



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VIDIK ZDRAVSTVENE NEGE PRI
OBRAVNAVNI URINSKE INKONTINENCE NA
PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA
VARSTVA – PREGLED LITERATURE**

**ROLE OF NURSING IN MANAGING
URINARY INCONTINENCE IN
PRIMARY HEALTH CARE – A LITERATURE
REVIEW**

Mentorica:
mag. Erika Povšnar, viš. pred.

Kandidat:
Mohammad Bashir Rezai

Jesenice, julij, 2025

ZAHVALA

Iskrena hvala mentorici, mag. Eriki Povšnar, viš. pred., za sprejem pod svoje okrilje, za njeno strokovno podporo, potrpežljivost in jasne usmeritve skozi celoten proces nastajanja diplomskega dela. Njena predanost in odprtost za pogovor sta mi veliko pomenili in mi dali zagon v trenutkih negotovosti. Iskrena hvala tudi recenzentki, mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. Zahvaljujem se tudi Sanji Bernard, mag. prof. slov. za strokovno lektoriranje diplomskega dela.

Hvaležen sem tudi svoji družini za neomajno podporo, razumevanje in spodbudo. Hvala za vse tople besede, potrpežljivost in spodbudo, še posebej takrat, ko sem sam začel dvomiti. Brez vaše prisotnosti bi bila moja študijska pot bistveno težja.

Posebna zahvala gre tudi mag. Aleksandru Pavloviču, vodji zdravstvene nege v Centru za podaljšano bolnišnično zdravljenje, za vso pomoč, prilagodljivost in prijaznost. Njegova pripravljenost prisluhniti, svetovati in olajšati usklajevanje študija z delom mi je pomenila več, kot lahko zapišem v nekaj stavkih.

Ne nazadnje hvala tudi mojim sošolkam in sošolcem – za vsak smeh, skupno učenje, izmenjavo zapiskov in predvsem za občutek, da na tej poti nisem sam. Skupaj smo rastle, se podpirali in dokazali, da zmoremo. Vesel sem, da sem bil del te zgodbe. Nepremagljivi smo!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Urinska inkontinenca je pogost javnozdravstveni problem, ki vpliva na kakovost življenja. Kljub razširjenosti ostaja pogosto spregledana. Namen diplomskega dela je predstaviti obravnave pacientov z urinsko inkontinenco na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Cilj: Raziskati prakse obravnave pacientov z urinsko inkontinenco na primarni ravni zdravstvenega varstva in preučiti vlogo zdravstvene nege.

Metoda: Kvalitativen raziskovalni pristop je temeljil na pregledu strokovne in znanstvene literature v bibliografskih bazah PubMed, ScienceDirectin CINAHL ter Cobissu in iskalniku Google Učenjak v slovenskem in angleškem jeziku. Uporabili smo Boolova operatorja AND in IN. Ključne besede oz. besedne zveze so bile: »urinska inkontinenca«, »medicinska sestra«, »obravnavna«, »primarna raven«. Skupaj smo identificirali 908 zadetkov, od katerih jih je bilo 11 na podlagi vključitvenih kriterijev uvrščenih v končno analizo. Vključitveni kriteriji so bili jezik, dostopnost celotnega besedila, ki ni bilo starejše od 10 let, in vsebinska ustreznost glede na raziskovalno vprašanje. Postopek iskanja je prikazan v diagramu PRISMA. Za sintezo ugotovitev smo uporabili vsebinsko analizo.

Rezultati: V pregled so bile vključene raziskave različnih stopenj dokazne moči, vključno z metaanalizami, kvazi-eksperimentalnimi, opazovalnimi in kvalitativnimi študijami. Na podlagi vsebinske analize smo oblikovali dve glavni tematski kategoriji: (1) organizacija in dostopnost obravnave urinske inkontinence na primarni ravni (podkategorije: kakovost obravnave, dostopnost) ter (2) ovire in priložnosti obravnave UI za zdravstveno nego (podkategorije: vloga medicinske sestre, učinkovitost novih pristopov). Skupno smo identificirali 33 kod.

Razprava: Analiza je pokazala razhajanja v kliničnih praksah ter izpostavila potencial zdravstvene nege za izboljšanje kakovosti in dostopnosti oskrbe. Obravnavna urinske inkontinence na primarni ravni pogosto ni sistematizirana, odraža raznolikost pristopov in znanj izvajalcev. Zdravstvena nega ima pomembno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju, svetovanju in opolnomočenju pacientov, vendar so za učinkovito vključevanje potrebni jasni protokoli, dodatna izobraževanja in večja strokovna avtonomija.

Ključne besede: motnje uriniranja, medicinske sestre, dostop do zdravstvenih storitev, pristopi, izzivi

SUMMARY

Theoretical background: Urinary incontinence is a common public health issue that affects quality of life. Despite its prevalence, it often remains overlooked. The purpose of this thesis is to present the management of patients with urinary incontinence at the primary healthcare level.

Aim: To explore the practices of managing patients with urinary incontinence in primary healthcare and to examine the role of nursing care.

Method: A qualitative research approach was used, based on a review of professional and scientific literature in the bibliographic databases PubMed, ScienceDirect, CINAHL, Cobiss, and the search engine Google Scholar, in both Slovenian and English. Boolean operators AND and IN were used. Keywords included: “urinary incontinence,” “nurse,” “management,” and “primary level.” A total of 908 results were identified, of which 11 met the inclusion criteria for final analysis. The inclusion criteria were language, full-text availability, publication date within the last 10 years, and content relevance to the research question. The search process is illustrated in a PRISMA diagram. Content analysis was used to synthesize the findings.

Results: The review included studies of varying levels of evidence according to Polit and Beck (2021), including meta-analyses, quasi-experimental, observational, and qualitative studies. Content analysis revealed two main thematic categories: (1) organization and accessibility of urinary incontinence management at the primary level (subcategories: quality of care, accessibility), and (2) challenges and opportunities in UI care for nursing (subcategories: role of the nurse, effectiveness of new approaches). A total of 33 codes were identified.

Discussion: The analysis revealed discrepancies in clinical practices and highlighted the potential of nursing to improve the quality and accessibility of care. Management of urinary incontinence at the primary level is often unsystematic, reflecting a variety of approaches and provider knowledge. Nursing plays a key role in early detection, counselling, and patient empowerment; however, clear protocols, additional training, and greater professional autonomy are required for effective integration.

Key words: urination disorders, nurses, access to healthcare services, approaches, challenges

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 EMPIRIČNI DEL	8
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	8
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	8
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	8
2.3.1 Metoda pregleda literature	8
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	9
2.3.3 Opis obdelave podatkov in pregleda	10
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	10
2.4 REZULTATI	12
2.4.1 PRISMA diagram.....	12
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	14
2.5 RAZPRAVA.....	19
2.5.1 Omejitve raziskave.....	25
2.5.2 Prispevek za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	26
3 ZAKLJUČEK.....	28
4 LITERATURA.....	30

KAZALO SLIK

Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu.....	11
Slika 2: Diagram PRISMA.....	13

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji	9
Tabela 2: Rezultati pregleda literature.....	10
Tabela 3: Ocena kakovosti dokazov	12
Tabela 4: Tabelarični prikaz rezultatov	14
Tabela 5: Razporeditev kod po kategorijah.....	18

SEZNAM KRAJŠAV

UI urinska inkontinenca

1 UVOD

Čeprav se urinska inkontinenca (UI) pogosto pojavlja pri obeh spolih in v vseh starostnih obdobjih, gre za zdravstveni problem, ki ostaja v številnih okoljih podcenjen in spregledan (Yavuz & Etiler, 2023). Kljub temu da so simptomi UI v določenih življenjskih obdobjih pogosti, nemalokrat niso deležni ustrezne klinične pozornosti, kar ima pomembne posledice za kakovost življenja posameznika, njegovo duševno zdravje in družbeno vključenost (Ozcan, et al., 2021).

Številni posamezniki zaradi sramu ali napačnega prepričanja, npr., da gre za naraven del staranja, o simptomih ne spregovorijo in ne poiščejo pomoči. Posledično je diagnosticiranje pogosto prepozno, zdravljenje pa nezadostno. UI ni zgolj klinični izziv, temveč vključuje tudi psihosocialne in organizacijske vidike zdravstvene obravnave (Rashidi Fakari, et al., 2021).

Posebno mesto pri prepoznavanju, obvladovanju in obravnavi UI na primarni ravni zavzemajo medicinske sestre. Pogosto predstavljajo prvi stik posameznika z zdravstvenim sistemom in imajo ključno vlogo pri zgodnjem odkrivanju simptomov, zdravstveni vzgoji ter izvajanju preventivnih ukrepov, kot so svetovanje, vaje za krepitev mišic medeničnega dna in vedenjske spremembe (McCann, et al., 2021). Kljub dokazani učinkovitosti nefarmakoloških intervencij, ki jih lahko izvajajo medicinske sestre, njihova vloga v praksi pogosto ni sistematično urejena. Težave predstavljajo pomanjkanje jasnih kliničnih protokolov, omejena dostopnost do dodatnega izobraževanja in nejasna razmejitev pristojnosti znotraj zdravstvenega tima (Trapani, et al., 2024). V slovenskem prostoru so v strokovnih dokumentih (Jelen, et al., 2019) že opozorili na potrebo po vzpostavitvi ambulant, ki bi jih vodile ustrezno usposobljene medicinske sestre. Podobni modeli se v tujini že uspešno izvajajo in so prepoznani kot stroškovno učinkoviti (Milsom, et al., 2020). Kljub obstoju mednarodnih smernic, ki spodbujajo zgodnje prepoznavanje UI, strukturirano obravnavo in uporabo nefarmakoloških pristopov kot prve izbire zdravljenja (Trapani, et al., 2024), v praksi še vedno prevladujejo neusklajeni pristopi, nizka prepoznavnost težave ter omejeno vključevanje zdravstvene nege (Milutinović, et al., 2024).

UI se opredeli kot vsako nenadzorovano uhajanje urina, ki je objektivno dokazljivo in povzroča higienske ali socialne težave. Ne gre za samostojno bolezen, temveč za simptom različnih patoloških stanj in motenj v delovanju spodnjih sečil (Leslie, et al., 2024).

V klinični praksi ločimo več vrst UI, med katerimi so najpogostejše stresna, urgentna in mešana UI. Stresna UI se pojavlja ob fizičnem naporu, kot so kašljanje, kihanje ali dvigovanje bremen, ter je pogostejša pri ženskah, zlasti po porodu ali v menopavzi. Urgentna UI je povezana z nenadno, močno potrebo po uriniranju, ki je posameznik ne more pravočasno zadržati, pogosto v okviru prekomerno aktivnega mehurja. Mešana UI združuje značilnosti obeh oblik, zaradi česar jo je zahtevnejše diagnosticirati in zdraviti. Med druge oblike sodita tudi pretočna inkontinenca, ki nastane zaradi zadrževanja urina, ter funkcionalna UI, pri kateri telesne ali kognitivne omejitve preprečujejo pravočasen dostop do stranišča. Kljub razlikam v patofizioloških mehanizmih imajo vse oblike UI skupen učinek – negativno vplivajo na kakovost življenja posameznika in pomenijo znatno breme za zdravstvene sisteme (Cobley, et al., 2023).

UI je pogost javnozdravstveni problem, ki prizadene milijone ljudi po vsem svetu ter pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika in obremenjuje zdravstvene sisteme. Njena pojavnost se razlikuje glede na starost, spol in številne druge dejavnike tveganja. Čeprav se UI lahko pojavi v vseh starostnih obdobjih, je njena razširjenost najvišja med ženskami v srednjem in starejšem življenjskem obdobju (Milsom, et al., 2020). Po podatkih populacijskih raziskav med 25 in 45 % žensk v določenem obdobju življenja poroča o simptomih UI, pri čemer se prevalenca s starostjo znatno povečuje. Najvišje vrednosti so zabeležene pri ženskah nad 70. letom starosti, kjer lahko prizadetost preseže 40 %, zlasti v institucionaliziranih okoljih (Milsom & Gyhagen, 2018).

Največja nacionalna raziskava, izvedena med letoma 2015 in 2018 v Združenih državah Amerike, je pokazala, da ima kar 61,8 % odraslih žensk neko obliko UI, kar predstavlja več kot 78 milijonov oseb. V primerjavi s preteklimi obdobji (1999–2004) se je razširjenost UI v ZDA bistveno povečala (Patel, et al., 2022). Tudi pri moških, čeprav je prevalenca nižja, razširjenost s starostjo narašča, zlasti po operacijah prostate in v primeru kronične retence urina (Gacci, et al., 2023). V evropskih državah UI po ocenah prizadene

med 30 in 35 % žensk po 60. letu starosti (Milsom & Gyhagen, 2018), kar kaže na podobne trende kot v ZDA. Za Slovenijo celovitih epidemioloških podatkov o razširjenosti UI sicer primanjkuje, vendar klinična praksa in strokovne ocene kažejo, da težava ni nič manj prisotna kot v drugih evropskih državah (Jelen, et al., 2017). Kljub razširjenosti številne ženske zaradi stigme ali pomanjkanja informacij o možnostih zdravljenja ne poiščejo pomoči, kar vodi v podcenjevanje dejanske prevalence (Milsom, et al., 2020).

Vpliv UI na kakovost življenja je večplasten. Pojavlja se na fizičnem, psihičnem in socialnem področju (Schwarz, et al., 2022). Izraža se z različnimi simptomi, katerih pogostost in intenzivnost variirata glede na obliko UI, individualne dejavnike ter življenjski kontekst posameznika. Na telesni ravni najpogostejši simptomi vključujejo nenadzorovano uhajanje urina ob naporu, nenadno in močno potrebo po uriniranju, pogosto uriniranje ter občutek nepopolnega praznjenja mehurja. Pri nekaterih posameznikih se pojavljata tudi nočna inkontinenca ali uhajanje brez predhodnega občutka nuje (Nandy & Ranganathan, 2022). UI ni zgolj telesna težava, temveč vpliva na številne vidike posameznikovega psihičnega življenja. Nehoteno uhajanje urina lahko povzroči občutke sramu, zmanjšano samopodobo, umik iz družbenega okolja ter poveča tveganje za duševne stiske, kot je depresija. Kljub njeni pogostosti številni posamezniki o simptomih ne spregovorijo, pogosto zaradi stigme ali nepoznavanja možnosti učinkovite zdravstvene obravnave. Posledično je prepoznavanje težave pogosto prepozno, kar vpliva na kakovost in izid zdravljenja (Stickley, et al., 2017). Izrazitost simptomov ni vedno sorazmerna s težo stanja. Tudi blažje oblike UI lahko povzročajo pomembno osebno stisko, medtem ko posamezniki s težjimi simptomi zaradi prilagoditvenih strategij težav ne zaznavajo kot posebej motečih (Palacios & Ramirez, 2019). Raziskave kažejo, da UI povečuje tveganje za pojav depresije, zmanjšuje stopnjo telesne aktivnosti in prispeva k socialni izolaciji (Stickley, et al., 2017; McCann, et al., 2021). Osebe z večjimi psihičnimi obremenitvami ali kroničnim stresom pogosteje poročajo o simptomih UI. Stigma in občutek sramu pogosto zavirata iskanje pomoči, kar še dodatno poslabšuje kakovost življenja in otežuje pravočasno obravnavo (Schwarz, et al., 2022).

Razumevanje razširjenosti UI je ključno tudi za prepoznavanje dejavnikov tveganja, ki vplivajo na njen razvoj. Statistično pomembni dejavniki tveganja za UI so višja starost (zlasti nad 70 let), indeks telesne mase ≥ 25 , vaginalni porod, prisotnost anksioznosti ali depresije, funkcionalna odvisnost ter ženske bele rase, ki niso latinskoameriškega porekla. Po drugi strani UI ni bila povezana s stopnjo izobrazbe, telesno aktivnostjo ali drugimi analiziranimi dejavniki, kar dodatno potrjuje, da gre za kompleksen pojav z večplastnimi vplivi (Patel, et al., 2022).

Ker gre za simptome, ki imajo lahko različne etiološke vzroke in posledice, sta za ustrezno obravnavo UI nujna pravilna klasifikacija ter individualiziran pristop k pacientu (Leslie, et al., 2024). Kljub obstoju mednarodnih smernic, ki spodbujajo zgodnje prepoznavanje UI, strukturirano obravnavo in uporabo nefarmakoloških pristopov kot prve izbire zdravljenja (Trapani, et al., 2024), v praksi še vedno prevladujejo neusklajeni pristopi, nizka prepoznavnost težave ter omejeno vključevanje zdravstvene nege. Raziskovalci te izzive deloma pripisujejo staranju prebivalstva in naraščajoči prevalenci debelosti.

Zaradi visoke razširjenosti in pogosto nediagnosticiranega poteka UI, zlasti v okviru primarnega zdravstvenega varstva, obstaja na tej ravni izrazita potreba po večji ozaveščenosti, ustreznih presejalnih programih ter sistemski podpori, zlasti za skupine, ki so zaradi starosti, zdravstvenega stanja ali socialnega okolja še posebej ranljive (Patel, et al., 2022).

UI predstavlja kompleksen javnozdravstveni izziv, ki zahteva celostno, pravočasno in dostopno obravnavo že na ravni primarnega zdravstvenega varstva. Slednje predstavlja temelj zdravstvenega sistema, saj omogoča zgodnje odkrivanje, celostno obravnavo ter dolgotrajno spremljanje pacientov z UI. Zaradi svoje dostopnosti in kontinuitete je ključno za prepoznavanje simptomov, uvajanje preventivnih ukrepov ter pravočasno napotitev k specialistični obravnavi, kadar je ta potrebna. Prva obravnava ima ključno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju težav, preprečevanju njihovega napredovanja in zmanjševanju tveganja za zaplete. Zgodnja intervencija lahko pomembno prispeva k

izboljšanju kakovosti življenja pacientov ter k racionalnejši porabi zdravstvenih virov (Jelen, et al., 2019).

V skladu z mednarodnimi smernicami se priporočajo strukturirani pristopi, ki vključujejo začetno klinično oceno, uporabo standardiziranih vprašalnikov ter izvajanje osnovnih nefarmakoloških ukrepov. Kljub jasnim priporočilom raziskave kažejo, da ti postopki v praksi pogosto niso dosledno uporabljeni, kar pomeni zamujene priložnosti za zgodnje in učinkovito zdravljenje. Za klinično oceno UI se uporabljajo različna diagnostična orodja in lestvice. V slovenskem prostoru se pogosto uporablja Sandvikov vprašalnik, ki omogoča hitro in enostavno določanje stopnje UI glede na pogostost uhajanja in količino izgubljenega urina (Jelen, et al., 2019). Mednarodno sta najbolj uveljavljena vprašalnika ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form) in UDI-6 (Urogenital Distress Inventory). Ti instrumenti omogočajo strukturirano zbiranje podatkov o simptomih, vplivu UI na kakovost življenja ter spremljanje učinkovitosti zdravstvenih intervencij (Skorupska, et al., 2021). Uporaba standardiziranih vprašalnikov prispeva k večji primerljivosti podatkov med posameznimi kliničnimi okolji ter omogoča ciljno načrtovanje obravnave. Hkrati krepi vlogo medicinskih sester pri začetni oceni in spremljanju pacientov z UI ter spodbuja razvoj skupnih kliničnih poti in protokolov znotraj primarnega zdravstvenega varstva (Neugebauer, et al., 2021).

Medicinske sestre imajo na primarni ravni zdravstvenega varstva pomembno in pogosto podcenjeno vlogo. Kot prvi stik s pacientom so v odličnem položaju za izvedbo začetne ocene, informiranje, svetovanje ter spodbujanje vedenjskih sprememb. Njihove naloge lahko vključujejo izvajanje presejalnih vprašalnikov, oceno funkcionalnega stanja ter svetovanje glede vaj za mišice medeničnega dna, nadzora nad vnosom tekočin in treninga mehurja (McCann, et al., 2021).

Tudi v Sloveniji strokovne smernice prepoznavajo pomen vključevanja medicinskih sester v obravnavo UI. Jelen, et al. (2019) izpostavljajo potrebo po vzpostavitvi specializiranih ambulant na primarni ravni, ki bi jih vodile usposobljene diplomirane medicinske sestre. Takšni modeli, kot jih poznajo na primer na Nizozemskem, so se izkazali za uspešne, saj omogočajo bolj dostopno, kontinuirano in stroškovno učinkovito

oskrbo (Milsom, et al., 2020). Zdravstvena nega je področje, kjer lahko strokovno znanje, dostopnost in kontinuirana prisotnost diplomiranih medicinskih sester pomembno prispevajo k celostnemu pristopu pri obravnavi te pogosto prezrte težave. Vloga zdravstvene nege se ne omejuje zgolj na izvajanje osnovnih storitev, temveč vključuje presejalno, svetovalno, terapevtsko in podporno funkcijo v različnih fazah zdravstvene obravnave (Milutinović, et al., 2024). Medicinske sestre so pogosto prve, ki pri pacientu zaznajo simptome UI. Njihove komunikacijske veščine, empatija in redni stiki s pacienti jim omogočajo, da v varnem okolju odkrijejo tudi težave, o katerih bolniki sicer neradi spregovorijo. S tem odigrajo ključno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju UI ter pri usmerjanju v nadaljnjo obravnavo (McCann, et al., 2021). Zdravstvena nega vključuje tudi uporabo validiranih presejalnih orodij, ki medicinskim sestram omogočajo strukturirano zbiranje informacij o simptomih in oceno njihovega vpliva na kakovost življenja pacientov (Skorupska, et al., 2021). Poleg tega izvajajo tudi nefarmakološke ukrepe, kot so svetovanje glede vedenjskih sprememb, prehrane, uriniranja ter vaje za mišice medeničnega dna (Jelen, et al., 2017).

Kontinuirano spremljanje pacientovega napredka, prilagajanje intervencij in krepitev motivacije za sodelovanje v zdravljenju so prav tako bistveni elementi zdravstvene nege, ki pomembno vplivajo na dolgoročne izide zdravljenja. Z razvojem terapevtskega odnosa medicinska sestra prispeva k večji adherenci, zmanjšanju stigme in večjemu zadovoljstvu pacientov (Molina Mula & Gallo Estrada, 2020).

Kljub številnim prednostim pa zdravstvena nega na področju UI še vedno ni sistemsko uveljavljena v polnem obsegu. Ovire predstavljajo omejena avtonomija medicinskih sester, nejasno opredeljene pristojnosti, pomanjkanje specializiranega znanja in odsotnost enotnih kliničnih smernic (Trapani, et al., 2024). Primeri iz prakse pa kažejo, da je razširjena vloga zdravstvene nege pri obravnavi UI na primarni ravni izvedljiva in uspešna (Milsom, et al., 2020). V praksi se še vedno pojavljajo pomembne ovire za učinkovito vključevanje medicinskih sester v celostno obravnavo UI. Med najpogostejšimi so pomanjkanje strukturiranih kliničnih poti, različna raven usposobljenosti ter nejasna razmejitev nalog znotraj zdravstvenega tima (Trapani, et al., 2024). Rešitev se kaže v oblikovanju enotnih smernic, razvoju ciljno usmerjenih

izobraževalnih programov in formalni opredelitvi razširjene vloge medicinskih sester v timski obravnavi UI (Ernstmeyer & Christman, 2021). Pristopi k obravnavi UI na primarni ravni zdravstvenega varstva torej ne smejo temeljiti zgolj na tradicionalnih modelih, temveč morajo temeljiti na multidisciplinarnem sodelovanju in priznavanju avtonomne, strokovne vloge medicinske sestre kot ključne izvajalke zgodnjega prepoznavanja, svetovanja in spremljanja pacientov z UI (Luebke, et al., 2024).

V luči raznolikosti obravnav in ugotovljenih pomanjkljivosti se kaže pomen sistematičnega pregleda literature, ki lahko osvetli trenutno prakso in prispeva k izboljšavam. Namen pregleda je raziskati potek obravnave urinske inkontinence na primarni ravni ter opredeliti vlogo, ovire in priložnosti za vključevanje medicinskih sester v kakovostno zdravstveno obravnavo.

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo temelji na deskriptivni metodi kvalitativnega raziskovanja.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen pregleda strokovne in znanstvene literature je raziskati sodobno obravnavo pacientov z UI na primarni ravni zdravstvenega varstva in preučiti vlogo zdravstvene nege.

Cilja diplomskega dela sta:

C1: Raziskati prakse obravnave UI na primarni ravni zdravstvenega varstva.

C2: Ugotoviti ovire in priložnosti zdravstvene nege v obravnavi pacientov z UI na primarni ravni zdravstvenega varstva.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanji:

RV1: Kako poteka obravnava UI na primarni ravni zdravstvenega varstva?

RV2: Katere so ovire in priložnosti za kakovostno obravnavo pacientov z UI na primarni ravni zdravstvenega varstva za medicinske sestre?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo temelji na pregledu domače in tuje strokovne ter znanstvene literature.

2.3.1 Metoda pregleda literature

Za diplomsko delo smo uporabili metodo kvalitativnega raziskovanja z vsebinsko analizo pregleda domače in tuje znanstvene literature. Za iskanje literature smo uporabili podatkovne baze Pubmed, ScienceDirect, spletni bibliografski sistem COBISS in spletni brskalnik Google učenjak. Ključne iskalne besede oz. besedne zveze, ki smo jih uporabili

v slovenskem jeziku, so: »urinska inkontinenca«, »medicinska sestra«, »obravnavna«, »primarna raven«. V angleškem jeziku pa smo uporabili naslednje besede oz. besedne zveze: »urinary incontinence«, »nurse«, »treatment«, »primary health level«. Uporabili smo napredno iskanje z uporabo Boolovega operatorja »AND ali IN«, s katerim smo povezali posamezne iskalne pojme. Pri iskanju smo uporabili vključitvene in izključitvene kriterije, ki so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Besedilo v slovenskem ali angleškem jeziku	Besedilo, ki ni napisano v slovenskem ali angleškem jeziku
Celoten dostop do besedila ali vsaj do povzetka	Besedilo ali povzetek ni prosto dostopen
Vsebinska ustreznost glede na temo raziskave	Vsebinska neustreznost glede na raziskovalno temo
Znanstveni raziskovalni ali pregledni članek	Poljudni prispevki
Članki, objavljeni med letoma 2015 in 2025	Članki, objavljeni pred letom 2015

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V raziskovalnem delu smo s pomočjo podatkovnih baz, uporabljenih iskalnih omejitev, ustreznosti teme ter iskalnih besednih zvez naredili dokončen izbor zadetkov, ki so bili zajeti v pregled literature. Rezultati iskanja po posameznih podatkovnih bazah so tabelarično prikazani v tabeli 2 ter shematsko v diagramu PRISMA (angl. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page, et al., 2021).

Skupaj smo pridobili 908 zadetkov. V prvem koraku smo odstranili podvojene vnose in izločili zadetke, ki niso ustrezali tematiki na podlagi pregleda naslovov. Nato smo z branjem povzetkov izključili članke, ki niso bili napisani v slovenskem ali angleškem jeziku, katerih besedilo ali povzetek ni bil prosto dostopen, katerih vsebina ni bila relevantna za raziskovalno temo, ki so predstavljali poljudne prispevke ali pa so bili objavljeni pred letom 2015. V zadnjem koraku smo opravili še podroben pregled celotnih besedil in v končni izbor vključili 11 člankov, ki so izpolnjevali vse vključitvene pogoje.

Tabela 2: Rezultati pregleda literature

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	Urinaryincontinence AND treatment AND primary level AND nurse	0	0
	urinaryincontinence AND nurse	150	2
COBISS	Urinska inkontinenca AND ali IN zdravljenje, primarna raven	28	0
	Urinska inkontinenca AND ali IN zdravljenje, primarna raven AND ali IN medicinska sestra	14	0
Google učenjak	urinaryincontinence AND treatment AND primary level AND nurse	403	5
PubMed	urinaryincontinence AND treatment AND primary level	127	2
	urinaryincontinence AND treatment AND primary level AND nurse	0	0
ScienceDirect	urinaryincontinence AND treatment AND primary level AND nurse	186	2
SKUPAJ		908	11

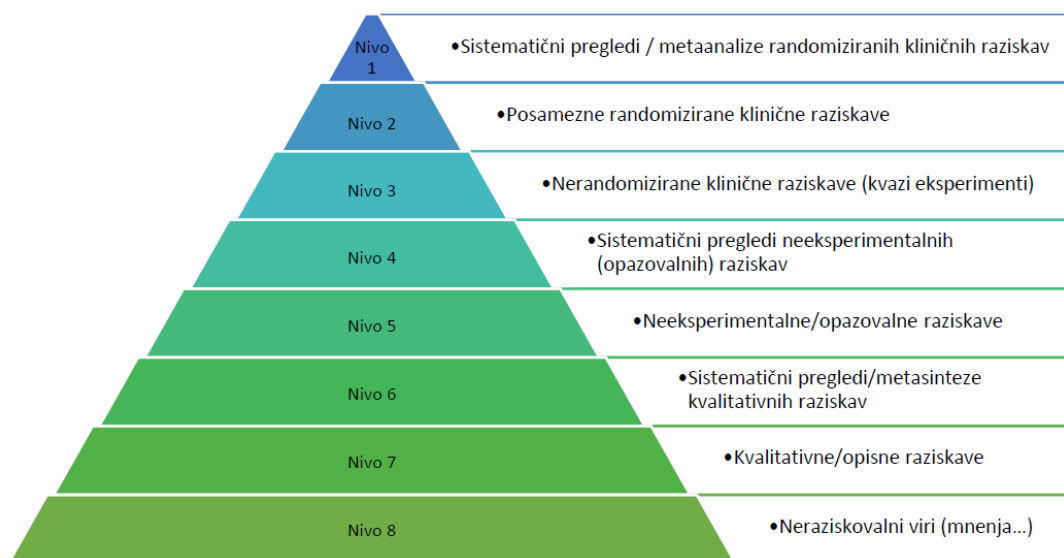
2.3.3 Opis obdelave podatkov in pregleda

Za obdelavo podatkov, pridobljenih v okviru pregleda literature, smo uporabili tematsko analizo, kot jo priporoča Aveyard (2019). V prvi fazi smo sistematično pregledali izbrane prispevke in jih ocenili glede na vsebinsko ustreznost ter povezavo z raziskovalnim vprašanjem. V drugi fazi smo vsebine člankov analizirali s pomočjo tematskega kodiranja, pri čemer smo identificirali ključne vsebinske enote, ki so se v prispevkih ponavljale. Na tej osnovi smo oblikovali kode in tematske kategorije, ki predstavljajo analitični okvir za nadaljnji prikaz rezultatov.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Oceno kakovosti virov (tabela 3) smo izvedli na podlagi hierarhije dokazov po Polit in Beck (2021) (slika 1), pri čemer smo članke razvrstili glede na njihovo metodološko zanesljivost in raven dokazov. Na najvišjo raven dokazov (nivo 1) smo uvrstili en sistematični pregled oziroma metaanalizo randomiziranih kliničnih raziskav, in sicer raziskavo Ostaszkievicz, et al. (2020). Pogojno smo na to raven vključili tudi raziskavo Charette, et al. (2024), ki se vsebinsko umešča v ta okvir, vendar metodološko ni v celoti jasno opredeljen. Na drugo raven dokazov (nivo 2) smo uvrstili raziskavo Gurol Urganci,

et al. (2020). Na tretjo raven dokazov (nivo 3) smo razvrstili dve nerandomizirani klinični raziskavi oziroma kvazi-eksperimenta, in sicer Holtzer Goor, et al. (2015) ter Schreuder, et al. (2022). Na četrto raven dokazov (nivo 4) nismo uvrstili raziskav, saj v pregledani literaturi nismo zasledili sistematičnih pregledov neeksperimentalnih raziskav. Na peto raven dokazov (nivo 5) smo uvrstili pet neeksperimentalnih oziroma opazovalnih raziskav, ki vključujejo analizo podatkov iz vsakodnevne klinične prakse. Gre za raziskave avtorjev Teunissen, et al. (2015), Forde, et al. (2017), Mazloomdoost, et al. (2017), Assis, et al. (2022) in Janse van Vuuren, et al. (2023). Na šesto raven dokazov (nivo 6) nismo uvrstili nobene raziskave. Na sedmo raven dokazov (nivo 7) smo uvrstili eno kvalitativno oziroma opisno raziskavo, in sicer raziskavo Yan, et al. (2024). Na najnižjo, osmo raven dokazov (nivo 8) prav tako ni bilo uvrščenih virov, saj v pregledani literaturi nismo identificirali neraziskovalnih virov, kot so mnenjski članki, posamezni klinični primeri ali stališča strokovnjakov. Rezultati razporeditve raziskav po ravneh dokazov so prikazani v tabeli 3.



Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstveno-raziskovalnem delu
(Polit & Beck, 2021)

Tabela 3: Ocena kakovosti dokazov

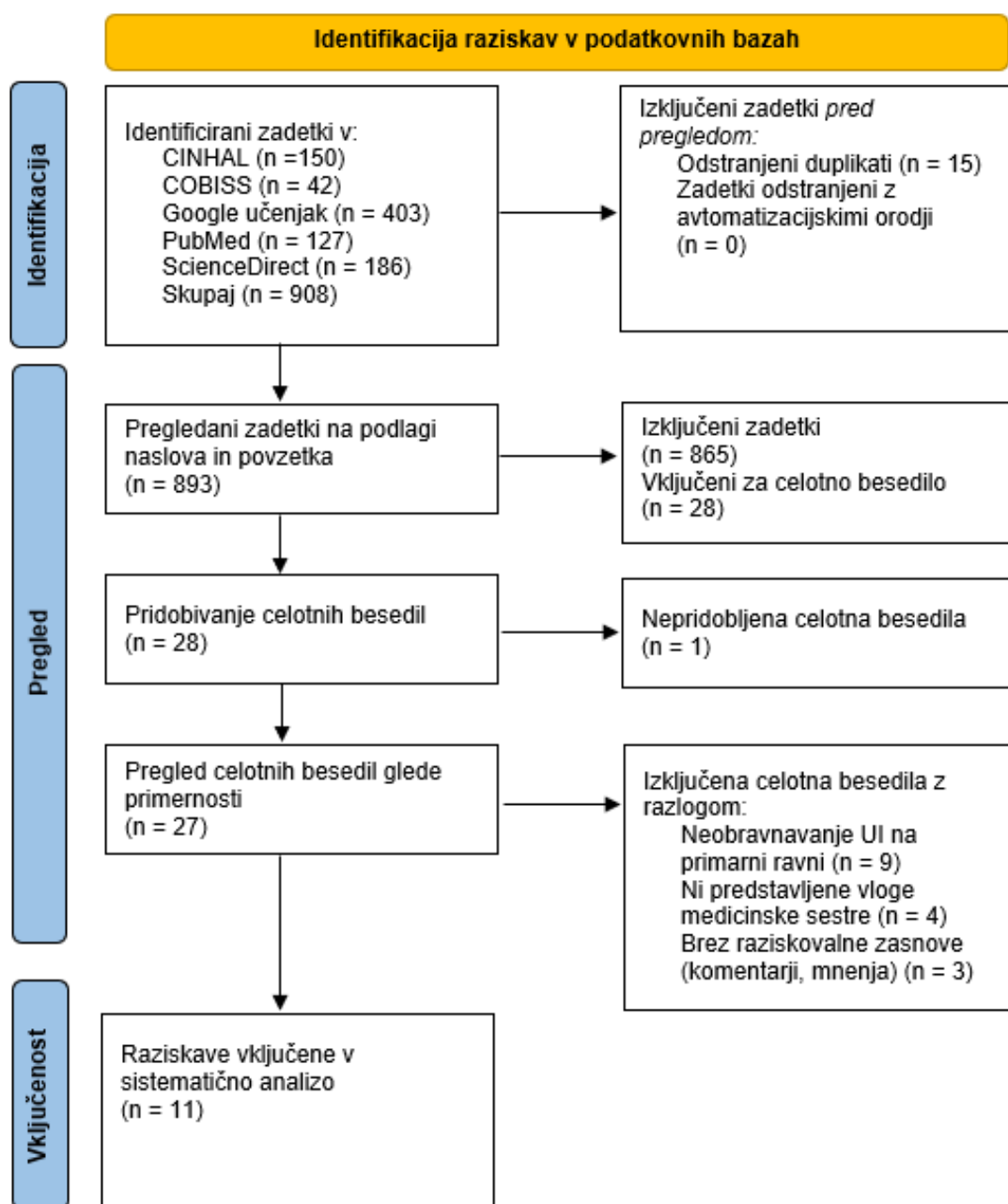
Raven	Število vključenih virov	Hierarhija dokazov
Nivo1	2	Sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav (Ostaszkievicz, et al., 2020; Charette, et al., 2024)
Nivo 2	1	Posamezne randomizirane klinične raziskave (Gurol Urganci, et al., 2020)
Nivo 3	2	Nerandomizirane klinične raziskave (kvaziekspirimenti) (Holtzer Goor, et al., 2015; Schreuder, et al., 2022)
Nivo 4	0	Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav
Nivo 5	5	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave (Teunissen, et al., 2015; Forde, et al., 2017; Mazloomdoost, et al., 2017; Assis, et al., 2022; Janse van Vuuren, et al., 2023)
Nivo 6	0	Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav
Nivo 7	1	Kvalitativne / opisne raziskave (Yan, et al., 2024)
Nivo 8	0	Neraziskovalni viri (mnenja...)

2.4 REZULTATI

Rezultate pregleda literature smo predstavili v shematski in tabelarni obliki.

2.4.1 Diagram PRISMA

Na sliki 2 smo shematsko – s pomočjo diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page, et al., 2021) – prikazali celoten postopek iskanja, selekcije in vključevanja virov, ki so bili ocenjeni kot ustrezni za končno analizo. Diagram prikazuje, kako smo od začetnega števila zadetkov s pomočjo iskalnih nizov in vključitveno-izključitvenih kriterijev prišli do končnega števila člankov, uporabljenih v kvalitativni analizi. Skupno smo identificirali 908 zadetkov, in sicer v podatkovni bazi PubMed 127 zadetkov, v CINAHL 150 zadetkov, v ScienceDirect 186 zadetkov, v Google Učenjaku 403 zadetke ter v COBISS 42 zadetkov. Odstranili smo zadetke, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem in duplikate. Na podlagi naslovov smo odstranili 865 zadetkov in po branju izvlečkov še enega. Dodatno smo odstranili tudi podvojene vnose ($n = 15$). Tako je bilo 28 virov izbranih za pregled v celotnem besedilu. Po natančnem pregledu vsebine, metodološke ustreznosti in tematske povezanosti z raziskovalnim vprašanjem smo v končno analizo vključili 11 člankov, ki najboljše odgovarjajo na cilje diplomskega dela. Shema poteka iskanja, izločanja in vključevanja člankov je prikazana v diagramu PRISMA (slika 2).



Slika 2: Diagram PRISMA

(Page, et al., 2021)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V nadaljevanju so v tabeli 4 predstavljene ključne ugotovitve virov, ki so bili vključeni v analizo. Rezultati so prikazani glede na avtorje, leto objave, uporabljeno raziskovalno metodologijo, velikost in izvor vzorca ter glavna vsebinska spoznanja, pomembna za razumevanje obravnave urinske inkontinence na primarni ravni zdravstvenega varstva in vloge zdravstvene nege pri tem.

Tabela 4: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Assis, et al.	2022	Kombinirana kvantitativna in kvalitativna raziskovalna metodologija	n = 145 medicinskih sester (kvantitativni del), n = 20 (kvalitativni del) Brazilija	Raziskava je pokazala, da medicinske sestre na primarni ravni pogosto obravnavajo paciente z motnjami spodnjih sečil, vendar večina nima ustreznega usposabljanja za konservativno zdravljenje. Kljub temu izražajo visoko motivacijo za vključevanje v to področje. Kot glavne ovire navajajo pomanjkanje znanja, časovne omejitve in organizacijske prioritete. Avtorji poudarjajo potrebo po nacionalnih izobraževalnih programih, ki bi okrepili vlogo medicinskih sester in izboljšali dostop do nefarmakološkega zdravljenja.
Charette, et al.	2024	Sistematični pregled literature-raziskav	n = 31 raziskav (različne države, primarna zdravstvena raven)	Raziskava je pokazala, da izvajalci na primarni ravni pogosto ne sledijo kliničnim smernicam za obravnavo UI pri ženskah ali jih izvajajo le delno. Osnovni diagnostični postopki in nefarmakološke intervencije so premalo uporabljeni, obravnava pa ni enotna. Avtorji opozarjajo, da samo širjenje smernic ni dovolj, saj upoštevanje ovirajo dejavniki, kot so lokalni kontekst, časovne omejitve in pomanjkanje podpore. Priporočajo razvoj kazalnikov kakovosti in ciljno usmerjene intervencije za izboljšanje oskrbe UI na primarni ravni.
Forde, et al.	2017	Kvantitativna raziskovalna metodologija	Nacionalni reprezentativni podatki ZDA, ženske z UI (1999–2010) (število obiskov se je povečalo s	Retrospektivna analiza iz ZDA (1999–2010) je pokazala porast žensk, ki zaradi UI poiščejo pomoč, vendar obravnava pogosto ni sledila kliničnim smernicam. Vrsta UI je redko natančno določena, diagnostični postopki so premalo uporabljeni, medtem ko se

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			5,3 na 6,8 milijona) ZDA	predpisovanje zdravil povečuje tudi brez predhodnih nefarmakoloških ukrepov. Avtorji poudarjajo potrebo po doslednejšem upoštevanju smernic, krepitvi vloge zdravstvene nege in multidisciplinarnem pristopu za izboljšanje obravnave UI na primarni ravni.
Gurol Urganci, et al.	2020	Kvantitativna raziskovalna metodologija	n = 104466 žensk iz registra podatkov Združeno kraljestvo	Približno ena od štirih žensk z urinsko inkontinenco je bila napotena v specialistično oskrbo v enem mesecu po postavitvi diagnoze, ena od treh pa v enem letu. Verjetnost napotitve se je z večanjem starosti zmanjševala – najnižja je bila pri ženskah, starejših od 80 let. Manj pogosto so bile napotene tudi ženske, ki so bile zelo debele, kadike, pripadnice etničnih manjšin (npr. Azijke), ženske s prolapsom medeničnih organov ter tiste, ki so živele na Škotskem. Ugotovitve kažejo na prisotnost neenakosti pri dostopu do ustrezne obravnave, saj starejše in ranljivejše skupine žensk z inkontinenco manj pogosto prejmejo oskrbo, kot jo priporočajo klinične smernice. To lahko odraža različna prepričanja zdravnikov, razlike v željah pacientk glede zdravljenja ali druge sistemske dejavnike.
Holtzer Goor, et al.	2015	Kvantitativna raziskovalna metodologija	n = 58306 pacientov Nizozemska	Rezultati raziskave so pokazali, da vključitev medicinske sestre s specialnimi znanji za področje UI v ambulantno splošnega zdravnika pomembno prispeva k izboljšanju dostopnosti in kakovosti oskrbe. Pacienti, zlasti starejši, so zaradi tega pogostejše prejeli ustrezno pomoč, pri čemer so se pri nekaterih simptomih UI celo zmanjšali. Poleg izboljšanja kakovosti življenja pacientov je bila zaznana tudi ekonomska učinkovitost. Model je omogočil zmanjšanje stroškov zdravstvene oskrbe zaradi bolj usmerjenega zdravljenja in manjših potreb po nadaljnjih napotitvah. Kljub pozitivnim učinkom pa je študija opozorila, da številni primeri UI ostajajo neprepoznani in neobravnavani, kar poudarja potrebo po sistematičnem presejanju, aktivnem vključevanju medicinskih sester in

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				oblikovanju strukturiranih poti že v okviru osnovnega zdravstvenega varstva.
Janse van Vuuren, et al.	2023	Kvantitativna raziskovalna metodologija	n = 56 izvajalcev – medicinske sestre in zdravniki Južna Afrika	Raziskava je pokazala neskladje med prakso izvajalcev na primarni ravni in smernicami NICE (2013) za obravnavo UI. Več kot polovica zdravstvenih delavcev, zlasti medicinskih sester, se ni počutila dovolj usposobljenih za izvajanje ustrezne oskrbe. Poudarjene so bile vrzeli v znanju o dejavnikih tveganja, diagnostičnih orodjih in nefarmakoloških ukrepih. Kljub pozitivnemu odnosu do pomena obvladovanja UI so bile konservativne metode redko uporabljene, napotitve k specialistom pa pogoste. Avtorji izpostavljajo nujnost dodatnega izobraževanja za izboljšanje klinične prakse, samozavesti izvajalcev in zmanjšanje bremena zdravstvenega sistema.
Mazloomdoost, et al.	2017	Kvantitativna raziskovalna metodologija	n = 108 zdravstvenih delavcev na primarni ravni ZDA	Raziskava je pokazala, da izvajalci na primarni ravni v ZDA kljub osnovnemu poznavanju UI pogosto ne izvajajo priporočenih diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Razlogi vključujejo pomanjkanje samozavesti, nejasne pristojnosti in nezadostno znanje o konzervativnih metodah. Posledično pacientke pogosto napotijo k specialistom že v zgodnjih fazah. Avtorji poudarjajo pomen dodatnega usposabljanja, zlasti medicinskih sester, ki bi lahko prevzele ključno vlogo pri zgodnjem obvladovanju UI ter izboljšale dostopnost in kakovost oskrbe na primarni ravni.
Ostaszkiwicz, et al.	2020	Sistematični pregled literature – opazovalnih raziskav	n = 19 raziskav Združene države Amerike (ZDA) in Velika Britanija	Izobraževalni programi o UI, namenjeni medicinskim sestram in negovalcem, so v vseh vključenih študijah prispevali k izboljšanju njihovega znanja. Učinki na stališča do UI in na prakso oskrbe so bili bolj raznoliki in manj dosledni. Nekatere nekontrolirane študije so pokazale tudi izboljšanje stanja pacientov z UI, medtem ko večje nadzorovane študije tega učinka niso potrdile. Sklep avtorjev je, da je izobraževanje sicer pomemben in obetaven ukrep, vendar

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				samo po sebi verjetno ni dovolj za doseg trajnih in sistemskih sprememb v praksi zdravstvene nege.
Schreuder, et al.	2022	Kvantitativna raziskovalna metodologija	n = 374 pacientk Nizozemska	Raziskava je analizirala obravnavo UI pri ženskah na primarni ravni zdravstvenega varstva. Ugotovljeno je bilo, da zdravniki pogosto ne sledijo kliničnim smernicam – redko določijo vrsto UI, premalo uporabljajo diagnostične postopke in redko ponudijo edukacijo. Pogoste so bile napotitve v sekundarno oskrbo. Avtorji poudarjajo, da tovrstne pomanjkljivosti predstavljajo priložnost za večjo sistemsko vključitev medicinskih sester, zlasti pri začetni oceni, svetovanju in vodenju pacientk z UI v okviru primarne ravni zdravstvene oskrbe.
Teunissen, et al.	2015	Kvantitativna raziskovalna metodologija	n = 103 pacientke Nizozemska	Vključitev usposobljenih medicinskih sester v zdravljenje UI na primarni ravni je prispevala k zmanjšanju resnosti simptomov in izboljšanju kakovosti življenja pacientk, predvsem na področju socialnega funkcioniranja. Njihov osebni pristop je omogočil učinkovitejše svetovanje in zdravstveno-vzgojno delo. Pogost razlog za prekinitev zdravljenja je bilo pomanjkanje napredka, kar je povezano z večjim subjektivnim bremenom pacientk. Avtorji izpostavljajo, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri celostni obravnavi UI, saj lahko združujejo klinično obravnavo in edukacijo v okviru redne prakse.
Yan, et al.	2024	Kvalitativna raziskovalna metodologija	n = 4 fokusne skupine; 24 medicinskih sester Kitajska	Raziskava je pokazala, da medicinske sestre pri obravnavi starejših z UI pogosto naletijo na ovire, kot so napačne predstave o UI kot neizogibnem delu staranja ter omejena avtonomija pri ocenjevanju in zdravljenju. Izpostavile so potrebo po jasnejši razmejitvi pristojnosti, specializiranih storitvah ter strukturiranem usposabljanju. Avtorji menijo, da bi razvoj ambulant, ki jih vodijo medicinske sestre, in krepitev njihove avtonomije izboljšala kakovost in dostopnost oskrbe za paciente z UI na primarni ravni.

V tabeli 5 smo predstavili sintezo podatkov, pridobljenih z vsebinsko analizo po avtorici Aveyard (2019). Z odprtim kodiranjem smo identificirali 33 kod, ki smo jih vsebinsko razvrstili v štiri podkategorije, združene v dve širši tematski kategoriji, skladni z raziskovalnim vprašanjem. Prva vsebinska kategorija, organizacija in dostopnost obravnave UI na primarni ravni, zajema ugotovitve o kakovosti izvajanja obravnave ter pravičnosti in enakosti dostopa za različne skupine uporabnikov. Druga vsebinska kategorija, vloga zdravstvene nege in izboljšave v praksi, pa se nanaša na pomen medicinske sestre pri obravnavi UI ter učinkovitost vključevanja zdravstvene nege v sodobne, multidisciplinarne pristope. Vsebinska struktura je omogočila poglobljeno razumevanje ključnih izzivov, neizkoriščenih priložnosti in potenciala za izboljšave v obravnavi UI na primarni ravni, s posebnim poudarkom na vlogi medicinske sestre.

Tabela 5: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorije - teme	Podkategorije	Kode	Avtorji
Obravnava UI na primarni ravni zdravstvenega varstva	Kakovost in organizacija obravnave UI na primarni ravni	Skladnost s smernicami, variabilnost v praksi, pomanjkanje diagnostike, slabo izvajanje konservativnega zdravljenja, izogibanje opredelitvi vrste UI, preobremenjenost sistemov, pogosta napotitev k specialistom, uporaba osnovnih postopkov n = 8	Charette, et al. (2024); Forde, et al. (2017); Schreuder, et al. (2022); Janse van Vuuren, et al. (2023); Mazloomdoost, et al. (2017).
	Dostopnost in pravičnost / enakost obravnave UI	Neenak dostop, vpliv starosti, vpliv debelosti, etnične pripadnosti, lokacije; neustrezno naslovljene ranljive skupine, zamujene priložnosti za zgodnje ukrepanje, neupoštevanje kliničnih smernic pri starejših ženskah, neprepoznani primeri, razlike med praksami obravnav n = 10	Gurol Urganci, et al. (2020); Holtzer Goor, et al. (2015); Charette, et al. (2024).
Izzivi in priložnosti obravnave UI za zdravstveno nego	Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientov z UI	Znanje, usposobljenost, potreba po dodatnem izobraževanju, pomanjkanje samozavesti, avtonomija medicinske sestre, motivacija za dodatno vlogo, izobraževalni programi, prenos znanja v prakso, vodenje oskrbe n = 9	Assis, et al. (2022); Janse van Vuuren, et al. (2023); Ostaszkievicz, et al. (2020); Yan, et al. (2024).
	Učinkovitost novih pristopov in vloga medicinske sestre pri izboljšani obravnavi	Vključitev medicinske sestre v tim, zmanjšanje simptomov UI, izboljšanje kakovosti življenja, zmanjšanje stroškov, zgodnje	Assis, et al. (2022); Teunissen, et al. (2015); Holtzer Goor, et al. (2015);

Kategorije - teme	Podkategorije	Kode	Avtorji
		odkrivanje UI, izboljšanje dostopa do obravnave n = 6	Mazloomdoost, et al. (2017).
		Skupno število kod (n = 33)	

2.5 RAZPRAVA

UI predstavlja pomemben javnozdravstveni problem, ki občutno vpliva na kakovost življenja številnih posameznikov in hkrati postavlja pred zdravstvene delavce, predvsem tiste na primarni ravni zdravstvenega varstva, številne strokovne in organizacijske izzive (Corrado, et al., 2020). V razpravi se osredotočamo na obravnavo pacientov z UI znotraj sistema primarnega zdravstvenega varstva ter preučujemo vlogo zdravstvene nege pri tej obravnavi. Na podlagi analize literature smo oblikovali dve temeljni kategoriji, in sicer prvo »obrnava UI na primarni ravni zdravstvenega varstva« s podkategorijama: kakovost in organizacija obravnave UI na primarni ravni ter dostopnost in pravičnost/enakost obravnave in drugo »ovire in priložnosti obravnave UI za zdravstveno nego«, s podkategorijama: vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientov z UI in učinkovitost novih pristopov in vloga medicinske sestre pri izboljšani obravnavi. V nadaljevanju predstavljamo ugotovitve v okviru vsake od dveh podkategorij.

Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da obravnava UI na primarni ravni zdravstvenega varstva pogosto poteka neenotno in ni v celoti skladna s kliničnimi smernicami. Ključne ovire za kakovostno obravnavo vključujejo pomanjkanje znanja, samozavedi in avtonomije pri medicinskih sestrah, pomanjkanje sistemske podpore ter variabilnost v organizaciji storitev. Hkrati pa obstajajo tudi pomembne priložnosti, zlasti v vključevanju dodatno usposobljenih medicinskih sester v celostno obravnavo pacientk z UI. V nadaljevanju razprave bomo odgovora na raziskovalni vprašanji utemeljili z rezultati pregleda literature.

»Obravnava UI na primarni ravni zdravstvenega varstva«

Kakovost in organizacija obravnave UI na primarni ravni

Analiza literature je pokazala, da obravnava urinske inkontinence (UI) na primarni ravni pogosto ni skladna s kliničnimi smernicami, kar se kaže v pomanjkanju strukturiranih kliničnih poti, raznolikosti pristopov med izvajalci in nezadostnem vključevanju diagnostičnih postopkov (Schreuder, et al., 2022; Charette, et al., 2024). Praksa pogosto temelji na simptomatskem zdravljenju brez predhodne opredelitve vrste UI, kar omejuje učinkovitost obravnave (Forde, et al., 2017).

Z vidika kakovosti in organizacije obravnave so ključne težave povezane z variabilnostjo v praksi, pomanjkanjem sistemskih pristopov, nezadostnim upoštevanjem smernic ter pogosto neustrezno izvedbo konservativnega zdravljenja (Mazloomdoost, et al., 2017; Janse van Vuuren, et al., 2023). Poleg tega raziskave opozarjajo na pogoste napotitve na sekundarno raven, ki bi jih bilo mogoče zmanjšati z boljšo organizacijo oskrbe na primarni ravni (Teunissen, et al., 2015; Schreuder, et al., 2022).

Običajno se obravnava začne z obiskom osebnega zdravnika, kjer je pogosto vključena tudi medicinska sestra, ki sodeluje pri oceni težav in usmerjanju pacientke v nadaljnjo diagnostiko (Assis, et al., 2022; Janse van Vuuren, et al., 2023). Kljub temu številni avtorji (Schreuder, et al., 2022; Charette, et al., 2024) opozarjajo, da osnovni diagnostični postopki, kot so klasifikacija tipa UI, izvedba urinske analize in ocena stopnje inkontinence, pogosto niso izvedeni v celoti ali sploh ne, kar negativno vpliva na izbiro zdravljenja in nadaljnjo kakovost obravnave. Izvajalci zdravstvenega varstva pogosto preskočijo konzervativne metode zdravljenja in pacientke hitro napotijo k specialistom, brez izkoriščanja možnosti, ki jih ponuja primarna raven (Mazloomdoost, et al., 2017). S tem je povezano tudi pomanjkanje samozavednosti in kompetenc zdravstvenih delavcev za samostojno obravnavo pacientk z UI, kar potrjujejo ugotovitve Janse van Vuuren, et al. (2023).

Pozitivne primere dobre prakse najdemo na Nizozemskem, kjer so, kot kažejo rezultati Holtzer Goor, et al. (2015) in Teunissen, et al. (2015), v nekaterih ambulantah uspešno vključili medicinske sestre z dodatnim znanjem s področja UI. Tovrstna praksa se je izkazala za učinkovito pri izboljšanju kliničnih izidov, povečanju dostopnosti do

konzervativnega zdravljenja in zmanjšanju stroškov zdravstvene oskrbe zaradi manjše potrebe po specialistični obravnavi.

Dostopnost in pravičnost/enakost obravnave

V okviru dostopnosti in pravičnosti obravnave se pojavljajo pomembne razlike glede na starost, telesno maso, etnično pripadnost in geografsko lokacijo pacientk (Holtzer Goor, et al., 2015; Gurol Urganci, et al., 2020). Pogoste so zamujene priložnosti za zgodnje ukrepanje, premalo je pozornosti na ranljive skupine, pri starejših ženskah pa se klinične smernice pogosto ne upoštevajo v celoti (Forde, et al., 2017; Charette, et al., 2024). Pojavlja se tudi neenak dostop do diagnostike in nadaljnje obravnave, kar vpliva na kakovost oskrbe. Razlike v dostopnosti do kakovostne obravnave so še posebej izražene pri starejših ženskah, ženskah z nizkim socialno-ekonomskim statusom in pripadnicah etničnih manjšin. Raziskava Gurol Urganci, et al. (2020) je pokazala, da te skupine pacientk redkeje prejmejo ustrezno obravnavo, kar kaže na prisotnost sistemskih neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev. Forde, et al. (2017) pa opozarjajo, da se pri obravnavi UI pogosto uporablja farmakološko zdravljenje na račun zanemarjanja nefarmakoloških ukrepov, kar še dodatno krepi razlike v kakovosti oskrbe.

Pregled literature tako razkriva, da obravnava UI na primarni ravni zdravstvenega varstva ostaja neenotna, premalo strukturirana in pogosto osredotočena na hitro simptomatsko rešitev. V veliki meri je obravnava UI na primarni ravni odvisna od lokalnih praks, dostopnosti storitev in usposobljenosti izvajalcev. Za dolgoročne izboljšave bo treba okrepiti vlogo medicinskih sester, izboljšati dostop do strokovnega znanja, standardizirati smernice in okrepiti timsko sodelovanje. Takšen pristop ne le da izboljšuje kakovost oskrbe in zadovoljstvo pacientov, temveč tudi razbremenjuje višje ravni zdravstvenega sistema ter omogoča pravičnejši dostop do obravnave za vse skupine prebivalstva (Janse van Vuuren, et al., 2023).

»Izzivi in priložnosti obravnave UI za zdravstveno nego«

Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientov z UI

Pri preučevanju vloge medicinskih sester je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre kljub pogostemu stiku s pacienti z UI nemalokrat nimajo ustreznih kompetenc za izvajanje konservativnih oblik zdravljenja (Assis, et al., 2022). Kljub temu izražajo visoko motivacijo za dodatno izobraževanje, kar kaže na velik neizkoriščen potencial zdravstvene nege. Ostaszkievicz, et al. (2020) so ugotovili, da so izobraževalni programi za medicinske sestre sicer učinkoviti pri izboljšanju znanja, vendar brez institucionalne podpore in jasne opredelitve pristojnosti ne prinašajo trajnih sprememb v praksi. Podobno Yan, et al. (2024) opozarjajo na omejeno avtonomijo medicinskih sester pri odločanju in izvajanju ukrepov. Podobne ugotovitve navajajo tudi Jelen, et al. (2019), ki v slovenskem okolju opozarjajo na podcenjeno vlogo medicinskih sester pri odločanju o poteku zdravljenja, kar dodatno omejuje možnosti za pravočasno in učinkovito ukrepanje. Ugotovitve analiziranih študij kažejo, da imajo medicinske sestre na primarni ravni velik potencial za izvajanje učinkovite in celostne oskrbe pacientov z UI, vendar je njihova vloga pogosto omejena zaradi strukturnih, izobraževalnih in organizacijskih dejavnikov (Assis, et al., 2022; Janse van Vuuren, et al., 2023).

Poleg neposredne terapevtske vloge imajo medicinske sestre pomembno funkcijo pri zgodnjem prepoznavanju težav in zdravstveni vzgoji (McKinney, et al., 2022). Porto, et al. (2020) poudarjajo, da prav medicinske sestre pogosto prve zaznajo simptome UI in lahko pravočasno usmerijo pacientke v nadaljnjo obravnavo. S pomočjo preprostih ukrepov, kot so vaje za mišice medeničnega dna, svetovanje o življenjskem slogu in zmanjšanje tveganj, prispevajo k izboljšanju kakovosti življenja. Milsom, et al. (2020) poročajo, da pacienti, ki redno prejemajo podporo medicinskih sester, pogosteje vztrajajo pri nefarmakoloških oblikah zdravljenja in beležijo večje zadovoljstvo s potekom zdravljenja.

Učinkovitost novih pristopov in vloga medicinske sestre pri izboljšani obravnavi

Kljub omejitvam nekateri primeri dobre prakse, kot so uvedba specializiranih ambulant za zdravstveno nego pri UI na Nizozemskem (Holtzer Goor, et al., 2015; Teunissen, et al., 2015) ali pilotni programi na Kitajskem (Yan, et al., 2024), kažejo, da je mogoče z ustrezno podporo, izobraževanjem in organizacijsko strukturo uspešno integrirati medicinske sestre v celostno obravnavo UI že na ravni primarnega zdravstvenega varstva.

Poleg organizacijskih in kadrovskih vidikov obravnave ima pomembno vlogo tudi področje izobraževanja. Ostaszkiewicz, et al. (2020) so v svojem sistematičnem pregledu ugotovili, da imajo programi za izpopolnjevanje znanja medicinskih sester o UI pozitiven vpliv na njihovo usposobljenost, vendar zgolj dodatno znanje ne zadostuje za trajno izboljšanje prakse. Učinkovitost teh programov je pogosto omejena zaradi nezadostne podpore v delovnem okolju, pomanjkanja formalnih pristojnosti in nejasno določenih odgovornosti. Raziskava Yan, et al. (2024), izvedena na Kitajskem, dodatno potrjuje, da omejena avtonomija medicinskih sester pri odločanju in izvajanju ukrepov pomembno zmanjšuje njihovo vlogo v procesu obravnave UI, kljub temu da so pogosto najbolj dostopni in zaupanja vredni člani zdravstvenega tima.

Poleg nacionalnih primerov dobrih praks obstajajo tudi mednarodni modeli, ki podpirajo strukturirano obravnavo pacientov z UI znotraj primarne ravni zdravstvenega varstva. Kot navajajo Jelen, et al. (2019), se je implementacija takšnih modelov, ne glede na to, ali jih vodijo medicinske sestre, fizioterapevti ali zdravniki, izkazala za učinkovito tako z vidika zmanjšanja pojavnosti in resnosti inkontinence kot tudi z izboljšanjem kakovosti življenja bolnikov. Zanimiva je tudi ugotovitev, da je bil model, ki so ga vodile medicinske sestre, stroškovno racionalnejši, predvsem zaradi manjše uporabe dragih pripomočkov. Takšni podatki podpirajo prizadevanja za uvedbo protokolov, ki temeljijo na večji samostojnosti medicinskih sester in jasno opredeljenih kliničnih poteh že na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Raziskave potrjujejo, da sistematično vključevanje medicinskih sester z dodatnimi znanji o inkontinenci prispeva k večji kakovosti obravnave. Trapani, et al. (2024) poudarjajo, da usposobljene medicinske sestre ne le da uspešno izvajajo svetovanje in nefarmakološke ukrepe, kot so vaje za mišice medeničnega dna, temveč tudi bistveno izboljšajo komunikacijo s pacienti. Tudi Mazloomdoost, et al. (2017) ugotavljajo, da boljša vključenost medicinskih sester povečuje adherenco pacientov k terapiji ter izboljšuje njihovo zadovoljstvo z zdravljenjem. Vlogo medicinskih sester kot ključnih nosilk kontinuirane oskrbe poudarjajo Forde, et al. (2023), ki opozarjajo, da so medicinske sestre pogosto dostopnejše od zdravnikov, kar omogoča pogostejše spremljanje simptomov, pravočasno prilagajanje terapije in večji občutek varnosti pri pacientih. Gurol Urganci, et

al. (2020) in Brennen, et al. (2021) potrjujejo, da se vključevanje medicinskih sester v multidisciplinarne time odraža v boljših dolgoročnih izidih zdravljenja, redkejši hospitalizaciji in nižji potrebi po invazivnih posegih. Podobno so Lane, et al. (2021) ugotovili, da so pacienti, ki so bili vključeni v programe pod vodstvom medicinskih sester, dosegali boljši nadzor simptomov UI v primerjavi s tistimi, ki so jih obravnavali izključno zdravniki.

Poleg že navedenih prednosti številne raziskave izpostavljajo tudi konkretne ovire, ki preprečujejo uveljavitev razširjene vloge medicinskih sester. Rantell, et al. (2017) ter Mazloomdoost, et al. (2017) opozarjajo na pomanjkanje strukturiranih izobraževalnih programov in neenotno usposobljenost medicinskih sester za delo z bolniki z UI. V številnih okoljih primanjkuje sistemskih ukrepov, ki bi omogočili prenos znanja v prakso ter formalno opredelili pristojnosti medicinskih sester. Te ugotovitve potrjuje tudi raziskava Assis, et al. (2022), ki razkriva, da večina medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu ni prejela nobenega usposabljanja o motnjah spodnjih sečil, kljub temu da pogosto obravnavajo paciente s tovrstnimi težavami. Medicinske sestre izražajo visoko stopnjo pripravljenosti za delo na tem področju, vendar nimajo dostopa do specializiranih znanj, protokolov in podpore. Pomembna je tudi ugotovitev, da številne medicinske sestre svetujejo pacientom o vajah za mišice medeničnega dna, vendar brez izvedbe funkcionalne ocene ali vključevanja v strukturirane vadbene programe. To kaže na razkorak med odnosom, znanjem in dejansko prakso, kar so opazili tudi Ostaszkievicz, et al. (2020) in Yan, et al. (2024).

Še posebej pomembna priložnost, ki jo poudarja Assis, et al. (2022), je ekonomska učinkovitost vključevanja medicinskih sester v sistem oskrbe UI. Nizkocenovni, a učinkoviti nefarmakološki pristopi, ki jih lahko izvajajo medicinske sestre, omogočajo boljšo porabo virov, zmanjšujejo uporabo medicinskih pripomočkov in število obiskov pri zdravniku. Ob tem medicinske sestre delujejo kot povezovalni člen med pacientom in ostalimi člani zdravstvenega tima, kar omogoča boljšo koordinacijo in večjo kontinuiteto oskrbe.

Obravnava izzivov in priložnosti kaže na nujnost sistemskih sprememb, ki bi omogočile formalno vključevanje medicinskih sester z ustreznim znanjem v obravnavo UI. Ključni ukrepi vključujejo oblikovanje enotnih smernic, dostop do kontinuiranega strokovnega izobraževanja, vzpostavitev ambulant, ki jih vodijo medicinske sestre, in formalno priznanje njihove avtonomije pri izvajanju nefarmakoloških intervencij. Le z ustrezno podporo in vključevanjem lahko medicinske sestre v celoti izkoristijo svoj potencial ter prispevajo k večji učinkovitosti, kakovosti in dostopnosti zdravstvene oskrbe za paciente z UI.

2.5.1 Omejitve raziskave

Omejitve raziskave se nanašajo predvsem na dostopnost in jezikovno razpoložljivost virov. Ugotovili smo, da je strokovna in znanstvena literatura na temo obravnave UI na primarni ravni zdravstvenega varstva ter vloge medicinskih sester v slovenskem jeziku zelo omejena. Večina relevantnih virov je bila objavljena v angleškem jeziku v mednarodnih znanstvenih revijah. Zato je bil večji del pregleda literature opravljen v mednarodnem kontekstu, kar sicer omogoča širši vpogled v globalne prakse, vendar omejuje možnosti neposredne primerjave s slovenskim zdravstvenim sistemom.

Dodatna omejitev se nanaša na dostop do celotnih besedil. Nekateri članki, ki so se v fazi iskanja pokazali kot vsebinsko zelo pomembni, so bili dostopni le proti plačilu ali prek naročniških baz, do katerih nismo imeli stalnega dostopa. Posledično smo se morali osredotočiti na odprto dostopne vire in članke. To je lahko vplivalo na obseg in raznolikost izbranih raziskav, še posebej pri iskanju literature, ki bi se nanašala na konkretne primere dobre prakse v primarnem zdravstvu. Prav tako nismo mogli natančno oceniti, kako so ugotovitve raziskav iz tujine primerljive z razmerami v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Kljub navedenim omejitvam smo se trudili, da pregled literature vključuje čim bolj raznolike in relevantne vire, ki osvetljujejo ovire, prakse in možnosti za izboljšanje obravnave pacientov z UI na primarnem zdravstvenem varstvu ter vlogo medicinskih sester pri tem.

2.5.2 Prispevek za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Na podlagi ugotovitev raziskave lahko sklepamo, da bi z izboljšanjem organizacije dela, večjo in bolj kakovostno vključenostjo medicinskih sester ter ustreznimi izobraževalnimi ukrepi pomembno prispevali k učinkovitejši in dostopnejši obravnavi UI na primarni ravni zdravstvenega varstva. Pregled literature je pokazal, da medicinske sestre pogosto predstavljajo prvi stik s pacienti z UI, a se pri tem soočajo s pomanjkanjem specifičnega znanja, omejeno avtonomijo in nezadostno vključenostjo v odločanje o poteku obravnave. V literaturi so prepoznane priložnosti za nadgradnjo njihove vloge, zlasti na področju zgodnjega prepoznavanja, konservativnega zdravljenja in dolgoročnega spremljanja pacientov.

Ugotovili smo, da obstaja velik razkorak med kliničnimi smernicami in dejansko prakso na primarni ravni, kar odpira prostor za dodatno raziskovanje kakovosti obravnave, diagnostike in timskega pristopa. Hkrati se kaže potreba po oblikovanju smernic postopkov in posegov, ki bi bile bolj vključujoče za vlogo zdravstvene nege in prilagojene realnim delovnim pogojem na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Pomembna ugotovitev je tudi, da je slovenska znanstvena literatura na obravnavano temo zelo omejena. Večina dostopnih raziskav izhaja iz tujine in je objavljena v angleškem jeziku, zato je bil pregled literature opravljen predvsem v mednarodnem kontekstu. Zaradi tega ostaja odprto vprašanje, v kolikšni meri so ugotovitve tujih raziskav primerljive s slovenskimi razmerami. To predstavlja priložnost za izvedbo nadaljnjih kvantitativnih in kvalitativnih raziskav v slovenskem okolju, na primer z anketiranjem ali intervjuji medicinskih sester na primarni ravni zdravstvenega varstva, s ciljem ugotoviti, kakšna je njihova vloga v obravnavi pacientov z UI, katere ovire zaznavajo in katere kompetence potrebujejo za kakovostno izvajanje svojega dela. Takšne raziskave bi lahko prispevale k oblikovanju praktično uporabnih smernic in izobraževalnih programov, namenjenih medicinskim sestram, pa tudi k razmisleku o sistemskih spremembah v organizaciji dela na primarni ravni zdravstvenega varstva. Rezultati bi bili dragoceni tudi za vodstva zdravstvenih domov, saj bi lahko služili kot podlaga za razvoj

programov usposabljanja, izboljšanje timskega sodelovanja in optimizacijo obravnave ene najpogostejših, a pogosto spregledanih težav starejše populacije.

3 ZAKLJUČEK

V pričujočem diplomskem delu smo raziskali vlogo zdravstvene nege pri obravnavi UI na primarni ravni zdravstvenega varstva. Raziskava je omogočila pregled ključnih izzivov, priložnosti in praks, ki so se ponavljale v izbranih raziskavah, ter omogočila boljše razumevanje kompleksnosti obravnave UI v okviru primarnega zdravstvenega varstva. UI je razširjen, a pogosto spregledan simptom, ki pomembno vpliva na telesno, duševno in socialno blagostanje posameznika ter predstavlja breme za zdravstvene sisteme. Kljub razpoložljivim smernicam in učinkovitosti nefarmakoloških ukrepov še vedno pogosto prihaja do prepozne diagnostike, neustrezne obravnave ter pomanjkljivega vključevanja zdravstvene nege v strukturirane klinične poti.

V okviru pregleda literature smo ugotovili, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju simptomov UI, začetni oceni stanja, zdravstvenovzgojnem delu ter izvajanju nefarmakoloških ukrepov, kot so vaje za mišice medeničnega dna, svetovanje o življenjskem slogu in vodenje dnevnika uriniranja. Njihova prisotnost na primarni ravni zdravstvenega varstva omogoča večjo dostopnost, zaupanje pacientov ter tudi boljšo adherenco k zdravljenju.

Raziskave in primeri dobrih praks iz tujine kažejo, da lahko ustrezno usposobljene medicinske sestre samostojno izvajajo presejalne preglede, vodijo ambulate za UI in sodelujejo v kliničnem odločanju. Implementacija takšnih modelov v prakso ne samo da izboljša izide zdravljenja, temveč tudi zmanjša potrebo po specialistični oskrbi in s tem pripomore k racionalnejši porabi zdravstvenih virov. V Sloveniji strokovni dokumenti, kot so Nacionalni program za obvladovanje UI in smernice Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, že prepoznavajo potrebo po sistemske pristopu k obravnavi UI, vključno z večjo vlogo medicinskih sester. Vendar pa je implementacija v praksi še vedno omejena na posamezne pilotne projekte in lokalne pobude, brez enotnega nacionalnega programa ali formalne vključitve ambulant, ki bi jih vodile medicinske sestre.

Z vidika preventive je vloga medicinskih sester še posebej pomembna. S pravočasnim ozaveščanjem, presejanjem in svetovanjem lahko prispevajo k preprečevanju razvoja

težjih oblik UI, zmanjšajo stigmo in izboljšajo kakovost življenja številnih posameznikov, ki se zaradi sramu ne odločijo za iskanje pomoči. Preventivni pristop je še posebej ključen pri ranljivih skupinah, kot so ženske po porodu, starejše osebe in posamezniki z omejenim dostopom do zdravstvenih storitev.

Kljub prepoznanemu potencialu medicinskih sester je njihova vloga pogosto omejena zaradi pomanjkanja formalne podpore, nejasnih kliničnih smernic in nezadostnega dostopa do dodatnega izobraževanja. Pojavljajo se številni izzivi, ki se dotikajo neenotnega usposabljanja, pomanjkanja jasnih kompetenčnih okvirjev in neustrezne institucionalne podpore. Zato je za doseganje učinkovite, celostne in trajnostne obravnave UI v primarnem zdravstvenem varstvu nujna sistemska ureditev, ki bo vključevala oblikovanje smernic, kontinuirano izobraževanje in formalno priznanje razširjene vloge medicinske sestre v timu primarnega zdravstvenega varstva.

Na podlagi rezultatov lahko zaključimo, da ima zdravstvena nega, zlasti v kontekstu medicinskih sester s specialnimi znanji, neizkoriščen, a velik potencial za izboljšanje kakovosti obravnave pacientov z UI na primarni ravni zdravstvenega varstva. V prihodnje bo pomembno, da se v zdravstvenem sistemu zagotovi ustrezno podporo, strokovni razvoj in multidisciplinarno sodelovanje, ki bo medicinskim sestram omogočalo polno izvajanje njihove vloge. S tem ne bomo prispevali le k boljši obravnavi UI, temveč tudi k večji dostopnosti, učinkovitosti in humanosti zdravstvenega varstva.

4 LITERATURA

Assis, G.M., Rodrigues, N.D.S., Oliveira, F.F., Silva, C.P.C.D., Arruda, D.F., Nunes, A.C.S. & Martins, G., 2024. Primary Health Care nurses' role in treating Lower Urinary Tract Dysfunction. *Revista da escola de enfermagem*, 58(1), pp. 1-8. 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0146en.

Aveyard, H., 2019. *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 4th ed. Maidenhead, UK: Open University Press.

Brennen, R., Frawley, H.C., Martin, J. & Haines, T.P., 2021. Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than postnatal training for women with urinary incontinence: cost-effectiveness analysis of a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 67(2), pp. 105-114. 10.1016/j.jphys.2021.03.001.

Charette, M., Pacheco-Brousseau, L., Poitras, S., Ashton, R. & McLean, L., 2024. Management of urinary incontinence in females by primary care providers: a systematic review. *BJU international*, 133(5), pp. 498-512. 10.1111/bju.16234.

Cobley, J., Wyndaele, M. & Hashim, H., 2023. Pathophysiology of urinary incontinence. *Surgery (Oxford)*, 41(5), pp. 265-271. 10.1016/j.mpsur.2023.02.010.

Corrado, B., Giardulli, B., Polito, F., Aprea, S., Lanzano, M. & Dodaro, C., 2020. The impact of urinary incontinence on quality of life: A cross-sectional study in the metropolitancity of Naples. *Geriatric*, 5(4), p. 96. 10.3390/geriatrics5040096.

Ernstmeyer, K. & Christman, E., 2021. *Nursing fundamentals*. Chippewa Valley: Technical College.

Forde, J. C., Chughtai, B., Cea, M. & Stone, B., 2017. Trends in ambulatory management of urinary incontinence in women in the UnitedStates. *Medicine & reconstructive surgery*, 23(4), p. 1. 10.1097/SPV.0000000000000365.

Gacci, M., De Nunzio, C., Sakalis, V., Rieken, M., Cornu, J.N. & Gravas, S., 2023. Latest Evidence on Post-Prostatectomy Urinary Incontinence. *Journal of clinical medicine*, 12(3), p. 1190. 10.3390/jcm12031190.

Gurol Urganci, I., Geary, R.S., Mamza, J.B., Iwagami, M., El-Hamamsy, D., Duckett, J., Wilson, A., Tincello, D. & van der Meulen, J., 2020. Determinants of referral of women with urinary incontinence to specialist services: A national cohort study using primary care data from the UK. *BMC Family Practice*, 21(1), p. 111. 10.1186/s12875-020-01268-0.

Holtzer-Goor, K.M., Gaultney, J.G., van Houten, P., Wagg, A.S., Huygens, S.A., Nielen, M.M., Albers-Heitner, C.P., Redekop, W.K., Rutten-van Mölken, M.P. & Al, M.J., 2015. Cost-Effectiveness of Including a Nurse Specialist in the Treatment of Urinary Incontinence in Primary Care in the Netherlands. *PloS one*, 10(10). pp. 1-23. 10.1371/journal.pone.0138225.

Janse van Vuuren, A.C., van Rensburg, J.A. & Hanekom, S., 2023. Practitioner's knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence. *Southafrican Journal of Physiotherapy*, 79(1), p. 1. 10.4102/sajp.v79i1.1860.

Jelen, A., Vilar, V., Krišelj, T., Rajnar, R. & Tičar, Z., 2019. *Zdravstvena oskrba pacientov z inkontinenco v primarnem zdravstvenem varstvu*. [online] Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Javne-objave/Javne-razprave/Zdravstvena-oskrba-pacientov-z-inkontinenco-v-primarnem-zdravstvenem-varstvu.docx> [Accessed 28 March 2024].

Lane, G.I., Hagan, K., Erikson, E., Minassian, V.A., Grodstein, F. & Bynum, J., 2021. Patient-Provider Discussions About Urinary Incontinence Among Older Women. *The Journals of gerontology. Series A, biological sciences and medical sciences*, 76(3), pp. 463-469. 10.1093/gerona/glaa107.

Leslie, S.W, Tran, L.N. & Puckett, Y., 2024. *Urinary Incontinence*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559095/> [Accessed 23 March 2024].

Luebke, M.C., Neuner, J.M., Balza, J., Davidson, E.R.W., Hokanson, J.A., Marowski, S., Corey O'Connor, R., Schmitt, E., Winn, A.N. & Flynn, K.E., 2024. Developing a urinary incontinence primary care pathway: a mixed methods study. *Family practice*, 41(5), pp. 798-806. 10.1093/fampra/cmae035.

Mazloomdoost, D., Westermann, L.B., Crisp, C.C., Oakley, S.H., Kleeman, S.D. & Pauls, R.N., 2017. Primary care providers' attitudes, knowledge, and practice patterns regarding pelvic floor disorders. *International urogynecology journal*, 28(3), pp. 447-453. 10.1007/s00192-016-3134-1.

McCann, M., Kelly, A.M., Eustace Cook, J., Howlin, C. & Daly, L., 2021. Community nurses' attitudes, knowledge and educational needs in relation to urinary continence, continence assessment and management: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 30(21-22), pp. 3136-3150. 10.1111/jocn.15969.

McKinney, J.L., Keyser, L.E., Pulliam, S.J. & Ferzandi, T.R., 2022. Female urinary incontinence evidence-based treatment pathway: An infographic for shared decision-making. *Journal of women's health (2002)*, 31(3), pp. 341-346. 10.1089/jwh.2021.0266.

Milsom, I., Wagg, A., Oelke, M. & Chapple, C., 2020. Which drugs are best for overactive bladder? From patients' expectations to physicians' decisions. *International journal of clinical practice*, 74(12), pp. 1-6. 10.1111/ijcp.13870.

Milsom, I. & Gyhagen, M., 2018. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), pp. 217-222. 10.1080/13697137.2018.1543263.

Milutinović, D., Novković Joldić, M., Simin, D. & Živković, D., 2024. Knowledge and practice of urinary incontinence management among nursing professionals in Serbian

nursing homes: A multicentre study. *Healthcare*, 12(23), p. 2425. 10.3390/healthcare12232425.

Molina Mula, J. & Gallo Estrada, J., 2020. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), p. 835. 10.3390/ijerph17030835.

Nandy, S. & Ranganathan, S., 2022. *Urge incontinence*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563172/> [Accessed 24 March 2024].

Neugebauer, J., Tóthová, V. & Doležalová, J., 2021. Use of standardized and non-standardized tools for measuring the risk of falls and independence in clinical practice. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), p. 3226. 10.3390/ijerph18063226.

Ozcan, F., Özkürkçügil, C. & Etiler, N., 2021. Urinary incontinence in women aged 25–64 in Turkey: A cross-sectional research. *Turkish journal of family medicine and primary care*, 15(1), pp. 853-861.

Ostaszkievicz, J., Tomlinson, E. & Hunter, K., 2020. The Effects of Education About Urinary Incontinence on Nurses' and Nursing Assistants' Knowledge, Attitudes, Continence Care Practices, and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of the wound, ostomy and continence nurses society*, 47(4), pp. 365-380. 10.1097/WON.0000000000000651.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(1), p. 71. 10.1136/bmj.n71.

Palacios, S. & Ramirez, M., 2019. Efficacy of the use of fractional CO₂ RE Intima laser treatment in stress and mixed urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 244(1), pp. 218-223. 10.1016/j.ejogrb.2019.10.048.

Patel, U.J., Godecker, A.L., Giles, D.L. & Brown, H.W., 2022. Updated prevalence of urinary incontinence in women: 2015–2018 national population-based survey data. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 28(6), pp. 154-160. 10.1097/SPV.0000000000001127.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Porto, M., Pimenta, F., Mascarenhas, T. & Marôco, J., 2023. Beliefs and strategies about urinary incontinence: a possible moderation role between symptoms and sexual function, and quality of life. *Frontiers in psychology*, 14(1), pp. 1-10. 10.3389/fpsyg.2023.1252471.

Rantell, A., Cardozo, L. & Khullar, V., 2017. Personal goals and expectations of OAB patients in the UK. *Neurourology and urodynamics*, 36(4), pp. 1194-1200. 10.1002/nau.23094.

Rashidi Fakari, F., Hajian, S., Darvish, S. & Alavi Majd, H., 2021. Explaining factors affecting help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: A qualitative study. *BMC health services research*, 21(1), p. 60. 10.1186/s12913-020-06047-y.

Schreuder, M.C., van Merode, N.A.M., Oldenhof, A.P., Groenhof, F., Kortekaas, M.F., Maagdenberg, H., van der Wouden, J.C., van der Worp, H. & Blanker, M.H., 2022. Primary care diagnostic and treatment pathways in Dutch women with urinary incontinence. *Scandinavian journal of primary health care*, 40(1), pp. 87-94. 10.1080/02813432.2022.2036497.

Schwarz, T., Schmidt, A.E., Bobek, J. & Ladurner, J., 2022. Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: a qualitative interview study. *BMC health services research*, 22(1), p. 1037. 10.1186/s12913-022-08426-z.

Skorupska, K., Grzybowska, M.E., Kubik-Komar, A., Rechberger, T. & Miotla, P., 2021. Identification of the Urogenital Distress Inventory-6 and the Incontinence Impact Questionnaire-7 cut off scores in urinary incontinent women. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), p. 87. 10.1186/s12955-021-01721-z.

Stickley, A., Santini, Z.I. & Koyanagi, A., 2017. Urinary incontinence, mental health and loneliness among community-dwelling older adults in Ireland. *BMC urology*, 17(1), p. 29. 10.1186/s12894-017-0214-6.

Teunissen, D.T., Stegeman, M.M., Bor, H.H. & Lagro-Janssen, T.A., 2015. Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. An observational study. *BMC urology*, 15(1), p. 51. 10.1186/s12894-015-0047-0.

Trapani, S., Villa, G., Poliani, A., Gniecchi, S., Rosa, D. & Manara, D.F., 2024. Non-pharmacological management of urgeurinary incontinence in women between 40 and 65 yearsold: a systematic review. *Nursing reports*, 14(1), pp. 174-196. 10.3390/nursrep14010015.

Yan, F., Xiao, L. D., Tang, S., Guo, Q. & Huang, H., 2024. Perceptions of primary health care nurses and general practitioners in the care of older people with urinary incontinence. *Journal of advanced nursing*, 80(1), pp. 644-655. 10.1111/jan.15835.

Yavuz, M. & Etiler, N., 2023. Addressing urinary incontinence by gender: A nation wide population-based study in Turkiye. *BMC urology*, 23(1), p. 205. 10.1186/s12894-023-01388-2.