

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

STRESNA INKONTINENCA PRI MLADOSTNIKI

DIPLOMSKA NALOGA

Študent: JELENA KNEŽEVIĆ

Mentorica: mag. TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK dipl med.s., viš.
pred.

Študijski program: Zdravstvena nega, I. stopnja

Izola, 2019

ZAHVALA

Za pomoč pri oblikovanju in vsebinski dopolnitvi diplomskega dela se iskreno zahvaljujem mag. Tamari Štemberger Kolnik. Hvala za spodbudo in usmerjanje k uspešnemu končanju študija.

Zahvaljujem se anketirancem za sodelovanje.

Za lektoriranje se zahvaljujem Ani Veselič.

Zahvaljujem se tudi vsem, ki so me med študijem podpirali.

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Jelena Knežević izjavljam da:

- je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZAPS) kaznivo.

Soglašam z objavo elektronske verzije diplomske naloge v Repozitoriju UP ter zagotavljam, da je elektronska oblika predložene naloge identična tiskani različici.

V Izoli, dne 28. 8. 2019

Jelena Knežević



KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Stresna inkontinenca pri mladostnikih
Tip dela	diplomska naloga
Avtor	KNEŽEVIĆ, Jelena
Sekundarni avtorji	Mag. ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (mentorica)/ doc. dr. PROSEN Mirko (recenzent)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2018
Strani	V, 48 str., 0 pregl., 21 sl., 1 pril., 39 vir
Ključne besede	Stresna inkontinenca, mladostniki, zdravstvena vzgoja, preventiva
UDK	
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	Stresna urinska inkontinenca je motnja, ki opisuje nezmožnost nadzora izločanja urina. Predstavlja velik socialni problem in ima pomemben vpliv na posameznikovo kakovost življenja. S pričujočo diplomsko nalogo smo predstavili odnos mladostnikov do urinske inkontinence, pomen krepitve mišic medeničnega dna ter predstaviti pomen promocije zdravja in telesne aktivnosti. Hkrati smo želeli proučiti seznanjenost posameznikov s funkcijo mišic medeničnega dna in pomen izvajanja vaj za krepitev mišic medeničnega dna. S pregledom strokovne slovenske in tuje literature smo pripravili povzetek nekaterih znanj. S kvantitativno metodo dela smo izvedli empirični del naloge. V anketnem vprašalniku so sodelovali zdravi posamezniki, med katerimi so bili tudi takšni, ki so že imeli izkušnje z nehotenim uhajanjem urina. Medicinska sestra ima pomembno vlogo v obravnavi urinske inkontinence. Pomemben je profesionalen odnos zdravstvenega osebja za učinkovito posredovanje znanj ter osveščati o zdravem načinu življenja vse, ne le tiste, pri katerih je verjetnost dejavnikov tveganja za razvoj stresne urinske inkontinence večja.

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Stress incontinence in adolescent
Type	diploma work
Author	Jelena Knežević
Secondary authors	ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (supervisor) / PROSEN, MIRKO (coadvisor)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6312 Izola
Year	2018
Pages	V., 48., 0 tab., 21 picture, 1 attach., 39 sources
Keywords	Urinary incontinence, adolescents, health education, prevention
UDC	
Language	slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	<p>Stress urine incontinence is a disorder that describes the inability to control urination. It represents a major social problem and has a significant impact on the individual's quality of life. With this diploma thesis, we represented the importance of strengthening the pelvic muscles and promoting health and physical activity. At the same time, we wanted to study the acquaintance of individuals with pelvic muscles function and to raise awareness of the importance of exercising strengthening exercises. With a review of professional slovenian and foreign literature, we prepared a summary of some cognition. With the quantitative method of work we carried out the empirical part of the task. The survey questionnaire included healthy individuals, we obtained information on how many individuals are familiar with the function of the muscles and information about experiences with the involuntary of the urine. Healthy individuals were involved in the survey, including those who had already experienced urine leakage. The nurse plays an important role in treating urinary incontinence. It is important to have a professional attitude by healthcare workers for effective knowledge and raising awareness about healthy lifestyle for all, not only whose significant high risk factors can develop urinary incontinence.</p>

KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	I
KEY WORDS DOCUMENTATION.....	II
KAZALO VSEBINE	III
KAZALO SLIK	IV
SEZNAM KRATIC	V
1 UVOD.....	1
1.1 Inkontinenca urina v obdobju mladosti	3
1.2 Prevalenca stresne urinske inkontinence	3
1.3 Preventiva in zdravljenje stresne urinske inkontinence	4
1.3.1 Konservativno in farmakološko zdravljenje	4
1.3.2 Vedenjska terapija.....	5
1.3.3 Vaginalni vsadki – pesarji.....	6
1.3.4 Vaje za krepitev mišic medeničnega dna.....	6
1.3.5 Operativno zdravljenje.....	7
1.4 Naloge zdravstvene nege in zdravstvena vzgoja	8
2 NAMEN IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	11
3 METODE DELA IN MATERIALI	12
3.1 Raziskovalni vzorec	12
3.1.1 Raziskovalni instrument	13
3.2 Potek raziskave	13
3.3 Etični vidiki.....	13
4 REZULTATI	14
5 RAZPRAVA	24
6 ZAKLJUČEK	27
7 VIRI	28

KAZALO SLIK

Slika 1: Razmerje med anketiranci po spolu	12
Slika 2: Poznavanje MMD s strani anketiranih.....	14
Slika 3: Poznavanje lokacije MMD s strani anketiranih	14
Slika 4: Sodelovanje MMD pri zadrževanju blata po mnenju anketiranih	15
Slika 5: Sodelovanje MMD pri zadrževanju vetrov po mnenju anketiranih.....	15
Slika 6: Vloga MMD pri podpori danki po mnenju anketiranih	16
Slika 7: Vloga MMD pri vzdrževanju pravilne lege organov v medenici in trebušni votlini po mnenju anketiranih.....	16
Slika 8: Vloga MMD pri stabilnosti hrbtenice po mnenju anketiranih	17
Slika 9: Vloga MMD pri boljšem spolnem doživetju po mnenju anketiranih	17
Slika 10: Vloga MMD pri prebavi po mnenju anketiranih	18
Slika 11: Vloga MMD pri zadrževanju urina po mnenju anketiranih.....	18
Slika 12: Pogostost telesne aktivnosti med anketiranimi	19
Slika 13: Vrste športne aktivnosti s katerimi se ukvarjajo anketirani	19
Slika 14: Poznavanje vaj za krepitev MMD s strani anketiranih	20
Slika 15: Znanje uporabe pravilnih mišic pri izvajanju vaj za krepitev MMD med anketiranimi.....	20
Slika 16: Kje so se anketirani naučili vaj za krepitev MMD	21
Slika 17: Izvajanje vaj za krepitev MMD s strani anketiranih.....	21
Slika 18: Pogostost izvajanja vaj za krepitev MMD med anketiranimi	22
Slika 19: Kje anketirani izvajajo vaje za krepitev MMD.....	22
Slika 20: Nehoteno uhajanje urina med anketiranimi	23
Slika 21: Kje so anketirani iskali pomoč ob nehotenem uhajanju urina	23

SEZNAM KRATIC

UI	Urinska inkontinenca
MMD	Mišice medeničnega dna
TVT	Tension free vaginal tape
IUA	International urogynecological association

1 UVOD

Uropoetski sistem je organski sistem sečil. Sestavljajo ga dve ledvici, dva sečevoda, sečni mehur in sečnica. Sečni mehur predstavlja rezervoar za urin, katerega oblika je odvisna od tega, koliko je poln. Prazen mehur leži v medenici za sramnično kostjo. Napolnjen sega navzgor v spodnji del trebušne votline. V svodu se zadaj izlivata sečevoda. Njuni ustji vidimo v notranjosti sečnega mehurja, ki ju spaja prečna guba. Spredaj na spodnji strani izhaja iz sečnega mehurja sečnica, ki se prične z notranjim ustjem sečnice. Prazen mehur ima debelo steno in nagubano sluznico, pol pa raztegnjeno in tanko steno. Mišično plast stene tvori gladka mišičnina, ki poteka v vzdolžni, krožni in spiralni smeri (Brglez, 2009; Senegačnik, 2014). Funkcija sečnega mehurja je shranjevanje urina. Kontrakcija mehkega mišičnega detruzorja privede do izločanja urina, sproščene mišice detruzorja pa omogočajo shranjevanje urina do primerne trenutka za izločanje urina oziroma do praznjenja urinskega mehurja (Senegačnik, 2014). Ko volumen urina doseže volumen sečnega mehurja, zaznajo receptorji raztegnjenost stene mehurja. Impulz se prenese, kar povzroči refleksno krčenje mehurja in čutimo potrebo po uriniranju. Mišica zapiralke vpliva na to, da lahko uriniranje odložimo na ugodnejši čas. Do praznjenja urinskega mehurja pride ob zavestnem toničnem odpiranju urinarnega sfinktra in kontrakciji mehkega mišičja sečnice, ob refleksni kontrakciji pri povišanem znotraj abdominalnem tlaku ter ob kontrakciji mišic medeničnega dna (MMD) (Ostle, 2016). Če z lastno voljo ni mogoče nadzorovati praznjenja mehurja, takšen pojav imenujemo urinska inkontinenca. Mišica sečnega mehurja ne sodeluje pri zadrževanju urina. Da urin spontano ne uhaja, mora biti izpolnjen pogoj tlaka v mehurju in funkcionalnost mišice zapiralke (Brglez, 2009; Senegačnik, 2014).

Inkontinenca je poimenovanje, ki ga uporabljamo za opis nezmožnosti nadzora izločanja. To pomeni, da oseba odvaja urin nehote, lahko v nočnem ali dnevnem času ali oboje. Iz tega sledi, da je urinska inkontinenca (UI) nehotno uhajanje urina, ki za osebo predstavlja velik higienski in socialni problem (Esler, 2013). Skoraj 50 odstotkov žensk in moških se vsaj enkrat v življenju sooči z UI. Tako ima UI pomemben vpliv na posameznikovo kakovost življenja. Vpliva lahko na psihološko, fizično in spolno zdravje. Zaradi pogostosti ter pomembnega vpliva na posameznikovo zdravje je UI pomembna tudi iz ekonomskega vidika, saj predstavlja velik strošek za zdravstveno blagajno (Knarr, Musil, Warner, Kless in Long, 2014).

Obstaja več definicij inkontinence, uveljavili pa sta se predvsem dve, in sicer definicija *Mednarodnega združenja za inkontinenco* (International Continence Society – ICS), ki pravi, da je inkontinenca »navajanje neželenega uhajanja urina« in definicija ameriške *Agencije za zdravstveno politiko in raziskave* (Agency for Health Care Policy and Research), ki pravi, da je UI »nehotena izguba oziroma uhajanje urina, ki predstavlja resen problem« (Bodo in Ammirati, 2015; Doughty in Castodina, 2006; Fanti idr., 1996).

UI je prisotna v vseh starostnih obdobjih, vse od rojstva in zgodnjega otroštva. Takrat je prisotna tako nočna enureza, kot tudi dnevna urinska (in fekalna) inkontinenca, skozi otroštvo, ko se pri sicer zdravih otrocih pojavlja predvsem nočna enureza. V zgodnjih in poznih življenjskih obdobjih pa je uhajanje urina simptom različnih bolezenskih stanj, patoloških sprememb, psiholoških vplivov in drugih vzrokov. Nočna enureza pri otrocih se konča oziroma se prevalenca občutno zmanjša v zgodnjih najstniških letih, ko po nekaterih študijah pade iz 10–18 % prevalence pri 7 letih, na manj kot 4 % pri otrocih med 11 in 12 letom starosti. Pri odraslih pa dosega le še pol odstotno prevalenco prebivalstva z nehotenim uhajanjem urina v nočnem času v šestmesečnem obdobju (Von Gontard in sod, 2015; Milsom in sod., 2009). Inkontinenca sama po sebi ni bolezensko stanje, temveč nakazuje določeno patologijo, ki pa jo je običajno mogoče preprečiti ali zdraviti. Poleg nočne inkontinence pri dojenčkih in mlajših otrocih, poznamo še stresno inkontinenca, nujno ali urgentno inkontinenca, mešano inkontinenca, prelivno ali pretočno inkontinenca, popolno inkontinenca, in druge (Milsom idr., 2009; Porth, 2011; Senegačnik, 2014).

Stresna UI je definirana kot neželjeno uhajanje urina ob trudu ali naporu do katerega pride zaradi povišanega znotraj abdominalnega tlaka, ko ta preseže tlak upora sečnice (Ostle, 2016). Do povišanega znotraj abdominalnega tlaka pride zaradi različnih dogodkov, kot so kašljanje in kihanje, napenjanje, dvigovanje, priklanjanje in fizični napor (IUA, 2011; Testa, 2015). Lukanovič (2011) navaja, da je stresna UI najpogostejši tip UI pri ženskah in pogosteje prizadene ženske kot moške. Najpogostejši dejavniki tveganja za nastanek stresne UI so vaginalni porod pri ženskah, obstipacija in prekomerna telesna teža. Ostali dejavniki tveganja so še menopavza, operacija ali poškodba medenice, sečnice ali sečnega mehurja, izpostavljenost ionizirajočemu sevanju, višja starost, prekomerno uživanje alkohola, kajenje, hipertenzija, diabetes in pri moških zapleti po operaciji prostate, kot so na primer formiranje zabrazgotinjenega tkiva ali poškodovanje živčevja sečnice (Barrie, 2015; Ostle, 2016; Testa, 2015). Stresna UI se najpogosteje pojavlja pri ženskah, ki so že vsaj enkrat vaginalno rodile, vendar pa to ni edini razlog za pojav stresne UI (Jančič, 2010). Pri normalni anatomske strukturi mehur podpirajo medenične kosti in ligamenti, sečnico pa v ustrezni topografski legi držijo vezivna tkiva endopelvične fascije in anteriorna vaginalna stena. Stresno UI lahko tako pripisujemo pomanjkljivemu delovanju notranje mišice zapiralke, napačnemu položaju sečnice ali hiperobilnosti sečnice, kar pomeni da se sečnica nahaja na napačnem mestu, ko pride do povišanega znotraj abdominalnega tlaka ali kot kombinacijo vseh (Ostle, 2016; Tušek Bunc, 2004).

Poleg stresne inkontinence v par besedah predstavljamo še druge vrste inkontinence. Urgentna inkontinenca predstavlja nenadzorovano uhajanje urina skozi sečnico in se pojavi po predhodni močni želji po uriniranju. Značilno je krčenje sečnega mehurja, ko še ni poln. Vzrok je običajno akutna okužba sečil. Povzročajo jo prekomerno vzdražena velika mišica ob sečnem mehurju, pogosto je posledica možganske kapi, demence, nevroloških bolezni in zdravil. Velikokrat pa je prisoten samo stalen občutek tiščanja na vodo. Ljudje, ki jih prizadane, pogostokrat tožijo, da ne morejo povsem izprazniti sečnega

mehurja (Barrie; 2015; Senegačnik, 2014). Prelivna inkontinenca je nenadzorovano uhajanje majhnih količin urina iz polnega sečnega mehurja. Mehur postane zaradi kroničnega zastoja urina prenapolnjen in neodziven. Tlak se znotraj poveča in urin uhaja. Vzroki so pogostokrat nezmožnost kontrakcije sečnega mehurja zaradi okvare spodnjega motoričnega nevrona, zapora sečnega toka zaradi zožitve sečnice, tako lahko vpliva obstipacija in nekatera zdravila, kot so narkotiki in antiholinergiki (Jančič, 2010; Senegačnik, 2014). O popolni inkontinenci govorimo takrat, kadar urin ponoči in podnevi stalno uhaja zaradi nepopolnega zapiranja mišice zapiralke. Pri ženskah se običajno pojavi po poškodbi sečnice ob porodu, pri moških pa po operaciji prostate (Senegačnik, 2014). Psihogeno inkontinenca nastane zaradi čustvenih težav. Pogosta je pri depresivnih bolnikih, pri otrocih pa se pokaže kot občasno ali stalno močenje postelje (Senegačnik, 2014). O mešani inkontinenci govorimo takrat, kadar je uhajanje urina kombinacija različnih vzrokov. Najpogosteje sta to urgentna in stresna inkontinenca. Stresna inkontinenca je oblika inkontinence, ki jo najpogosteje najdemo med mlajšimi odraslimi (Senegačnik, 2014).

1.1 Inkontinenca urina v obdobju mladosti

Mladost je razvojno obdobje človeka od spočetja do samostojnosti. V tem obdobju oseba razvija telesne, duševne, duhovne in socialne zmožnosti. Glavni nalogi, ki jih ima posameznik v mladostniškem obdobju sta zdrava rast in temeljno učenje za življenje. Mladostno življenje se v civiliziranih državah podaljšuje, povprečna meja pa je med petindvajsetim in tridesetim letom (Ramovš, 2014).

Swithinbank, Heron, von Gontard in Abrams (2010) izpostavljajo problematiko redkosti preučevanja mladostniške urinske in kontinence in še takrat, ko se pridobi podatke o urinski inkontinenci med mladostniki se stresno UI le redko loči od drugih tipov inkontinence. Navajajo, da je dnevna UI med otroci od 1,8 % (pri 7-letnikih) od 10 % (v vseh starostnih skupinah 5, 6 in 8–12-letnikih). Po podatkih ki jih navaja Soe, Barnes in Caldwell (2016) znaša stresna UI med otroci 2,2 %, med mladostniki pa 6,6 %. Pogosta je tudi stresna UI med profesionalnimi športniki. Že pretekle raziskave pa so pokazale, da je prisotnost stresne UI med ženskami, ki še niso rodile tudi preko 35 %. Med aktivnimi športnicami je prevalenca UI 28 %, športnice pa tudi niso seznanjene z vajami za krepitev mišic medeničnega dna (MMD) (Carls, 2007).

1.2 Prevalenca stresne urinske inkontinence

Stresna UI je pogostejša pri ženskah kot pri moških, pri vseh pa se pojavi zaradi anatomskih sprememb v položaju organov in tkiv zaradi formacije patoloških tkiv ali poškodbe oziroma obrabe tkiv (Ostle, 2016). Vzrokov za nehoteno uhajanje urina skozi sicer zdrava sečila je več. UI je vsaj dvakrat pogostejša pri ženskah kot pri moških, njena

prevalenca pa narašča s starostjo (Esler, 2013). Nitti (2001) navaja, da je prevalenca srednje in močne UI pri odraslih ženskah med 3 in 17 %, pri čemer so mlajše ženske manj prizadete, močno pa narašča prevalenca pri ženskah med 70. in 80. letom starosti. Pri moških je ta odstotek precej nižji in sega med 3 pa do 11 %. Ravno tako kot pri ženskah, pa se tudi pri moških prevalenca povečuje med 70. in 80. letom starosti, vendar je takrat prizadeto približno enkrat več žensk kot moških. Esler (2013) piše, da se UI dnevno pojavlja pri 5 do 15 % žensk v srednjih letih ali starejših ženskah. V večji starosti je torej UI pogostejša. Tako sta Nygaard in Lamke ugotovila, da je 20,4 % žensk, ki so bile ob začetku študije kontinentne, razvilo prelivno inkontinenco, 24 % žensk pa je razvilo stresno inkontinenco. Stresna UI prevladuje med žensko populacijo in se najpogosteje pojavlja v zreli dobi. Sturm in sod. (2014) so primerjali prevalenco stresne UI med odraslimi ženskami, ki so spolno aktivne, z ženskami, ki niso spolno aktivne. 18 % anketiranih žensk, ki so spolno aktivne, je poročalo o zmerni do močni stresni UI. Po raziskavi, ki so jo opravili Zumrutbas idr. (2014) je prevalenca stresne UI med ženskami v zahodnem delu Turčije 21 %. Literatura, ki obravnava stresno UI pri moških je zelo redka. Tako smo podatek zanjo pridobili zgolj iz iste študije, ki so jo objavili Zumrutbas in sod. (2014) za ženske. Prevalenca za stresno UI pri moških v Turčiji je približno 3,9 %. Tušek Bunčeva (2004) navaja, da se stresna UI pri moških najpogosteje pojavlja po radikalni prostatektomiji v 5 do 20 %, po tranuretralni resekciji pa v 3 %.

1.3 Preventiva in zdravljenje stresne urinske inkontinence

Pri urinski inkontinenci poznamo več načinov tako preventive, kot tudi zdravljenja. Način zdravljenja je odvisen od razloga za pojav stresne UI, kot tudi za kako močno stresno stopnjo UI gre. Učinkoviti načini nekirurškega zdravljenja so vedenjska terapija in farmakološka terapija. Kirurški načini zdravljenja stresne UI so poznani že preko 100 let, opisanih pa je bilo okoli 200 različnih kirurških postopkov, ki pa se jih zaradi tveganja fizioloških poškodb, stroškov hospitalizacije ter izgube produktivnosti v času zdravljenja poskuša kar najbolj omejiti, kadar je to le mogoče (Rovner in Wein, 2004).

1.3.1 Konservativno in farmakološko zdravljenje

Konservativno zdravljenje je najpogosteje prva izbira obravnave osebe s težavo, kot je UI. Konservativno zdravljenje je na voljo vsem osebam z urinsko inkontinenco, pogostokrat je indicirano pri blagi ali zmerni obliki le-te. Vključeno je spodbujanje zdravega načina življenja in trening MMD (Pinter, 2012). Uporaba zdravil pri zdravljenju stresne UI je zelo razširjena, vendar pa so rezultati zelo različni in negotovi. Wyndaele in sod. (2009) navajajo, da se za zdravljenje stresne UI uporablja večje število različnih zdravil, vključno z α -adrenergični agonisti, estrogeni, β -adrenergični agonisti in triciklični antidepressivi. Najpogosteje se uporabljajo zaviralci ponovnega privzema noradrenalina in serotonina (Jančič, 2010). Rovner in Wein (2004) opisujeta, da ni bilo opravljenih dovolj nadzorovanih randomiziranih raziskav s področja vpliva

farmakoloških sredstev na zdravljenje UI, ki bi lahko potrdile ali ovrgle uspešnost kateregakoli farmacevtskega sredstva za zdravljenje stresne UI. Uporablja se pri blagih in zmernih oblikah UI, kjer ni zadostnih indikacij za kirurško zdravljenje. Možnosti konzervativnega zdravljenja so: ukrepi za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, vedenjske tehnike, trening mišic medeničnega dna, električna stimulacija, magnetna stimulacija, komplementarna terapija, pesarji, valjčki ter kontinenčni izdelki in pripomočki. Konzervativna obravnava bi lahko zaradi prevalece potekala že na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Dostopna bi morala biti vsem osebam z UI, saj je brez stranskih učinkov, poceni, enostavna, in ne vpliva na izid morebitnega operativnega posega. Izvaja jo multidisciplinarni tim (medicinske sestre, delovni terapevti, fizioterapevti), ki imajo dodatna strokovna znanja (Dovgan, 2016).

1.3.2 Vedenjska terapija

Tehnike vedenjske terapije so ena najuspešnejših metod konzervativnega zdravljenja. (Dovgan, 2016). Pri vedenjski terapiji ne gre zgolj za zdravljenje stresne UI, temveč je uporabna in dobrodošla tudi pri njeni preventivi. Vedenjsko terapijo sestavlja več korakov in prinaša najboljše rezultate, če redno izvajamo vsakega od naštetih korakov, ki sta jih v svoji raziskavi opisala Rovner in Wein (2004):

- izobraževanje pacienta o funkciji spodnjega urinarnega trakta,
- nadzor nad vnosom živil in tekočine,
- časovni intervali izločanja urina (izločanje ob potrebi ali treniranje mehurja)
- in dnevnik izločanja.

Vsakega od naštetih korakov običajno izvajamo v kombinaciji z vajami za krepitev MMD oziroma Keglovimi vajami (Rovner in Wein, 2004). Na patogenezo in zmanjšanje simptomov lahko vplivamo tudi s spremembo življenjskega sloga (Pinter, 2012). Vedenjska terapija tako vključuje spremembe pri vnosu živil, izogibanje kofeinu, teinu, alkoholu, omejitev vnosa tekočin na 2 litra dnevno, izločanje urina v določenih časovnih intervalih zaradi preprečevanja prenapolnjenosti sečnega mehurja, prilagajanje jemanja zdravil, ki lahko vplivajo na izločanje (diuretiki), izgubo telesne teže ter opustitev kajenja (Knarr, 2014). Vedenjsko terapijo lahko vodi vsak zdravstveni delavec. Je enostavna in učinkovita metoda preprečevanja in zdravljenja stresne UI. Večina vedenjskih terapij se prične z izobraževanjem o funkciji spodnjega urinskega trakta. Kognitivna socialna teorija nas namreč uči, da bo večina pacientov sodelovala v nekem programu, če verjame, da jim bo le-ta prinesel koristi. Izobraževanje o funkciji spodnjega urinskega trakta je pomembno zato, da pacienti razumejo svoje stanje, razumejo proces kako je stanje mogoče izboljšati, ko zaznajo svoj problem, oziroma kako lahko preprečijo pojav stresne UI, ter da verjamejo, da bo sodelovanje v vedenjski terapiji tudi njim prineslo izboljšanje (Burigo, 2014).

Najpomembnejše za oblikovanje vedenjskega programa je razumevanje pacientovega dnevnega življenja in okoliščin, ki pripomorejo k izgubi urina. Poleg pacientovega opisa stanja, je tako pomemben tudi urnik vnosa hrane in tekočin, ki naj vsebuje tudi vrsto hrane

ali tekočine, ter urnik izločanja tekočin za 5 do 7 dni, ki lahko ponudi ključne podatke (Burigo, 2014). Šele s pomočjo urnika lahko pacienti ugotovijo prekomeren vnos tekočin in tako prilagodijo svoje vedenje. Nadzor nad vrsto vnesenih živil in tekočine pa lahko razkrije živila ali tekočine, ki lahko pripomorejo k razvoju simptomov stresne UI, kot so kava, čaj, alkohol, tobak in drugi (Rovner in Wein, 2004). Dodatna korist urnika izločanja je ugotavljanje intervala izločanja. Na podlagi beleženja vseh aktivnosti v urnik bilance tekočine lahko ugotovimo ali pacient izloča preredko in v kakšnih intervalih. Pri nekaterih pacientih lahko določimo urne intervale izločanja, pri drugih pa izločanje po potrebi, ki ga lahko v nadaljevanju zdravljenja tudi podaljšujemo in s tem krepimo mišice mehurja, mišico zapiralko in željo po izločanju. V osnovi urnik izločanja služi beleženju zaužite tekočine, pogostosti in količini izločenega urina, pojavljanju nenadne nujne potrebe po uriniranju ter beleženje števila epizod, ko je prišlo do UI. Uporabljamo ga tudi kot urnik s katerim lahko pacient z gotovostjo povečuje količino skladiščenega urina, ter obvladuje občutek tiščanja na vodo. Beleženje poteka kratko in jedrnat v tabelarni sistem, ki omogoča lažji pregled pri morebitnem napredovanju ali nazadovanju sposobnosti zadrževanja urina (Rovner in Wein, 2004).

1.3.3 Vaginalni vsadki – pesarji

Pesarji so vaginalni vsadki, ki si jih lahko vstavi vsaka ženska, ki trpi za stresno UI. Izvirajo že iz egipčanskih časov. Njihova naloga je dodatna podpora sečnemu mehurju in sečnici. Uporabljajo se za dvig spuščene vrata sečnega mehurja nazaj v področje pozitivnega prenosa intraabdominalnega pritiska ob stresni situaciji, ko je kašljanje, kihanje. Novejši pesarji omogočajo tudi anatomsko prilagoditev za posamezno pacientko. Set je sestavljen iz petih valjčkov, ki so enake oblike, razlika je v teži. Vložek se vstavi v vagino. Pacientka prične z vstavitvijo najlažjega, če ga lahko zadrži nadaljuje vaje z težjim valjčkom. Ko se pojavi občutek polzenja valjčka, pacientka stisne MMD in poskuša zadržati valjček čim dalj časa. Priporočljivo je izvajanje vaj dvakrat na dan vsaj eno minuto (Dovgan, 2016). Vstavljanje in nega vsadkov je enostavna, ženska pa se mora vrniti na ginekološki pregled vsakih šest tednov do treh mesecev ali prej v primeru težav. Ženska si ga lahko vstavi tudi sama. Narejeni so iz 100 % prožnega silikona in posebne kovine znotraj obroča, ki naj ne bi dražil sluznice vagine. Vsak pesar je tudi posamično pakiran. Zaradi higienskega režima pacientk je pomembno, da pesar uporablja vedno ista oseba. Hrani se pri sobni temperaturi, potrebno je redno in pravilno vzdrževanje, kar pomeni dosledno izvajanje higienskega minimum in ga redno čiščenje brez predhodne dezinfekcije (Knarr, 2014). Velika prednost teh pesarjev je, da pacientka individualno sledi uspehu izvajanja vaj in napredku, kasneje vaje izvaja tudi brez pesarjev (Dovgan, 2016).

1.3.4 Vaje za krepitev mišic medeničnega dna

MMD dajejo oporo organom medenične votline, pripomorejo pa tudi k izločanju urina. Številne ostale funkcije so še (Jančič, 2010):

- prispeva k povečanju tlaka v trebušni votlini,
- vzdržuje anorektalni kot in tako prispeva k fekalni kontinenci,
- zagotavlja podpori danki med odvajanjem blata,

- ojača zapiralni mehanizem sečnice med povečanjem tlaka v trebušni votlini,
- deluje inhibitorno (zaviralno) na aktivnost sečnega mehurja,
- pomaga pri razbremenitvi hrbtenice,
- prispeva k stabilnosti hrbtenice in medeničnega obroča,
- prispeva k boljšemu spolnemu doživljanju in odzivu.

Z vajami za krepitev MMD želimo vrniti tonus mišicam ženskam po porodu, okrepiti zadrževanje urina pri starejših ženskah, obenem pa tudi krepiti užitke v spolnosti, ker se na ta način pospešuje prekrvavljenost genitalnega predela in s tem delovanje spolne vzburjenosti. Pomembno je aktivirati prave mišice. Mišice ki pri tem pomagajo so prav MMD. Z vsakodnevno, redno in pravilno vadbo lahko te mišice dobro okrepimo. Vaje lahko izvajamo kjerkoli in kadarkoli, ne da bi to kdo opazil. Izvajanje se svetuje tudi moškim. Pred izvajanjem je potrebno obvladati pravilni stisk mišic. Občutek je podoben stisku mišic okoli zadnjika, nožnice in sečnice. Odkrijemo jih tako, da prekinemo curek med uriniranjem (Wayndaele in sod., 2009; Knarr, 2014). To je stisk mišic medeničnega dna, kjer ločimo dolgi stisk (stisnemo neprekinjeno vsaj 5 sekund in enako dolg odmor, da se mišice sprostijo, sledi vsaj 10 ponovitev) in kratki stisk (petkrat stisnemo in spustimo, sledijo enako dolgi odmori) (Wayndaele in sod., 2009). Namen treninga MMD je hotena in učinkovita kontrakcija MMD pred in med naporom. Zavestno kontrakcijo posameznik izvede pred in med aktivnostjo, kot je kašljanje, kihanje (Pinter, 2012).

Da ugotovimo ali stiskamo prave MMD obstaja več testov (Jančič, 2010):

- Stop test: nikoli ga ne izvajamo pri polnem sečnem mehurju, med uriniranjem poskušamo zaustaviti uriniranje za nekaj sekund, nato pa nadaljujemo z uriniranjem do izpraznitve sečnega mehurja.
- Test v rahlem razkoraku: stojimo razkoračno, roko držimo na presredku. Ob pravilnem stisku MMD se predel na mestu dvigne, ob sprostitvi pa se spusti. Za preverjanje lahko zakašljamo in s tem tipamo gibanje presredka.
- Med spolnim odnosom: z nožnico se stisne partnerjev spolni ud, po nekaj sekundah pa sprosti. Če partner stiska ne občuti, je jakost stiska slaba.

Za pravilno izvajanje vaj je pomembno (Rovner in Wein, 2004; Wayndaele in sod., 2009; Knarr, 2014):

- pravilno dihanje – dihanja ne smemo zadrževati,
- pravilna telesna drža – vpliva na nagib medenice, tako je preobremenjeno medenično dno,
- sprostitev – pomembno je čutiti čim večjo razliko med napetimi in sproščenimi mišicami in spoznanje tega občutka.

1.3.5 Operativno zdravljenje

Poznanih je blizu 200 različnih operativnih postopkov za zdravljenje stresne UI pri ženskah. Pri izbiri optimalnega operativnega postopka zdravljenja je potrebno upoštevati več različnih faktorjev, kot so tip stresne UI, kapaciteto mehurja, moč uhajanja urina,

prisotnost različnih povezanih dejavnikov, kot so prolaps vagine in abdominalna ali medenična patologija. V osnovi je kirurško zdravljenje stresne UI usmerjeno k enemu od dveh ciljev (Rovner in Wein, 2004; Esler, 2012):

- z repozicijo sečnice in izdelavo dobre opore za podporo in stabilizacijo sečnice in vrata sečnega mehurja, ki bo kljubovala spremembam znotraj abdominalnega tlaka,
- ustvariti prilagoditev ter s kompresijo povečati upornost sečnice, ki jo nudi notranji sfinkter brez vplivanja na sečnico in vrat sečnega mehurja, ali s kombinacijo obeh.

Na voljo so številne operativne metode, s katerimi ustvarimo ustrezno podporo sečnice in tudi nekoliko povečamo zaporni tlak. Vaginalno operirajo predvsem bolnice, ki imajo poleg stresne UI za motnje statike genitalnih organov, ostale pa lahko abdominalno (Lukanovič, 2011). Bolnice s hudo stresno UI brez motenj statike genitalnih organov genitalnih organov in bolnice s ponavljajočimi stanji. Operirajo z Bruchevo operacijo, kjer se v abdominalni prostor vstopa preko prečnega reza nad sramnično kostjo (Senegačnik, 2014). Poseg predstavlja najsodobnejši način zdravljenja stresne urinske inkontinence, je mikroinvaziven način, tako da je čas okrevanja hiter. Pomembno je natančno izpeljana diagnostika in opredelitev vrste UI, saj poseg pozdravi le stresno UI (Esler, 2012; Ostle, 2016). Poznamo tudi operacijo TVT (Tension free Vaginal Tape) in operativno zdravljenje s sistemi polipropilenskih mrežic. Metoda zdravljenja motenj statike medeničnega dna s sistemi polipropilenskih mrežic, ki so se do zdaj izkazali za uspešne, varne in z majhnim številom zapletov po posegu, kot je perforacija intraperitonealnih organov, pooperativna vnetja s speso ali vnetje potrebušnice. Njen namen je nadomestiti poškodovano fascio, obnoviti povezanost fascie v stabilno mrežno podporo. Nekaj centimetrski mrežasti trak iz propilena se uvede v spodnji del medenice pod sečnico skozi zarezo v tkivu, ki mora biti po končanem posegu minimalno zašita. Krvavitev je pri tem minimalna. Pooperativna bolečina je minimalna, uporaba analgetikov pa zanemarljiva. Zaradi minimalne kirurške rane, manjšo možnost zapletov, dobre biomehanske lastnosti mrežastega traku, ki ne ovira izločanje urina poseg priporočajo vsem zdravim ženskam (Lukanovič, 2011; Esler, 2012; Senegačnik, 2014).

1.4 Naloge zdravstvene nege in zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je definirana kot kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da želijo ljudje biti zdravi, vedo kako postanejo in ostanejo zdravi in upoštevajo vse za ohranitev zdravja, uspešna pa je le ob upoštevanju motivacije. Cilji zdravstvene vzgoje so dejavni posamezniki ali skupnost, ki pozna dejavnike tveganja in si prizadeva za ohranitev zdravja. Motivirani so do stopnje popolne ohranitve zdravja in sledijo sodobnim preventivnim ukrepom in ohranjanju zdravja (Hoyer, 2005). Predstavlja proces v katerem želi medicinska sestra pridobiti pacientko za aktivno sodelovanje, jo motivirati in ozavestiti o pomoči pri takšnem problemu (Pinter, 2012). Zdravstvena

vzgoja je kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki vplivajo na posameznikovo skrb za lastno zdravje. Motivacija ima pomembno vlogo pri spremembi stališč in posledično tudi vedenja. Delovanje zdravstvene nege je sistematično. Cilj zdravstvene vzgoje so aktivni posamezniki, ki si prizadevajo za ohranitev zdravja. Kar pomeni da so pravočasno in pravilno obveščeni o dejavnikih tveganja, ki ogrožajo njihovo zdravje (Svetina, 2011). Tako si prizadevajo za ohranitev lastnega zdravja, ter sledijo preventivnim ukrepom, kar predstavlja odgovornost do ohranitve lastnega zdravja in preprečevanje nastanka bolezni. Zdravstvena vzgoja se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega varstva, odvisna je od potreb in sposobnosti posameznika ter dovzetnosti za spremembe (Hoyer, 2005).

Zdravstvena vzgoja je razdeljena na (Hoyer, 2005; Svetina, 2011; Pinter, 2012):

- Zdrave posameznike, s povprečnim tveganje za stanje ali bolezen (ženske v menopavzi lahko z pravočasnim prepoznavanjem in upoštevanjem ukrepov primarne preventive uspešno preložijo pojav težkih simptomov. Znano je, da je eden glavnih ukrepov fizična aktivnost);
- ljudi z visokim tveganjem, ki potrebujejo vsebine za spremembo vedenja (usmerjena je k ogroženi skupini posameznic kot so nosečnice, porodnice, otročnice, ženske v menopavzi, ženske, ki opravljajo težja fizična dela ali pogosta vnetja uropoetskega sistema. Z lažjo stopnjo UI se srečujejo ravno v ambulantni dejavnosti, kjer ima prednost zdravstvenozgojno svetovanje. Najpogosteje se svetujejo vaje MMD);
- bolne in zdravljenе ljudi, ki sprejemajo zdravljenje, prepoznajo simptome, pomembno je usposabljanje za preprečevanje povrnitve bolezni in kakovostno živeti z nastalo spremembo. Pomembni so ukrepi za učinkovito lajšanje trpljenja in prilagoditev na nezadovoljivo stanje (usmerjena je k ženskam, ki imajo težave z zadrževanjem urina. Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene v pomoč pri sprejemanju urinske inkontinence, preprečevanja komplikacij in vzdrževanja optimalnega zdravstvenega stanja).

Aktivnosti zdravstvene nege so vedno usmerjene v čimprejšnjo neodvisno posameznika. Delovanje zdravstvene nege je ciljno usmerjeno v varovanje zdravja in preprečevanje bolezni ter kvaliteto bivanja. Informacije, ki jih podaja medicinska sestra morajo biti verodostojne in posredovane na razumljiv ter obziren način. Prav tako prejmejo informacije v pisni obliki, v zloženki (Svetina, 2011; Malnar, 2015). Naloge zdravstvene nege so (Malnar v Brglez, 2009):

- Zadostna hidracija,
- zdrava prehrana,
- pomen vaj za krepitev MMD,
- pomen izogibanja težjim fizičnim omejitvam,
- soočenje s strahom, čustvi, soočenje s problemom, dvomi in vpliv na spolno življenje

UI predstavlja posamezniku problem, tudi stisko, in bistveno poslabša kvaliteto življenja posameznika in tudi medosebne odnose (Pintar, 2012). Potrebno je zavedanje, da medicinska sestra vstopa v intimen svet posameznika, pa čeprav lahko samo z osveščanjem o problematiki. Upoštevati je potrebno predhodno znanje posameznika, pa tudi oceniti pripravljenost sodelovanja. Poučevanje lahko poteka s pomočjo demonstracije, pogovora, ali uporabo avdiovizualnih sredstev (Malnar, 2015). Medicinske sestre si morajo prizadevati za promocijo kontinence, ter izvedbo ustreznih sodobnih in strokovnih postopkov za obravnavo takšnega problema, z namenom holistične obravnave posameznika. Komunikacija predstavlja pomemben člen pri ozaveščanju in reševanju problematike s tega področja. Glavni elementi učinkovite komunikacije so, odkritost, spoštovanje, samozavest in sočutje (Malnar, 2015). Kvalitetna komunikacije predstavlja osnovo za posredovanje informacij in zdravstvenovzgojno udejstvovanje z namenom ohranitve dobrega počutja ter kakovostnega življenja oseb s takšno motnjo. Pomembno je vzajemno zaupanje, brez zadrege in sramu, takrat tudi steče vzajemna komunikacija in načrtovanje reševanja problema (Pinter, 2012).

2 NAMEN IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Stresna inkontinenca pri mladostnikih je slabo raziskan negovalni problem. Predvidevamo, da lahko zaradi pretežno sedečega načina življenja pričakujem težave z zadrževanjem urina na proučevani populaciji. Namen diplomske naloge je bil preučiti pojav stresne inkontinence pri mladostnikih, njihovo poznavanje ohranjanja in funkcije MMD.

Cilj raziskave:

- predstavitev stresne urinske inkontinence,
- na populaciji mladostnikov ugotoviti poznavanje funkcije mišic medeničnega dna,
- proučiti njihove izkušnje s stresno inkontinenco.

Raziskovalni vprašanja:

1. V kolikšni meri so mladostniki seznanjeni s funkcijo mišic medeničnega dna?
2. V kolikšni meri je v proučevani populaciji že prisotna izkušnja z uhajanjem urina?

3 METODE DELA IN MATERIALI

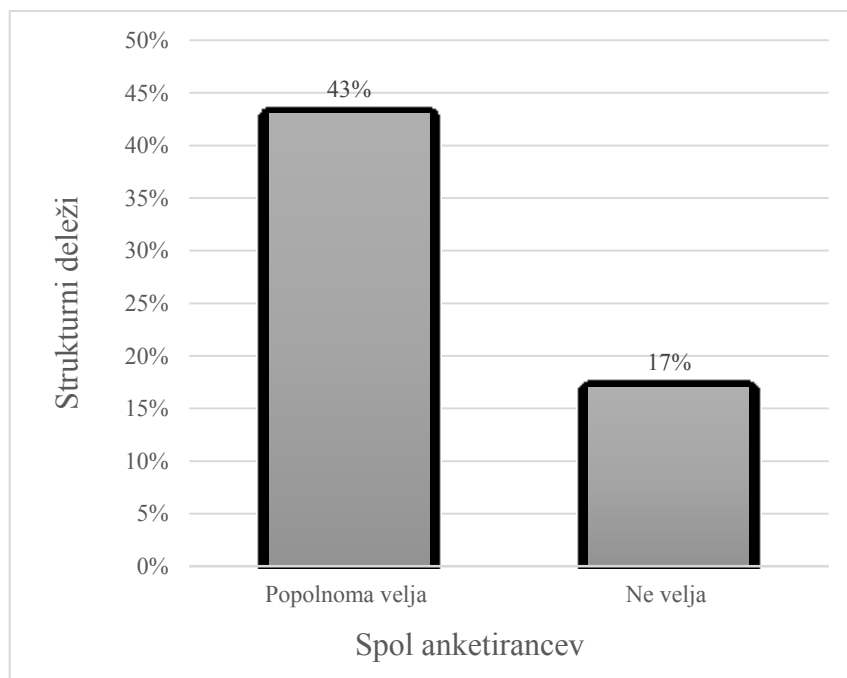
Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo izvedbe anonimnega anketnega vprašalnika, ki smo jih izdelali na podlagi pregleda literature.

Raziskovalni vzorec

Vzorec predstavljajo zdravi posamezniki med 20. in 30. letom starosti. Anketirance smo k sodelovanju povabili preko socialnega omrežja Facebook. Pogoja za sodelovanje v anketi sta bila zdrav način življenja. Prejeli smo 48 vrnjenih anket. Šest anket je bilo nepopolno ali nepravilno izpolnjenih, zato smo jih izločili. Celotni delež tako predstavlja 42 popolno (87,5 %) rešenih spletnih anket.

V anketi je sodelovalo 12 moških in 30 žensk. Sodelovanje v anketiranju je bilo prostovoljno in anonimno. V povprečju so anketiranci ženske, stare 24 let, visoke 170 cm, in težke 65 kg. V nadaljevanju sledi predstavitev rezultatov spletne ankete na temo stresne inkontinence in krepitve MMD.

V spletno anketo je bilo skupaj vključenih 42 anketirancev, 12 (29 %) je bilo moških, veliko večino pa predstavlja 30 (71 %) ženskih anketirank (slika 1).



Slika 1: Razmerje med anketiranci po spolu

3.1.1 Raziskovalni instrument

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji, pri čemer je bil kot instrument za zbiranje podatkov uporabljen vprašalnik (Priloga 1). Vprašalnik je bil sestavljen na podlagi pregleda strokovne literature. Sestavljajo ga štirje sklopi. V prvem sklopu smo ugotavljali demografske podatke posameznega anketiranca, v drugem sklopu smo ugotavljali poznavanje anketirancev funkcije MMD. Tretji sklop zajema ugotovitve, koliko in kako pogosto se anketirani ukvarjajo s telesnimi aktivnostmi in tudi vključitev vaj za krepitev MMD. Četrty sklop zajema prisotnost urinske inkontinence med anketiranimi. Zastavljena vprašanja so pretežno odprtega tipa in zahtevajo kratke odgovore. Vprašalnik je bil sestavljen na spletnem portalu EnaKlikAnketa – 1KA. Anketirancem smo povezavo do anketnega vprašalnika posredovali preko spletne pošte ali socialnega omrežja (Facebook).

3.2 Potek raziskave

Anketiranje je bilo izvedeno z randomiziranim razpošiljanjem spletne ankete spomladi 2018. Anketiranci so vprašalnike izpolnili in oddali preko spleta. Selektivno smo izključili nepravilno in nepopolno izpolnjene anketne vprašalnike. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo programskega orodja MS Excel in MS Word, ki sta del programskega paketa Microsoft Office 2016. Interpretacija podatkov temelji na uporabi osnovne deskriptivne statistike. Rezultati raziskave so povezani v grafo-numerični in v opisni obliki.

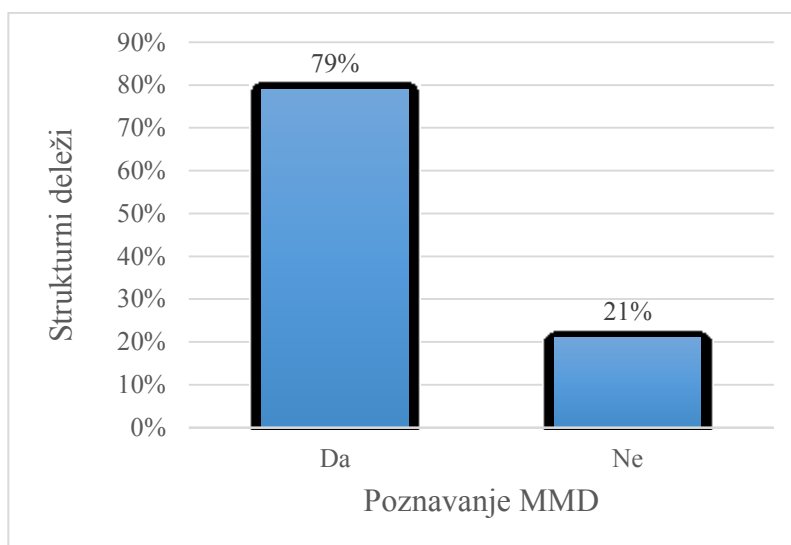
3.3 Etični vidiki

Sodelovanje v raziskavi je bilo za anketirance anonimno in prostovoljno, s tem so bili seznanjeni v uvodu spletnega anketnega vprašalnika. Podatki, ki smo jih pridobili s spletnim anketnim vprašalnikom so bili obdelani izključno za empirični del pričujočega diplomskega dela.

4 REZULTATI

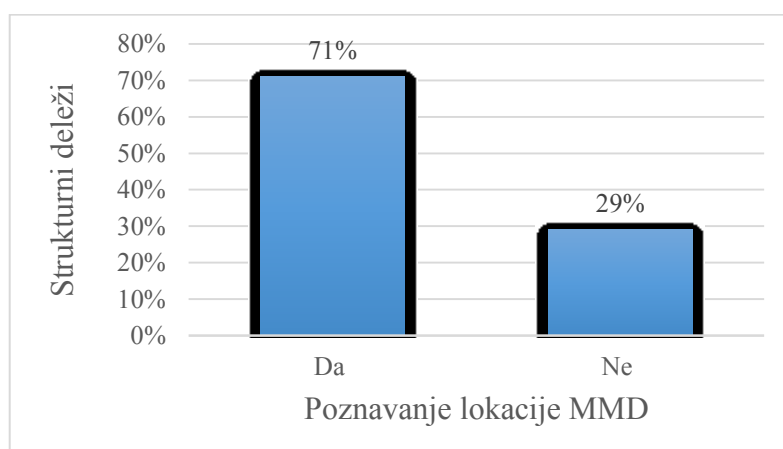
S selektivnim pregledom vrnjenih anket smo izločili 6 anket, ki so bile nepopolno izpolnjene, tako 42 anket predstavlja polni delež raziskave (87,5 %).

Anketirane smo spraševali o poznavanju MMD. Na vprašanje, če poznajo MMD in njihovo funkcijo je pritrdilno odgovorilo 33 (79 %) anketiranih, 9 (21 %) anketiranih pa ne pozna MMD (slika 2).



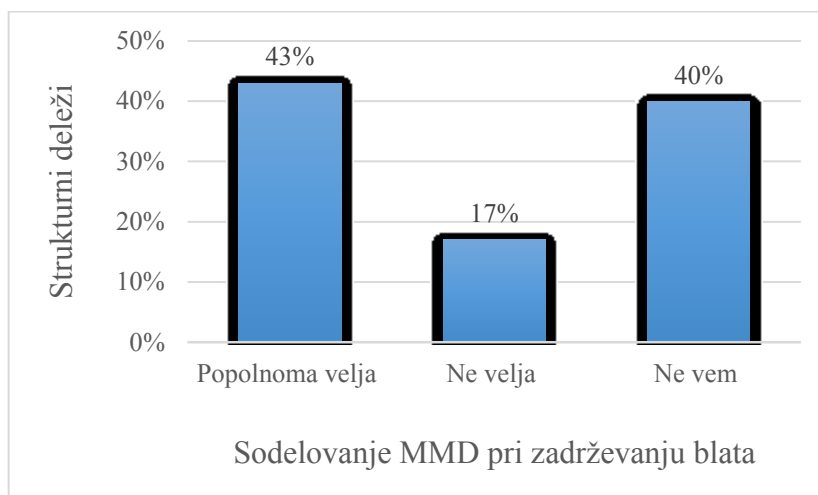
Slika 2: Poznavanje MMD s strani anketiranih

V nadaljevanju spletne ankete smo spraševali po poznavanju lokacije, kje se nahajajo MMD. 30 (71 %) anketiranih je navedlo, da poznajo lokacijo MMD, medtem ko 12 (29 %) anketiranih ni prepričanih, kje točno se MMD nahajajo (slika 3).



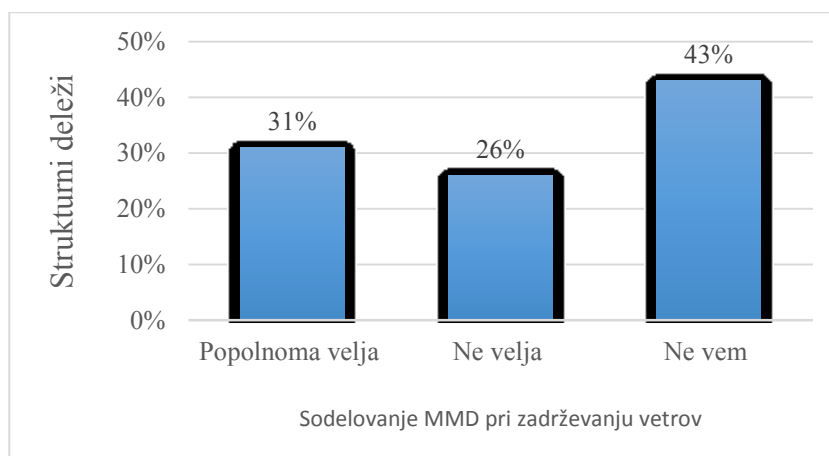
Slika 3: Poznavanje lokacije MMD s strani anketiranih

V nadaljevanju smo preverjali poznavanje funkcije MMD med anketiranimi. Prva trditev je bila, da okrepljene MMD sodelujejo pri zadrževanju blata. S trditvijo se je strinjalo 18 (43 %) anketiranih, 7 (17 %) anketiranih se s trditvijo ni strinjalo, 17 (40 %) anketiranih pa je odgovorilo, da niso prepričani o pravilnosti trditve (slika 4).



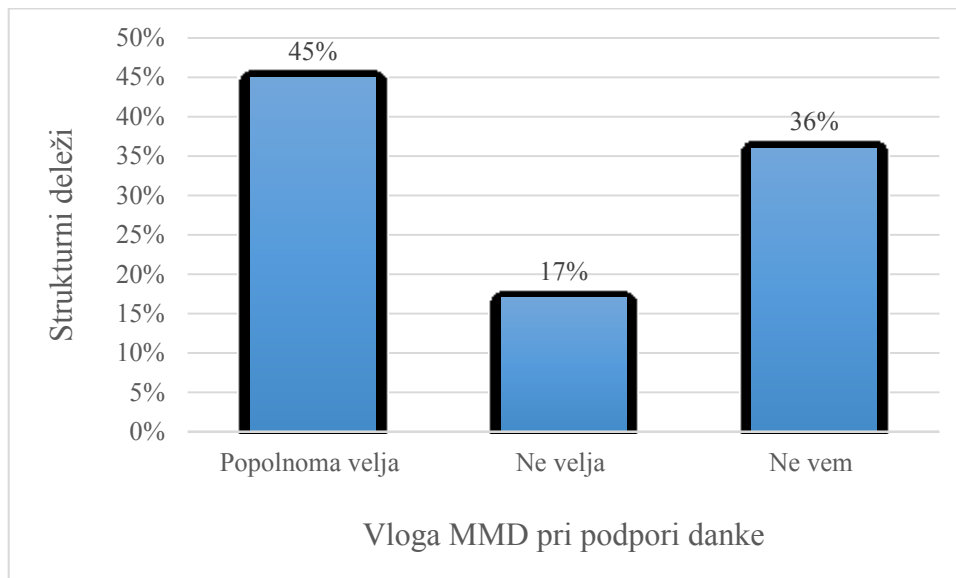
Slika 4: Sodelovanje MMD pri zadrževanju blata po mnenju anketiranih

Sledi trditev, da okrepljene MMD sodelujejo pri zadrževanju vetrov. S podano trditvijo se je strinjalo 13 (31 %) anketiranih, 11 (26 %) anketiranih se s trditvijo ni strinjalo, 18 (43 %) anketiranih pa je odgovorilo, da ne vedo ali je trditev pravilna ali ne (slika 5).



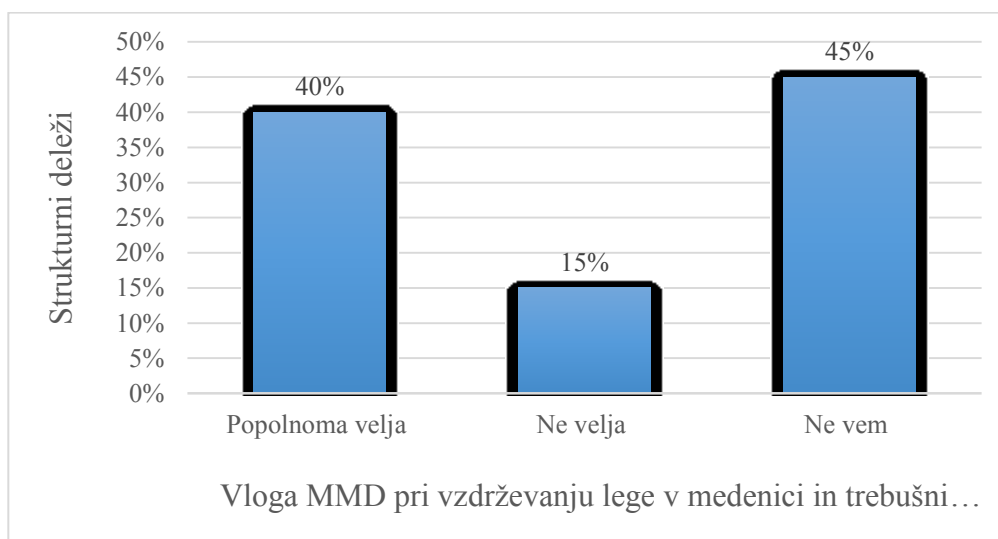
Slika 5: Sodelovanje MMD pri zadrževanju vetrov po mnenju anketiranih

V nadaljevanju smo anketirancem ponudili trditev, da nudijo okrepljene MMD podporo danki. S trditvijo se je strinjalo 19 (45 %) anketirancev, 8 (17 %) anketirancev se s trditvijo ni strinjalo, 15 (36 %) anketiranih pa ni vedelo ali je trditev pravilna ali ne (slika 6).



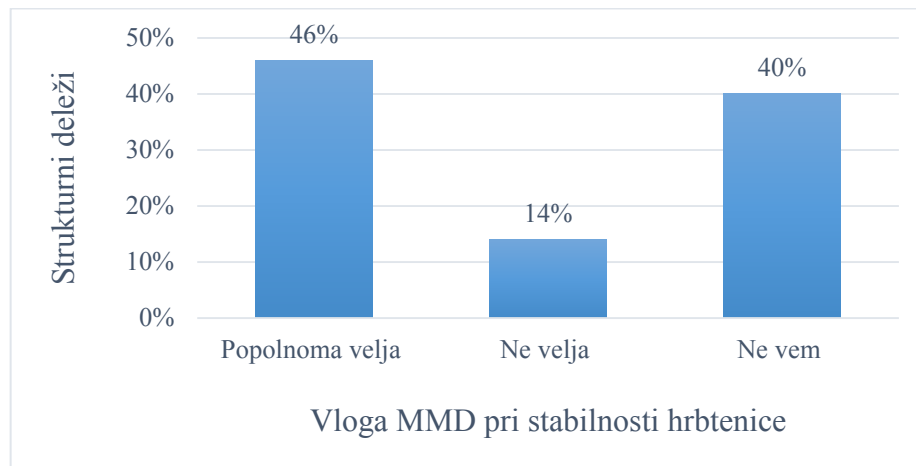
Slika 6: Vloga MMD pri podpori danki po mnenju anketiranih

Četrta trditev navaja, da okrepljene MMD vzdržujejo pravilno lego organov v medenici in trebušni votlini. S trditvijo se je strinjalo 17 (40 %) anketiranih, 6 (15 %) anketirancev se s trditvijo ni strinjalo, 19 (45 %) anketiranih pa ni vedelo ali je trditev pravilna ali ne (slika 7).



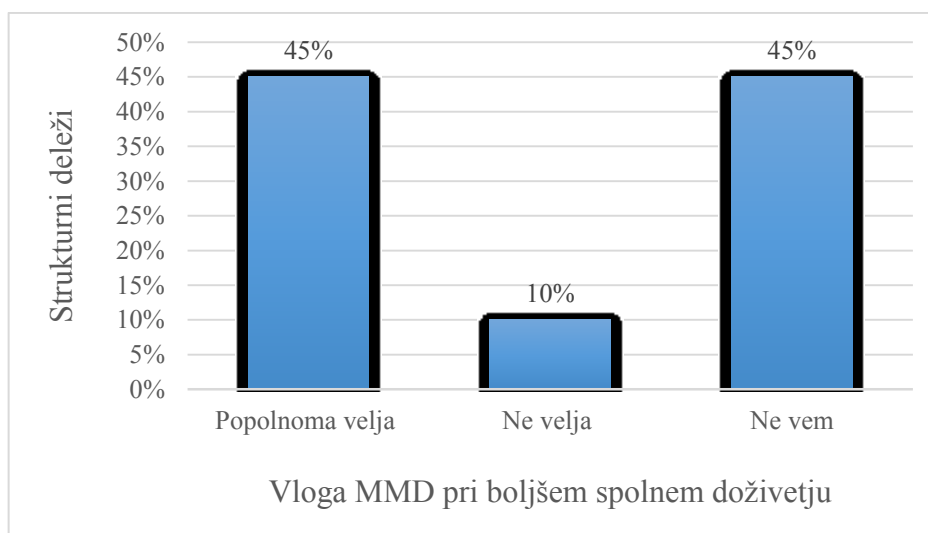
Slika 7: Vloga MMD pri vzdrževanju pravilne lege organov v medenici in trebušni votlini po mnenju anketiranih

Z naslednjo trditvijo smo trdili, da okrepljene MMD prispevajo k stabilnosti hrbtenice. S to trditvijo se je strinjalo 19 (46 %) anketiranih, 6 (14 %) anketiranih se s trditvijo ni strinjalo, 17 (40 %) anketiranih pa ni vedelo ali je trditev pravilna ali ne (slika 8).



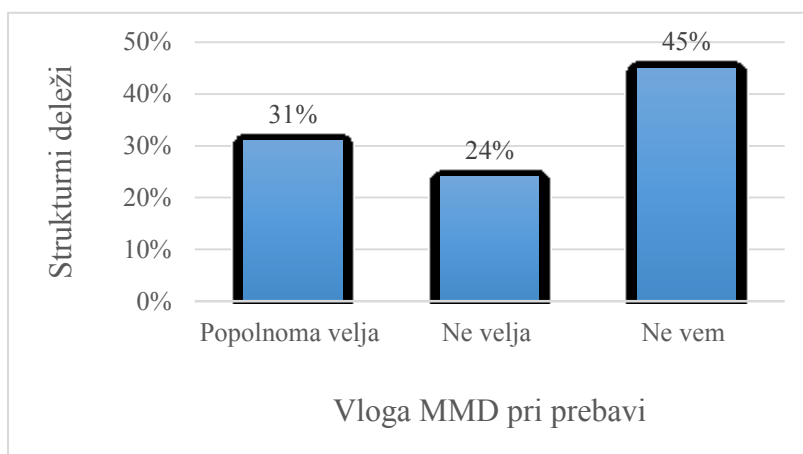
Slika 8: Vloga MMD pri stabilnosti hrbtenice po mnenju anketiranih

Šesta trditev navaja, da okrepljene MMD pripomorejo k boljšemu spolnemu doživetju. S trditvijo se je strinjalo 19 (45 %) anketiranih, 4 (10 %) anketiranih je odgovorilo, da trditev ne velja, 19 (45 %) anketiranih pa ni vedelo ali je trditev pravilna ali ne (slika 9).



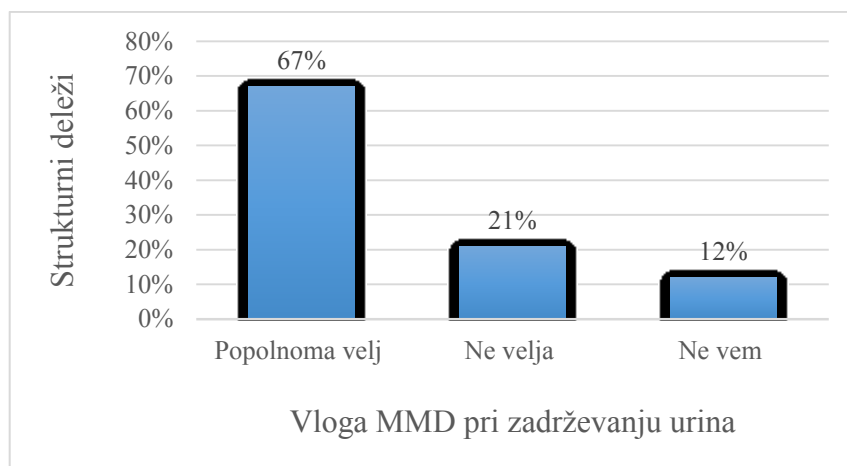
Slika 9: Vloga MMD pri boljšem spolnem doživetju po mnenju anketiranih

V predzadnji trditvi nas je zanimalo če anketiranci verjamejo, da okrepljene MMD pripomorejo k boljši prebavi. S trditvijo se je strinjalo 13 (31 %) anketiranih, 10 (24 %) anketiranih je odgovorilo, da trditev ne velja, 19 (45 %) anketiranih pa ni vedelo ali je trditev pravilna ali ne (slika 10).



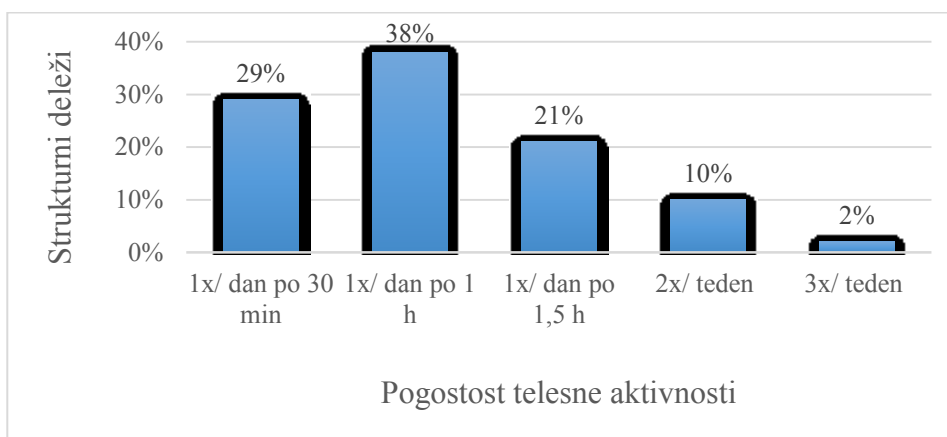
Slika 10: Vloga MMD pri prebavi po mnenju anketiranih

Z zadnjo trditvijo smo trdili, da okrepljene MMD sodelujejo pri zadrževanju urina. S trditvijo se je strinjalo 28 (67 %) anketiranih, 9 (21 %) anketiranec navaja, da trditev ne velja, 5 (12 %) anketiranih pa ni vedelo ali je trditev pravilna ali ne (slika 11).



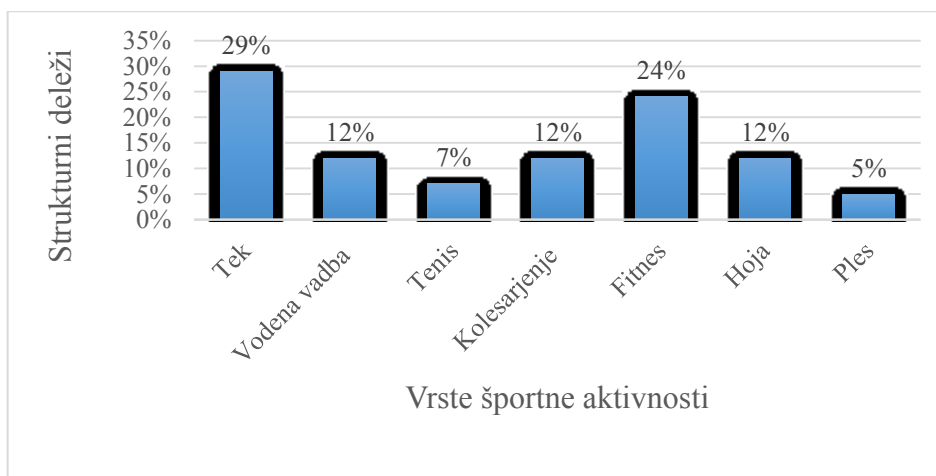
Slika 11: Vloga MMD pri zadrževanju urina po mnenju anketiranih

V naslednjem sklopu vprašanj smo anketirane spraševali o njihovi fizični aktivnosti. Enkrat na dan po 30 minut se s telesno aktivnostjo ukvarja 12 (29 %) anketiranih, enkrat na dan po 1 uro se s telesno aktivnostjo ukvarja 16 (38 %) anketiranih in predstavlja največkrat izbran odgovor, enkrat na dan po uro in pol se s telesno aktivnostjo ukvarja 9 (21 %) anketiranih, dvakrat na teden se s telesno aktivnostjo ukvarjajo 4 (10 %) anketiranci, trikrat na teden se s telesno aktivnostjo ukvarja 1 (2 %) anketiranec (slika 12).



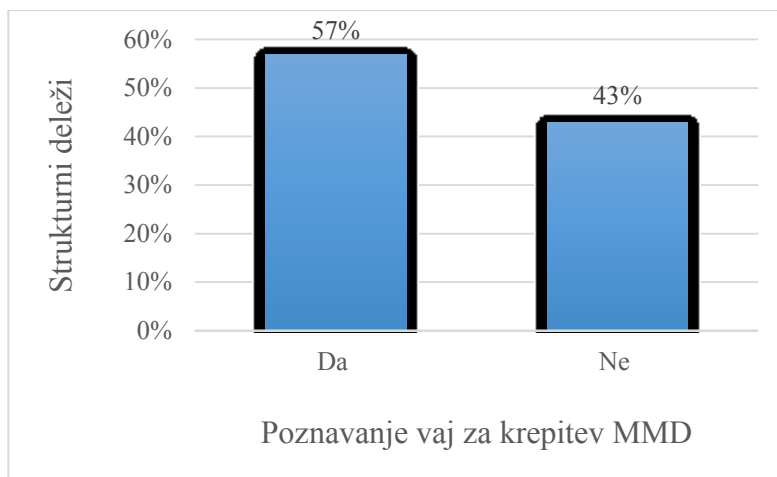
Slika 12: Pogostost telesne aktivnosti med anketiranimi

Anketirane smo tudi povprašali s katerimi telesnimi aktivnostmi se ukvarjajo. S tekom se ukvarja 12 (29 %) anketirancev, z vodeno vadbo se ukvarja 5 (12 %) anketirancev, s tenisom 3 (7 %) anketirani, s kolesarjenjem se ukvarja 5 (12 %) anketirancev, s fitnesom 10 (24 %) anketirancev, s hojo se ukvarja 5 (12 %) anketirancev, 2 (5 %) anketiranca pa se ukvarjata s plesom (slika 13).



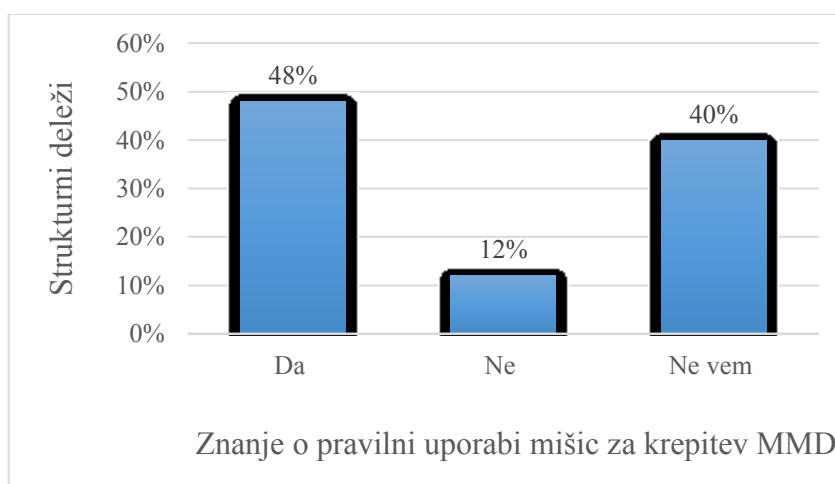
Slika 13: Vrste športne aktivnosti s katerimi se ukvarjajo anketirani

V nadaljevanju smo spraševali o poznavanju vaj za krepitev MMD. 24 (57 %) anketiranih je odgovorilo, da vaje za krepitev MMD ne pozna, medtem ko je preostalih 18 (43 %) anketirancev seznanjenih z vajami za krepitev MMD (slika 14).



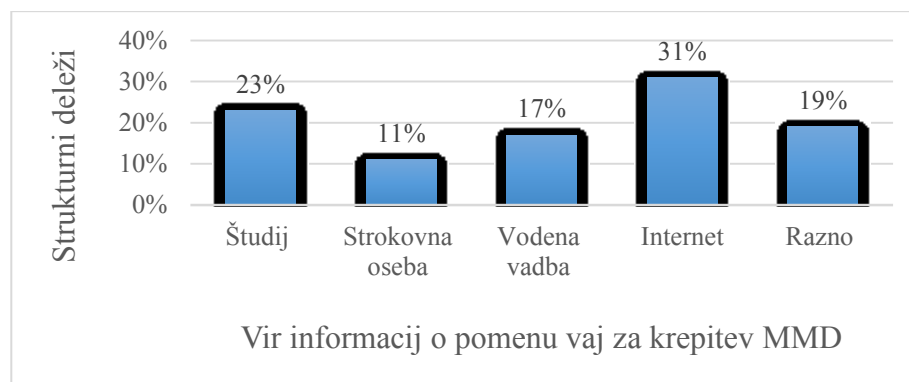
Slika 14: Poznavanje vaj za krepitev MMD s strani anketiranih

Dvajset (48 %) anketirancev navaja, da znajo pravilno napeti mišice za krepitev MMD, 5 (12 %) anketiranih trdi, da ne znajo napeti pravih mišic, medtem ko 17 (40 %) anketiranih ne ve ničesar o pravilnem načinu krepitev MMD (slika 15).



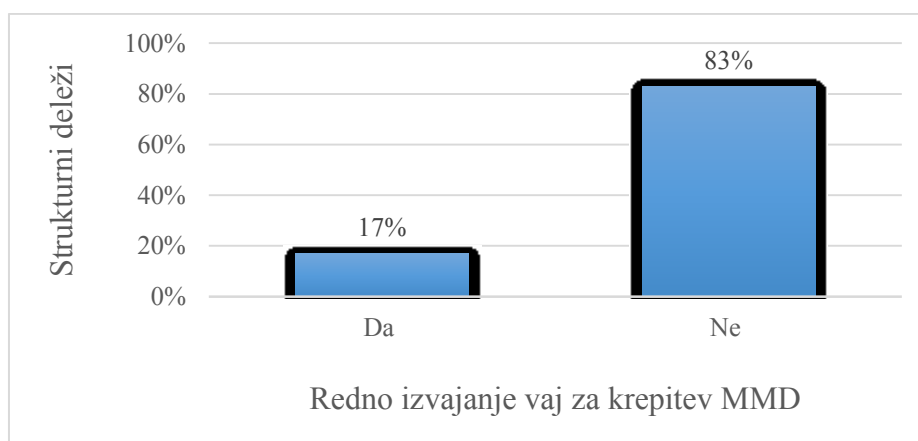
Slika 15: Znanje uporabe pravih mišic pri izvajanju vaj za krepitev MMD med anketiranimi

Anketirane smo vprašali tudi, kje so pridobili znanje o vajah za krepitev MMD. 11 (23 %) anketirancev se je tega naučilo v času študija, 4 (11 %) anketiranci so se po informacije obrnili na strokovno osebo, 7 (17 %) anketirancev se je vaj naučilo pri organizirani vadbi, 14 (31 %) anketirancev je informacije pridobilo z interneta, 8 (19 %) anketirancev pa je informacije o krepitvi MMD pridobilo drugje (slika 16).



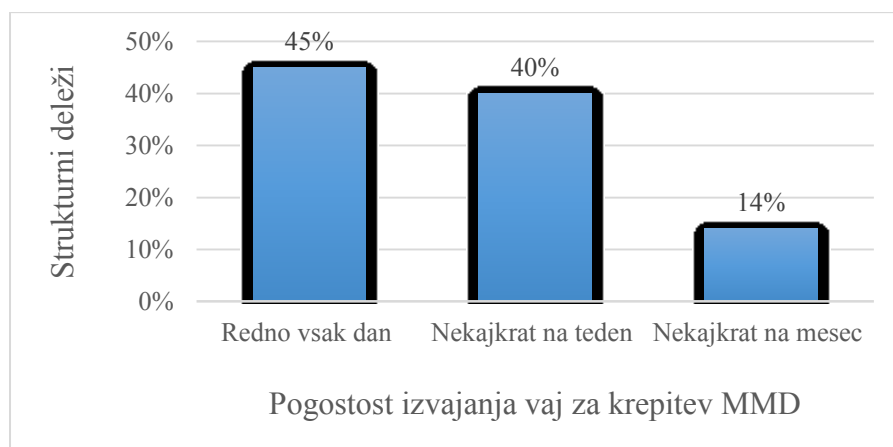
Slika 16: Kje so se anketirani naučili vaj za krepitev MMD

V nadaljevanju smo spraševali, če anketirani redno izvajajo vaje za krepitev MMD. Sedem (17 %) anketirancev je dejalo, da redno izvajajo vaje za krepitev MMD. Vaj za krepitev MMD redno ne izvaja 35 (83 %) anketiranih (slika 17).



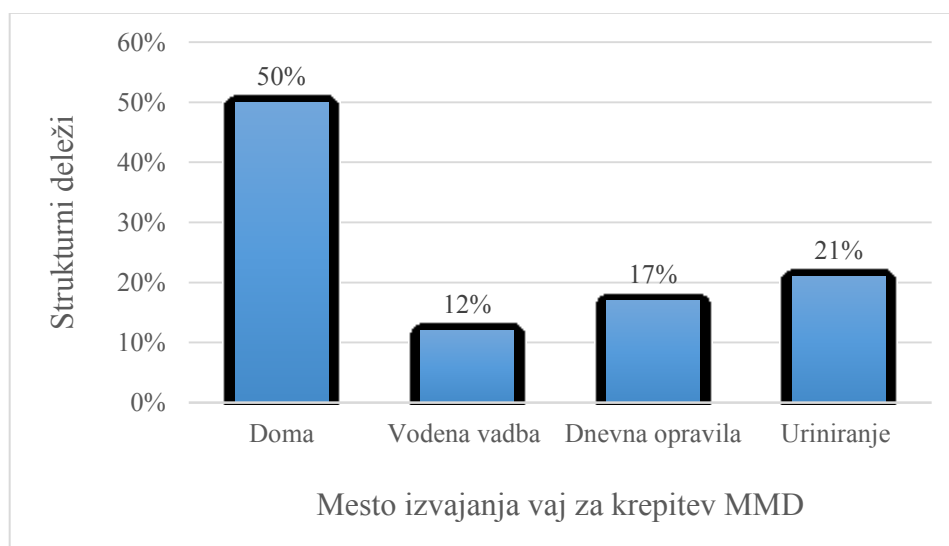
Slika 17: Izvajanje vaj za krepitev MMD s strani anketiranih

Vaje za krepitev MMD dnevno izvaja 19 (45 %) anketirancev, tedensko vaje izvaja 17 (40 %) anketirancev, mesečno pa 6 (14 %) anketirancev (slika 18).



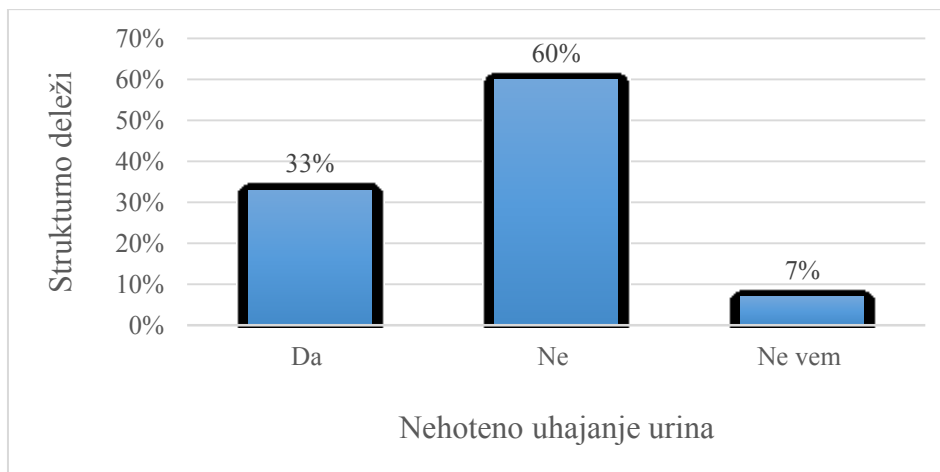
Slika 18: Pogostost izvajanja vaj za krepitev MMD med anketiranimi

Na vprašanje, kje anketirani izvajajo vaje za krepitev MMD je 21 (50 %) anketirancev odgovorilo, da vaje izvajajo doma, na organizirani vadbi vaje izvaja 5 (12 %) anketirancev, med dnevnimi opravili vaje izvaja 7 (17 %) anketirancev, med uriniranjem pa 9 (21 %) anketirancev (slika 19).



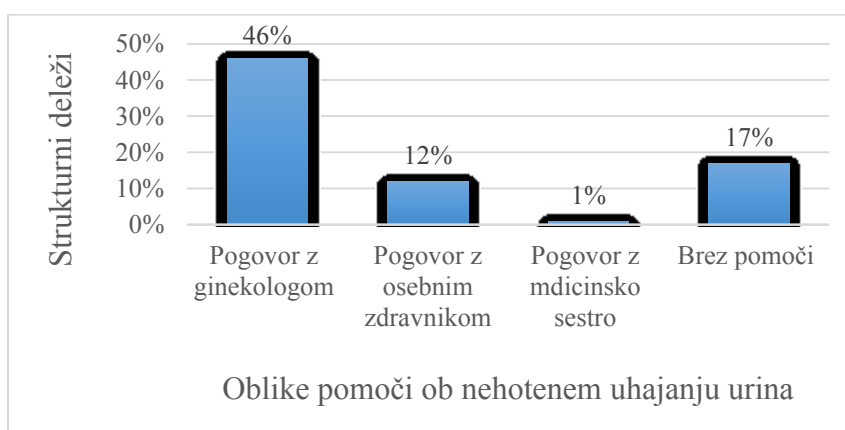
Slika 19: Kje anketirani izvajajo vaje za krepitev MMD

Anketirane smo tudi vprašali, če jim je kdaj nehoteno ušel urin. Pritrdilno je odgovorilo 14 (33 %) anketiranih, 25 (60 %) jih je odgovorilo negativno, 3 (7 %) anketirani pa so odgovorili da niso prepričani (slika 20).



Slika 20: Nehoteno uhajanje urina med anketiranimi

Z zadnjim vprašanjem smo anketirance vprašali kje so poiskali pomoč ob nehotenem uhajanju urina. 19 (46 %) anketirancev je poiskalo pomoč pri ginekologu. 5 (12 %) anketirancev je poiskalo pomoč pri osebnem zdravniku, prav tako se je 1 (2 %) anketiranec posvetoval z medicinsko sestro v ambulanti. 17 (40 %) anketiranih je odgovorilo, da pomoči ob dogodku niso iskali. Prav tako nihče izmed anketiranih v odgovoru ni navedel druge oblike pomoči (slika 21).



Slika 21: Kje so anketirani iskali pomoč ob nehotenem uhajanju urina

5 RAZPRAVA

Stresna UI posamezniku predstavlja velik zdravstveni, higienski pa tudi socialni problem. Največkrat se takšne težave sramujejo in jo prikrivajo pred širšo okolico. Ker ima problem kot tak širok razpon, predstavlja tudi velik družbeni problem, najpogosteje z izolacijo (Lukanovič, 2011).

Diplomsko delo je razdeljeno na dva dela. V prvem, teoretičnem delu smo podrobneje predstavili stresno UI, dejavnike tveganja ter kakovost življenja. V drugem, raziskovalnem delu pa smo se osredotočili na pojavnost in prepoznavanje takšnega problema pri mladostnikih. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji in sicer: *V kolikšni meri so mladostniki seznanjeni s funkcijo MMD?* in *Kakšne so njihove izkušnje s stresno UI?*. Podatke, ki so bili zbrani s spletno anketo smo kvantitativno analizirali.

UI je vsaj dvakrat pogostejša pri ženskah kot pri moških, njena prevalenca pa narašča s starostjo. UI se primerljivo pojavlja po vsem svetu, ne glede na sestavo populacije, vendar pa zadnje raziskave kažejo, da ima lahko pomembno vlogo pri pojavljanju UI ravno telesna aktivnost (Esler, 2013).

Redke študije pogostosti stresne UI med ženskami mlajšimi od 50 let kažejo, da je prevalenca stresne UI pri ženskah mlajših od 50 let med 12 % na Norveškem in 16 % na Japonskem (Ng in sod., 2014). V Združenih državah Amerike ocenjujejo, da UI prizadene 13 milijonov Američanov, v Združenem kraljestvu pa ta številka znaša okoli 3 milijone prebivalcev (Esler, 2013; Fontrellini, 2011). Tudi v slovenskem prostoru so na osnovi ankete, kjer so anketirali preko 3.000 žensk, ugotovili prevalenco, in sicer kar pri 13,6 %, število inkontinentnih žensk pa s starostjo narašča. V populaciji starejših žensk, starih 65 let ali več naj bi bilo inkontinentnih 49,5 % žensk (Kralj, 2006).

Anketiranci so v veliki večini (67 %) seznanjeni z MMD in z njihovo glavno funkcijo. Slabše so seznanjeni z ostalimi funkcijami MMD, kot so zadrževanje blata, zadrževanje vetrov, podpora danki, vzdrževanje pravilne lege organov v medenici in trebušni votlini, stabilnost hrbtenice in boljše spolno doživetje.

Prav tako je visok delež (53 %) anketirancev seznanjenih, da MMD pripomorejo k zadrževanju urina. Delež bi lahko dvignili tudi pri seznanjanju o ostalih funkcijah MMD ter pomenu telesne aktivnosti kot ene od komponent promocije zdravja.

Nitti (2001) navaja, da je prevalenca srednje in močne UI pogostejša pri mlajših ženskah, vsaj med 3 in 17 %, še posebej po prvem porodu. Močno pa prevalenca narašča pri ženskah po 75. letu starosti.

Problem za tiste, ki se srečujejo s stresno UI je zavestno zmanjševanje vnosa tekočine v organizem, ki vodi v dehidracijo. Prepričani so, da bo zmanjšan vnos tekočine ustavil inkontinenco ali pa jo vsaj ublažil. Seveda se to ne zgodi, pa vendar drastično zmanjšanje

vnosa tekočine v telo in telesna neaktivnosti vodita v dehidracijo. Nadzor nad vrsto vnesenih živil in tekočine pa lahko razkrije živila in tekočine, ki lahko pripomorejo k razvoju stresne UI ali težjih ledvičnih obolenj (Rovner in Wein, 2004; Burigo, 2014).

Polovica anketiranih je telesno aktivna vsaj 2–3 krat na teden, njihova aktivnost pa traja od 30 minut do 1 ure. V največji meri se anketiranci ukvarjajo s tekom, hojo in planinarjenjem, manj z igrami z žogo ali kakšno drugo obliko, ki zahteva obremenitev skeletnih mišic.

Kar 91 % anketirancev navaja nepoznavanje pravilne izvedbe vaj za krepitev MMD. To predstavlja izredno visok delež za tiste, ki se lahko v prihodnje srečajo z eno izmed oblik UI. Ravno zato je potrebno pravočasno ukrepanje. Najprej s promocijo zdravja pri populaciji, kjer še ni nastopila stresna UI, vendar so prisotni dejavniki tveganja, zdravstvenovzgojni ukrepi ne glede na starost, spol, izobrazbo in finančno stanje posameznika. Urinska inkontinenca ne ogroža življenja, vendar lahko posameznika zaznamuje pri ohranjanju socialnih stikov.

Delež tistih, ki so se že kdaj srečali z občasnim nehotenim uhajanjem urina pri vsakodnevni aktivnosti je kar 22 %. To predstavlja relativno visok delež za populacijo mladostnikov pri katerih takšnih težav še ne pričakujemo. Najpogosteje je do občasnega uhajanja urina prišlo pri fizični aktivnosti ali smejanju, kar je lahko tudi fiziološki pojav.

8 % anketiranih je po izkušnji z nehotenim uhajanjem urina pričelo z izvajanjem občasnih treningov za krepitev MMD. Ena od oblik je sicer s prekinitvijo spontanega uriniranja in zadrževanjem urina. Za izvedbo in vrsto treningov so se poučili sami na spletu. Kasneje smo jih informirali o pojavu inkontinence ter posredovali informacije in znanja za izvajanje zahtevanih vaj. Ravno zato je potrebno osveščanje o telesni aktivnosti in pravilnemu izvajanju vaj za krepitev MMD. Preventivni ukrepi skupaj s čimprejšnjim izvajanjem vaj za krepitev MMD lahko ustavijo ali pa vsaj upočasnijo razvoj stresne urinske inkontinence. Le pravočasni preventivni ukrepi so učinkovitejši od kasnejše medicinske obravnave.

UI ima pomemben vpliv na posameznikovo kakovost življenja. Vpliva lahko na psihološko, fiziološko ali spolno zdravje. Zaradi pogostosti pojava ter pomembnega vpliva na posameznikovo zdravje predstavlja UI tudi večji finančni zalogaj z vidika upravljanja stroškov za zdravstveno blagajno. Medicinsko tehnični pripomočki za kronične oblike obolenj, so ena izmed najdražjih pravic zdravstvenega zavarovanja, pogostokrat tudi težje dostopna (Von Gontard in sod., 2015; Knarr in sod., 2014; Milsom in sod., 2009).

3 % anketiranih je navodila za krepitev MMD pridobilo pri organizirani vadbi, nekaj informacij pa so pridobili tudi glede funkcije MMD. Glede na velik odstotek pojava nehotene UI, je potrebno bolj osveščati o preventivnih ukrepih. Pomembno vlogo predstavlja vključevanje zdravstvenovzgojnega dela, saj imajo preventivni ukrepi

velikokrat vpliv na izid stanja ali iskanje rešitev. S preventivnimi ukrepi spodbujamo ohranitev zdravja in s tem krepitev MMD, zato je pomembno osveščanje in promocija zdravstvenovzgojnih vsebin. Prepričani smo, da bi lahko z oblikovanimi vsebinami o preventivnih ukrepih znižali delež anketirancev, pri katerih je prišlo do občasnega uhajanja urina, pa čeprav samo pri fizični aktivnosti. Omejitev raziskovanja je predvsem v nezmožnosti posploševanja s širšo populacijo predvsem zaradi nezanesljivega vzorčenja, saj vsebina raziskave ugotavlja tudi pojav urinske inkontinence, kar lahko zaradi stigme predstavlja neverodostojne odgovore. Kljub temu pa raziskava daje vpogled v odnos mladostnikov do urinske inkontinence. Predlagamo nadaljnje raziskovanje s podobnim instrumentom na širšem območju Slovenije, še posebej glede na ugotovitve slabše seznanitve z vajami za krepitev mišic medeničnega dna.

6 ZAKLJUČEK

Stresna UI predstavlja za posameznika higienski problem pa tudi hudo stigmo in prav zaradi tega večji družbeni problem. Najpogosteje je prizadeta samopodoba posameznika, takšna stigma vodi v socialno izoliranost in spremeni posameznikov način življenja. Največkrat se pojavi ravno v zrelem obdobju posameznika, zato je potrebno že prej delovati preventivno. Če ljudje poznajo dejavnike tveganja in pravočasno prepoznajo znake je lahko tudi ukrepanje učinkovitejše. Pri tem ima pomembna vlogo medicinska sestra. Z empatičnim odnosom, pravilnim posredovanjem znanja promovira zdravstveno vzgojo pri vseh, ki imajo kakršenkoli dejavnik tveganja za razvoj stresne UI. Posameznike, ki živijo s takšnim stanjem spodbujamo k zdravemu načinu življenja in ohranjanju stikov s širšim socialnim okoljem.

7 VIRI

- Barrie, M. (2015). Identifying urinary incontinence in community patients. *Journal of Community Nursing*, 29(6), 45-52.
- Bodo, G. in Ammirati, E. (2015). Incontinence: Definition and Classification. V: Del Popolo, G., Pistolesi, D. in Li Marzi, V., ur. *Male stress Urinary Incontinence*. Basel: Springer.
- Brglez, A. (2009). *Kakovost življenja žensk s prekomerno aktivnostjo sečnega mehurja* (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Burigo, K. (2014). *Lifestyle and Behavioral Therapies for Urinary Incontinence* [spletni vir]. [Datum dostopa 11.9.2016]. Pridobljeno s https://www.glowm.com/section_view/heading/Lifestyle%20and%20Behavioral%20Therapies%20for%20Urinary%20Incontinence/item/855#33875
- Carls, C. (2007). The Prevalence of Stress Urinary Incontinence in High School and College-Age Female Athletes in the Midwest: Implications for Education and Prevention. *Urologic Nursing*, 27,(1), 21-24.
- Dovgan, P. (2016). *Poznavanje in uporaba spolnih pripomočkov v namen krepite mišic medeničnega dna v preventivi urisne inkontinence* (diplomska naloga). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Doshani, A., Roderick, E., Mayne, C., Tincello, D., 2007. Uterine prolapse. *BMJ*. 335(7624), 819- 23.
Doi: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.39356.604074.BE>
- Doughty, D.B. in Crestodina, L.R. (2006). Introductory Concepts. V: DOUGHTY, D.B., ur. *Urinary&Fecal Incontinence: Current Management Concepts 3rd ed*. Atlanta: Mosby.
- Esler, R. (2012). Introduction. V: Chan, L. in Tse, V., ur. *Multidisciplinary Care of Urinary Incontinence: A handbook for Health Professionals*. London: Mosby.
- Fantl, J. A., Newman, D. K. in Colling, J. (1996). *Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management*. No. 2. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fantl, J. A., Wyman, J. F., Mcclish, D. K., Harkins, S. W., Elswick, R. K., Taylor, J. R. in Hadley, E. C. (1991). Efficiency of bladder training in older woman with urinary incontinence. *The Journal of American Medical Association*, 265(5), 609-613.

- Fontrellini, S. (2011). *Stress Incontinence Os A Widespread Form of Incontinence* [spletni vir]. [22. 8. 2016]. Pridobljeno s <http://www.articledashboard.com/Article/Stress-Incontinence-is-a-Widespread-form-of-Incontinence/442942>
- Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- International urogynecological association (2011). *Stress Urinary Incontinence: A Guide for Women* [spletni vir]. [22. 8. 2016]. Dostopno na <http://www.igua.org/>
- Jančič, A. (2010). *Preprečevanje urinske inkontinenca pri nosečnicah* (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede. 5- 12.
- Knarr, J., Musil, C., Warner, C., Kless, J. R. in Long, J. (2014). Female stress Urinary Incontinence: An Evidence-Based, Case Study Approach. *Urologic Nursing*, 34(3), 143-151.
- Koelbl, N., Nitti, V., Baessler, K., Salbatore, S., Sultan, A. in Yamaguchi, O. (2009). Pathophysiology of Urinary Incontinence, Faecal Incontinence and Pelvic Organe Prolaps. V: ABRAMS, P., CARDOZO, L., KHOURI, S. in WEIN, A., ur. *Incontinence / 4th International Consulation on Incontinence, Paris July 5-8 2008*. Paris: Health Publication Ltd., str. 257-330.
- Kralj, B. (2006). Urinska inkontinenca pri ženskah. V: Borko, E. in Tekač, I., ur. *Ginekologija 2. dopolnjena izdaja*. Maribor: Univerza v Mariboru Visoka šola za zdravstvo, str. 337-360.
- Lukanovič, A. (2011). Sodobni pristopi zdravljenja urinske inkontinenca pri ženskah. V: Kresal, F., ur. *Gerontologija – izzivi in priložnosti v fizioterapiji / I znanstveni simpozij fizioterapevtov Slovenije*. Ljubljana: Zbornica fizioterapevtov Slovenije, str. 120-130.
- Milsom, I., Altman, D., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillen, U. in Thom, D. (2009). Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). V: Abrams, P., Cardozo, L., Khouri, S. in Wein, A., ur. *Incontinence / 4th International Consulation on Incontinence, Paris July 5-8 2008*. Paris: Health Publication Ltd., str. 35-112.
- Molnar, M. (2015). *Ozaveščenost žensk o urinski inkontinenci v Pomurju* (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

- Ng, S., Lok, M. K., Pang, S. M. in Wun, Y.T. (2014). Incontinence in Younger Women in Primary Care: Prevalence and Opportunistic Intervention. *Journal of Women's Health*. letn. 24, št. 1., str. 65-68. Pridobljeno s Doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4382>
- Nitti, V. W. (2001). The Prevalence of Urinary Incontinence. *Reviews in Urology*, 3(1), 2-6.
- Ostle, Z. (2016). Assessment, diagnosis and treatment of urinary incontinence in women. *British Journal of Nursing*, letn. 25, št. 2, str. 84-91. Pridobljeno s Doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.2.84>
- Perera, J., Kirthinanda, D.S., Wijeratne, S., Wickramarachchi, T.K. (2014). Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC Women's Health*, letn. 14, št. 1, str. 1-13. Pridobljeno s Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-78>
- Pinter, N. (2012). *Osvešččenost nosečnic o krepitvi mišic medeničnega dna za preprečevanje urinske inkontinenca* (diplomska naloga). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Porth, C. (2011). *Essentials of Pathophysiology: Concepts of Altered Health States*. New York: Wolters Kluwer Health.
- Rovner E. S. in Wein A. J. (2004). Treatment Options for Stress Urinary Incontinence. *Reviews in Urology*, 6(3), 29- 47.
- Ramovš, J. (2014). *Življenjska obdobja*. Pridobljeno 18. 1. 2019 s <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1421>
- Senegačnik, P. (2014). *Kvaliteta življenja žensk z urinsko inkontinenca* (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 6-10.
- Soe, T., Barnes, E. in Caldwell, P. (2016). *Adolescent incontinence* [spletni vir]. [Datum dostopa 11.9.2016]. Dostopno na <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/Events/congress-2016-presentations/racp-16-mondaydrthetsoe.pdf?sfvrsn=2%20>
- Strum, R. M., Breyer, B. N., Li, C., Subak, L. L., Brown, J. S., Shindel, A. W. (2014). Prevalence of Overactive Bladder and Stress Urinary Incontinence in Women Who Have Sex with Women: An Internet-Based Survey. *Journal of Women's Health*, letn. 23, št. 11, str. 935-940.

- Svetina, N. (2011). *Zdravstvena nega žensk s stresno urinsko inkontinenco – študija primera*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Swithinbank, L. V., Heron, J., Von Gontard, A. in Abrams, P. (2010). The natural history of daytime urinary incontinence in children: a large British cohort. *Acta Paediatrica*, 99(7), 1031-6.
- Testa, A. (2015). Understanding Urinary Incontinence in Adults. *Urologic Nursing*, 35(2), 82-86.
- Tušek Bunc, K. (2004). Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o urinski inkontinenci? V: Židanik, S., Tušek-Bunc, K., ur. *Medicinsko tehnični pripomočki / 3. mariborski kongres družinske medicine*. Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, str. 36-43.
- Von Gontard, A., Niemczyk, J., Thome-Granz, S., Nowack, J., Moritz, A. in Equit, M. (2015). Incontinence and parent-reported oppositional defiant disorder symptoms in young children – a population-based study. *Pediatric Nephrology*, 30(7), 1147-1155.
- Wyndaele, J. J., Kovindha, A., Madersbacher, H., Radziszewski, P., Ruffion, A. in Schurch, B. (2009). Neurologic Urinary and Faecal Incontinence. V: Abrams, P., Cardozo, L., Khouri, S. in Wein, A., ur. *Incontinence / 4th International Consultation on Incontinence, Paris July 5-8 2008*. Paris: Health Publication Ltd., str. 793-960.
- Zumrutbas, A. E., Bozkurt, A. I., Erdogan, T., Acar, C. I., Alkis, O., Coban, K., Centinel, B. in Aybek, Z. (2014). Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: Results of a population-based survey [spletni vir]. *International Journal of Urology*, letn. 21, št. 10, str. 1027-1033 [Datum dostopa 5.8.2016]. Pridobljeno s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iju.12519/full>

PRILOGA

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Anketa o mišicah medeničnega dna

Pozdravljeni!

Sem Jelena Knežević, absolventka študijskega programa Zdravstvena nega na UP FVZ. V okviru zaključka študija pripravljam diplomsko nalogo na temo stresne inkontinence pri mladostnikih. Pridobljeni podatki mi bodo služili pri izbiri najboljših metod za informiranje in obveščanje populacije. Z anketnim vprašalnikom želim pridobiti čim več uporabnih podatkov, zato vas lepo prosim, da sodelujete pri anonimni anketi.

1. Spol: a) moški b) ženski

2. Starost: _____ let

3. VIŠINA _____ CM

4. TEŽA _____ KG

5. Ste že kdaj slišali za mišice medeničnega dna (MMD)? DA NE

6. Veste kje se MMD nahajajo? DA NE

7. Če je odgovor DA, prosim označite lokacijo MMD s križcem na desni sliki



8. Mišice medeničnega dna imajo naslednje naloge (navedite v kolikšni meri veljajo naslednje trditve):

	DA	NE	NE VEM
Okrepljene MMD sodelujejo pri zadrževanju blata.			
Okrepljene MMD sodelujejo pri zadrževanju vetrov.			
Okrepljene MMD dajejo podporo danki – zadnjem delu črevesja med odvajanjem blata.			
Okrepljene MMD vzdržujejo pravilno lego organov v medenici in trebušni votlini			
Okrepljene MMD prispevajo k stabilnosti hrbtenice.			
Okrepljene MMD pripomorejo pri boljšem spolnem doživetju.			
Okrepljene MMD pripomorejo k boljši prebavi.			
Okrepljene MMD sodelujejo pri zadrževanju urina.			

9. Kako pogosto ste telesno aktivni? Prosim, napišite (npr. dvakrat tedensko po 1 uro):

10. Koliko časa traja vaša fizična aktivnost? (npr. skupaj 1 uro)

11. S kakšnimi telesnimi aktivnostmi se ukvarjate?

12. Poznate vaje za krepitev MMD? DA NE

13. Ali znate stisniti (napeti) prave mišice? DA NE NE VEM

14. Kje ste se naučili stiskanja MDD? Prosim, napišite.

15. Kdo vas je naučil stiskanja MMD?

16. Ali redno izvajate vaje za krepitev MMD? DA NE

17. Kaj za vas pomeni redno izvajanje vaj?

- a) dnevno
- b) tedensko
- c) mesečno

18. Kje izvajate vaje za krepitev MMD? Možnih je več odgovorov.

- a) sam/a doma
- b) pri organizirani vadbi, ki jo obiskujem
- c) med dnevnimi opravili (gledanje TV, čakanju avtobusa, kuhanjem ...)
- d) med uriniranjem
- e) drugo, prosim, napišite _____

19. Ali vam je že kraj nehoteno ušel urin? DA NE NE VEM

20. Ob kakšni aktivnosti se vam je to zgodilo? Prosim, napišite:

21. Kako pogosto vam nehoteno uhaja urin? Prosim, napišite:

22. Kaj ste storili, da bi preprečili te dogodke? (Možnih je več odgovorov.):

- a) pogovor z vašim ginekologom
- b) pogovor z osebnim zdravnikom
- c) posvet pri medicinski sestri
- d) nič
- e) drugo (prosim napišite): _____

IZJAVA O LEKTORIRANJU

Diplomsko nalogo z naslovom »Stresna inkontinenca pri mladostnikih« avtorice Jelene Knežević je lektoriral(a) Ana Veselič, diplomirana slovenistka (UN)

Podpis lektorja/ice zaključne naloge:

Podpis avtorice zaključne naloge:

Izola, 28. 8. 2019