

Nataša Bratina, dipl. m. s. (VS)

mag. Andreja Hrovat Bukovšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Visoka zdravstvena šola v Celju

CELOSTNA OBRAVNAVA ŽENSKÉ Z URINSKO INKONTINENCO

HOLISTIC CARE FOR A WOMAN WITH URINARY INCONTINENCE

POVZETEK:

Izhodišča: Urinska inkontinenca pri ženskah je zelo pogosta motnja, ki predstavlja zdravstveni, socialni in psihični problem in je še vedno tabu tema. Z njo so povezani tudi nastanek stresa in depresije, socialna izolacija, stigmatizacija, osamljenost, zmanjšana samozavest, neodvisnost in delovna učinkovitost posameznika. Namen izvedene raziskave je bil predstaviti celostno obravnavo ženske z urinsko inkontinenco.

Metode: Raziskava je temeljila na kvalitativni metodologiji. Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Izvedena je bila študija primera ženske z urinsko inkontinenco, za pridobitev podatkov pa metoda delno strukturiranega vprašalnika, ki je vseboval 12 sklopov vprašanj, povzetih po priročniku Negovalne diagnoze, avtorice Marjory Gordon.

Rezultati: Na osnovi intervjuja ženske z urinsko inkontinenco smo analizirali podatke in izpostavili naslednje specifične negovalne probleme: neučinkovito obvladovanje terapevtskih predpisov, debelost, uhajanje urina, pomanjkljive aktivnosti prostega časa, motnje spanja, socialno izolacijo, nizko samospoštovanje in seksualno disfunkcijo.

Raziskava in sklep: Ugotovili smo, da urinska inkontinenca ne prizadene samo inkontinentne ženske, ampak celotno družbo. Ženske je treba seznaniti z aktivnostmi, ki so koristne za zdravje, pomembna je celostna skrb za telo, bolj enostaven dostop do informacij o urinski inkontinenci.

Ključne besede: urinska inkontinenca, kakovost življenja, vaje za krepitev mišic medeničnega dna, medicinska sestra

ABSTRACT:

Background: Urinary incontinence in women is a very frequent disorder which is a health, social and psychological problem and it still represents a taboo. Such disorder is also associated with occurrence of stress and depression, social isolation, stigma, loneliness, reduced self-confidence, independence and work efficiency of a female. The purpose of this research was to present a holistic treatment of a woman with urinary incontinence.

Methods: This research was based on the qualitative methodology using a descriptive research method. A case study of a woman with urinary incontinence was treated in the research. To obtain adequate data and information a semi-structured questionnaire was used containing 12 sets of questions summarised from the manual Nursing diagnoses written by Marjory Gordon.

Results: Based on the interview with a woman with urinary incontinence the data were analysed and the following specific nursing problems were highlighted; inefficient management of therapeutic regulations, obesity, incontinence, lack of free time activities, sleep disorders, social isolation, low self-esteem and sexual dysfunction.

Research and conclusion: The research showed that urinary incontinence does not affect only a woman with urinary incontinence but the whole society. Women should be familiar with activities beneficial for health state. The holistic care for the body is necessary, as well as an easier access to information about urinary incontinence.

Key words: urinary incontinence, quality of life, pelvic floor muscle exercises, a nurse

Uvod

Urinska inkontinenca oz. uhajanje seča je nesposobnost kontrole mokrenja, pri čemer urin nekontrolirano uhaja po kapljicah ali v celoti tudi, ko ga poskusimo zadržati. V večini življenjskih obdobjih se zdi sposobnost zadrževanja urina sama po sebi popolna funkcija človeškega telesa (Leskovar, 2007).

Urinska inkontinenca je ena izmed posledic slabe funkcije mišic medeničnega dna, ki se pogosto pojavlja pri ženskah med nosečnostjo in po porodu ter s starostjo narašča. Nosečnost, porod in starost so torej dejavniki tveganja za pojav urinske inkontinence, vendar ne edini. Dejavniki tveganja za popuščenje mišic medeničnega dna so tudi težko fizično delo, prekomerna telesna teža, kronično zaprtje, stoječe delo, respiratorna obolenja, atrofija mišic medeničnega dna zaradi izgube estrogena, prirojena slabost vezivnega tkiva in telesna neaktivnost, torej dejavniki, ki niso vezani izključno na spol ali določeno starostno obdobje (Hlebš, 2008).

Za preprečevanje uhajanja urina pa tudi za lajšanje teh težav lahko veliko storijo ženske same. Namesto, da težavo prikrivajo, je bolje, da začnejo s treningom mišic medeničnega dna – Keglovim vajam. Ime je povzeto po avtorju Arnoldu Keglu, ki jih je leta 1948 prvič opisal kot metodo zdravljenja stresne urinske inkontinence. Keglove vaje so namenjene za krepitev mišic, ki podpirajo sečnico, mehur, maternico in debelo črevo. Vaje pomagajo predvsem tistim ženskam, ki jim urin vedno uide takrat, ko zakašljajo, kihnejo, dvignejo težje breme, hodijo po stopnicah, med plesom, tekom. Seveda pa je treba Keglove vaje pravilno izvajati, če želimo doseči dober rezultat (Društvo Inkont, 2009).

Vaje predstavljajo hoteno kontrakcijo in relaksacijo mišic medeničnega dna, vključno z mišico zapiralko sečnega mehurja. Aktivno izvajanje vaj poveča moč in vzdržljivost teh mišic. S tem se stopnjuje moč zapornega mehanizma sečnice v pogojih nenadnega porasta intraabdominalnega tlaka.

Osnovne indikacije za vaje po Keglu so:

- stresna urinska inkontinenca blage in zmerne stopnje brez večjih anatomskih sprememb,
- pred operacijo zaradi urinske inkontinence in po njej,
- pri zdravljenju mešanih oblik urinske inkontinence,
- pri zdravljenju hudih oblik s kontraindikacijo za operativni poseg,
- preprečevanje nastanka stresne urinske inkontinence po porodu (Lukanovič, 2003).

Eden od pogojev, da je trening mišic medeničnega dna uspešen, je, da oseba zna oziroma zmore pravilno skrčiti prave mišice. Zato je treba trening izvajati v funkcionalnih položajih (sede, stoje).

Obstaja več različnih protokolov treninga mišic medeničnega dna, še najbolj enostaven in hkrati tudi uspešen pa se zdi naslednji protokol:

Vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajamo s pomočjo tako imenovanih dolgih in kratkih stiskov:

- **Dolgi stiski:** ženska stisne mišice in zadrži stisk. Sledi enako dolg odmor ali dvakrat daljši, kot je bila napetost.
- **Kratki stiski (mežikanje):** izvede se ista vaja, pri tem naj bodo kratki stiski brez zadrževanja. Enako kratek je tudi odmor – pavza med stiski.
- **Kombinacija dolgih in kratkih stiskov:** ženska stisne mišice medeničnega dna in napetost zadrži vsaj 5 sekund. Na koncu stiska še trikrat na hitro pomežikne z mišicami medeničnega dna. Mišice nato sprosti. Vajo ponovi trikrat (Primožič, 2008).

Kako ugotovimo, ali stiskamo prave mišice?

Test v postelji: Ženska se udobno namesti v postelji z rahlo razmaknjenimi nogami. Nato si vstavi v nožnico dva prsta in stisne mišice medeničnega dna tako, kot bi poskušala zaustaviti vetrove iz črevesja. Če krči prave mišice, se mišice presredka skrčijo in premaknejo rahlo navzgor, pri tem čuti stisk okrog prstov v nožnici (Primožič, 2008).

Test stoje v rahlem razkoraku: Roka kontrolira presredek (predel med nožnico in zadnjikom). O pravilnem stisku mišic medeničnega dna se predel na mestu dotika roke dvigne, ob sprostitvi pa spet spusti navzdol proti roki. Poskusite v položaju rahlo pokašljati in ob tem z roko tipati gibanje presredka (Primožič, 2008).

Test STOP je test, pri katerem skuša ženska sredi uriniranja zaustaviti curek urina. Stisk zadrži nekaj sekund, pri tem diha normalno. Nato mišice popusti in urinira do izpraznitve mehurja. Da ne motimo spontanega uriniranja, test ponavljamo le enkrat tedensko (Primožič, 2008).

Pri ginekologu – svetujemo, da ženska na rednem letnem ginekološkem pregledu vpraša svojega ginekologa in ga prosi, da preveri, ali zna stiskati prave mišice in ali je stisk dovolj močan (Primožič, 2008).

Med spolnimi odnosi – če imate sproščene spolne odnose s partnerjem, lahko moč stiska pravih mišic preverjate tudi med spolnimi odnosi (Primožič, 2008).

Laserska metoda je v medicini zdravljenja stresne urinske inkontinence najmlajša metoda, ki jo je omogočil razvoj tehnologije.

Laser s termičnim efektom deluje na kolagenska vlakna tako, da jih remodulira in s tem vrne elastičnost vezivnim tkivom nožnice in vezivnih struktur medeničnega dna. Skrajšanje preraztegnjenih kolagenov za eno tretjino dvigne sprednjo steno nožnice in izboljša zmerno do srednje težko stresno inkontinenco. Laserska metoda zdravljenja je minimalno invazivna metoda. Okrevanje po posegu je kratko. Poseg ni primeren za hujše oblike stresne urinske inkontinence ali za zdravljenje zdrsa maternice. Po posegu svetujemo krepitev mišic medeničnega dna še naprej (Društvo MENA, 2010).

Medicinska sestra, ki deluje v primarni dejavnosti, ima pri zdravstveni vzgoji preprečevanja urinske inkontinence predvsem preprečevalno vlogo. Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene v ohranitev in krepitev zdravja. Ženske je treba seznaniti z aktivnostmi, ki so koristne za zdravje, in vplivati na zavestno izbiro načina življenja. S celostnim pristopom in zdravstveno vzgojo žensk lahko ublažimo vpliv dejavnikov tveganja, če jih že ne moremo odpraviti (Glodež, 2008).

Celostna obravnava osebe z urinsko inkontinenco torej zahteva delo sodelovalne skupine zdravstvenih delavcev, zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, psihologov in drugih za to področje usposobljenih strokovnjakov. Zdravstveni delavci bi si morali prizadevati za promocijo kontinence in širjenje ustreznih informacij o preprečevanju inkontinence in o sodobnih postopkih obravnave tega problema pri vseh starostnih skupinah z namenom ohranitve dobrega in kakovostnega življenja prizadetih oseb. Osnovna strategija preventive bi morala biti preprečevanje pojava urinske inkontinence, pri čemer bi moralo biti

prepoznavanje inkontinentnih oseb z dejavniki tveganja za pojav urinske inkontinence ena pomembnejših aktivnosti primarne preventive. Pogosto je lahko glavna ovira za učinkovito obravnavo urinske inkontinence pomanjkanje komunikacije med osebami z urinsko inkontinenco in zdravstvenimi delavci oz. nezadostna ozaveščenost zdravstvenih delavcev o problematiki urinske inkontinence (Hlebš, 2008).

Medicinska sestra svetuje ženski preventivne ukrepe pri urinski inkontinenci, kamor šteje znanje o spremembi življenjskega sloga:

- zdrava in uravnotežena prehrana,
- pitje zadostnih količin tekočine (2 l, če ni omejitev),
- izogibanje pijačam, ki spodbujajo izločanje urina iz telesa (kava, pravi čaj, alkohol idr.),
- omejitev pitja tekočin zvečer,
- zmanjšanje prekomerne telesne teže,
- prevzgoja sečnega mehurja: redno praznjenje mehurja v enakih časovnih presledkih,
- odsvetovati hojo na stranišče za vsak primer,
- omogočena dostopnost do toaletnih prostorov,
- redno jemanje predpisanih zdravil,
- prepričati se z izbranim specialistom, da zdravila, ki jih uživa bolnica, ne vplivajo na izločanje urina,
- pravilno in redno izvajanje vaj za krepitev mišic medeničnega dna,
- zavestni stisk mišic medeničnega dna, preden se dvigne težji predmet, zakašlja, kihne,
- uporaba medeničnih uteži: valjčki Femina,
- pravilno izpolnjevanje dnevnika uriniranja (zabeleži se količina in vrsta zaužite tekočine, volumen hoteno izločenega urina, občutek tiščanja na vodo, količino nehoteno izločenega urina in aktivnost, ki jo je takrat ženska opravljala),
- uporaba higienskih pripomočkov: predloge za enkratno uporabo, kje se dobijo in kako se uporabljajo,
- redna osebna higiena (tuširanje),
- anogenitalna nega s toplo vodo in blagim milom,
- uporaba bombažnega perila,
- odsvetovati dvigovanje težkih bremen in delo v mrzlih in vlažnih pogojih,
- kontrola urina za predpisane preiskave: glukoza, beljakovine, eritrociti, levkociti, bakterije v urinu idr.,
- odkriti pogovori s partnerjem,
- možnost vključevanja v obstoječa društva za pomoč inkontinentnim osebam (INKO, MENA),
- redne kontrole pri ginekologu (ambulanta za urinsko inkontinenco žensk).

Metode

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodologiji. Uporabili smo deskriptivno raziskovalno metodo s študijem domače in tuje literature in analizo študije primera ženske z urinsko inkontinenco, ki je bila hospitalizirana v Splošni bolnišnici Celje na Ginekološko-porodniškem oddelku, s katero je bil opravljen intervju, februarja 2013. Za pridobitev podatkov smo uporabili metodo delno strukturiranega vprašalnika, ki je vseboval 12 sklopov vprašanj. Izhodišča za intervju so bila povzeta po priročniku Negovalne diagnoze, avtorice Marjory Gordon, in so bila namenjena ugotavljanju potreb in aktivnosti zdravstvene nege pri

ženskah z urinsko inkontinenco. Upoštevana in spoštovana so bila vsa načela etičnega raziskovanja.

Raziskovalna vprašanja

1. Kakšna je pogostnost urinske inkontinence žensk pri nas v primerjavi s tujino?
2. Katere so specifične potrebe in aktivnosti zdravstvene nege pri ženski z urinsko inkontinenco?
3. Kakšna je kakovost življenja ženske z urinsko inkontinenco?
4. Kakšen vpliv ima urinska inkontinenca pri ženski na odnos do partnerja, družine, ožje in širše okolice?

Rezultati

Urinska inkontinenca je torej še vedno velik tabu, o katerem si ne upamo spregovoriti na glas. Uporaba storitev s področja urinske inkontinence zelo narašča in zahteva spremembe v populacijskem in strokovnem znanju ter odnosu do tega problema.

V teoretičnem delu raziskave smo predstavili definicijo urinske inkontinence, pojavnost oz. pogostost, vzroke ter diagnostiko in zdravljenje urinske inkontinence. Zanimala nas je predvsem zdravstvena nega žensk z urinsko inkontinenco in kakovost življenja žensk, ki zbolevalo za njo.

V raziskovalnem delu nas je zanimala zgodba bolnice o doživljanju urinske inkontinence. Podatke, ki nam jih je zaupala izbrana bolnica v študiji primera, smo podkrepili in primerjali z različnimi raziskavami in študijami na temo urinske inkontinence. Pri tem smo dobili odgovore na raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili.

Pred približno osmimi leti se je začela 43. letna bolnica srečevati z uhajanjem urina. Sprva so bile težave manjše in jim ni posvečala velike pozornosti. Z leti so se pa te težave stopnjevale in postale zelo moteče. Leta 2012 ji je bila ugotovljena stresna urinska inkontinenca.

Bolnica je povedala, da je prvo menstruacijo dobila pri 13-ih letih, z normalnimi ciklusi in močnimi krvavitvami. Zadnja tri leta ima vstavljen maternični vložek (Mirena), zato zdaj menstruacije nima. Opisovala je normalen izcedek iz nožnice.

Rodila je dvakrat z normalno porodno težo, težav v nosečnosti ni imela, poroda sta potekala normalno. Po vsakem porodu pa so ji morali opraviti čiščenje.

Enkrat je splavila umetno in enkrat spontano. Bolnica ni navajala postnatalnih težav v smislu depresije.

Bolnica živi v enostanovanjski hiši s partnerjem in dvema otrokoma. V večjem trgovskem centru je zaposlena kot poslovodkinja. V službi občasno opravlja težja fizična dela (dvigovanje težjih bremen), občasno je delo tudi stresno.

Kot telesno aktivnost je navajala le občasne sprehode ob koncu tedna. Uživanje alkohola je zanikala, kavo popije po štirikrat na dan, kadi pa že 25 let okoli 15 cigaret na dan.

Razprava

Pogostnost urinske inkontinence žensk pri nas v primerjavi s tujino

Urinska inkontinenca prizadene milijone ljudi po vsem svetu, odgovorna je za nepotrebne zadrege in negativne vplive na kakovost življenja mladih, ljudi srednjih let in starejših. Pri

ženskah je urinska inkontinenca dvakrat pogostejša kot pri moških, pogostejša je tudi pri starejši populaciji, saj prizadene eno od desetih oseb, staro 65 let ali več (Hlebš, 2008).

Avstralska raziskava je pokazala, da se urinska inkontinenca pojavlja pri 19 % žensk starosti 10–29 let, 40 % žensk starosti 30–44 let, 50 % žensk starosti 45–59 let, 30 % žensk starosti 60–74 let in 42 % žensk starosti nad 75 let. V Veliki Britaniji ima urinsko inkontinenco več kot dva milijona žensk oz. 14 %, v Kanadi 1,5 milijona oseb, kar predstavlja približno 5 % populacije (Hlebš, 2008).

Pri 20–56 % žensk se urinska inkontinenca pojavi tudi med spolnim odnosom. Rezultati angleške raziskave so pokazali, da se 50 % žensk zato izogiba spolnim odnosom (LeCroy, 2006).

V Sloveniji znaša prevalenca urinske inkontinenca za ženske 13,6 % in je torej nekoliko višja kot v državah Zahodne Evrope in ZDA. Statistični podatki kažejo, da je v Sloveniji 49,5 % žensk (15–30 % v ZDA), ki so stare več kot 65 let, tako hudo inkontinentnih, da potrebujejo zdravljenje. V reproduktivnem obdobju je inkontinentnih 5–15 % žensk (Tušek Bunc, 2004).

Specifične potrebe in aktivnosti zdravstvene nege pri bolnici z urinsko inkontinenco

Na osnovi intervjuja smo pri bolnici ugotovili naslednje negovalne probleme:

- neučinkovito obvladovanje terapevtskih predpisov,
- neuravnovešena prehrana, tveganje za uživanje več hrane kot je telo potrebuje ali debelost,
- urin, stresna inkontinenca,
- pomanjkljive aktivnosti prostega časa,
- motnje spanja,
- samospoštovanje, nizko zaradi določene situacije,
- socialna izolacija,
- seksualna disfunkcija.

Glede na ugotovljene negovalne probleme smo pri bolnici izpostavili specifične potrebe:

- izboljšati kakovost življenja,
- večjo zdravstveno vzgojno prosvetljenost,
- upoštevanje načela zdrave prehrane,
- zmanjšanje telesne teže,
- vsakodnevno in pravilno izvajanje vaj za krepitev mišic medeničnega dna,
- redni obiski pri ginekologu,
- pomen vsakodnevnega gibanja in zmerne telovadbe,
- izboljšati kakovost spanja,
- razviti občutke lastne vrednosti in pozitivne samopodobe,
- vključevanje v bližnjo sosesko in družabno življenje,
- ponovno vzpostaviti primerno spolno funkcijo, ki ji bo prinašala zadovoljstvo,
- s pomočjo partnerja ustvariti pogoje za kakovostno spolno življenje.

Na osnovi ugotovljenih specifičnih potreb smo pri bolnici načrtovali naslednje aktivnosti zdravstvene nege:

- razložiti pomen in pravilno izvajanje vaj za krepitev mišic medeničnega dna,
- razložiti pomen zdrave prehrane in normalne telesne teže,
- svetovati redno in zmerno telovadbo,

- svetovati obisk pri ginekologu,
- svetovati redno telesno higieno, uporabo bombažnega spodnjega perila, toplih oblačil in primerne obutve,
- odsvetovati težja fizična dela in delo v vlažnih in hladnih pogojih,
- svetovati in motivirati v aktivno vključevanje v družabno življenje,
- izogibati se stresnim situacijam,
- svetovati omejitev tekočin zvečer, pitje kave in pravega čaja,
- svetovati, da se s partnerjem o vseh težavah odkrito pogovarjata,
- krepiti samozavest bolnice (obisk frizerja, kozmetičarke),
- predstaviti bolnici društvo INKO in jo motivirati za sodelovanje,
- pogovoriti se z bolnico o njenih čustvih, pričakovanjih, dvomih in strahovih glede spolnosti in vključiti v pogovor tudi partnerja in ga poučiti o težavah.

Inkontinenca urina pokaže problem, pred katerim si ne smemo zatiskati oči. Nihče, ki je kdaj pomagal inkontinentni pacientki ali je celo sam imel težave z inkontinenco, ne podcenjuje občutkov neudobja in težav, ki jih ta prinaša s seboj: stalna mokrota, neprijeten vonj, izdatki za pripomočke idr. Še hujši so psihični problemi. Strah pred smradom, pred odhajanjem od doma, izguba samozavesti in prezir okolice zaradi socialne nesprejemljivosti inkontinence. Zato so aktivnosti medicinske sestre usmerjene v ohranitev in krepitev zdravja. Primarna preventivna zdravstvena dejavnost ima predvsem preprečevalno vlogo. Medicinske sestre so tiste, ki pomagajo celotni ženski populaciji v njenem ožjem in širšem okolju. Treba bi bilo organizirati učne delavnice s poudarkom na preventivni zdravstveni negi na področju motenj uriniranja (Rodeš, 2008).

Pomembni so postopki za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, saj je mogoče, kot kažejo številne študije, na nastanek in razvoj bolezni in na zmanjšanje simptomov urinske inkontinence vplivati s spremembo življenjskega sloga (Ščepanović, Kacin, 2007).

Pomemben je dietni režim, kar pomeni izogibanje gaziranim pijačam, kavi, kakavu, alkoholu in močno začinjenim jedem (But, 2008).

Kakovost življenja ženske z urinsko inkontinenco

Kakovost življenja je povezana z občutkom o sebi in zadovoljstvom z lastnim življenjem. Težko rečemo, da ima posameznik brez občutka lastne vrednosti še ohranjeno kakovost bivanja. Urinska inkontinenca močno vpliva na kakovost življenja naše izbrane bolnice, tako fizično, psihično, socialno kot tudi na ekonomsko stanje. Zaradi stalnega občutka, da zaudarja po urinu, je bolnica začela opuščati razna družabna srečanja, ovira je nastala pri raznih športnih dejavnostih, plesu, opuščala je sprehode v hrib, saj hoja navzdol obremenjuje mehur. Moteno je bilo tudi družabno življenje, saj je morala na družinskih in prijateljskih srečanjih pogosto in v najkrajšem času iti na stranišče. Težave ima tudi v službi, saj delovno mesto zahteva občasno dvigovanje težjih bremen. Bolnica potoži, da ima moten ritem spanja zaradi zburjanja sredi noči, zaradi potrebe po uriniranju. Zelo je zaskrbljena, ker so se začeli pojavljati problemi pri intimnosti zaradi strahu in zadrege, ki ji povzroča uhajanje urina med spolnimi odnosi. Težave nastopijo pri javnem prevozu, obisku kina ali gledališča, cerkve, zaradi potrebe po takojšnjem uriniranju. Vedno ima s sabo rezervna oblačila, prav tako nosi temnejša oblačila, da prikrije morebitno uhajanje urina. Poleg zgoraj omenjenih in še drugih težav so z urinsko inkontinenco povezani tudi finančni izdatki, saj mora bolnica mokre predloge redno in pogosto menjavati.

V poročilu Mednarodnega združenja za kontinenco je navedeno, da kar 70 % oseb s težavami urinske inkontinence nikoli ne poišče zdravniške pomoči, zaradi česar po nepotrebnem dodatno trpijo (Abrams, Cardozo, Fall, 2002).

Ženske z urinsko inkontinenco poročajo o zaskrbljenosti glede neprijetnega vonja, izogibajo se športnim aktivnostim in potovanjem. Pogosteje se zadržujejo doma, kjer imajo vedno dostop do stranišča, manj hodijo po nakupih, več časa prebijejo pred televizorjem, malo časa namenijo zunanjim aktivnostim, s prijatelji in družino komunicirajo raje preko telefona ali elektronske pošte in več časa porabijo za osebno higieno (Fultz, Fisher, Jenkins, 2004).

Pri vsem tem pa se nam utrne misel, da bi morali za svoje zdravje poskrbeti predvsem sami. Osveščena družina in družba lahko žensko spodbudita, da pristopi k zdravljenju urinske inkontinence takoj, ko se ta pojavi in jo pri zdravljenju moralno podpirata, da doseže svoj cilj. Zdravstveni delavci bi si morali prizadevati za promocijo kontinence in širjenje ustreznih informacij o preprečevanju inkontinence in o sodobnih postopkih obravnave tega problema pri vseh starostnih skupinah z namenom ohranitve dobrega počutja in kakovostnega življenja prizadetih oseb (Hlebš, 2008).

Strokovnjaki, ki se ukvarjajo z urinsko inkontinenco ter kakovostjo življenja posameznika, ugotavljajo, da urinska inkontinenca neposredno vpliva na kakovost življenja, vendar pa obseg tega vpliva še ni v celoti raziskan. Nekateri raziskave so pokazale, da so pri pacientih, ki imajo urinsko inkontinenco, opazne resne psihološke motnje (Brubaker, Dooley, 2009).

V študiji, kjer so bile vključene ženske iz Švedske, stare od 65 do 84 let, se je kakovost življenja ocenjevala z vprašalnikom. V študijo so bile vključene ženske, ki so imele urinsko inkontinenco objektivno dokazano, ter naključno izbrane ženske. Rezultati študije so pokazali, da imajo ženske z urinsko inkontinenco več čustvenih motenj kot ženske, ki nimajo težav z urinsko inkontinenco (Brubaker, Dooley, 2009).

Dejstvo je, da urinska inkontinenca ne prizadene samo inkontinentne ženske, ampak celotno družbo. Zato se z dobro informiranostjo, ozaveščenostjo o tem problemu, z zaščitno uporabo inkontinentnih pripomočkov, ki so na voljo, lahko vsaka posameznica normalno giblje in živi tako doma kot v družbi.

Osveščena družina in družba lahko žensko spodbudita, da pristopi k zdravljenju urinske inkontinence takoj, ko se ta pojavi, in jo pri zdravljenju moralno podpirata, da doseže željen cilj (Društvo MENA, 2010).

Kakšen vpliv ima urinska inkontinenca pri ženski na odnos do partnerja, družine, ožje in širše okolice

Bolnica navaja, da ima težave z uhajanjem urina pri kašljanju, kihanju, dvigovanju težjih bremen, športu, tudi med spolnim odnosom, ali že ob samem stiku z vodo in da vse to prav gotovo vpliva na njeno slabo počutje v službi, družini, ožji in širši okolici.

Urinska inkontinenca ji povzroča veliko neprijetnost, sramoto in ne nazadnje tudi izgubo samozavesti. Hkrati je zanjo to tudi telesni in psihološki problem, ki ga spremljajo neprijeten vonj ter občutki sramu in krivde. Zaradi strahu, da bi drugi to opazili, se je bolnica v družbi pogosto počutila nelagodno, zato se je druženju začela izogibati in raje ostajati doma. Težave z uhajanjem urina so se ji začele pojavljati tudi med spolnim odnosom. Občutek sramu in zadrege so poslabšali njeno kakovost spolnega življenja, zaupa nam, da se je začela zapirati vase in izogibati intimnosti s svojim partnerjem. Bolnica pove, da je njen partner seznanjen o naravi njene bolezni, ampak da se ona ne more znebiti neprijetnega občutka, da ji pri tem uide urin, in se zato ne more sprostiti.

Le malokomu je znan podatek, da ima vsaka četrta spolno dejavna ženska probleme z nenadzorovanim uhajanjem vode. Tako lahko sprva nepomembna težava, to je po mnenju

nekaterih nenadzorovano uhajanje vode, privede do precejšnjih psiholoških obremenitev, ki lahko vodijo tudi do socialne osamitve. Ta problem ne prizadene samo bolnice, temveč tudi njeno ožjo in širšo okolico in je precejšen družbeni problem.

Urinska inkontinenca predstavlja veliko neprijetnost, izgubo samozavesti, sramoto in povzroči, da se ženske umaknejo socialnemu življenju. Hkrati je tudi psihološki in telesni problem, ki ga spremlja neprijeten vonj in občutek sramu. Zaradi strahu, da bi drugi to opazili, se ženske v družbi pogosto počutijo nelagodno, zato se druženju izogibajo in raje ostajajo doma. Nenadzorovano uhajanje vode pri spolnih odnosih pa lahko privede do zavračanja partnerja in s tem do postopnega odtujevanja (Lukanovič, 2011).

Za uspeh obravnave bolnice z urinsko inkontinenco je potrebna celostna obravnava. Treba je upoštevati večdimenzionalnost njenega problema. Upoštevanje celovitosti v procesu zdravstvene nege pomeni, da je nujno zajeti pacienta celovito, z vseh vidikov hkrati: fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega, ne glede na področje težav.

Obstaja veliko načinov za kakovostno življenje žensk kljub težavam z urinsko inkontinenco. Najbolj pomembno je, da vsaka posameznica najde lasten način sprejemanja in soočenja fizičnih in psihičnih sprememb, do katerih pripelje inkontinenca. V Sloveniji delujejo štiri društva za pomoč ženskam z urinsko inkontinenco: v Mariboru društvo INKONT MARIBOR in društvo MENA, v Kopru društvo D. I. B. O (Društvo inkontinentnih bolnikov Obale) ter društvo INKO v Ljubljani.

Sklep

Problem inkontinence je večplasten in ga je treba torej obravnavati z različnih vidikov. Z medicinskega stališča je inkontinenca nehotno in nekontrolirano uhajanje urina, ki ima telesne in psihične posledice in je bolezensko stanje. S socialnega vidika je inkontinenca problem osamitve in izločitve bolnika iz družabnega življenja bližnje in širše okolice. Tudi z ekonomskega vidika je inkontinenca velik problem, saj njegovo kolikor toliko uspešno obvladovanje pomeni velik finančni zalogaj. Malo je pravzaprav motenj, ki bi bile tako neprijetne, kot so težave z obvladovanjem mehurja.

Urinska inkontinenca kot bolezenska motnja je torej predvsem osebni in medosebni problem, ki zahteva veliko osebne discipline, poznavanje problema in metod njegovega obvladovanja. Oseba z urinsko inkontinenco se lahko popolnoma normalno giblje in lahko večinoma opravlja vse poklicne in osebne dejavnosti, ne da bi kdor koli opazil njeno težavo. Zanja ni čudežne tabletke, treba je predvsem verjeti, da imajo zdravje v svojih rokah. In v svojih rokah ga prav gotovo imajo, če se imajo radi, verjamejo in zaupajo vase ter krepijo svojo samozavest. Samozavest pa je del samospoštovanja, ki pomeni zaupanje v lastno vrednost.

Zdravstveni delavci imamo zato pomembno vlogo in odgovornost ne samo pri obravnavi, ampak tudi pri spodbujanju inkontinentnih žensk, da o svojih težavah spregovorijo in pravočasno poiščejo pomoč.

V medsebojni komunikaciji se ustvarja medčloveški odnos, ki je še posebno pomemben, ker daje bolnici občutek varnosti, ji s tem vzbuja zaupanje in krepí ter ščiti njeno samozavest.

Tisti človek, ki se spoštuje, je zadovoljen sam s seboj in se ceni, občuti, da je vreden ljubezni, sreče in spoštovanja drugih ljudi ter je kljub težavam z inkontinenco in drugimi težavami, ki pestijo življenje, lahko tudi srečen.

Literatura in viri

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 167–78.
2. Brubaker L, Dooley Y. Urinary Incontinence and Quality of Life. *Global Library of womens medicine*; 2009. Dostopno na: http://www.glowm.com/section_view/heading/Urinary%20Incontinence%20and%20Quality%20of%20Life/item/424 (10.4.2013).
3. But I. Urinary incontinence – diagnosis – epidemiology – therapy. *JAMA.* 2008; 16(4): 182–3.
4. Društvo Inkont. Urinska inkontinenca – Nekonrolirano uhajanje vode. Informativna zloženka društva. Maribor; 2009.
5. Društvo MENA. Humanitarna organizacija za pomoč ženskam, prizadetim z inkontinenco in menopavzo. 2010. Dostopno na: <http://www.drustvo-mena-maribor.si/inkotenca/> (7. 2. 2013).
6. Fultz NH, Fisher GG, Jenkins KR. Does urinary incontinence affect middle – aged and older woman`s time use and activity patterns? *Obstet Gyneco.* 2004; 104 (2): 327–34.
7. Glodež S. Vloga medicinske sestre pri preventivi uhajanja urina v nosečnosti in po porodu. 80. let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru. *Zdrav Vestn.* 2008; 77: 651–71.
8. Hlebš S. Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinenca. *Obzor Zdr N.* 2008; 42 (4): 261–72.
9. LeCroy C. Urinary incontinence occurring during intercourse: efect on sexual function in woman. *Urol Nurs.* 2006; 26: 43–6.
10. Leskovar J. Prekomerno aktivni sečni mehur. Ljubljana: Novartis; 2007.
11. Lukanovič A. Sodobni terapevtski pristopi pri zdravljenju urinske inkontinenca. *Zdrav Vestn.* 2003; 72: 175–5
12. Lukanovič A. Sodobni pristopi zdravljenja urinske inkontinenca pri ženskah. *Gerontologija – izzivi in priložnosti v fizioterapiji: zbornik predavanj. 1. znanstveni simpozij fizioterapevtov Slovenije, 29. 9.–1. 10. 2011. Radenci: Zbornica fizioterapevtov Slovenije; 2011: 120–30.*
13. Primožič B. Dobro je vedeti/Vaje za mišice medeničnega dna. Maribor: UKC Maribor; 2008.
14. Rodeš B. Stresna urinska inkontinenca pri medicinskih sestrah glede na dejavnike tveganja v našem poklicu. 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru. *Zdrav Vestn.* 2008; 77: 703–5.
15. Ščepanović D, Kacin A. Predstavitev evropskega projekta URO Project – ASIA-Link. *Fizioterapija.* 2007; 15 (Suppl) 3:153–62.
16. Tušek Bunc K. Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o urinski inkontinenci. In: Židanik S, Tušek Bunc K , eds. *Medicinsko tehnični pripomočki: zbornik predavanj. 3. mariborski kongres družinske medicine, Maribor, 26. in 27. 11. 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SDZ; 2004: 36–44.*