vadbe mišic medeničnega dna, ki traja najmanj tri mesece, ponudi vsem ženskam s SUI ali MUI pred kirurškim posegom (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021). Namen vaj je okrepiti napetost in ponovno vzpostaviti nadzor nad mišicami medeničnega dna. Najstarejša oblika konservativnega zdravljenja so Keglove vaje, poimenovane po urologu Arnoldu Keglu, ki jih je prvič opisal leta 1948. Izraz Keglove vaje ni več primeren, saj se danes uporablja drugačen program vaj, zato ga je nadomestil izraz vadba mišic medeničnega dna (Bø, et al., 2016). Vadba mišic medeničnega dna se uporablja za povečanje jakosti mišic medeničnega dna, kar posledično izboljša stabilnost sečnice, poveča pritisk na zapiranje sečnice ter zavira krčenje sečnega mehurja pri pacientih s prekomerno aktivnim sečnim mehurjem v trenutkih povečanega pritiska. Uporablja se za zdravljenje ali preprečevanje SUI, na primer pri ženskah v rodni dobi pred porodom, pri moških pred radikalno prostatektomijo ali kot del načrtovanega programa okrevanja po porodu ali operaciji (Burkhard, et al., 2020).

Ker nepravilne kontrakcije mišic medeničnega dna poslabšajo inkontinenco, je potrebno, da se vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvaja pravilno (Herbison & Dean, 2013). Zavestno stisnemo mišice medeničnega dna kar se da močno, kot da poizkušamo zaustaviti uhajanje vetrov iz črevesja in istočasno zaustaviti curek urina. Kontraktcija mišic medeničnega dna je sestavljena iz stiska okrog medeničnih odprtih in dviga medeničnega dna kranialno oziroma kot da zapremo in potegnemo navzgor področje okoli zadnjika, nožnice in sečnice. Mišice stiskamo 6–8 sekund. Nato sprostimo mišice in počivamo nekaj sekund. Kontraktcijo ponovimo največ 8- do 12-krat (Bø, et al., n.d.). Mišice medeničnega dna tudi zavestno hoteno aktiviramo pred vsakršnim pojavom predvidljive SUI oziroma povečanim pritiskom v trebušni votlini, pred vsakim dvigom bremena, tik pred kašljem, kihanjem ali poskokom, za kar uporabljamo angleški izraz »the knack« (Bø, et al., 2016).

Za komplementarno metodo vadbi mišic medeničnega dna uporabljamo:

- Biološko povratno zvezo, kjer gre za uporabo instrumenta ali naprave za snemanje signala, ki nastane pri krčenju mišic medeničnega dna in ženski poda slušno ali vizualno povratno informacijo ter tako poveča zavedanje pacientke o mišicah medeničnega dna. Elektromiografske sonde so vstavljene rektalno ali vaginalno in zaznajo električno aktivnost ter nato slikovno prikažejo gibanje mišic (Herderschee, et al., 2013).
- Električno stimulacijo medeničnega dna, ki se uporablja kot pomoč ženskam, ki ne zmorejo skrčiti mišic medeničnega dna, ter za zmanjšanje aktivnosti detruzorja tako, da poveča zapiralni pritisk sečnice (Sarmiento, et al., 2022). Ko je elektroda vstavljena vaginalno ali rektalno, se aplicira tok določene jakosti, ki povzroči kontrakcijo mišic tako, da električni dražljaj potuje po aferentni poti od mesta aplikacije do sakralnega centra S2–S4 in se vrača po eferentni poti na mišice medeničnega dna, kjer povzroči kontrakcije mišic.
- Električno stimulacijo zadnjega golenskega živca, ki prenaša električne dražljaje na sakralni mikcijski živec prek križnega živčnega pleteža S2–S4. Stimulacija se izvaja perkutano s tanko iglo, ki se vstavi tik nad medialnim delom gležnja. Na voljo je tudi transkutana stimulacija. Električna stimulacija se uporablja za pomoč ženskam, ki ne morejo sprožiti kontrakcij, pri prepoznavanju mišic medeničnega dna, pri pacientih s prekomerno aktivnim sečnim mehurjem in UUI za zaviranje detruzorja (Burkhard, et al., 2020).
- Vaginalne oziroma medenične uteži, kadar ima ženska težavo pri kontrakciji mišic medeničnega dna. Ženska si v nožnico vstavi najlažjo utež in skrči mišice medeničnega dna, da zadrži utež oziroma prepreči njen zdrs (Herbison & Dean, 2013).
- Magnetno stimulacijo, pri kateri se ustvarja pulzno magnetno polje zunaj telesa skozi magnetni stol, kjer pacientka oblečena sedi. Pri tej metodi pride do stimuliranja mišic medeničnega dna (Bø, et al., 2016).

Pesarji oziroma elastični obroči so intravaginalni pripomočki, ki zagotavljajo podporo nožničnim organom in s katerimi želimo povrniti izpadli organ nazaj v njegov prvotni položaj (Bø, et al., 2016). Uporabljamo jih tudi pri nestabilnem sečnem mehurju. S pesarji

pasivno blažimo simptome SUI (Al-Shaikh, et al., 2018). S spremembo življenjskega sloga vplivamo na izboljšanje stanja SUI. Z redno in zmerno telesno dejavnostjo okrepimo mišice medeničnega dna in zmanjšamo tveganje za razvoj UI, zlasti SUI (Burkhard, et al., 2020). Prekomerna telesna masa povzroči dodaten pritisk na sečni mehur, kar povzroči uhajanje urina pri kihanju in kašljanju (Newman & Wein, 2013). Ker se razširjenost SUI in UII povečuje sorazmerno z naraščanjem telesne mase, se priporoča izguba telesne mase (Burkhard, et al., 2020). Z izgubo telesne mase se zmanjša pritisk na sečni mehur (Newman & Wein, 2013). Zdrav življenjski slog, pod katerega spada tudi opuščanje kajenja, zmanjša možnost nastanka SUI (Burkhard, et al., 2020). Kajenje povzroči kronični kašelj, pri katerem nastane povečan pritisk v trebušni votlini ter posledično pritisk na sečni mehur (Newman & Wein, 2013).

2.4 VRSTE CILJNIH SKUPIN V PREVENTIVI

V procesu preventive se lahko usmerimo na različne skupine prebivalcev. Pri opredeljevanju ogroženih skupin prebivalstva lahko upoštevamo demografske, ekološke, biološke in druge osnove, kot je spol ali starost. Ranljive skupine prebivalcev so lahko zaradi svojih osebnostnih značilnosti ali socialnih in ekonomskih pogojev, v katerih živijo, bolj dovzetne za določene bolezni. To so otroci, begunci, manjšine, invalidne osebe in druge osebe s posebnimi potrebami (Zaletel Kragelj, et al., 2007). Poleg navedenih ranljivih skupin prebivalcev se med ranljive skupine štejejo tudi nekatere skupine mladih, nosečnice, ženske in starejši (Zaviršek & Škerjanc, 2000).

2.5 OBRAVNAVA STRESNE URINSKE INKONTINENCE V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH

Leta 1994 sta Harison in Memel ugotovila, da bi preventivni pregledi materničnega vratu, izvedeni s strani medicinskih sester v ginekološki ambulanti, lahko bili podlaga za zdravstvenovzgojno svetovanje in promocijo krepitev mišic medeničnega dna ter preprečevanje SUI (Dovgan, et al., 2018). Program Skupaj za zdravje se od leta 2002 izvaja v ambulantah družinske medicine in v CKZ ter ZVC v vseh 61 zdravstvenih

domovih po Sloveniji, kar dela program univerzalno dostopen. Program je bil, zgodovinsko ogledano, zasnovan na podlagi Programa CINDI (angl. Countrywide Intergrated Non Communicable Disease Intervention) Slovenija, katerega namen je bil preprečevanje in obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni (predvsem srčno-žilnih bolezni). Vsebina programa Skupaj za zdravje se je redno nadgrajevala in sledila strokovnemu razvoju. Danes je program na voljo vsem odraslim prebivalcem Slovenije za integrirano preventivo kroničnih bolezni. Program Skupaj za zdravje izvajajo dodatno usposobljeni zdravstveni strokovnjaki v ambulantah družinske medicine, patronažnih službah ter CKZ oziroma ZVC. Pri svojem delu tesno sodelujejo z drugimi izvajalci v zdravstvenih domovih in lokalnih skupnostih. Za razvoj, izvajanje in zagotavljanje kakovosti programa Skupaj za zdravje skrbi interdisciplinarna skupina strokovnjakov na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ). V programu izvajajo preventivne preglede v ambulanti družinske medicine z namenom zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih bolezni. V CKZ oziroma ZVC se lahko odrasli udeležijo brezplačnih obravnav v obliki skupinskih delavnic in/ali individualnih svetovanj, kjer pridobijo strokovne informacije, veščine in podporo za dolgotrajno spremembo življenjskih navad, ki jih bodo vodile do boljšega počutja in zdravja. Nekaterih, predvsem poglobljenih obravnav se lahko udeležijo le po predhodno opravljenem preventivnem pregledu. Obravnave na področju telesne dejavnosti so delavnice Gibam se, Zdravo hujšanje, Ali sem fit, test telesne pripravljenosti za odrasle/starejše, presejanje za funkcijsko manjzmožnost in individualne pogovorne ure (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), n.d.).

Problematika SUI je lahko obravnavana znotraj individualnih svetovanj oziroma na tako imenovanih pogovornih urah in delavnici Gibam se ter Zdravo hujšanje. Občasno in glede na potrebe lokalne populacije se tovrstna problematika obravnava tudi znotraj aktivnosti v lokalni skupnosti (Backović Juričan, et al., 2017). V CKZ in ZVC fizioterapevti in kineziologi obravnavajo vsebine, vezane na vadbo mišic medeničnega dna, in vključujejo vadbo mišic medeničnega dna. Tovrstne vsebine so obravnavane tudi v okviru Programa priprave na porod in starševstvo in Programa vadbe za nosečnice (Zdravje danes za jutri (ZDAJ), n.d.).

Udeleženci delavnice Gibam se so odrasle in starejše osebe z dejavnikom tveganja telesne nedejavnosti ob hkratni več kot 20 % ogroženosti za kronično bolezen ali s prisotno kronično boleznijo ali s prisotnimi posebnimi zdravstvenimi stanji ter osebe z ugotovljeno funkcijsko manjzmožnostjo (Backović Juričan, et al., 2017). Udeleženci delavnice Zdravo hujšanje so odrasle osebe (19+), ki se soočajo z debelostjo oziroma imajo indeks telesne mase nad 30 ali nad 27, 5 skupaj z 20 % srčno-žilno boleznijo ali nad 27,5 skupaj s kronično nenalezljivo boleznijo (Berlic, et al., 2018).

Delavnico Gibam se izvajata dva izvajalca, ki sta po izobrazbi diplomirana fizioterapevta, oziroma ko to ni možno, en diplomirani fizioterapevt in en diplomiran kineziolog, ki mora biti usposobljen za delo s pacienti s kroničnimi boleznimi in posamezniki s posebnimi zdravstvenimi stanji. V primeru, da izvajalec ni zdravstveni delavec, mora izvajati vadbeni del skupaj z diplomiranim fizioterapevtom. Ker je delavnica namenjena tudi kroničnim pacientom in posameznikom s posebnimi zdravstvenimi stanji, je vodja delavnice obvezno zdravstveni delavec (Backović Juričan, et al., 2017). V ZVC delavnico Zdravo hujšanje izvaja diplomiran fizioterapevt, v CKZ se diplomiranemu fizioterapevtu pri testiranju telesne pripravljenosti priključi še diplomiran kineziolog (Berlic, et al., 2018).

Glavni namen delavnice Gibam se je zagotoviti ustrezne pogoje za razvijanje sposobnosti in motiviranje odraslih posameznikov, da imajo aktiven življenjski slog, kar se doseže s postopnim povečanjem ravni telesne dejavnosti in posledičnim spreminjanjem gibalnih navad ter izboljšanjem telesne pripravljenosti (Backović Juričan, et al., 2017). Glavni namen delavnice Zdravo hujšanje je, da pride do dolgoročnih pozitivnih sprememb v življenjskem slogu posameznika, na področju prehranjevanja, telesne dejavnosti in vedenjsko-kognitivnih sprememb (Berlic, et al., 2018).

2.5.1 Glavne vsebine delavnic Gibam se in Zdravo hujšanje

Na delavnicah Gibam se in Zdravo hujšanje učijo o telesni dejavnosti in sedečem življenjskem slogu, telesni drži, dihanju med telesno vadbo, hoji in obvladovanju kroničnih bolezni. Na delavnicah izvajajo tudi poglobljeno testiranje telesne

pripravljenosti, izdelajo osebni načrt telesne dejavnosti in osebni načrt telesne vadbe, predstavijo pomen počitka, regeneracije in spanja, udeleženci pridobijo informacije in napotke o možnostih za redno telesno dejavnost v lokalnem okolju ter merijo napredek telesne dejavnosti, gibalnih navad in telesne pripravljenosti. Delavnice se delijo na teoretične in motivacijske vsebine ter praktična znanja in veščine, kjer izvajajo vaje za krepitev mišic brez in s pripomočki (vrste vaj glede na različne skupine mišic in vrste mišičnih krčenj, vključujoč vadbe mišic medeničnega dna), vaje za stabilizacijo trupa, vključujoč krčenje globokih trebušnih mišic in mišic medeničnega dna ter dihanje s trebušno prepono (Backović Juričan, et al., 2017; Berlic, et al., 2018).

2.5.2 Struktura in časovni obseg delavnic

Na poglobljene oziroma daljše delavnice in individualna svetovanja se lahko nadalje vključi vsak posameznik, ki ima dejavnike tveganja, je ogrožen in je zbolel za kronično nenalezljivo boleznijo (Vrbovšek, 2015). Delavnica Gibam se traja 14 tednov, v njo je zajetih 13–15 srečanj skupine in 2 individualni svetovanji. Srečanja potekajo 1-krat tedensko in trajajo od 60 do 120 minut (odvisno od vsebine srečanja) (Backović Juričan, et al., 2017). Delavnica Zdravo hujšanje traja 18 tednov, v sklopu katerih je organiziranih 15 skupinskih srečanj in 15 vadbenih srečanj, ki potekajo po koncu vsakega srečanja skupine. Po zaključenem Uvodnem delu so v okviru motivacijskega dela še 3 skupinska srečanja, ki so izvedena 3 mesece, 6 mesecev in 12 mesecev po koncu uvodnega dela (Berlic, et al., 2018). Na delavnici Gibam se sta izvedena dva individualna posveta. Začetno individualno svetovanje, kjer se oceni začetno stanje posameznika in naredi kratkoročni načrt napredovanja v delavnici, ter končno individualno svetovanje, kjer se oceni končno stanje posameznika in izmeri napredek telesne pripravljenosti (Backović Juričan, et al., 2017). Na delavnici Zdravo hujšanje so izvedeni 4 individualni posveti, ki jih izvede fizioterapevt (Berlic, et al., 2018). Podatke in napredek v ravni telesne dejavnosti, ki zajema tudi podatke o pogostosti izvajanja vaj za mišice medeničnega dna, na delavnici Gibam se zbira fizioterapevt, na delavnici Zdravo hujšanje pa diplomirana medicinska sestra. Ta med drugim neposredno sprašuje udeležence o prisotnosti in pogostosti morebitnega uhajanja urina (Backović Juričan, et al., 2017; Berlic, et al.,

2018). Pred vstopom v Program vadbe za nosečnice se udeleženke z vprašalnikom sprašuje o morebitni prisotnosti SUI (ZDAJ, n.d.).

2.5.3 Individualne pogovorne ure

Kadar je na začetnem individualnem posvetu v okviru delavnice oziroma vstopnem pogovoru ugotovljena prisotnost SUI, se izvede dodatno individualno svetovanje v sklopu individualnih pogovornih ur pri diplomiranem fizioterapevtu ali kineziologu (Backović Juričan, et al., 2017). Pogovorne ure so krajši individualni posveti, ki jih izvaja standardni tim (diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi, dietetiki in kineziologi) v CKZ in ZVC. Namenjene so ciljni populaciji, ki se vključuje v CKZ in ZVC. Vsebine, ki so obravnavane v okviru pogovornih ur, so vstopni razgovori pred vključitvijo na daljše delavnice, to so posveti o ohranitvi in krepitvi zdravja, oblikovanje načrta za spreminjanje življenjskih navad, duševnem zdravju, informacije o državnih preventivnih in presejalnih programih (DORA, ZORA, SVIT). Med pogovornimi urami se lahko izvedejo individualne meritve telesne sestave, krvnega tlaka, testiranja telesne pripravljenosti ipd. Namen pogovornih ur je motiviranje, vzdrževanje in podpora pri spremembi življenjskega sloga (NIJZ, n.d.).

2.5.4 Učenje vadbe mišic medeničnega dna na delavnicah

Na prvem srečanju skupine delavnic Gibam se in Zdravo hujšanje učijo predpogoje za zdravo vadbo, med katerimi je tudi poenostavljeno učenje pravilne aktivacije stabilizatorjev trupa (vključujoč aktivacijo mišic medeničnega dna) stoje, sede in med gibanjem (Backović Juričan, et al., 2017; Berlic, et al., 2018). Na tretjem srečanju skupine delavnice Gibam se in na drugem srečanju skupine delavnice Zdravo hujšanje udeležence poglobljeno naučijo aktivacije globokih stabilizatorjev trupa (vključujoč aktivacijo mišic medeničnega dna) v ležečem (bočnem, hrbtnem), sedečem, stoječem in štirinožnem položaju ter med gibanjem in različnimi aktivnostmi. Na sedmem srečanju skupine delavnic Gibam se in šestem srečanju skupine delavnice Zdravo hujšanje se poglobljeno prikaže vaje za krepitev mišic, ki pomagajo pri stabilizaciji hrbtenice in medenice, vaje za krepitev mišic rok, nog in trupa ter vadba mišic medeničnega dna (dolga in kratka

krčenja ter kombinacija krčenj) (Zupančič Tisovec, 2016; Backović Juričan, et al., 2017; Berlic, et al., 2018).

2.5.5 Aktivnosti v lokalni skupnosti

Delo standardnega tima CKZ in ZVC je poleg izvajanja pogovornih ur za krepitev zdravja in izvajanja zdravstvenovzgojnih delavnic tudi dejavno vključevanje v lokalno skupnost in sodelovanje v njej. Aktivnosti v lokalni skupnosti so namenjene krepitevi zdravja. Udeleženci pridobijo informacije o zdravih navadah v vsakodnevem življenju (zdravem življenjskem slogu, zdravem prehranjevanju, telesni dejavnosti in zdravem hujšanju, saj s spremembo življenjskega sloga zmanjšamo možnost za nastanek SUI in zdravimo že nastalo SUI. Poleg navedenih tem pridobijo tudi informacije o obvladovanju bioloških dejavnikov tveganja, duševnem zdravju, opuščanju kajenja, tveganem in škodljivem pitju alkohola, ustni in osebni higieni, izpostavljenosti soncu, samopregledovanju dojk/mod/kožnih znamenj, spanju oziroma počitku, sladkorni bolezni, cepljenju, preprečevanju padcev, preventivnih in presejalnih programih). Imajo tudi možnost udeležbe na občinskih preizkusih hoje na 2 kilometra ter pri mnogih drugih aktivnostih in dogodkih, ki se izvajajo v njihovi lokalni skupnosti (NIJZ, n.d.).

2.5.6 Program Priprave na porod in starševstvo ter program Vadbe za nosečnice

Vadbe mišic medeničnega dna se udeleženci naučijo tudi v programu Priprava na porod in starševstvo, ki je skupinska oblika vzgoje za zdravje v času nosečnosti in je namenjena tako nosečnicam kot tudi partnerjem. Na prvem srečanju, ki traja od 12. do 18. tedna nosečnosti, ter na drugem srečanju, ki traja od 28. do 35. tedna nosečnosti, v okviru telesne vadbe nosečnicam prikažejo in jih naučijo pravilne vadbe mišic medeničnega dna (NIJZ, 2018). Ker zmeroma telesna dejavnost v nosečnosti ugodno vpliva na zdravje nosečnice in razvijajoči se plod ter je hkrati odlična priprava na porod, je pomembno, da je izvajana ustrezno. Zaradi tega v programu Vadbe za nosečnice učijo tudi pravilne vadbe mišic medeničnega dna (ZDAJ, n.d.).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pomočjo raziskave ugotoviti, kakšna je razširjenost SUI pri udeležencih obravnav v CKZ in ZVC, na kakšen način jo izvajalci na področju telesne dejavnosti obravnavajo ter katera ciljna skupina se najpogosteje obravnava.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti delež oseb s SUI od vseh obravnavanih v CKZ in ZVC.
- Ugotoviti najpogostejše načine obravnav SUI v CKZ in ZVC.
- Ugotoviti najpogosteje obravnavano ciljno skupino s SUI v CKZ in ZVC.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V diplomskem delu smo z raziskavo odgovorili na tri raziskovalna vprašanja:

- RV 1: Kolikšen je delež oseb, obravnavanih v CKZ in ZVC, ki imajo ugotovljeno SUI?
- RV 2: S katerimi preventivnimi postopki v CKZ in ZVC najpogosteje obravnavajo osebe s SUI?
- RV 3: Katera ciljna skupina s SUI se najpogosteje pojavlja pri obravnavah v CKZ in ZVC?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo temelji na raziskavi z anketnim vprašalnikom za fizioterapevte in kineziologe, ki v CKZ in ZVC vodijo oziroma sodelujejo pri delavnicah Gibam se in Zdravo hujšanje, izvajajo individualno svetovanje oziroma pogovorne ure in aktivnosti v lokalni skupnosti s področja telesne dejavnosti ter sodelujejo v programu Priprave na porod in starševstvo (nekoč imenovan Šola za starše) in izvajajo program Vadbe za nosečnice.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Diplomsko delo temelji na kvantitativni metodi raziskovanja. Podatke smo zbrali s pomočjo spletne ankete. Predhodno smo za poglobljeni prikaz teoretičnega ozadja raziskovalnega problema pregledali slovensko in tujo znanstveno in strokovno literaturo, ki je prosto dostopna v polnem besedilu. Prvotno smo iskali literaturo v obdobju 10 let od leta 2013 do leta 2023, zaradi težav pri iskanju primernih člankov smo obseg razširili. Tujo literaturo smo pridobili iz mednarodnih podatkovnih baz PEDro, PubMed, SpringerLink, slovensko pa iz Digitalne knjižnice Slovenije. Podatke smo iskali s pomočjo slovenskih in angleških ključnih besed: stresna urinska inkontinenca, vadba mišic medeničnega dna, Keglove vaje, centri za krepitev zdravja, zdravstvenovzgojni centri, ciljne skupine, kegel exercises, stress urinary incontinence, treatment of stress urinary incontinence. Pri tem smo uporabili Boolov operater »in« oziroma »and«.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli z metodo anketiranja v obliki spletnega vprašalnika, ki je bil namenjen izvajalcem obravnav in aktivnosti na področju telesne dejavnosti, ki se izvajajo v CKZ in ZVC. Vprašalnik je bil oblikovan prek spletnega portala 1KA. Ker gre za prvo tovrstno raziskavo znotraj CKZ in ZVC, ki so unikatni centri in v drugih državah ne obstajajo v takšni obliki znotraj javnih zdravstvenih sistemov, smo vprašalnik oblikovali sami in ni povzet po nobenem drugem avtorju. V pomoč pri oblikovanju vprašalnika smo si pomagali z »vprašalnikom o telesni dejavnosti«, ki se nahaja v delovnem zvezku Gibam se avtoric Knific, et al. (2016). Pri nekaterih izbranih vprašanjih smo uporabili 5-stopenjsko lestvico. Pri pogostosti obravnav tem, vezanih na SUI, je vrednost 1 pomenila, da anketiranci teme ne obravnavajo nikoli, vrednost 2, da temo obravnavajo redko, vrednost 3, da temo obravnavajo občasno, vrednost 4, da temo obravnavajo pogosto, vrednost 5 pa, da pri obravnavi oziroma aktivnosti temo obravnavajo vedno. Anketiranci so ob tem imeli možnost opredelitve, da posamezne obravnave/aktivnosti v praksi sploh ne izvajajo. Ker so bili podatki merjeni na ordinalni lestvici, smo za postavke lahko izračunali skupno mero zanesljivosti, ki je pokazala, da je koeficient Cronbach alfa znašal 0,65, kar predstavlja sprejemljivo zanesljivost. Pri pogostosti obravnav

posameznih ciljnih skupin udeležencev je vrednost 1 pomenila, da izvajalci delavnic izbrane skupine ne obravnavajo nikoli, vrednost 2, da izbrano ciljno skupino obravnavajo redko, vrednost 3, da izbrano ciljno skupino obravnavajo občasno, vrednost 4, da izbrano ciljno skupino obravnavajo pogosto, vrednost 5 pa, da posamezno ciljno skupino obravnavajo vedno. Za posamezne postavke oziroma ciljne skupine pacientov smo izračunali skupno mero zanesljivosti, ki je pokazala, da je koeficient Cronbach alfa znašal 0,83, kar predstavlja dobro mero zanesljivosti, ki je pomenila, da bi dobili podobne rezultate, če bi pri enaki skupini ljudi ponovno aplicirali to vprašanje. Anketa je bila sestavljena iz treh sklopov vprašanj. Prvi sklop je bil sestavljen iz demografskih vprašanj, drugi sklop je bil sestavljen iz vprašanj o načinih obravnav izvajalcev ter tretji sklop je bil sestavljen iz vprašanj o udeležencih obravnave.

3.3.3 Opis vzorca

Za raziskavo v diplomskem delu smo uporabili namenski vzorec vseh predvidenih izvajalcev obravnave in aktivnosti na področju telesne dejavnosti, ki so zaposleni v CKZ in ZVC po vsej Sloveniji. Prek e-korespondence smo iz Centra za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja na NIJZ pridobili informacijo, da je bilo novembra 2021 v CKZ in ZVC skupaj registriranih 81 rednih izvajalcev s področja telesne dejavnosti. Vzorec je relativno reprezentativen, saj je bila odzivnost v raziskavi 53 %. Sodelovalo je 43 anketirancev, zaposlenih v CKZ oziroma ZVC, od tega 33 žensk (76,7 %) ter 10 moških (23,3 %). Njihova povprečna starost znaša 34 let, približno 68 % anketirancev pa je starih med 24 in 44 let (min. = 24, maks. = 60, PV = 34,00, SO = 9,45). Anketiranci se razlikujejo v najvišji doseženi stopnji izobrazbe. Največ (n = 31, 72,1 %) jih ima zaključeno visokošolsko strokovno izobrazbo, manj (n = 9, 20,9 %) visokošolsko univerzitetno izobrazbo, najmanj (n = 3, 7,0 %) pa višjo strokovno oziroma višješolsko izobrazbo. Med njimi največji delež (n = 31, 72,1 %) predstavlja profil fizioterapevta, kineziologov je malo (n = 8, 18,6 %), tisti, ki so hkrati fizioterapevti in kineziologi, pa so zgolj trije (7,0 %). V vzorec je vključena tudi ena diplomirana medicinska sestra (2,3 %). Povprečna delovna doba anketirancev v CKZ ali ZVC je približno 3 leta (min. = 0, maks. = 15, PV = 3,26, SO = 2,41). Trije anketiranci (7,0 %) so zaposleni manj kot eno leto, eden od njih (2,3 %) pa je poročal o delovni dobi 15 let, kar predstavlja najvišjo delovno

dobro med vsemi anketiranimi v vzorcu. Anketiranci so predstavniki različnih ZVC in CKZ po Sloveniji, kar lahko vidimo v tabeli 1. Najmanj jih je iz obalno-kraške in posavske regije, največ pa iz osrednjeslovenske, podravske in pomurske regije.

Tabela 1: Statistična regija delovne ustanove

| Statistična regija | <i>f</i> | % |
|-----------------------|----------|-------|
| Osrednjeslovenska | 6 | 13,9 |
| Gorenjska | 5 | 11,6 |
| Koroška | 3 | 6,9 |
| Goriška | 4 | 9,3 |
| Obalno-kraška | 1 | 2,3 |
| Primorsko-notranjska | 3 | 7,0 |
| Zasavska | 2 | 4,7 |
| Posavska | 1 | 2,3 |
| Savinjska | 4 | 9,3 |
| Podravska | 6 | 14,0 |
| Pomurska | 6 | 14,0 |
| Jugovzhodna Slovenija | 2 | 4,7 |
| Skupaj | 43 | 100,0 |

Legenda: *f* = frekvenca oz. število odgovorov; % = odstotni delež.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred začetkom anketiranja smo pridobili dovoljenje Komisije za diplomska in podiplomska zaključna dela Fakultete za zdravstvo Angele Boškin za izvedbo raziskave. Sklep Komisije za diplomska in podiplomska zaključna dela je zapisan pod številko 10/07-4/2022-MB. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje direktorjev zdravstvenih domov in vodij vseh CKZ in ZVC za sodelovanje v spletni anketi. Raziskava je potekala anonimno in prostovoljno. Po pridobitvi soglasij smo povabilo k sodelovanju v spletni anketi posredovali diplomiranim fizioterapevtom in diplomiranim kineziologom prek njihovih vodij centrov. Anketni vprašalnik je bil dostopen od 14. 3. 2022 do 19. 5. 2022. Podatke smo pridobili s pomočjo spletne platforme 1KA, nato pa jih izvozili in

obdelali s pomočjo statističnega računalniškega programa IBM SPSS Statistics 23.0. Podatke smo analizirali s pomočjo opisne statistike, pri čemer smo računali frekvenčne in odstotne vrednosti ter mere centralne tendence in razpršenosti, če je narava podatkov to dopuščala. Za dva sklopa vprašanj, kjer je bila merska raven podatkov ustrezna, smo izračunali tudi mero zanesljivosti Cronbachovega koeficienta alfa.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Delež obravnavanih ljudi s stresno urinsko inkontinenco

Anketiranci so v večini poročali, da se delež pacientov s SUI v njihovih obravnavah giblje v srednjem obsegu oziroma med 40 in 59 %, kar v povprečju predstavlja približno polovico udeležencev v posamezni aktivnosti. Pri 17 izvajalcih aktivnosti, ki predstavljajo 39,5 % vzorca, so pacienti s SUI predstavljali manjšino oziroma med 20 in 39 %. Pri sedmih izvajalcih aktivnosti, ki predstavljajo 17 % vzorca, so pacienti s SUI predstavljali večji delež – več kot 60 % udeležencev, pri enem izvajalcu aktivnosti pa je bila udeležba pacientov nižja od 20 %. Natančnejši prikaz lahko vidimo v tabeli 2.

Tabela 2: Delež udeležencev delavnic, ki se spopadajo s stresno urinsko inkontinenco

| Delež | <i>f</i> | % |
|---|----------|-------|
| Vsi ali velika večina (več kot 80 %) | 6 | 14,0 |
| Večina (med 60 % in 80 %) | 1 | 2,3 |
| V srednjem obsegu (med 40 % in 59 %) | 18 | 41,9 |
| Manjšina (med 20 % in 39 %) | 17 | 39,5 |
| Nobeden ali v zelo majhnem obsegu (manj kot 20 %) | 1 | 2,3 |
| Skupaj | 43 | 100,0 |

Legenda: *f* = frekvenca oz. število odgovorov; % = odstotni delež.

Anketiranci so ocenjevali, da sta najpogostejši zaznani obliki UI, zaradi katere prihajajo udeleženci, SUI ($n = 19$, 44,2 %) in MUI ($n = 19$, 44,2 %). Približno četrtina ($n = 11$, 25,6 %) anketirancev pa je poročala o obravnavi pacientov z UUI.

Na obravnave so udeleženci v večini primerov ($n = 30$, 69,8 %) napoteni s strani osebnega zdravnika in referenčne diplomirane medicinske sestre. Več kot polovica izvajalcev je poročala, da pacienti pridejo tudi samoiniciativno brez napotitve ($n = 25$, 58,1 %). Petnajst izvajalcev je poročalo o napotitvi s strani ginekologa ($n = 15$, 34,9 %), približno četrtina jih je poročala o napotitvah fizioterapevta iz ambulante ($n = 11$, 25,6 %), trije (7 %) pa so poročali o napotitvah s strani patronažne medicinske sestre. En anketiranec (2,3 %) je navedel, da pridejo tudi tisti, ki ga poznajo oziroma vidijo oglaševanje obravnave na Facebooku. Natančnejše deleže odgovorov lahko vidimo v tabeli 3.

Tabela 3: Napotitveni profili

| Napotitveni profil | <i>f</i> | % |
|---|----------|------|
| Osebni zdravnik | 30 | 69,8 |
| Referenčna diplomirana medicinska sestra | 30 | 69,8 |
| Fizioterapevt iz ambulante | 11 | 25,6 |
| Patronažna medicinska sestra | 3 | 7,0 |
| Ginekolog | 15 | 34,9 |
| Pacienti pridejo samoiniciativno brez napotitve | 25 | 58,1 |
| Poznanstvo/oglas prek Facebooka | 1 | 2,3 |

Legenda: *f* = frekvenca oz. število odgovorov; % = odstotni delež.

3.4.2 Pogostost obravnave tem, vezanih na stresno urinsko inkontinenco, v posamezni obravnavi oziroma pri posamezni aktivnosti

Iz tabele 4 lahko vidimo, da so individualna svetovanja oziroma pogovorne ure v praksi izvajali vsi anketiranci ($n = 43$), v njih teme, vezane na SUI, obravnavajo pogosto (PV = 3,58). Na delavnici Gibam se anketiranci v povprečju teme, vezane na SUI, obravnavajo pogosto (PV = 3,95), medtem ko štirje anketiranci (9,3 %) tovrstne delavnice v praksi sploh niso izvajali. Delavnico Zdravo hujšanje je izvajalo 35 anketirancev, kar predstavlja 81,4 % celotnega vzorca. Med temi anketiranci teme, vezane na SUI, ravno tako obravnavajo pogosto (PV = 4,00). Ker gre tukaj za najvišjo povprečno vrednost, kaže na to, da na tej delavnici najpogosteje obravnavajo teme, vezane na SUI, znotraj našega vzorca. Pri aktivnostih v lokalni skupnosti anketiranci najmanjkrat obravnavajo teme, vezane na SUI, saj je povprečna vrednost težila k vrednosti 3, ki je pomenila le občasno izvajanje. Ta aktivnost pa pri sedmih anketirancih (16,3 %) ni bila izvajana. Nekateri

anketiranci (9,3 %) so navajali, da obravnavajo teme, vezane na SUI, tudi v Šoli za starše, pri programu Vadbe za nosečnice ter programu Priprave na porod in starševstvo. Standardni odkloni se pri vseh aktivnostih gibljejo okoli vrednosti 1, kar pomeni, da je bila večina oziroma 68 % podatkov od povprečja oddaljenih za maksimalno eno lestvično vrednost.

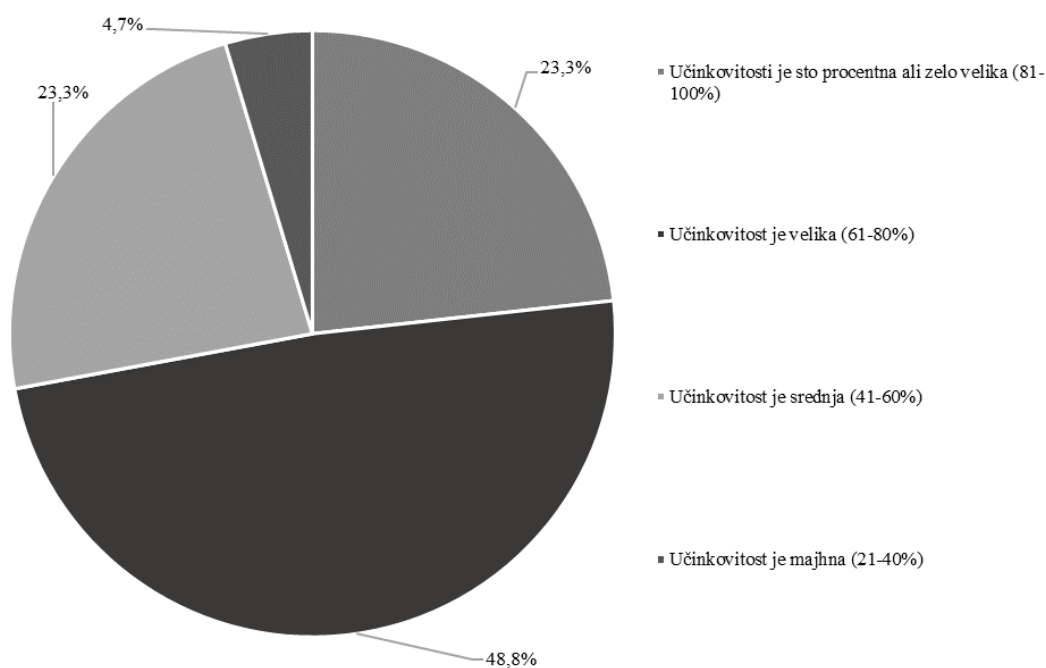
Tabela 4: Opisna statistika pogostosti obravnave tem, vezanih na stresno urinsko inkontinenco

| Obravnave/aktivnosti | N | Min. | Maks. | PV | SO |
|--------------------------------------|----|------|-------|------|------|
| Individualna svetovanja/pogovore ure | 43 | 1 | 5 | 3,58 | 1,05 |
| Delavnica Gibam se | 39 | 1 | 5 | 3,95 | 1,07 |
| Delavnica Zdravo hujšanje | 35 | 1 | 5 | 4,00 | 1,06 |
| Aktivnosti v lokalni skupnosti | 36 | 1 | 5 | 2,78 | 1,05 |

Legenda: n = število odgovorov; Min. = minimalna vrednost; Maks. = maksimalna vrednost; PV = aritmetična sredina; SO = standardni odklon.

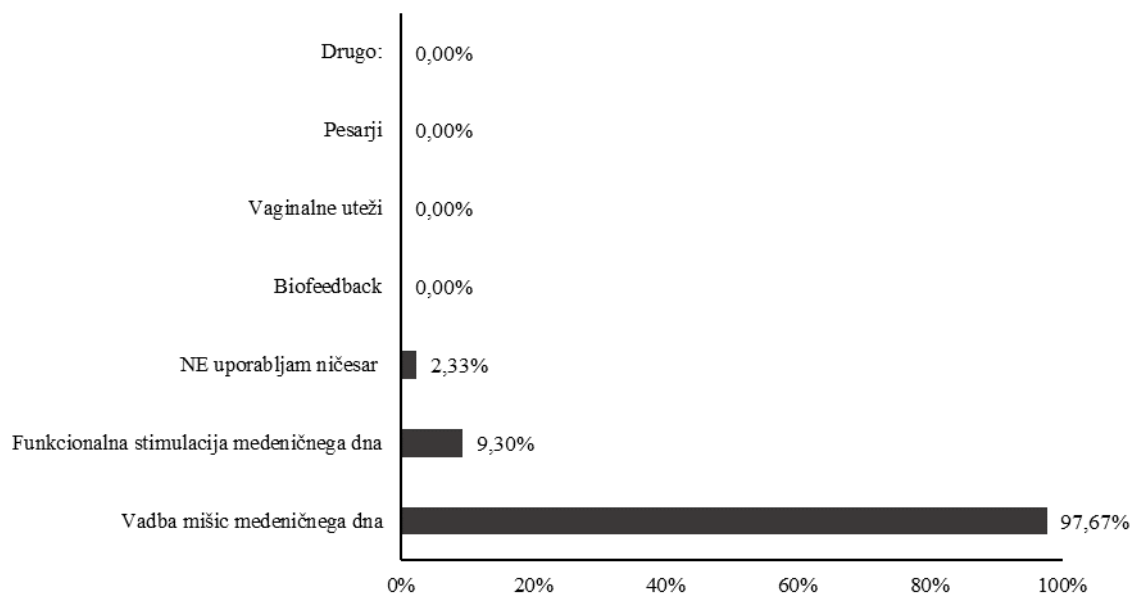
3.4.3 Načini obravnav oseb s stresno urinsko inkontinenco

Iz slike 1 lahko vidimo, da približno polovica anketirancev ($n = 21$, 48,8 %) ocenjuje učinkovitost vadbe mišic medeničnega dna pri zdravljenju SUI kot visoko učinkovito (učinkovita v 61–80 %), približno četrtnina ($n = 10$, 23,3 %) jih je mnenja, da je učinkovitost stoo odstotna oziroma zelo velika (učinkovita v 81–100 %). Prav tako jih je približno četrtnina ($n = 10$, 23,3 %) mnenja, da je učinkovitost srednja (učinkovita v 41–60 %). Dva anketiranca (4,7 %) pa sta učinkovitost metode ocenila kot majhno (učinkovito v 21–40 %).



Slika 1: Delež ocen učinkovitosti vadbe mišic medeničnega dna pri zdravljenju stresne urinske inkontinence

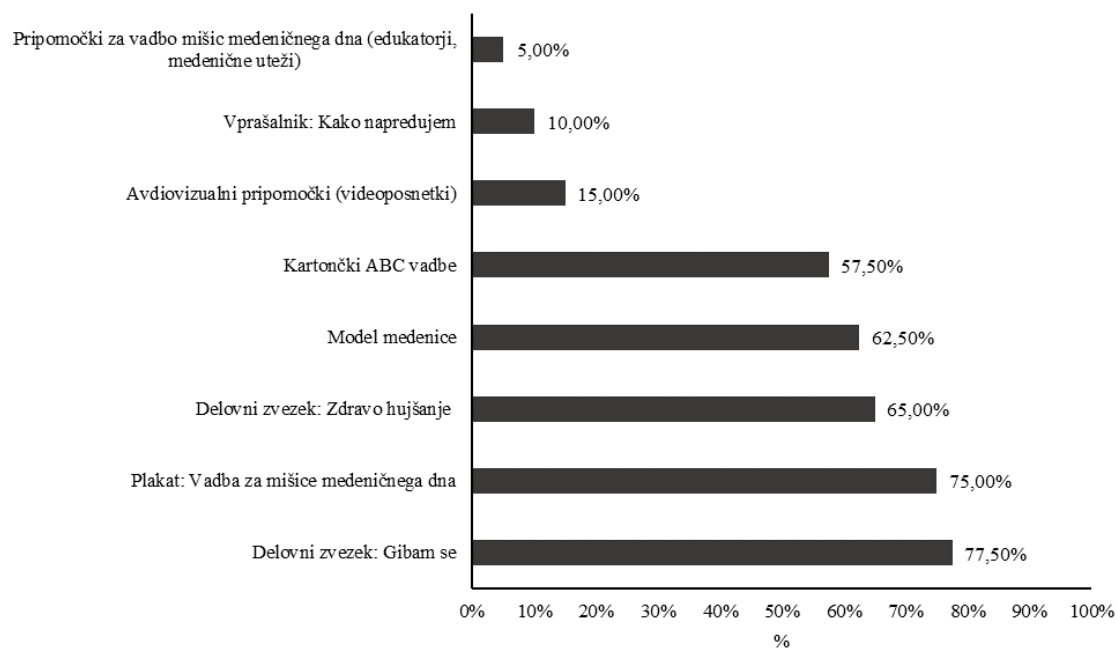
Kot najpogostejša metoda oziroma tehnika obravnave posameznikov v namene konservativnega zdravljenja SUI se je izkazala vadba mišic medeničnega dna, ki jo izvajajo skoraj vsi ($n = 42, 97,7 \%$), z izjemo enega anketiranca. Štirje anketiranci, ki so predstavljali $9,3 \%$ vzorca, pa so poročali tudi o uporabi stimulacije medeničnega dna. Ostalih podanih metod se izvajalci, vključeni v vzorec, niso posluževali, kar lahko vidimo v grafu na sliki 2.



Slika 2: Metode in tehnike oziroma pripomočki za konservativno zdravljenje stresne urinske inkontinence

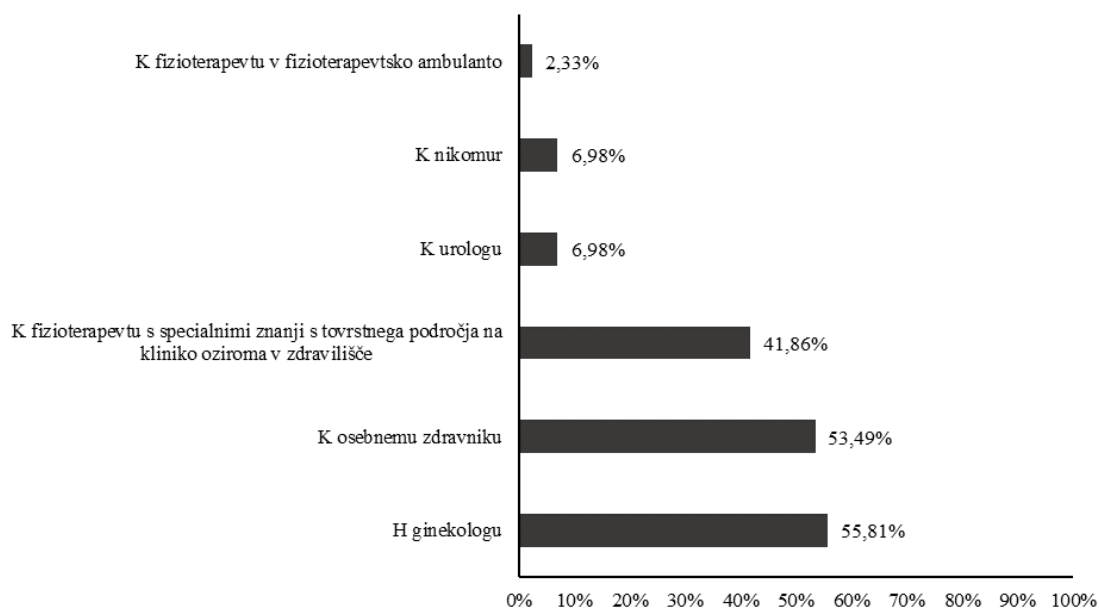
Večina anketirancev ($n = 40$, 93,0 %) je poročala o uporabi didaktičnih pripomočkov, trije anketiranci (7,0 %) pa so navedli, da teh pri svojem delu ne uporabljajo.

Med tistimi, ki so poročali o uporabi didaktičnih pripomočkov, sta bila najpogosteje uporabljena delovni zvezek Gibam se (77,50 %) in plakat Vadba za mišice medeničnega dna (75,0 %). Sledili so jima delovni zvezek Zdravo hujšanje (65,0 %), model medenice (62,50 %), kartončki ABC-vadbe (57,50 %), avdiovizualni pripomočki (videoposnetki) (15,0 %), vprašalnik: Kako napredujem (10,0 %) ter pripomočki za vadbo mišic medeničnega dna (edukatorji, medenične uteži) (5,0 %). Natančnejši prikaz lahko vidimo v grafu na sliki 3. Anketiranci so poleg navedenih poročali tudi o uporabi modela hrbtenice, spletne strani NIJZ (predvsem ob temi telesne dejavnosti v nosečnosti) in o lastnih didaktičnih pripomočkih (npr. PowerPoint predstavitev).



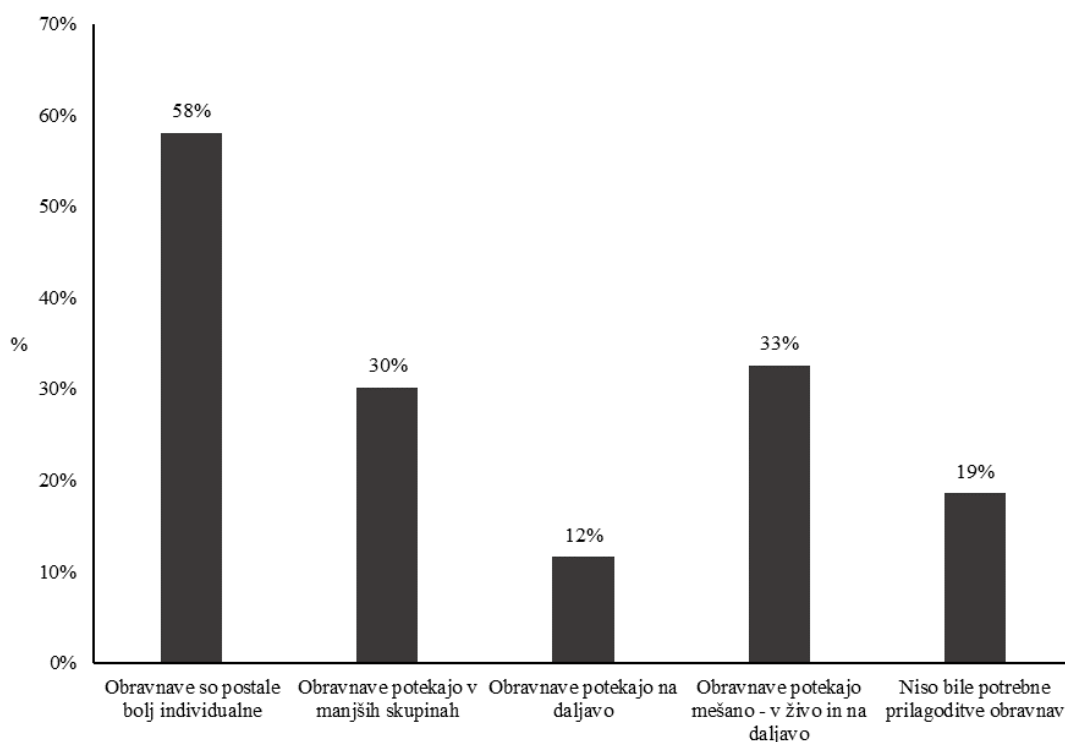
Slika 3: Uporabljeni didaktični pripomočki

Če izvajalci obravnav ugotovijo, da udeleženci obravnav oziroma aktivnosti v povezavi s SUI ali katero drugo obliko UI potrebujejo dodatno in bolj poglobljeno obravnavo, jih v približno polovici primerov napotijo k osebnemu zdravniku ($n = 23$, 53,5 %) ali ginekologu ($n = 24$, 55,8 %). Napoteni so tudi k fizioterapevtu s specializiranimi znanji v kliniko oziroma zdravilišče ($n = 18$, 41,9 %), manj pa k urologu ($n = 3$, 7,0 %) in fizioterapevtu v fizioterapevtsko ambulanto ($n = 1$, 2,3 %). Trije anketiranci so navedli, da izkušnje z napotovanjem naprej še niso imeli bodisi zaradi lastnega višjega znanja bodisi zaradi odsotnosti tovrstne situacije. Prikaz rezultatov lahko vidimo v grafu na sliki 4.



Slika 4: Napotitev na nadaljnjo obravnavo

Zanimalo nas je tudi, ali je med epidemijo covid-19 prišlo do posameznih prilagoditev dela v postopku obravnave udeležencev. Iz grafičnega prikaza na sliki 5, kjer so predstavljene odstotne vrednosti, lahko vidimo, da je največji delež anketirancev ($n = 25$, 58,1 %) poročal o bolj individualnih obravnavah; približno 30 % anketirancev ($n = 13$, 30,2 %) je poročalo o spremembi velikosti skupin od večjih do manjših ter o spremembi okolja poteka – potekajo tako v živo kot na daljavo ($n = 14$, 32,6 %). Približno petina anketirancev ($n = 8$, 18,6 %) je poročala o tem, da prilagoditve niso bile potrebne; približno desetina ($n = 5$, 11,6 %) pa je poročala o tem, da so se obravnave prestavile na daljavo. Povzamemo lahko, da so bile prilagoditve narejene, vendar niso bile drastične: obravnave so postale nekoliko bolj individualne, potekale pa so tako v živo kot na daljavo.

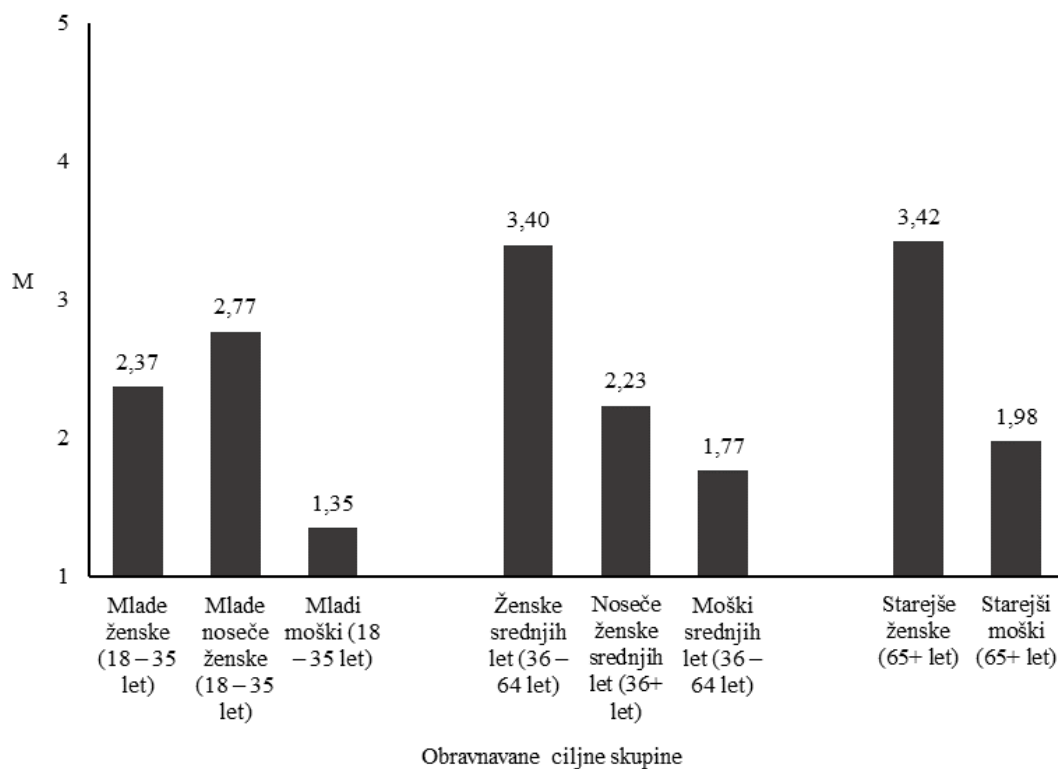


Slika 5: Prilagoditev dela zaradi epidemije covid-19

Zanimalo nas je tudi, v kolikšni meri si izvajalci obravnav za svoje delo želijo pridobiti dodatna in poglobljena znanja v povezavi s SUI. Skoraj vsi anketiranci ($n = 41$, 95,3 %), z izjemo dveh (4,7 %), so poročali o želji po pridobivanju tovrstnih dodatnih in poglobljenih znanj.

3.4.4 Pogostost obravnavanih ciljnih skupin s stresno urinsko inkontinenco

V sliki 6 lahko natančneje vidimo, da so v vseh starostnih kategorijah najpogosteje obravnavane ženske. Najpogosteje so obravnavane starejše ženske (65+ let) ($PV = 3,42$), sledijo jim ženske srednjih let (36–64 let) ($PV = 3,40$). Med mlajšimi so najpogosteje obravnavane noseče ženske ($PV = 2,77$). Moški so v vseh starostnih obdobjih obravnavani manj kot ženske. Tako pri ženskah kot pri moških pa s starostjo narašča delež tistih, ki se vključujejo v obravnave zaradi SUI.



Slika 6: Pogostost obravnavanja ciljnih skupin

Izvajalci obravnave ocenjujejo, da sloja obravnavanih udeležencev v približno polovici primerov ($n = 24$, 55,8 %) ne poznajo. Približno 30,2 % ($n = 13$) pa jih je navedlo, da so ti nižjega srednjega sloja. Manj pa je tistih, ki so poročali o obravnavi udeležencev, ki prihajajo iz nižjega ($n = 1$, 2,3 %), srednjega višjega oziroma višjega sloja ($n = 5$, 11,7 %).

Ocenjevali smo tudi mnenje izvajalcev obravnave/aktivnosti glede velikosti življenjskega problema, ki ga SUI predstavlja njihovim udeležencem obravnave. V povprečju po mnenju izvajalcev obravnave/aktivnosti njihovim udeležencem SUI predstavlja od srednje velik do velik življenjski problem ($n = 30$, 69,7 %).

3.5 RAZPRAVA

Naša raziskava je pokazala, da je po mnenju anketirancev delež udeležencev, ki prihajajo na individualna svetovanja in/ali skupinske obravnave in se spopadajo s SUI, med 40 in

59 %. Na nekaterih delavnicah se vsi ali velika večina spopada s SUI, kar predstavlja SUI kot močno razširjen problem. Obstaja možnost, da se ljudje bojijo oziroma sramujejo govoriti o svojih težavah glede UI ter se tako ne odkrije celotnega števila oseb z UI. Po raziskavi *Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord-Trøndelag (EPINCONT)*, ki je potekala od leta 1995 do leta 1997 na Norveškem, so poslali vprašalnike 34.755 ženskam, starim 20 let ali več. Rezultati so pokazali, da se 25 % žensk spopada z UI (Hannestad, et al., 2000). Raziskava, kjer so anketirali 68 naključno izbranih zdravnikov družinske medicine in 3.057 pacientov, potrjuje, da so pacienti mnenja (23,2 %), da je UI težava, ki se pojavi v starosti in s čimer se je treba sprijazniti (But, et al., 2013). Po rezultatih naše raziskave vidimo, da se udeleženci obravnav enako pogosto spopadajo tako z MUI kot s SUI. Raziskava EPINCONT je pokazala tudi, da se pri 27.936 ženskah SUI pojavlja v 50 % (Hannestad, et al., 2000). Po rezultatih v raziskavi, izvedeni leta 2011 v Zdravstvenem domu Šiška, so ugotovili, da ima od 105 pacientk 69 % oziroma 72 pacientk SUI (Palkovič, 2012). Metaanaliza, narejena po študiji LUTS POLAND, kjer so proučili 6.005 anket (3393 žensk, 2612 moških), je pokazala, da imajo ženske najpogosteje SUI (248 oseb kar predstavlja 7,3 %), moški pa UUI (61 oseb oziroma 2,3%) (Przydacs, et al., 2021). Raziskava, ki jo je naredil But s sodelavci (2013), je pokazala, da ima največ oseb MUI (69,6 %), SUI (16,8 %) in UUI (13,6 %). Največ oseb je v naši raziskavi na obravnave poslanih s strani osebnega zdravnika ter referenčne diplomirane medicinske sestre, medtem ko jih dobra polovica pride samoiniciativno in dobra tretjina s strani ginekologa, približno četrtno jih pošljejo ambulantni fizioterapevti. V raziskavi avtorice Palkovič (2012) je bilo 52 % oziroma 55 pacientk napotnih s strani ginekologa, 20 % oziroma 21 oseb s strani splošnega zdravnika in 28 % oziroma 29 oseb je na obravnave prišlo samoiniciativno ter v raziskavi avtorja But s sodelavci (2013) zdravniki v največ primerih napotijo paciente na nadaljnjo obravnavo k specialistu (92,7 %).

Rezultati naše raziskave kažejo, da so teme, vezane na SUI, najpogosteje obravnavane na delavnici Zdravo hujšanje. Raziskava, vodena s strani NIJZ, ki je potekala od 31. 3. 2015 do 30. 11. 2015 v pilotnih okoljih zdravstvenih domov Celje, Sevnica in Vrhnika, je pokazala, da v Zdravstvenem domu Sevnica poglavje o UI skupaj z učenjem aktivacije mišic medeničnega dna najraje izvajajo individualno (NIJZ, 2016). Debelost je dejavnik tveganja za nastanek SUI, kar potrjuje tudi raziskava *The Nurses' Health Study II* iz leta

2001, kjer so vprašalnik poslali 116.671 ženskam. Ugotovili so, da imajo med 101.294 anketiranimi ženskami tiste, ki imajo indeks telesne mase več kot 30 kg/m^2 , v primerjavi s tistimi z indeksom telesne mase od 22 kg/m^2 do 24 kg/m^2 kar 2-krat večjo verjetnost za nastanek občasne UI ter 3-krat večjo možnost za nastanek hude UI (Danforth, et al., 2006). Največ izvajalcev obravnav v CKZ in ZVC ocenjuje vadbo mišic medeničnega dna kot visoko učinkovito (61–80 % učinkovitost), če se jo pravilno in dosledno izvaja po na z dokazi podprtih navodilih. Velik odstotek pa jih je tudi mnenja, da je učinkovitost zelo velika (81–100 % učinkovitost). V raziskavi, izvedeni leta 2011 v Zdravstvenem domu Šiška, so na 105 pacientkah ugotovili, da se je po treh mesecih redne vadbe mišic medeničnega dna 35 pacientkam stanje popolnoma uredilo, 47 se je stanje izboljšalo, 17 pacientk ni videlo niti izboljšanja niti poslabšanja, 4 pacientkam so se zadeve poslabšale, 2 pacientki pa se nista izjasnili glede počutja. V raziskavi je sodelovalo 72 pacientk s SUI, 33 pacientk je čutilo izboljšavo, 35 jih je trdilo, da so se zadeve popolnoma uredile, 4 pa niso čutile nobene spremembe po trimesečni obravnavi (Palkovič, 2012). Metaanaliza, ki jo je naredila García-Sánchez s sodelavci (2019), kjer so analizirali 1.701 članek, je pokazala, da vadba mišic medeničnega dna znatno zmanjša izgubo urina. Pokazala je tudi, da je večje izboljšanje urinske inkontinence pri osebah, ki so vadbo mišic medeničnega dna izvajale večkrat na teden. Tudi metaanaliza, narejena po 615 študijah, je pokazala, da se stanje urinske inkontinence z vadbo mišic medeničnega dna znatno izboljša (Li, et al., 2016). Poleg vadbe mišic medeničnega dna se anketiranci v naši raziskavi poslužujejo tudi stimulacije medeničnega dna. Metaanaliza, ki jo je naredil Moroni s sodelavci (2016), je pokazala, da ima vadba mišic medeničnega dna velik učinek na rezultat, saj zmanjša pogostost uhajanja urina in zviša kakovost življenja. Poleg vadbe mišic medeničnega dna se anketiranci v naši raziskavi poslužujejo tudi stimulacije medeničnega dna. Metaanaliza Moroni s sodelavci (2016) je pokazala, da ima kombinirano zdravljenje, kjer gre za zdravljenje z vadbo mišic medeničnega dna in z drugimi metodami za konservativno zdravljenje (biološka povratna zveza, stimulacija medeničnega dna in vaginalne uteži), boljši učinek na rezultat zdravljenja. Tudi metaanaliza García-Sánchez (2019) je pokazala, da ima vadba mišic medeničnega dna ugoden učinek pri zdravljenju stresne urinske inkontinence, če se izvaja skupaj s konservativnim zdravljenjem (vaginalne uteži). Večina naših anketirancev uporablja didaktične pripomočke, saj so potrebni za boljše razumevanje. Pripomočka, ki ju najpogosteje uporabljajo, sta delovni zvezek

Gibam se ter plakat Vadba za mišice medeničnega dna. V raziskavi, ki je potekala od 31. 3. do 30. 11. 2015 in jo je izvedel NIJZ, kjer je sodelovalo 4.346 oseb, so ugotovili, da izvajalci uporabljajo različne didaktične pripomočke (NIJZ, 2016). Kadar udeleženci obravnav potrebujejo dodatno in bolj poglobljeno obravnavo glede SUI, jih izvajalci obravnav oziroma anketiranci naše raziskave najpogosteje naprej usmerijo h ginekologu ali osebnemu zdravniku. V veliko primerih jih usmerijo tudi k fizioterapevtu s specialnimi znanji s tovrstnega področja na kliniko oziroma v zdravilišče. Možnosti, kot so usmeritve k urologu ali fizioterapevtu v fizioterapevtsko ambulanto, se poslužuje zelo malo izvajalcev. V raziskavi, ki jo je izvedel NIJZ (2016), so ugotovili, da paciente najpogosteje naprej napotijo k osebnemu zdravniku, v patronažno službo in h ginekologu. Po rezultatih naše raziskave so obravnave med epidemijo covid-19 v več kot polovici primerov postale bolj individualne ali pa potekajo v manjših skupinah ter hkrati v živo in na daljavo. V letnem poročilu 2021 iz Zdravstvenega doma Nova Gorica vidimo, da so bili preventivni programi izvedeni samo v 31 %, saj je bil CKZ tretjino leta povsem neaktiven, v ostalem delu leta pa je deloval v zmanjšani kadrovski sestavi. Programi so potekali na daljavo (Zdravstveni dom Nova Gorica, 2022). Tudi ZVC Ljubljana je v letu 2020 dvakrat prekinil delovanje (spomladi in jeseni). Poleti in jeseni so skupine postale manjše (5 udeležencev) ali bolj individualne. Delavnic, pričetih v jesenskem času, zaradi ponovne prekinitve/ukinitve dejavnosti niso mogli dokončati (Zdravstveni dom Ljubljana, 2021).

Anketiranci si želijo tudi pridobiti dodatna in poglobljena znanja v povezavi s SUI. Kar je bilo že podano leta 2016, ko je NIJZ izvedel raziskavo o pilotni izvedbi programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanju neenakosti v zdravju pri odraslih. Njihove ugotovitve so pokazale, da imajo izvajalke na delavnici Gibam se premalo znanja na določenih področjih (NIJZ, 2016). Pomembno bi bilo raziskati, katera znanja že imajo in katera znanja bi si želele še pridobiti.

Naša raziskava je pokazala, da so najpogosteje obravnavane starejše ženske (65+ let), sledijo jim ženske srednjih let (36–64 let) in nato mlade noseče ženske (18–35 let). Moški so obravnavani manj kot ženske. Tako pri ženskah kot pri moških pa s starostjo narašča delež tistih, ki se vključujejo v obravnave zaradi SUI. Podobno potrjuje tudi raziskava

EPINCONT, kjer so ugotovili, da pogostost UI narašča s starostjo. Najmanjša pogostost se kaže pri mlajših starostnih skupinah (12 % pri ženskah, starih manj kot 30 let), sledijo ženske srednje starosti (30 % pri ženskah, starih 50–54 let), največja pogostost pa je pri starejših ženskah (40 % pri ženskah nad 90 let) (Hannestad, et al., 2000). Tudi metaanaliza, narejena po študiji LUTS POLAND, ki je zajemala 6.005 intervjujev, je pokazala, da je pojavnost UI večja pri ženskah in se povečuje s starostjo (Przydacz, 2021). Raziskava po avtorju But (2013) je pokazala, da se pogosteje z UI srečujejo ženske, in sicer v 39 %, moški pa v 14, 1 % (od vseh 3.057 anketiranih pacientov). Metaanaliza, ki jo je naredil Moossdorff-Steinhauser s sodelavci (2021), je pokazala, da pojavnost UI med nosečnicami, ki so v zgodnji nosečnosti, znaša med 16, 4 % in 21, 7 % ter da se v pozni nosečnosti poveča, in sicer znaša med 45,6 % in 63,2 %. Ugotovili so tudi, da pojavnost UI med nosečnostjo ne glede na trimesečje znaša med 16,8 % in 39, 1%. Družbeni sloj obravnavanih udeležencev v polovici primerov v naši raziskavi ni poznan, tam, kjer je poznan, pa so udeleženci večinoma nižjega srednjega sloja. UI predstavlja od srednje velik do velik življenjski problem po podatkih naše raziskave. Kar potrjuje tudi raziskava EPINCONT, ki je pokazala, da uhajanje urina predstavlja za 10 % oseb z UI velik življenjski problem. Dvema tretjinama žensk z UI uhajanje ni predstavljal nobene težave ali pa je bilo le majhna nadloga. Ugotovili so povezavo med indeksom resnosti inkontinence in oceno inkontinence kot težave. Med ženskami z rahlo inkontinenco je 10 % žensk odgovorilo, da jih simptomi motijo. Med ženskami z zmerno UI jih je 34 % odgovorilo, da jih simptomi motijo. Med ženskami s hudo UI jih je 73 % odgovorilo, da jih simptomi motijo (Hannestad, et al., 2000). Metaanaliza, narejena po študiji LUTS POLAND, ki jo je izvedel Przydacz s sodelavci leta 2021, dokazuje, da UI osebe moti. Za ženske je najbolj moteča mešana UI, za moške pa že kakršnokoli manjše uhajanje urina.

Naša raziskava ima nekaj pomanjkljivosti, in sicer je v anketi sodelovala le dobra polovica oziroma 53 % izvajalcev obravnav in aktivnosti. Kljub temu da smo pridobili soglasje mnogih direktorjev zdravstvenih domov in vodij CKZ in ZVC za sodelovanje v spletni anketi, od izvajalcev obravnav in aktivnosti v praksi nismo dobili rešenih vseh vprašalnikov. Ker smo vprašalnik oblikovali sami in ni bil povzet po nobenem drugem avtorju zaradi edinstvene slovenske mreže CKZ in ZVC v javnem zdravstvenem sistemu,

je prihajalo do težav pri iskanju primerljivih rezultatov z raziskavami drugih avtorjev ter časovnem obsegu izvedenih raziskav. Skupna mera zanesljivosti dveh ključnih vprašanj je pokazala, da je koeficient Cronbach alfa pri enem znašal 0,83, kar je predstavljalo dobro mero zanesljivosti, ter pri drugem 0,65, kar predstavlja sprejemljivo zanesljivost. Glede na vprašalnik smo lahko odgovore analizirali s pomočjo univariatne statistike. Za bivariatno statistiko bi lahko raziskali razlike, ki jih delajo moški in ženske pri obravnavi pacientov. Vprašalnik bi lahko poslali udeležencem obravnav in raziskali razlike v prevalenci UI med spoloma. Ker rezultati naše raziskave izhajajo iz subjektivnega mnenja anketirancev, bi anketiranci lahko v prihodnje pregledali podatke telesnih dejavnosti iz nekega časovnega okvira, ki bi jim ga zadali, in bi tako dobili objektivne podatke.

Z našo raziskavo smo ugotovili, da je SUI pogosto prisotna v CKZ in ZVC, in to predvsem na delavnici Zdravo hujšanje ter pri najstarejših ženski populaciji (65+), kar nam da vedeti, da se moramo v teh centrih bolj posvetiti dotični ciljni skupini s tovrstno patologijo.

V prihodnosti bi lahko podrobneje raziskali vzroke za enako pojavnost SUI in MUI v CKZ in ZVC, saj smo po trenutnem vprašalniku ugotovili enako pogosto prisotnost obeh UI. V nadaljnjih raziskavah bi lahko podrobneje raziskali že pridobljena znanja anketirancev ter poglobljeno informacijo o natančnih želenih znanjih s tega področja. Med drugim smo odkrili, da vadbeni del izvaja v enem primeru tudi diplomirana medicinska sestra, za katero ne vemo, ali je bila posebej oziroma dodatno izobražena za tovrstno področje. Ravno tako bi lahko z nadaljnjo raziskavo zasnovali ciljno usmerjen vprašalnik za udeležence obravnav, da bi dobili natančnejše podatke o velikosti problema SUI. Z raziskavami v prihodnosti bi lahko tudi ugotovili, kaj lahko storimo, da bi bili pacienti bolj izobraženi o načinih preventive in zdravljenja SUI, ter koliko so že ozaveščani o vsem tem. Nazadnje bi lahko raziskali tudi dostopnost zdravstvenih informacij o možnih načinih preventive in zdravljenja ter zakaj se pacienti raje podvržejo operativnim posegom ozirom raje uporabljajo hlačne podloge/plenice. Ugotovili bi lahko, kako velik življenjski problem predstavlja UI oziroma njeni simptomi udeležencem obravnav v različnih življenjskih obdobjih.

4 ZAKLJUČEK

Ker je odstotek oseb, ki prihajajo na individualna svetovanja in/ali skupinske obravnave in se spopadajo s SUI, visok (med 40 in 59 %), je potrebno, da se pacienti seznanijo z možnimi preventivnimi postopki in zdravljenjem. SUI ni posledica samo biološkega staranja, ampak je možnih več vzrokov za njen nastanek. SUI lahko preprečimo, zato sta pomembna preventiva in osveščanje oseb o možnih vzrokih za njen nastanek oziroma o načinih preprečevanja njenega nastanka. SUI je tudi ozdravljiva, zato je pomembno, da se razširijo informacije o možnih načinih obravnave in strokovni pomoči, ki jo ponuja zdravstvena obravnava s strani različnih strokovnjakov. Pacient lahko najhitreje znotraj slovenskega zdravstvenega sistema dostopa do preventivnih obravnave, ki jih nudijo CKZ in ZVC. Večina anketirancev vidi vadbo mišic medeničnega dna kot visoko učinkovito, zato je pomembno intenzivno ozaveščanje o pravilni in redni vadbi mišic medeničnega dna z uporabo dodatnih didaktičnih pripomočkov za lažje razumevanje o pravilnem načinu vadbe. Poleg vadbe mišic medeničnega dna je pomembna tudi uporaba drugih tehnik in metod ter pripomočkov za konservativno zdravljenje, kot so biološka povratna zveza, stimulacija medeničnega dna, vaginalne uteži ter pesarji, saj pripomorejo k hitrejšemu okrevanju. Osebe z različnimi oblikami UI se vsakodnevno spopadajo tudi z mnogimi socialnimi in psihičnimi težavami, ki jih prinaša uhajanje urina. Pomembno je, da pridobijo pomoč in informacije od dobro usposobljenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev oziroma izvajalcev vadb. Večina anketirancev si želi nadaljnjih in poglobljenih izobraževanj s tovrstnega področja. Ker je SUI še vedno tabu tema, je pomembno, da se o njej začne bolj javno govoriti. V strokovnih krogih se mora odpreti vprašanje, kaj moramo storiti, da bi se pacienti bolj odprto pogovarjali o svojih težavah z zdravstvenimi delavci. Najverjetneje bi tako našli več posameznikov obeh spolov, ki se spopadajo s SUI. Osebe molčijo o svojih težavah, čemur lahko botruje slaba osveščenost, po drugi strani pa bi lahko šlo za prepričanje, da gre bodisi za normalno stanje ali pa za zgolj začasno težavo, ki bo kmalu minila. Pomembno je, da se SUI čim prej odkrije in napoti pacienta na ustrezne konservativne obravnave. Kadar po zaključku obravnave ni izboljšanja glede SUI, je pomembno, da se pacienta usmeri k specialistu (zdravniku in/ali fizioterapevtu) na poglobljene obravnave. Ključno je, da vsi, ki sodelujejo v procesu konservativnega zdravljenja in/ali preventive, poznajo značilnosti, ki jih doživlja oseba

ob izgubi sposobnosti nadzora nad izločanjem urina. Ker se najpogosteje pojavljajo starejše ženske, je dobro osveščeno žensk. Poleg že splošno raziskanih vzrokov (starost, spol, nosečnost) bi lahko podrobneje raziskali še druge vzroke, kot so prekomerna telesna masa, kronični kašelj kot posledica kajenja, težji fizični napor ipd. V nadaljnjih raziskavah bi lahko raziskali, ali anketiranci, ki že dlje časa izvajajo obravnave, zaradi svojih izkušenj obravnave izvajajo drugače oziroma se držijo načrta, ki ga je izdal NIJZ; in ali so anketiranci mnenja, da je povezava oziroma sodelovanje med osebami, ki napotujejo udeležence na individualne in skupinske obravnave, ter CKZ oziroma ZVC dovolj močno. Na podlagi vprašalnika za udeležence obravnav bi lahko raziskali vzroke, zakaj se z zdravniki ne pogovarjajo o svojih težavah glede UI.

5 LITERATURA

Al-Shaikh, G., Syed, S., Osman, S., Bogis, A. & Al-Badr, A., 2018. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction, and quality of life. *International Journal Womens Health*, 10(1), pp. 195-201. 10.2147/IJWH.S152616.

Aoki, Y., Brown, H.W., Brubaker, L., Cornu, J.N., Daly, J.O. & Cartwright, R., 2017. Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(17042), pp. 1-19. 10.1038/nrdp.2017.42.

Avery, J. & Stocks, N., 2016. Urinary incontinence, depression and psychosocial factors – a review of population studies. *European medical journal*, 1(1), pp. 58-67.

Backović Juričan, A., Knific, T. & Djomba, J.K., 2017. Opis strukture in vsebine delavnice ter navodila za izvajalce. In: T. Knific, A. Backović Juričan & M. Petrič, eds. *Gibam se – priročnik za izvedbo delavnice (navodila za izvajalce)*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10-74.

Barbič, M., 2016. Preiskave pri urinski inkontinenci. In: I. Takač & K. Geršak, eds. *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: Medicinska fakulteta, pp. 97-99.

Berlic, N., Poličnik, R., Petrič, M., Backović Juričan, A., Sedlar, N., Keršič Svetel, M., Bučar, S., Leban, E., Govc Eržen, J., Furman, L., Medved, N. & Dolničar Marić, P., 2018. *Priročnik za izvedbo delavnice Zdravo hujšanje odraslih (navodila za izvajalce)*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 1-163.

Bø, K. & Herbert, R.D., 2013. There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 59(3), pp. 159-168. 10.1016/S1836-9553(13) 70180-2.

Bø, K., Frawley, H.C., Haylen, B.T., Abramov, Y., Almeida, F., Berghmans, B., Bortolini, M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C. & Wells, A., 2016. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 36(2), pp. 221-244. 10.1002/nau.23107.

Bø, K., Hay-Smith, J., Nygaard, I., Staskin, D. & Wyman, J., n.d. *Conservative Treatment in Women*. [online] Available at: https://www.ics.org/Publications/ICI_2/chapters/Chap10C.pdf [Accessed 9 January 2023].

Burkhard, F.C., Bosch, J.L.H.R., Cruz, F., Lemack, G.E., Nambiar, A.K., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., 2020. *EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults*. [pdf] European Association of Urology. Available at: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/EAU-Guidelines-on-Urinary-Incontinence-2020.pdf> [Accessed 6 August 2022].

But, I., Palfy, M. & Glodež, S., 2013. Uhajanje urina in prekomerna aktivnost sečnega mehurja pri bolnikih, ki obiskujejo ambulanto zdravnika družinske medicine: vseslovenska presečna raziskava na podlagi vprašalnika. *Zdravniški vestnik*, 82(4), pp. 225-233.

Danforth, K.N., Townsend, M.K., Lifford, K., Curhan, G.C., Resnick, N.M. & Grodstein, F., 2006. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2), pp. 339-345. 10.1016/j.ajog.2005.07.051.

Dass, A.K., Lo, T.-S., Khanuengkitkong, S. & Tan, Y.-L., 2013. Diagnosis and conservative management of female stress urinary incontinence. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, 2(2), pp. 48-51. 10.1016/j.gmit.2013.02.005.

Chu, C.M., Arya, L.A. & Andy, U.U., 2015. Impact of urinary incontinence on female sexual health in women during midlife. *Women's Midlife Health*, 1(6), pp. 1-12. 10.1186/s40695-015-0007-6.

Corrado, B., Giardulli, B., Polito, F., Aprea, S., Lanzano, M. & Dodaro, C., 2020. The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life: A Cross-Section Study in the Metropolitan City of Naples, *Geriatrics*, 5(4), pp. 1-14. 10.3390/geriatrics5040096.

D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., Hamid, R., Homma, Y., Marcelissen, T., Rademakers, K., Schizas, A., Singla, A., Soto I., Tse, V., de Wachter, S., & Herschorn, S., 2019. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 38(2), pp. 433-477. 10.1002/nau.23897.

Dovgan, P., Štemberger Kolnik, T. & Ravnik, D., 2018. Poznavanje funkcij mišic medeničnega dna in pomena komplementarnih konservativnih pristopov za njihovo krepitev pri ženskah. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(1), pp. 29-37. 10.14528/snr.2018.52.1.198.

García-Sánchez, E., Ávila-Gandía, V., López-Román, J., Martínez-Rodríguez, A. & Rubio-Arias, J.A., 2019. What Pelvic Floor Muscle Training Load is Optimal in Minimizing Urine Loss in Women with Stress Urinary Incontinence? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), pp. 1-15. 10.3390/ijerph16224358.

Goforth, J. & Langaker, M., 2016. Urinary Incontinence in Women. *Invited commentary*, 77(6), pp. 423-425. 10.18043/ncm.77.6.423.

Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H. & Hunskaar, S., 2000. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(11), pp. 1150-1157. 10.1016/s0895-4356(00)00232-8.

Haylen, B.T., Maher, C.F., Barber, M.D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., Goldman, H.B., Huser, M., Milani, A. I., Moran, P.A., Schaer, G.N. & Withagen, M.I.J., 2016. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourology and Urodynamics*, 35(2), pp. 137-168. 10.1002/nau.22922.

Herbison, G.P. & Dean, N., 2013. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Library*, 7(7), pp. 1-77. 10.1002/14651858.CD002114.pub2.

Herderschee, R., Jean Hay-Smith, E.C., Herbison, G.P., Roovers, J.P. & Heineman, M.J., 2013. Feedback or Biofeedback to Augment Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence in Women: Shortened Version of a Cochrane Systematic Review. *Neurourology and Urodynamics*, 32(4), pp. 325-329. 10.1002/nau.22329.

Knific, T., Backović Juričan, A., Djomba, J.K., Zupančič Tisovec, B. & Ščepanović, D., 2016. *Gibam se – delovni zvezek za udeležence delavnice*. Ljubljana: NIJZ.

Li, C., Gong, Y. & Wang, B., 2016. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis, *The International Urogynecological Association*, 27(7), pp. 981-992. 10.1007/s00192-015-2846-y.

Milsom, I., Altma, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillen, U. & Tikkinen, K., 2013. 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, S. Khoury & A. Wein, eds. *Incontinence*, Pariz, februar 2012, pp. 15-47.

Milsom, I. & Gyhagen, M., 2019. The prevalence of urinary incontinence, *Climacteric*, 22(3), pp. 217-222. 10.1080/13697137.2018.1543263.

Moosdorff-Steinhaus, H.F.A., Berghmans, B.C.M, Spaanderman, M.E.A. & Bols, E.M.J., 2021. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in

pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 32(7), pp. 1633-1652. 10.1007/s00192-020-04636-3.

Moroni, R.M., Magnani, P.S., Haddad, J.M., Castro, R.d.A., Gustavo, L. & Brito, O., 2016. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(2), pp. 97-111. 10.1055/s-0035-1571252.

Mostafaei, H., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S., Salehi-Pourmehr, H., Ghojzadeh, M., Onur, R., Al Mousa, R.T. & Oelke, M., 2020. Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis- A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. *Neurourology and Urodynamics*, 39(4), pp. 1063-1086. 10.1002/nau.24342.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, n.d. *Skupaj za zdravje*. [online] Available at: <https://www.skupajzdravje.si/> [Accessed 6 August 2022].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Ugotovitve pilotne izvedbe programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://skupajzdravje.nijz.si/media/ugotovitve.pilotne.izvedbe.programa.integrirane.preventive.kb.pri.odraslih.pdf> [Accessed 12 August 2022].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Povzetek programa skupinske vzgoje za zdravje v nosečnosti »Priprava na porod in starševstvo«*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_priprava_na_porod_in_starsevstvo_zadnja.pdf [Accessed 14 August 2022].

Newman, D.K. & Wein, A.J., 2013. Office-Based Behavioral Therapy for Management of Incontinence and Other Pelvic Disorders. *Urologic Clinics of North America*, 40(4), pp. 613-635. 10.1016/j.ucl.2013.07.010.

NICE, 2021. *Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210> [Accessed 5 January 2023].

Oliveira, L.G.P., Tavares, A.T.D.V.B., Amorim, T.V., Paiva, A.C.P.C. & Salimena, A.M.O., 2020. Impact of urinary incontinence on women's quality of life: an integrative literature review. *Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Uerj*, 28(1), pp. 1-8. 10.12957/reuerj.2020.51896.

Palkovič, V., 2012. Inkontinenca – pogosta spremljevalka starejših. In: Štemberger Kolnik, T. & Majcen Dvoršak, S., eds. *Jesen življenja – stoma, rana, inkontinenca. Rimske terme, 16.–17. marec 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 28-36.

Przydacs, M., Chlosta, M. & Chlosta, P., 2021. Population-Level Prevalence, Bother, and Treatment Behavior for Urinary Incontinence in an Eastern European Country: Findings from the LUTS POLAND Study, *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), pp. 3-10. 10.3390/jcm10112314.

Rimstad, L., Skjønhaug Larsen, E., Schiøtz, H.A., & Kulseng-Hanssen, S., 2014. Pad Stress Tests With Increasing Load for the Diagnosis of Stress Urinary Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 33(7), pp. 1135-1139.

Róin, A. & Nord, C., 2015. Urine incontinence in women aged sixty to sixty-five: negotiating meaning and responsibility. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), pp. 625-632. 10.1111/scs.12190.

Sarmiento, A.L.C., Sá, B.S., Vasconcelos, A.G., Arcanjo, D.D.R., Durazzo, A., Lucarini, M., Leite, J.R.d.S.d.A., Sousa, H.A. & Kückelhaus, S.A.S., 2022. Perspectives on the Therapeutic Effects of Pelvic Floor Electrical Stimulation: A Systematic Review.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(21), pp. 1-12. 10.3390/ijerph192114035.

Senra, C. & Pereira, M.G., 2015. Quality of life in women with urinary incontinence. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(2), pp. 178-183. 10.1590/1806-9282.61.02.178.

Skuk, E. & Blaganje, M., 2020. *Urinska inkontinenca pri ženski: pregled področja*. [pdf] Javno zdravje. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-QC3WXI RL/43138d4d-1c40-4ab2-a2cd-c01fc2201b0b/PDF> [Accessed 6 August 2022].

Vrbovšek, S., 2015. Slovenski programi za pomoč pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga. In: M. Primic Žakelj, ed. *Kaj sporoča prenovljeni Evropski kodeks proti raku – 23. seminar »In memoriam Dr. Dušana Reje«*. Ljubljana, 22. oktober 2015. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, FIHO, Ministrstvo za zdravje RS, Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 29-39.

Yu, B., Xu, H., Chen, X. & Liu, L., 2016. Analysis of coping styles of elderly women patients with stress urinary incontinence. *International Journal of Nursing Science*, 3(2), pp. 135-157. 10.1016/j.ijnss.2015.10.009.

Zaletel Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, p. 235.

Zaviršek, D. & Škerjanc, J., 2000. Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjšanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva: poročilo o raziskavi. *Socialno delo*, 39(6), pp. 391, 393.

ZDAJ, n.d. [online] Available at: <https://zdaj.net/nosecnost/za-zdravo-nosecnost/telesna-dejavnost-v-nosecnosti-2/> [Accessed 10 August 2022].

Zdravstveni dom Ljubljana, 2021. *Letno poročilo zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2020*. [pdf] Zdravstveni dom Ljubljana. Available at: https://www.zd-lj.si/zdlj/images/stories/urska/Letno_poroilo_ZD_Ljubljana_za_leto_2020.pdf [Accessed 10 August 2022].

Zdravstveni dom Nova Gorica, 2022. *Letno poročilo za poslovno leto 2021*. [pdf] Zdravstveni dom Nova Gorica. Available at: <https://www.zd-go.si/letno-porocilo-in-financni-nacrt/> [Accessed 10 August 2022].

Zupančič Tisovec, B., 2016. Dihalne vaje. In: T. Knific, M. Petrič & A. Backović Juričan, eds. *Gibam se – delovni zvezek za udeležence delavnic*. Ljubljana: NIJZ, pp. 26-33.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Pozdravljeni,

sem Aleša Kukovica, absolventka študija Fizioterapije na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Za diplomsko delo izvajam raziskavo na temo *Razširjenost in obravnava stresne urinske inkontinence v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih* pod mentorstvom višje predavateljice Andree Backović Juričan in somentorstvom višje predavateljice Mateje Bahun. Z raziskavo želim ugotoviti delež oseb s stresno urinsko inkontinenco, načine vaših obravnav stresne urinske inkontinence ter najpogostejše ciljne skupine s tovrstno problematiko v omenjenih centrih. Vprašalnik je anonimen. Zelo vam bom hvaležna, če si boste vzeli približno 20 minut časa in v celoti izpolnili vprašalnik, katerega rezultate bom lahko vključila v diplomsko delo. Če ste zaposleni v več centrih za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojnih centrih, vas prosim, da vprašalnik izpolnite večkrat, in sicer za vsak center za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojni center posebej.

S klikom na *Naslednja stran* pričnete z izpolnjevanjem ankete.

Hvala za sodelovanje.

1. sklop: DEMOGRAFSKA VPRAŠANJA

1. Spol:

- a) Ženski.
- b) Moški.

2. Starost:

(min 21, maks. 71)

3. Izobrazba:

- a) Fizioterapevt.
- b) Kineziolog.
- c) Fizioterapevt in kineziolog.
- d) Drugo _____

4. Najvišja dosežena stopnja izobrazbe:

- a) Višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba.
- b) Visokošolska strokovna izobrazba (vključuje tudi 1. bolonjsko stopnjo ali specializacijo po višješolskih programih).
- c) Visokošolska univerzitetna izobrazba (vključuje tudi 2. bolonjsko stopnjo ali magisterij po stroki (za imenom) ali specializacijo po visokošolskih strokovnih programih).
- d) Specializacija po univerzitetnih programih, magisterij znanosti (pred imenom), doktorat znanosti.

5. V kateri statistični regiji se nahaja ustanova, v kateri delate?

- a) Osrednjeslovenski.
- b) Gorenjski.
- c) Koroški.
- d) Goriški.
- e) Obalno-kraški.
- f) Primorsko-notranjski.
- g) Zasavski.

- h) Posavski.
- i) Savinjski.
- j) Podravski.
- k) Pomurski.
- l) Jugovzhodni Sloveniji.

6. Delovna doba v centru za krepitev zdravja ali zdravstvenovzgojnem centru?

2. sklop: VPRAŠANJA O NAČINIH OBRAVNAV IZVAJALCEV

7. V kolikšni meri ocenjujete učinkovitost vadbe mišic medeničnega dna pri zdravljenju stresne urinske inkontinence, če se jo pravilno in dosledno izvaja po z dokazi podprtih navodilih?

- a) Učinkovitost je 100 % ali zelo velika (81–100 %).
- b) Učinkovitost je velika (61–80 %).
- c) Učinkovitost je srednja (41– 60 %).
- d) Učinkovitost je majhna (21–40 %).
- e) Učinkovitosti ni ali pa je zelo majhna (0–20 %).

8. Za vsako izmed spodaj naštetih obravnav oziroma aktivnosti ocenite, kako pogosto v njih obravnavate teme, vezane na stresno urinsko inkontinenco.

| | 5 – vedno | 4 – pogosto | 3 – občasno | 2 – redko | 1 – nikoli | 0 – dotične obravnave sploh ne izvajam v praksi |
|---------------------------------------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------|---|
| Individualna svetovanja/pogovorne ure | | | | | | |
| Delavnica Gibam se | | | | | | |
| Delavnica Zdravo hujšanje | | | | | | |
| Aktivnosti v lokalni skupnosti | | | | | | |
| Drugo | | | | | | |

9. a) Ali pri razlagi uporabljate didaktične pripomočke?

- a) Da.
- b) Ne.

9. b) Katere didaktične pripomočke uporabljate? Možnih je več odgovorov!

- a) Model medenice.
- b) Plakat Vadba za mišice medeničnega dna.
- c) Delovni zvezek Gibam se.
- d) Delovni zvezek Zdravo hujšanje.
- e) Pripomočke za vadbo mišic medeničnega dna (edukatorji, medenične uteži).
- f) Avdiovizualne pripomočke (videoposnetki).
- g) Kartončke ABC-vadbe.
- h) Vprašalnik Kako napredujem.
- i) Ne uporabljam didaktičnih pripomočkov.
- j) Drugo:_____

10. Ali bi želeli za svoje delo pridobiti dodatna in poglobljena znanja v povezavi z (stresno) urinsko inkontinenco?

- a) Da.
- b) Ne.

11. Kakšne prilagoditve obravnav stresne urinske inkontinence so bile potrebne zaradi epidemije covida-19? Možnih je več odgovorov!

- a) Obravnave so postale bolj individualne.
- b) Obravnave potekajo v manjših skupinah.
- c) Obravnave potekajo na daljavo.
- d) Obravnave potekajo mešano – v živo in na daljavo.
- e) Niso bile potrebne prilagoditve obravnav.

12. Katere druge metode in tehnike oziroma pripomočke za konservativno zdravljenje stresne urinske inkontinence uporabljate v okviru svojih individualnih in skupinskih obravnav/aktivnosti?

- a) Vadba mišic medeničnega dna.
- b) Biološka povratna zveza.
- c) Stimulacija medeničnega dna.
- d) Vaginalne uteži.

- e) Pesarji.
- f) Drugo: _____
- g) Ne uporabljam ničesar.

13. Kdo vse napotuje paciente na vaše individualne in skupinske obravnave? Možnih je več odgovorov!

- a) Osebni zdravnik.
- b) Referenčna diplomirana medicinska sestra.
- c) Fizioterapevt iz ambulante.
- d) Patronažna medicinska sestra.
- e) Ginekolog.
- f) Pacienti pridejo samoiniciativno brez napotitve.
- g) Drugo _____

14. Če ugotovite, da vaš udeleženec obravnave oziroma aktivnosti v povezavi s stresno urinsko inkontinenco ali katero drugo obliko urinske inkontinence potrebuje dodatno in bolj poglobljeno obravnavo, h komu konkretno ga usmerite? Možnih je več odgovorov!

- a) K osebnemu zdravniku.
- b) H ginekologu.
- c) K urologu.
- d) K fizioterapevtu v fizioterapevtsko ambulanto.
- e) K fizioterapevtu s specialnimi znanji s tovrstnega področja na kliniko oziroma v zdravilišče.
- f) K nikomur.

15. Če ste navedli, da k nikomur, prosimo, obrazložite svoj odgovor.

3. sklop: VPRAŠANJA O UDELEŽENCIH

16. Za vsako izmed spodaj naštetih ciljnih skupin ocenite, kako pogosto jih obravnavate zaradi stresne urinske inkontinence.

| | 5 – vedno | 4 – pogosto | 3 – občasno | 2 – redko | 1 – nikoli |
|--------------------------------------|--------------|----------------|----------------|--------------|---------------|
| Mlade ženske (18–35 let) | | | | | |
| Mlade noseče ženske (18–35 let) | | | | | |
| Mladi moški (18–35 let) | | | | | |
| Ženske srednjih let (36–64 let) | | | | | |
| Noseče ženske srednjih let (36+ let) | | | | | |
| Moški srednjih let (36–64 let) | | | | | |
| Starejše ženske (65+ let) | | | | | |
| Starejši moški (65+ let) | | | | | |

17. Kateri družbeni skupini po vašem mnenju pripada večina udeležencev vaše najpogosteje obravnavane ciljne skupine v povezavi s stresno urinsko inkontinenco?

- a) Nižji.
- b) Nižji srednji.
- c) Višji srednji.
- d) Zgornji.
- e) Ne vem.

18. Ocenite, kolikšen delež oseb, ki se udeležujejo vaših individualnih in/ali skupinskih obravnav, se spopada s stresno urinsko inkontinenco.

- a) Vsi ali velika večina (več kot 80 %).
- b) Večina (med 60 % in 80 %).
- c) V srednjem obsegu (med 40 % in 59 %).
- d) Manjšina (med 20 % in 39 %).
- e) Noben ali v zelo majhnem obsegu (manj kot 20 %).

19. Ali udeleženci prihajajo tudi zaradi drugih oblik urinske inkontinence oziroma ste pri udeležencih zaznali še kakšne druge oblike urinske inkontinence?

- a) Da, urgentno urinsko inkontinenco.
- b) Da, mešano urinsko inkontinenco.
- c) Ni bilo zaznanih drugih oblik urinske inkontinence.

20. Kako velik življenjski problem predstavlja stresna urinska inkontinenca vašim udeležencem obravnav?

- a) Zelo velik.
- b) Velik.
- c) Srednje velik.
- d) Majhen.
- e) Ne predstavlja jim problema.