

Izvirni znanstveni članek / Original article

OZAVEŠČENOST SLOVENSКИH ZDRAVSTVENIH DELAVCEV O OSNOVNI PROBLEMATIKI URINSKE INKONTINENCE

AWARENESS OF URINARY INCONTINENCE PROBLEMS AMONG SLOVENIAN HEALTH PROFESSIONALS

Sonja Hlebš

KLJUČNE BESEDE: inkontinenca, vprašalnik, poznavanje značilnosti, zdravstveni delavci

KEY WORDS: incontinence awareness, questionnaire, health professionals

IZVLEČEK

Izhodišča: Urinska inkontinenca je nehoteno uhajanje urina, ki osebi povzroči socialni in higienski problem. Z njo so povezani tudi nastanek stresa in depresije, socialna izolacija, stigmatizacija, osamljenost, slabše splošno počutje, zmanjšana samozavest, neodvisnost in delovna učinkovitost posameznika. Najpogostejši dejavniki tveganja za nastanek urinske inkontinence so veliko število porodov, starost, težko fizično delo ter neutrjenost mišic medeničnega dna. Pogosto je lahko glavna ovira za učinkovito obravnavo urinske inkontinence pomanjkanje komunikacije med prizadetimi osebami in zdravstvenimi delavci ter nezadostna ozaveščenost zdravstvenih delavcev o problematiki urinske inkontinence. Namen raziskave je bil ugotoviti ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence.

Metode: Uporabljen je bil v slovenski jezik preveden anketni vprašalnik ameriškega avtorja. Anketni vprašalnik je vseboval 14 splošnih vprašanj zaprtega tipa o vzrokih za nastanek urinske inkontinence, dejavnikih tveganja, zdravljenju in odnosu zdravnikov do tega problema. Preiskovanci so se lahko pri odgovorih odločili za eno od danih možnosti (da, ne, ne vem). Pri analizi podatkov smo odgovor »ne vem« upoštevali kot nepravilen odgovor. Fizioterapevtom je bilo poslanih 120 anketnih vprašalnikov, medicinskim sestram z različno stopnjo izobrazbe in z različnih področij dela je bilo poslanih 150 anketnih vprašalnikov, zdravnikom specialistom splošne medicine in specialistom nekaterih drugih področij je bilo poslanih 160 anketnih vprašalnikov. Preiskovanci so bili obeh spolov, z različno dolgo delovno dobo in z opravljenim ali neopravljenim dodatnim izobraževanjem s področja urinske inkontinence. Za analizo podatkov je bila uporabljena opisna statistična metoda z uporabo deleža, aritmetične sredine in standardnega odklona. Za ugotavljanje stopnje povezanosti med spremenljivkami je bila uporabljena analiza

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence is defined as involuntary loss of urine causing social and hygienic problems. It has an impact on the onset of depression and stress, social isolation, stigmatisation, loneliness, poor well-being, low self-esteem, functional dependence and lower work efficiency of an individual affected. Variables shown to be associated with urinary incontinence include parity, age, heavy physical work and weak pelvic floor muscles. The reason why the treatment of urinary incontinence may not be effective is often due to poor communication between individuals experiencing urinary incontinence and health professionals and inadequate knowledge of urinary incontinence problems among health professionals. The aim of this study was to assess the basic urinary incontinence knowledge among Slovenian health professionals.

Methods: The American author's questionnaire translated into the Slovenian language was used. It consisted of 14 closed-type questions focused on risk factors contributing to urinary incontinence, treatment and doctors' attitude towards this type of problem. »Yes«, »no« and »don't know« were the answer options. In statistical analysis, the answer »don't know« was considered as incorrect. One hundred and twenty questionnaires were sent to physiotherapists and 150 questionnaires were sent to nurses with different level of education and from different work settings. Doctors, general practitioners and specialists received 160 questionnaires. Participants were female and male, with different years of work experience with or without any additional education on urinary incontinence. Descriptive statistics, frequencies, mean values and standard deviation were used to calculate the data. Analysis of variance was used to determine the relationship between the variables. The difference between group mean values was calculated using Wilks' Lambda coefficient. Statistical significance was set at $p < 0,01$ level.

viš. pred. mag. Sonja Hlebš, viš. fiziot., univ. dipl. org., Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za fizioterapijo, Poljanska cesta 26 a, 1000 Ljubljana

Članek temelji na diplomskih delih, ki so jih v članku citirani avtorji (Kovačič, 2004; Kumar, 2005; Breben, 2006) zagovarjali na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani na Oddelku za fizioterapijo. V prispevku je objavljen del izsledkov diplomskih del, ki so vsa nastala pod mentorstvom viš. pred. mag. Sonje Hlebš, viš. fiziot., univ. dipl. org.

variance. Razlika med povprečji skupin je bila prikazana s pomočjo koeficienta Wilks' Lambda. Meja statistične pomembnosti je bila določena z vrednostjo $p < 0,01$.

Rezultati: Od 430 razdeljenih anketnih vprašalnikov jih je bilo za statistično analizo uporabljenih 320 (74,3 %). Na anketni vprašalnik je v skupini fizioterapevtov odgovorilo 98 žensk in 2 moška, v skupini medicinskih sester 109 žensk in 11 moških ter med zdravniki 66 žensk in 34 moških. Ne glede na starost in leta delovne dobe so imeli v povprečju fizioterapevti 64,64 % pravih odgovorov, zdravniki 58,07 % in medicinske sestre 56,17 %. Največji delež nepravilnih odgovorov (43,83 %) so imele medicinske sestre, sledili so zdravniki (41,93 %) in fizioterapevti (35,36 %). Povezava med številom pravih odgovorov in starostjo fizioterapevtov, medicinskih sester ni bila statistično pomembna, povezava med številom pravih odgovorov in starostjo zdravnikov je bila statistično pomembna ($p < 0,000$). Rezultati so pokazali, da so imeli v povprečju največ pravih odgovorov najmlajši zdravniki (10,7) in najmanj najstarejši (4,7). Med fizioterapevti so imeli največ pravih odgovorov preiskovanci z delovno dobo do 5 let in najmanj pravih preiskovanci z delovno dobo 21-35 let. Med medicinskimi sestrami so največje število pravih odgovorov dosegli preiskovanci z delovno dobo 6-20 let in najmanjše preiskovanci z delovno dobo 21-35 let. Med zdravniki so največ pravih odgovorov dosegli preiskovanci z delovno dobo do 5 let in najmanj preiskovanci z delovno dobo 21-35 let. Povezava med številom pravih odgovorov in delovno dobo preiskovancev ni bila statistično pomembna. Med vsemi preiskovanci, ki so se udeležili dodatnega izobraževanja s področja urinske inkontinence, so imeli največji delež pravih odgovorov fizioterapevti (67 %) in najmanjši medicinske sestre (45 %). Primerjava nepravilnih odgovorov vseh preiskovancev brez dodatnega izobraževanja s področja inkontinence je pokazala, da so imeli največji delež nepravilnih odgovorov zdravniki (45 %).

Razprava in zaključki: Naši rezultati so prikazali nizko ozaveščenost o osnovni problematiki urinske inkontinence med slovenskimi zdravstvenimi delavci različnih profilov, kar kaže na potrebo po večjem strokovnem znanju in spremembi odnosa do tega problema. Manjši delež pravih odgovorov pri starejših preiskovancih oz. pri preiskovancih z daljšo delovno dobo nakazuje, da so mlajši preiskovanci bolj ozavešeni o osnovnih značilnostih urinske inkontinence, vendar je tudi poznavanje mlajših še vedno pomanjkljivo. Razlog za to je lahko pomanjkanje možnosti za dodatno izobraževanje o urinski inkontinenci oz. nezadostno zanimanje slovenskih zdravstvenih delavcev za ta problem. Rezultati naše raziskave nakazujejo, da bi morali izobraževalni programi za zdravstvene delavce ustrezno zdravstveno vzgajati in izobraziti najprej tiste, ki bodo zdravstveno vzgajali druge. Potrebno je oblikovati boljše strategije promocije na področju preventive, prepoznavanja značilnosti, diagnostike in obravnave urinske inkontinence ter povečati ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o učinkih njihovega dela pri obravnavi in izboljšanju kakovosti življenja oseb z urinsko inkontinenco.

Uvod

Urinska inkontinenca (UI) je definirana kot vsakršno nehoteno uhajanje urina, ki posamezni osebi po-

Results: Out of total 430 questionnaires, 320 completed questionnaires were used for statistical analysis (74.3 %). Ninety-eight female and 2 male physiotherapists, 109 nurses and 11 male nurse and 66 female and 34 male doctors gave responses. Regardless of the age and years of work experience, physiotherapists, doctors, nurses had on average 64.64 %, 58.07 %, and 56.17 % correct answers, respectively. The results showed that nurses had 43.83 % incorrect answers, followed by doctors and physiotherapists with 41.93 % and 35.36 % incorrect answers, respectively. The relationship between the number of correct answers and the age of physiotherapists and nurses was not statistically significant. The relationship between the number of correct answers and the age of doctors was statistically significant ($p < 0.000$). The average number of correct answers among the youngest doctors was 10.7 and the average number of incorrect answers among the oldest doctors was 4.7. Physiotherapists and doctors with 5 years of work experience had the greatest number of correct answers; the number of incorrect answers was the greatest among the physiotherapists with 12 to 35 years of work experience. Among nurses the greatest number of correct answers collected the participants with 6 to 20 years of work experience. The number of incorrect answers was the greatest among nurses, and doctors with 21 to 35 years of work experience. The relationship between the number of correct answers and the years of work experience of participants was not statistically significant. Among all participants who had additional education on urinary incontinence the percentage of correct answers was among physiotherapists 67 % while the percentage of incorrect answers among nurses was 45 %. Among all participants who had no additional education on urinary incontinence the percentage of incorrect answers (45 %) was the highest among doctors.

Discussion and conclusions: The basic knowledge about urinary incontinence among Slovenian health professionals is poor, indicating the need for increasing the professional knowledge and changing the attitude towards this type of problem. The results suggest that older participants and those with more years of work experience seem to be less knowledgeable about urinary incontinence than younger ones. The reason might lie in the lack of opportunities for additional education on urinary incontinence and/or not enough attention given to incontinence problems among Slovenian health professionals. It is necessary that professional education with reference to urinary incontinence must be first given to those who will educate others. There is a need for better strategies for promoting prevention of urinary incontinence, recognizing its characteristics, diagnosing and management. There is also a need to raise the awareness of Slovenian health professionals of the effect of their service on quality of life of persons with urinary incontinence.

vzroči socialni in higienski problem (Abrams, Cardozo, Fall, 2002). Prizadene milijone ljudi po vsem svetu; odgovorna je za nepotrebne zadrege in negativne

vplive na kakovost življenja mladih, ljudi srednjih let in starejših (Burgio et al., 2003; Jackson et al., 2004). Pri ženskah je UI dvakrat pogostejša kot pri moških (Hunnskaar, Burgio, Clark, 2005), pogostejša je tudi pri starejši populaciji, saj prizadene eno od desetih oseb, staro 65 let ali več (Borrie et al., 2002). Avstralska raziskava je pokazala, da se UI 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 (Chiarelli, Cockburn, 2002). V Veliki Britaniji ima UI več kot dva milijona žensk oz. 14 % (Thakar, Stanton, 2000), v Kanadi 1,5 milijona oseb, kar predstavlja približno 5 % populacije (Resnick et al., 2006). V Sloveniji je po podatkih iz leta 1985 pogostost UI 34,4 %, kar je primerljivo z državami Zahodne Evrope in ZDA (Kralj, 1985). Statistični podatki so pokazali, da je v Sloveniji 49,5 % vseh žensk starosti nad 65 let tako inkontinentnih, da potrebujejo zdravljenje. V domovih za starejše občane je inkontinentnih 57 % žensk (Kralj, 2003). Ne glede na stopnjo funkcijske neodvisnosti in spremljajoča obolenja je pri ženskah z UI podvojeno tveganje za sprejem v dom starejših občanov, pri moških je to tveganje 3,2-krat večje kot pri posameznikih brez UI (Thom, Haan, Van Den Eeden, 1997). Na splošno prevladuje prepričanje, da je UI značilna za določene skupine prebivalstva. Izsledki raziskav so pokazali (Candy, 1994; Marshal et al., 1996), da večina žensk verjame, da je UI normalen pojav po porodu. Znotraj splošne populacije velja prepričanje, da je UI izključno povezana s starostniki (Blannin, 1989; Glew, 1989), vendar so izsledki raziskav pokazali do 40 % pogostost UI pri ženskah, mlajših od 30 let (Jolley, 1988; Harrison, Memel, 1994). Razlog, da samo četrtina žensk poišče zdravniško pomoč, je najpogosteje zadrega oz. sram pred zdravnikom in strah pred morebitnim odklonilnim ali nerazumevajočim odzivom okolice (Borrie et al., 2002).

Urinska inkontinenca je ena izmed posledic slabe funkcije mišic medeničnega dna (MMD), 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 UI, vendar ne edini. Dejavniki tveganja za popuščanje MMD so tudi težko fizično delo, prekomerna telesna teža, kronično zaprtje, stoječe delo, respiratorna obolenja, atrofijska MMD zaradi izgube estrogena, prirojena slabost vezivnega tkiva in telesna neaktivnost (Bo, 2002), torej dejavniki, ki niso vezani izključno na spol ali določeno starostno obdobje.

UI negativno vpliva na kakovost življenja. Z njo so povezani nastanek stresa in depresije, socialna izolacija, stigmatizacija, osamljenost, slabše splošno počutje, zmanjšana samozavest ter neodvisnost posameznika (Bo et al., 2003; Jackson et al., 2004). Ženske z UI poročajo o zaskrbljenosti glede neprijetnega vonja, izogibajo se športnim aktivnostim in potovanjem

(Fonda, 1997; Bo, Telseth, Holme, 1999). 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 20-56 % žensk se UI pojavi tudi med spolnim odnosom. Rezultati angleške raziskave so pokazali, da se 50 % žensk izogiba spolnim odnosom zaradi UI (LeCroy, 2006). Ugotovili so, da pri 25-40 % zaposlenih ženskah UI negativno vpliva na njihovo delovno zmožnost. Ker o problemu ne spregovorijo, lahko nadrejeni razumejo pogoste obiske stranišča in padec koncentracije kot slabe delovne navade. Izraelski raziskovalci poročajo, da se pri 41 % žensk srednjih let z UI, ki so poiskale zdravniško pomoč, izboljša delovna učinkovitost (Fultz et al., 2005).

Da je UI resen zdravstveni problem, kažejo tudi visoki stroški za obravnavo inkontinentne osebe. Po podatkih ameriške raziskave se na leto za inkontinentno osebo porabi približno 3565 ameriških dolarjev, po poročilih nacionalnega inštituta stroški letno znašajo 12,4 milijona ameriških dolarjev (Wilsom et al., 2001). Stroški zdravljenja UI so v ZDA primerljivi s stroški zdravljenja nekaterih kroničnih bolezni (npr. osteoporoza, artritis) in predstavljajo finančno najdražji simptom med urološkimi boleznimi. Avstralska raziskava je pokazala, da posameznik porabi 1200 avstralskih dolarjev za nakup pleničnih predlog za inkontinenco. Ugotovili so tudi, da se v domovih za starejše občane 25 % delovnih ur porabi za obravnavo varovancev z UI, kar znaša 450 milijonov avstralskih dolarjev letno (Chiarelli, Cockburn, Doran, 2001). Druga avstralska raziskava je pokazala, da vsaka ženska z UI starosti med 25 in 85 let porabi približno 12,89 avstralskih dolarjev na teden več za pripomočke za osebno higieno (Chiarelli, Cockburn, 2002). Ženske so pripravljene plačati tudi do 900 ameriških dolarjev letno, da bi zagotovile izboljšanje stanja, kar se lahko primerja s stroški zdravljenja kroničnih glavobolov (Subak et al., 2006). Stroški obravnave inkontinentne osebe v Sloveniji niso znani.

Pri razumevanju vzrokov, dejavnikov tveganja, pri poznavanju značilnosti UI ter načinov pomoči oseb z UI se pogosto pojavljajo pomanjkljivosti v ozaveščenosti o pomenu zgodnjega odkrivanja UI, pomanjkljivosti v znanju o vplivu UI na kakovost življenja oseb z UI (čustveni, socialni, ekonomski vidik), pomanjkljivosti v zavedanju prednosti poznavanja področja UI, npr. dejstev, da zdravstvenovarnostni skladi pogosto ne plačujejo za storitve na področju UI ter da večina oseb z UI ne poišče strokovne pomoči.

Za uspeh obravnave oseb z UI je nujna celostna obravnava. Cilj ni samo spopadati se s posledicami, ampak predvsem spremeniti stanje. Priporočila tret-

jega mednarodnega posveta o inkontinenci iz leta 2005 navajajo, da mora biti oseba z UI najprej vključena v začetno obravnavo, ki obsega konzervativno in medikamentozno zdravljenje. Če konzervativno zdravljenje ni uspešno, zdravnik specialist (ginekolog, uroginekolog, urolog) odredi specialistično obravnavo, najpogosteje operativno zdravljenje. Konzervativna obravnavo je odvisna od tega, kateri simptomi UI prevladujejo, in vključuje postopke za spodbujanje zdravega življenjskega sloga oz. svetovanje o spremembah načina življenja (npr. uživanje določenih tekočin v ustreznih odmerkih, opustitev kajenja, pomen telesne aktivnosti, primerna telesna teža), trening MMD (biološka povratna zveza, električna stimulacija, medenične uteži), magnetno stimulacijo, trening sečnega mehurja, pripomočke za nego kože, pripomočke za prestrazanje in zbiranje urina ter ureditev življenjskega okolja (Šćepanović, Kacin, 2007). Uspeh zdravljenja je odvisen od več dejavnikov, in sicer od oblike UI, stopnje UI in spremljajočih bolezni (npr. Parkinsonova bolezen, stanje po možganski kapi, poškodbe centralnega živčnega sistema, sladkorna bolezen, urogenitalne bolezni) (Glazener et al., 2001).

Celostna obravnavo osebe z UI 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 počutja in kakovostnega življenja prizadetih oseb. Osnovna strategija preventive bi morala biti preprečevanje pojava UI, pri čemer bi moralo biti prepoznavanje kontinentnih oseb z dejavniki tveganja za pojav UI ena pomembnejših aktivnosti primarne preventive. Celotna preventiva zahteva visoko raven skupnega zavedanja problema UI ter populacijsko in strokovno izobraževanje. Pogosto je lahko glavna ovira za učinkovito obravnavo UI pomanjkanje komunikacije med osebami z UI in zdravstvenimi delavci oz. nezadostna ozaveščenost zdravstvenih delavcev o problematiki UI.

Namen raziskave je bil ugotoviti ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki UI, kot so dejavniki tveganja za nastanek, načini zdravljenja in nekatere dodatne povezane težave.

Metode

Raziskava je potekala v treh delih. Najprej smo jo izvedli med fizioterapevti (Kovačič, 2004), nato med medicinskimi sestrami (Kumar, 2005) in nazadnje med zdravniki (Brebien, 2006). Pred izvedbo raziskave smo

pridobili pozitivno mnenje Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije (štev. dopisov: 54/02/04, 33/11/04, 67/03/06). Za ugotavljanje ozaveščenosti o osnovni problematiki UI med zdravstvenimi delavci v Sloveniji je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki so ga oblikovali Branch et al. (1994) (Priloga 1). Izvirni anketni vprašalnik je za našo raziskavo iz angleškega v slovenski jezik prevedla oseba s potrdilom o aktivnem znanju angleškega jezika, ki ga je izdala priznana angleška univerza (ESOL Examinations, University of Cambridge). Pred razdelitvijo anketnega vprašalnika preiskovancem je bila izvedena pilotska študija, v okviru katere je bilo razdeljenih 15 anketnih vprašalnikov. Z njo smo ugotovili, da ni težav pri razumevanju ankete.

Preiskovanci

Fizioterapevtom je bilo poslanih 120 anketnih vprašalnikov, medicinskim sestram z različno stopnjo izobrazbe in z različnih področij dela je bilo poslanih 150 anketnih vprašalnikov, zdravnikom specialistom splošne medicine in specialistom nekaterih drugih področij (npr. ginekologija in porodništvo, urologija, fizioterapija, interna medicina) je bilo poslanih 160 anketnih vprašalnikov. Sodelujoči preiskovanci so bili zaposleni v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo, v Zdravilišču Laško, Termah Zreče, Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica, Splošni bolnišnici Novo mesto, Zdravstvenem domu Nova Gorica in Zdravstvenem domu Domžale. Preiskovanci so bili obeh spolov, imeli so različno dolgo delovno dobo in opravljeno ali neopravljeno kakršnokoli dodatno izobraževanje s področja UI.

Vprašalnik

Anketni vprašalnik je vseboval 14 splošnih vprašanj zaprtega tipa o vzrokih za nastanek UI, dejavniki tveganja, zdravljenju in odnosu zdravnikov do tega problema. Preiskovanci so se lahko pri odgovorih odločili za eno od danih možnosti, in sicer: »da«, »ne« in »ne vem«. Pri analizi podatkov smo odgovor »ne vem« upoštevali kot nepravilni odgovor.

Postopek testiranja

Anketni vprašalniki z navodili so bili preiskovancem razdeljeni osebno ali poslani po pošti. V anketni vprašalnik so bile poleg navodil za reševanje vključene tudi informacije o namenu ankete. Preiskovanci so se za izpolnjevanje anketnega vprašalnika odločili prostovoljno. Zbiranje anketnih vprašalnikov je potekalo od januarja 2004 do aprila 2005 in od aprila 2006 do avgusta 2006.

Statistična analiza

Pridobljeni podatki so bili obdelani z računalniškim programom Microsoft Excel 2003. Uporabljena je bila opisna statistična metoda. Rezultate smo prikazali z uporabo deleža, aritmetične sredine in standardnega odklona. Za ugotavljanje stopnje povezanosti med spremenljivkami je bila uporabljena statistična programska oprema SPSS 9.0. S pomočjo analize varianca smo dobili podatke o razliki med povprečni skupin. Razlika je bila prikazana s pomočjo koeficienta Wilks' Lambda, ki je določen z intervalom 0-1. Opravili smo test statistične pomembnosti, pri katerem je bila meja statistične pomembnosti določena z vrednostjo $p < 0,01$.

Rezultati

Od 430 razdeljenih anketnih vprašalnikov jih je bilo za statistično analizo uporabljenih 320 (74,3 %). V povprečju je bilo največje število najmlajših preiskovancev v skupini medicinskih sester (Razpr. 1).

Razpr. 1. *Starost preiskovancev.*

Table 1. *Participants' age.*

| | Fizioterapevti (n = 100) | Medicinske sestre (n = 120) | Zdravniki (n = 100) |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Največ sodelujočih | 30-40 let (31 %) | 20-35 let (39 %) | 41-49 let (35 %) |
| Najmanj sodelujočih | 49-65 let (20 %) | 50-65 let (12 %) | nad 66 let (3 %) |

Na anketni vprašalnik je v skupini fizioterapevtov odgovorilo 98 žensk in 2 moška, v skupini medicinskih sester 109 žensk in 11 moških ter med zdravniki 66 žensk in 34 moških (Razpr. 2).

Razpr. 2. *Spol preiskovancev.*

Table 2. *Participants' gender.*

| | Fizioterapevti (n = 100) | Medicinske sestre (n = 120) | Zdravniki (n = 100) |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Ženske | 98 % | 91 % | 66 % |
| Moški | 2 % | 9 % | 34 % |

Stopnja izobrazbe preiskovancev je prikazana v Razpr. 3.

Med preiskovanci je imelo največ fizioterapevtov in zdravnikov 6-20 let delovne dobe, največ medicinskih sester pa 21-35 let delovne dobe (Razpr. 4).

Primerjavo deleža pravilnih oz. nepravilnih odgovorov ne glede na starost, stopnjo izobrazbe in delovno dobo vseh preiskovancev prikazuje razpre-

Razpr. 3. *Stopnja izobrazbe preiskovancev.*

Table 3. *Participants' level of education.*

| | Izobrazba | | |
|--------------------------------|-----------|-------|----------------------|
| | srednja | višja | visoka univerzitetna |
| Fizioterapevti (n = 100) | 56 % | 44 % | |
| Medicinske sestre (n = 120) | 60 % | 13 % | 27 % |
| Zdravniki (n = 100) | | | 100 % |

Razpr. 4. *Delovna doba preiskovancev.*

Table 4. *Participants' years of work experience.*

| | Fizioterapevti (n = 100) | Medicinske sestre (n = 120) | Zdravniki (n = 100) |
|-----------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|
| 0-5 let | 25 % | 28 % | 9 % |
| 6-20 let | 41 % | 35 % | 45 % |
| 21-35 let | 34 % | 37 % | 39 % |

Razpr. 5. *Primerjava pravilnih in nepravilnih odgovorov med preiskovanci.*

Table 5. *Comparison of correct and incorrect answers among participants.*

| | Fizioterapevti (n = 100) | Medicinske sestre (n = 120) | Zdravniki (n = 100) |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Pravilni odgovori | 64,64 % | 56,17 % | 58,07 % |
| Nepravilni odgovori | 35,36 % | 43,83 % | 41,93 % |

delnica 5. V povprečju so največ pravilnih odgovorov zbrali fizioterapevti in največ nepravilnih medicinske sestre.

Pri analizi pravilnih in nepravilnih odgovorov glede na starost smo preiskovance razdelili v 4 skupine. V prvi skupini so bili preiskovanci stari 20-30 let, v drugi 31-40 let, v tretji 41-49 let in v četrti 50-65 let. Deleže pravilnih in nepravilnih odgovorov preiskovancev prikazujejo Razpr. 6, 7 in 8. Med fizioterapevti so imeli v povprečju največje število pravilnih odgovorov najmlajši in najmanj najstarejši preiskovanci (Razpr. 6).

Razpr. 6. *Pravilni in nepravilni odgovori glede na starost preiskovancev - fizioterapevti.*

Table 6. *Correct and incorrect answers in relation to the age of participants - physiotherapists.*

| Skupina | Fizioterapevti (n = 100) | | | |
|---------------------|--------------------------|-------|-------|-------|
| | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Starost (leta) | 20-30 | 31-40 | 41-49 | 50-65 |
| Pravilni odgovori | 68 % | 65 % | 63 % | 60 % |
| Nepravilni odgovori | 32 % | 35 % | 37 % | 40 % |

Med medicinskimi sestrami je bilo največ nepravilnih odgovorov v skupini preiskovancev starosti 41-49 let in največ pravih odgovorov v skupini preiskovancev starosti 31-40 let (Razpr. 7).

Razpr. 7. *Pravilni in nepravilni odgovori glede na starost preiskovancev - medicinske sestre.*

Table 7. *Correct and incorrect answers in relation to the age of participants - nurses.*

| | Medicinske sestre (n = 120) | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Starost (leta) | 20-30 | 31-40 | 41-49 | 50-65 |
| Pravilni odgovori | 56 % | 61 % | 53 % | 54 % |
| Nepravilni odgovori | 44 % | 39 % | 47 % | 46 % |

Največji delež nepravilnih odgovorov med zdravniki je bil v skupini preiskovancev starosti 50-65 let, najmanj nepravilnih odgovorov je bilo v skupini preiskovancev starosti 20-30 let (Razpr. 8).

Razpr. 8. *Pravilni in nepravilni odgovori glede na starost preiskovancev - zdravniki.*

Table 8. *Correct and incorrect answers in relation to the age of participants - doctors.*

| | Zdravniki (n = 100) | | | |
|---------------------|---------------------|-------|-------|-------|
| | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Starost (leta) | 20-30 | 31-40 | 41-49 | 50-65 |
| Pravilni odgovori | 76 % | 60 % | 58 % | 56 % |
| Nepravilni odgovori | 24 % | 40 % | 42 % | 44 % |

Pri primerjavi pravih in nepravilnih odgovorov glede na delovno dobo smo vse preiskovance razdelili v tri skupine. V prvi skupini so bili preiskovanci z delovno dobo do 5 let, v drugi tisti s 6-20 let delovne dobe in v tretji tisti z delovno dobo 21-35 let (Razpr. 9). Rezultati so pokazali, da so imeli med fizioterapevti največ pravih odgovorov preiskovanci iz prve skupine, tj. z delovno dobo do 5 let, in najmanj pravih odgovorov preiskovanci iz tretje skupine, tj. z delovno dobo 21-35 let. Med medicinskimi sestrami so največje število pravih odgovorov dosegli preiskovanci iz druge skupine, tj. z delovno dobo

6-20 let, in najmanjše preiskovanci iz tretje skupine, tj. z delovno dobo 21-35 let. Med zdravniki so največ pravih odgovorov dosegli preiskovanci iz prve skupine, tj. z delovno dobo do 5 let, in najmanj preiskovanci iz tretje skupine, tj. z delovno dobo 21-35 let.

Povezavo med številom pravih odgovorov in starostjo preiskovancev, kot se kaže pri fizioterapevtih in medicinskih sestrah, prikazuje Razpr. 10. V prvi skupini so bili preiskovanci stari 20-30 let, v drugi 31-40 let, v tretji 41-49 let in v četrti 50-65 let. Med fizioterapevti so imeli v povprečju največje število pravih odgovorov najmlajši preiskovanci (9,4 pravih odgovorov) in najmanjše najstarejši preiskovanci (8,4 pravih odgovorov). Povezava med številom pravih odgovorov in starostjo preiskovancev pri fizioterapevtih ni bila statistično pomembna. Pri medicinskih sestrah je bilo povprečje pravih odgovorov največje v drugi starostni skupini (7,8 pravih odgovorov) in najmanjše v tretji starostni skupini (7 pravih odgovorov). Povezava med številom pravih odgovorov in starostjo medicinskih sester ni bila statistično pomembna.

Razpr. 10. *Povezava med številom pravih odgovorov in starostjo preiskovancev (fizioterapevti, medicinske sestre).*

Table 10. *Correlation between correct answers and age of participants (physiotherapists, nurses).*

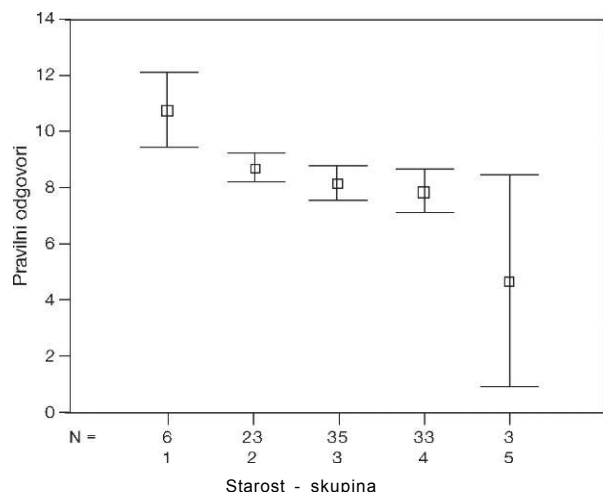
| Starost (skupina) | Fizioterapevti (n = 100) | | Medicinske sestre (n = 120) | |
|-------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| | povprečje | standardni odklon | povprečje | standardni odklon |
| 1. | 9,4 | ± 1,67 | 7,3 | ± 2,25 |
| 2. | 9,1 | ± 1,45 | 7,8 | ± 1,92 |
| 3. | 8,7 | ± 2,20 | 7,0 | ± 1,89 |
| 4. | 8,4 | ± 1,82 | 7,2 | ± 1,70 |
| Skupaj | 8,9 | ± 1,80 | 7,4 | ± 2,03 |

Pri delitvi zdravnikov glede na starost je bilo narejenih pet skupin. V prvi skupini so bili zdravniki starosti 20-30 let, v drugi 31-40 let, v tretji 41-49 let, v četrti 50-65 let in v peti tisti, ki so bili stari 65 let ali več. Povezavo med številom pravih odgovorov in

Razpr. 9. *Primerjava pravih in nepravilnih odgovorov glede delovno dobo preiskovancev.*

Table 9. *Comparison of correct and incorrect answers in relation to work experience of participants.*

| Skupina | Medicinske sestre (n = 120) | | | Fizioterapevti (n = 100) | | | Zdravniki (n = 100) | | |
|---------------------|-----------------------------|------|-------|--------------------------|------|-------|---------------------|------|-------|
| | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. | 3. |
| Delovna doba (leta) | 0-5 | 6-20 | 21-35 | 0-5 | 6-20 | 21-35 | 0-5 | 6-20 | 21-35 |
| Pravilni odgovori | 57 % | 58 % | 52 % | 67 % | 65 % | 62 % | 67 % | 58 % | 59 % |
| Nepravilni odgovori | 43 % | 42 % | 48 % | 33 % | 35 % | 38 % | 33 % | 42 % | 41 % |



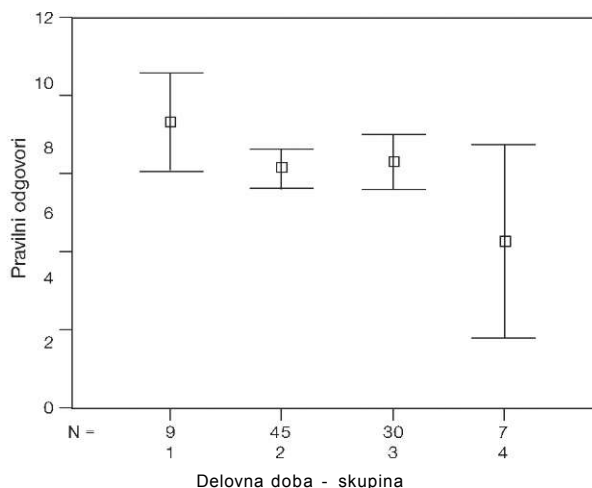
Sl. 1. Povezava med številom pravih odgovorov in starostjo preiskovancev - zdravniki ($n = 100$).

Figure 1. Correlation between correct answers and age of participants - doctors ($n = 100$).

starostjo preiskovancev prikazuje Sl. 1. Rezultati so pokazali, da so imeli v povprečju največ pravih odgovorov zdravniki iz prve skupine (10,7) in najmanj iz pete skupine (4,7). Pri analizi podatkov je bila razlika statistično pomembna ($p < 0,000$).

Povezavo med številom pravih odgovorov in delovno dobo preiskovancev, kot se kaže pri fizioterapevtih in medicinskih sestrah, prikazuje Razpr. 11. V prvi skupini so bili preiskovanci z delovno dobo do 5 let, v drugi tisti s 6-20 let delovne dobe in v tretji tisti z delovno dobo 21-35 let. Med fizioterapevti so imeli v povprečju največ pravih odgovorov preiskovanci iz prve skupine in najmanj preiskovanci iz tretje skupine. Povezava med številom pravih odgovorov in delovno dobo preiskovancev pri fizioterapevtih ni bila statistično pomembna. Med medicinskimi sestrami je bilo povprečje pravih odgovorov največje v drugi starostni skupini in najmanjše v tretji starostni skupini. Povezava med številom pravih odgovorov in starostjo medicinskih sester ni bila statistično pomembna.

Povezavo med številom pravih odgovorov in delovno dobo preiskovancev, kot se kaže pri zdravnikih, prikazuje Sl. 2. Zdravniki so bili glede na delovno dobo razdeljeni v štiri skupine. V prvi skupini so bili preiskovanci z delovno dobo do 5 let, v drugi tisti s 6-20 let delovne dobe, v tretji tisti z delovno dobo 21-35 let in v četrti skupini tisti s 35 leti delovne dobe in več. Rezultati so pokazali, da so imeli največ pravih odgovorov preiskovanci iz prve skupine (9,3) in najmanj pravih preiskovanci iz četrte skupine (6,3). Povezava med številom pravih odgovorov in delovno dobo preiskovancev pri zdravnikih ni bila statistično pomembna (Sl. 2).



Sl. 2. Povezava med številom pravih odgovorov in delovno dobo preiskovancev (zdravniki, $n = 100$).

Figure 2. Correlation between correct answers and years of work experience of participants (doctors, $n = 100$).

Razpr. 11. Povezava med številom pravih odgovorov in delovno dobo (fizioterapevti, medicinske sestre).

Table 11. Correlation between correct answers and years of work experience of participants (physiotherapists, nurses).

| Starost (skupina) | Fizioterapevti (n = 100) | | Medicinske sestre (n = 120) | |
|-------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| | povprečje | standardni odklon | povprečje | standardni odklon |
| 1. | 9,4 | ± 1,73 | 7,4 | ± 2,31 |
| 2. | 9,0 | ± 1,87 | 7,5 | ± 1,91 |
| 3. | 8,6 | ± 2,74 | 7,1 | ± 1,86 |
| Skupaj | 9,0 | ± 1,80 | 7,4 | ± 2,03 |

Primerjava vseh treh skupin preiskovancev glede dodatnega izobraževanja s področja UI je prikazana v Razpr. 12. Glede na delež je bilo največ preiskovancev brez dodatnega izobraževanja s področja UI med zdravniki (94 %) in najmanj med medicinskimi sestrami (85 %).

Primerjavo pravih in nepravilnih odgovorov vseh preiskovancev glede na dodatno izobraževanje o UI prikazuje Razpr. 13. Primerjava rezultatov je pokazala, da so med vsemi preiskovanci, ki so se udeležili dodatnega izobraževanja s področja UI, največji delež pravih odgovorov imeli fizioterapevti in najmanjšega medicinske sestre. Primerjava nepravilnih odgovorov vseh preiskovancev brez dodatnega izobraževanja s področja UI je pokazala, so imeli največji delež nepravilnih odgovorov zdravniki.

Razpr. 12. *Dodatno izobraževanje preiskovancev o urinski inkontinenci.*

Table 12. *Additional education of participants on urinary incontinence.*

| | Fizioterapevti (n = 100) | Medicinske sestre, (n = 120) | Zdravniki (n = 100) |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------|
| Z dodatnim izobraževanjem | 9 % | 15 % | 6 % |
| Brez dodatnega izobraževanja | 91 % | 85 % | 94 % |

Razpr. 13. *Primerjava pravih in nepravilnih odgovorov preiskovancev glede na dodatno izobraževanje o urinski inkontinenci.*

Table 13. *Comparison of correct and incorrect answers of participants in relation to additional education on urinary incontinence.*

| | Fizioterapevti (n = 100) | | Medicinske sestre (n = 120) | | Zdravniki (n = 100) | |
|-------------------------|-----------------------------|----|-----------------------------------|----|------------------------|----|
| | da | ne | da | ne | da | ne |
| Dodatno izobraževanje | 67 | 65 | 55 | 56 | 57 | 55 |
| Pravilni odgovori (%) | 33 | 35 | 45 | 44 | 43 | 45 |
| Nepravilni odgovori (%) | | | | | | |

Razprava

Namen naše raziskave je bil s pomočjo v slovenščino prevedenega anketnega vprašalnika, ki so ga oblikovali Branch et al. (1994), ugotoviti ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki UI, kot so dejavniki tveganja za nastanek, načini zdravljenja in nekatere dodatne povezane težave. Izvirni vprašalnik je bil del leta 1992 izvajane programa Edukacijska demonstracija ocenjevanja in obravnave UI v ZDA, katerega namen je bil izboljšati znanje o vzrokih, značilnostih in obravnavi UI pri zdravnikih in starejših osebah. Center za preventivo in nadzor bolezni ameriškega zveznega zavoda za zdravstveno varstvo je želel oblikovati in preizkusiti stroškovno učinkovit izobraževalni program in intervencije za izboljšanje poznavanja problematike UI. Vprašalnik je predstavljal del ocene pred- in pointervenjskega stanja. Izvirna oblika anketnega vprašalnika je bila uporabljena med starejšo populacijo. Anketirali so 1200 naključno izbranih oseb, ki so bile rojene pred letom 1927, kar pomeni, da so bile v času anketiranja stare 65 let in več. Vprašanja oz. trditve v anketnem vprašalniku bi lahko razdelili na štiri skupine, in sicer na vprašanja o UI na splošno, vprašanja o obravnavi UI in njenih posledicah, vprašanja o povezavi med starostjo in UI ter vprašanja o odnosu zdravnika do osebe z UI. Rezultati raziskave, ki so jo opravili Branch et al. (1994), so pokazali, da starejši bolj poznajo metode zdravljenja in posledice UI kot vzroke za njen nastanek. Povprečje pravih odgo-

vorov se je gibalo od 15 % do 69 % in povprečje nepravilnih od 13 % do 71 %.

Pričakovano so bili rezultati analize podatkov naše raziskave drugačni, saj je bila naša anketa izvedena med zdravstvenimi delavci. Veliko število anketirancev iz ameriške raziskave (Branch et al., 1994) je napačno odgovorilo na vse trditve v anketnem vprašalniku, medtem ko so rezultati naše raziskave pokazali, da na vse trditve ni napačno odgovoril nihče. Prav tako v naši anketi nihče ni na vsa vprašanja odgovoril pravilno. Ugotovili smo, da je ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki UI različna. V povprečju so imeli fizioterapevti 64,64 % pravih odgovorov, zdravniki 58,07 % in medicinske sestre 56,17 %. Največji delež nepravilnih odgovorov (43,83 %) so imele medicinske sestre, sledili so zdravniki (41,93 %), medtem ko je bil delež nepravilnih odgovorov najmanjši med fizioterapevti (35,36 %). Glede na to, da je bil izvirni anketni vprašalnik namenjen nestrokovnjakom, menimo, da so naši rezultati prikazali nizko ozaveščenost o osnovni problematiki UI med slovenskimi zdravstvenimi delavci različnih profilov, kar kaže na potrebo po večjem strokovnem znanju in spremembi odnosa do tega problema. Razlog za tako nizko ozaveščenost bi lahko bil v pomanjkanju oz. premajhnem obsegu učnih vsebin s področja UI v dodiplomskih študijskih programih zdravstvenih delavcev. Čeprav raziskav o zastopanosti učnih vsebin o UI v dodiplomskih študijskih programih za slovenske zdravstvene delavce ni, iz izsledkov različnih tujih raziskav lahko ugotovimo, da so te vsebine minimalno zastopane v dodiplomskih študijskih programih fizioterapije, zdravstvene nege in babištva (Newman et al., 2005). Avtorji (Norton, Fonda, 2003) poročajo, da se je stopnja znanja in vedenja o inkontinenci izboljšala med tistimi medicinskimi sestrami, ki so se udeležile trimesečnega podiplomskega izobraževanja o inkontinenci.

Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da se je delež pravih odgovorov zniževal s starostjo in delovno dobo preiskovancev. Fizioterapevti in zdravniki, stari 20-30 let, so imeli v povprečju največji delež pravih odgovorov. Podoben trend upadanja deleža pravih odgovorov s starostjo preiskovancev smo ugotovili tudi pri medicinskih sestrah, čeprav so v tej skupini dosegli največ pravih odgovorov preiskovanci, stari 31-40 let. Med vsemi preiskovanci so imeli najmanj pravih odgovorov preiskovanci, stari 41-49 let in 50-65 let. Zdi se, da so o osnovnih značilnosti UI bolj ozaveščeni mlajši preiskovanci, toda tudi njihovo poznavanje je pomanjkljivo. Razlog za to je lahko pomanjkanje možnosti za dodatno izobraževanje o UI oz. nezadostno zanimanje slovenskih zdravstvenih delavcev za ta problem. V literaturi je navedeno, da samo 7,3 % medicinskih sester, ki delajo s starostniki, meni, da je UI klinično pomembna tema; od desetih zdravstvenih problemov so jo po

pomembnosti uvrstile na sedmo mesto (Newman et al., 2005). Podobno je samo osem od triindvajsetih urologov menilo, da je o tem problemu potrebno dodatno izobraževanje (Brocklehurst, 1990). Podatki naše raziskave so pokazali, da se je dodatnega izobraževanja o UI udeležilo 6 % zdravnikov, 9 % fizioterapevtov in 15 % medicinskih sester. Primerjali smo deleže pravilnih odgovorov preiskovancev, ki so se udeležili dodatnega izobraževanja o UI, in tistih, ki se ga niso. Največ pravilnih odgovorov med preiskovanci z dodatnim izobraževanjem je bilo pri fizioterapevtih (67 %), manj jih je bilo pri zdravnikih (57 %) in medicinskih sestrah (55 %). Med tistimi brez dodatnega izobraževanja o UI so imeli največ pravilnih odgovorov fizioterapevti (65 %), manj medicinske sestre (56 %) ter zdravniki (55 %). Na podlagi teh podatkov lahko sklepamo, da si največ znanja o UI že med študijem pridobijo fizioterapevti, saj so imeli tisti brez dodatnega izobraževanja približno enak odstotek pravilnih odgovorov kot tisti z dodatnim izobraževanjem in še vedno višjega kot medicinske sestre in zdravniki.

V zadnjih petnajstih letih je možnosti izobraževanja na področju preventive, prepoznavanja značilnosti in obravnave UI v tujini veliko. Podiplomska izobraževanja medicinskih sester, specializirana za obravnavo UI, so na voljo v Veliki Britaniji, Združenih državah Amerike, Kanadi, Japonski, Švedski, Danski, Novi Zelandiji, Avstraliji, in sicer v obliki tečajev, kot specialistični ali magistrski študij. Državna zdravstvena služba v Veliki Britaniji (Continence, 2008) npr. redno izdaja priročnik o promociji kontinence, ki naj bi bil v pomoč medicinskim sestram ter splošnim zdravnikom, ki delajo z osebami z UI. Namen priročnika je promocija preventive inkontinence, zagotovitev standardiziranih navodil obravnave oseb z UI, povečanje ozaveščenosti zdravstvenega osebja o učinkih njihovega dela pri obravnavi in izboljšanju kakovosti življenja oseb z UI ter poudarjanje konzervativnega načina zdravljenja. V priročniku so primeri obrazcev, ki naj bi jih zdravniki uporabljali pri obravnavi oseb z UI, informacije o delu drugih zdravstvenih delavcev npr. fizioterapevtov, ki so specializirani za področje inkontinence, ter informacije o dodatnih izobraževalnih aktivnostih (tečajih, seminarjih) o UI (Management, 2006). Za fizioterapevte je v svetu mogoče zaslediti različne oblike dodatnega podiplomskega izobraževanja s področja UI, večinoma kot specialistični ali magistrski študij. Fizioterapevti so v tujini že dolgo člani delovnih skupin, ki se ukvarjajo z UI, v nekaterih državah se lahko oseba sama napoti k fizioterapevtu, specializiranemu za ocenjevanje in zdravljenje UI (Newman et al., 2005).

V Sloveniji trenutno ni podiplomskega izobraževanja za zdravstvene delavce na temo celostna obravnavo oseb z UI, organizirana so le strokovna izpopolnjevanja, kot so kratki tečaji ali seminarji. V Sloveniji

tudi ni uveljavljena ustrezna konzervativna obravnavo oseb z UI, kot jo poznajo drugod po svetu. V Sloveniji delujejo tri društva za pomoč inkontinentnim osebami, in sicer Društvo za zdrava sečila, Društvo INKO v Ljubljani in Društvo INKONT (www.inkont.si/drustvo.htm) v Mariboru. V društvo INKO so vključene medicinske sestre, fizioterapevti, urologi in ginekologi. Namen društev je pomoč pri ukrepih, ki preprečujejo nastajanje UI, in skrb za izboljšanje kakovosti življenja inkontinentnih oseb. Preko krajših izobraževanj za zdravstvene delavce, predavanj, objavljanja strokovnih člankov in vključevanja medijev v njihovo delo povečujejo ozaveščenost splošne javnosti in strokovnjakov ter svetujejo prizadetim in zainteresiranim o problemih UI. Izobraževanje splošne javnosti o UI bi moralo biti organizirano tako, da bi ljudem zmanjšalo občutek sramu ob tej temi in promoviralo komunikacijo med zdravstvenimi delavci in prizadetimi osebami o preprečevanju ter zdravljenju. Posledica pomanjkanja raziskav s področja UI v kombinaciji s slabo izobraženimi zdravstvenimi delavci je nenatančna diagnostika - le pri eni od treh žensk se določi prava vrsta UI, ki omogoča ustrezno nadaljnjo obravnavo (Resnick et al., 2006).

Leta 1998 je Svetovna zdravstvena organizacija sklicala prvo mednarodno konferenco o inkontinenci v Monaku. Medicinski strokovnjaki so klasificirali problem inkontinence kot bolezen in določili soglasne smernice za enotno obravnavo UI. Namen konference je bil tudi povečati ozaveščenost zdravstvenih delavcev o problematiki UI, tako da bi bili zdravstveni delavci sposobnejši dajati ustrezne nasvete in nuditi pomoč prizadetim osebami. Ena najmočnejših organizacij, ki deluje v svetu na področju promocije preventive, prepoznavanja značilnosti, diagnostike in zdravljenja UI, je Mednarodno združenje za kontinenco (International Continence Society - ICS, www.icsoffice.org), ustanovljeno že leta 1971. Združenje 25 držav članic, v katerih deluje 35 organizacij, redno organizira konference, seminarje, tečaje ter objavlja najnovejša poročila in izsledke v mednarodnih znanstveno-strokovnih revijah. Prednostna naloga združenja je pretok in izmenjava informacij, idej in materiala ter pomoč pri ustanavljanju novih organizacij v državah po vsem svetu.

Pri analizi pravilnih odgovorov na posamezna vprašanja iz našega anketnega vprašalnika smo ugotovili, da je velika večina vseh preiskovancev odgovorila pravilno na vprašanje o veljavnosti naslednje trditve: »Obstajajo vaje, ki pomagajo pri lajšanju ali odpravljanju težav z nehotenim uhajanjem urina npr. med kašljanjem, kihanjem, smejanjem.« Vaje za MMD se že dolgo priporočajo kot preventiva ali zdravljenje urinske in fekalne inkontinence še zlasti med nosečnostjo in po porodu. Obstajajo trdni znanstveni dokazi, da so vaje za MMD učinkovite pri zmanjševanju simptomov stresne oz. mešane UI pri ženskah in moških s stresno ter

urgentno UI (Kondo et al., 2002). Vprašanje je, ali bi znali tisti naši preiskovanci, ki so pravilno odgovorili na navedeno vprašanje, o tem tudi pravilno svetovati svojim pacientom. Izsledki nekaterih raziskav (Bo et al., 1988; Hesse et al., 1990) so pokazali, da ženske, ki so trpele za posledicami disfunkcije MMD v obliki stresne UI, kljub izčrpnim individualnim navodilom niso znale pravilno krčiti MMD ob prvem obisku. Najpogostejše napake, ki se pojavljajo med izvajanjem vaj, so krčenje adduktornih mišic kolčnega sklepa in zadnjičnih mišic, namesto MMD. Ker so MMD na dnu medenice in se zavestno redko uporabljajo, večina ne ve, kako jih krčiti. Pri zdravih osebah se MMD krčijo sočasno ali tik pred povečanjem pritiska v trebušni votlini. Gre za nehoteno krčenje brez zavestnega nadzora. Hoteno krčenje lahko opišemo kot stisk okrog nožnice in zadnjika. Pravilno krčenje MMD ne vključuje nobenega vidnega gibanja medenice ali drugih delov telesa. Pravilno krčenje lahko zaznamo z vaginalnim/rektalnim tipanjem in opazujemo kot gibanje presredka v kranialni smeri. Submaksimalno krčenje MMD je lahko izvedeno izolirano, maksimalnega krčenja, pa kot nakazujejo rezultati raziskav, verjetno ni mogoče izvesti brez sočasnega krčenja trebušnih mišic, še zlasti ne brez krčenja mišice transversus abdominis (Bo et al., 2003). Fizioterapevti bi morali preventivno zdravstvenovzgojno delovati v povezavi s pravilnim učenjem učinkovitih vaj za krepitev MMD, saj le pravilna vadba, dobro nadzorovanje vadbe in natančna navodila izboljšajo funkcijsko aktivnost MMD. Vaje za MMD, ki jih učijo fizioterapevti, lahko zmanjšajo možnost nastanka UI za 67 %. Trening vključuje vaje za MMD izolirano ali v kombinaciji z biološko povratno zvezo, funkcionalno električno stimulacijo ali vaginalnimi utežmi (Bo, Morkved, Fjortoft, 2002; Dumoulin et al., 2004).

V naši raziskavi je zelo nizek delež preiskovancev pravilno potrdil veljavnost naslednje trditve: »Veliko zdravil, ki jih lahko dobimo brez recepta, lahko povzroči nehoteno uhajanje urina.« V literaturi so kot dejavnik tveganja za pojav UI največkrat navedena naslednja zdravila: diuretiki, pomirjevala, hipnotiki, opioidni analgetiki ter prekomerno uživanje tablet proti nespečnosti in prehladu (Jackson et al., 2005; Pierson, 2006). Menimo, da bi morali biti zdravstveni delavci in predvsem zdravniki boljše poučeni o tem, katera zdravila, ki jih oseba jemlje, bi lahko vplivala na nastanek UI.

Prav tako je zelo malo preiskovancev pravilno ovrglo veljavnost naslednje trditve: »Pri večini oseb se bo nehoteno uhajanje urina pojavilo do njihovega 85. leta starosti.« Čeprav izsledki raziskav potrjujejo povečanje pogostosti pojava UI s starostjo, nenadzorovano uhajanje urina ni spremljajoč pojav normalnega staranja, saj se lahko pojavlja v vseh starostnih obdobjih in pri obeh spolih. Menimo, da bi bilo potrebno povečati splošno populacijsko in strokovno ozaveščenost problema UI pri starejših, saj je neho-

te uhajanje urina vsaj deloma namreč možno preprečiti, in sicer z rednim izvajanjem vaj za MMD (le-te izboljšajo delovanje, zmogljivost in funkcijsko aktivnost MMD), z določitvijo možnih ovir na poti do uriniranja (oddaljenost in dostopnost najbližjega stranišča, neustrezna osvetljava in ovire v domačem okolju, omejitve gibanja starejše osebe), z odpravljanjem potencialnih dejavnikov tveganja (kronično zaprtje, prekomerna telesna teža, napenjanje med uriniranjem) ter s tem, da prizadete osebe o svojih težavah spregovorijo in pravočasno poiščejo ustrezno strokovno pomoč (Jackson et al., 2004).

Analiza odgovorov na naš anketni vprašalnik je pokazala relativno visok delež pritrjevanja naslednjim trditvam: »Večina oseb z nehotenim uhajanjem urina o tem govori s svojim zdravnikom« in »Večina zdravnikov vpraša starejše paciente, ali imajo težave z nehotenim uhajanjem urina«. O tem, koliko se in ali se zdravniki (splošni zdravniki, ginekologi in urologi) pogovarjajo o problemu UI s svojimi pacienti, izsledki iz literature navajajo, da se 41 % zdravnikov o UI pogovarja s samo enim od desetih pacientov oz. da se 67 % splošnih zdravnikov o tem problemu pogovarja z eno četrtno svojih pacientov (Brubaker, 2002). V poročilu Mednarodnega združenja za kontinenco je navedeno, da kar 70 % oseb s težavami UI nikoli ne poišče zdravniške pomoči, zaradi česar po nepotrebem dodatno trpijo (Abrams, Cardozo, Fall, 2002). Menimo, da bi moralo biti vprašanje o morebitni UI redno postavljeno pri splošnih sistematičnih ali specialističnih zdravniških pregledih (ginekoloških/uroloških), in to ne samo pri starejših, ampak tudi pri mladih, saj število mladih, telesno aktivnih žensk s simptomi UI narašča, posebno pri športnih aktivnostih, kjer je prisoten tek, dvigovanje bremen in skakanje (Nygaard, et al., 1994; Firšt, 2004).

Zaključek

UI je še vedno velik tabu, o katerem ne upamo spregovoriti naglas. Uporaba storitev s področja UI narašča in zahteva spremembe v populacijskem in strokovnem znanju ter odnosu do tega problema. Po izsledkih naše raziskave zdravstveni delavci problemu UI ne posvečajo dovolj pozornosti. Tako ugotavljamo, da je potrebno oblikovati boljše strategije promocije na področju preventivne, prepoznavanja značilnosti, diagnostike in obravnave UI, in da je v tem oziru potrebno zagotoviti standardizirana navodila obravnave oseb z UI in povečati ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev. Zdravstveni delavci imajo pomembno vlogo in odgovornost ne samo pri obravnavi, ampak tudi pri spodbujanju prizadetih oseb, da o svojih težavah spregovorijo in pravočasno poiščejo pomoč. Izobraževalni programi za zdravstvene delavce bi morali zato ustrezno zdravstveno vzgajati in dovolj izobraziti najprej tiste, ki bodo zdrav-

stveno vzgajali in prizadetim nudili ustrezno strokovno pomoč.

Literatura

- 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.
- Blannin JP. The sooner the better! Teaching continence promotion to women. *Prof Nurse.* 1989;5(3):149-52.
- Be K. Physiotherapeutic techniques. In: MacLean AB, Cardozo L, eds. *Incontinence in women.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press. 2002: 256-71.
- Be K, Larsen S, Oseid S, Kvarstein B, Hagen R, Jorgenson J. Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 1988;69:261-62.
- Be K, Merkved S, Fjeirtoft T. Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamic stress incontinence. *Obstet Gynecol.* 2002;100:730-739.
- Be K, Merkved S, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2003;101:313-19.
- Be K, Telseth T, Holme I. Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ.* 1999;318:487-93.
- Borrie MJ, Bawden M, Speechley M, Kloseck M. Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *CMAJ.* 2002;166(10):1267-73.
- Branch LG, Walker LA, Wetle TT, DuBeau CD, Resnick NM. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. *JAGS.* 1994; 42:1257-62.
- Breben M. Poznavanje značilnosti urinske inkontinence med zdravniki [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Visoka šola za zdravstvo; 2006.
- Brocklehurst JC. Professional and public education about incontinence: the British experience. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38:384-86.
- Brubaker L. Postpartum urinary incontinence. *BMJ.* 2002; 342(7384):1227-18.
- Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Richter HE, Roth DL, Wright KC, Verner RE. Predictors of outcome in the behavioral treatment of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol.* 2003;102:940-47.
- Candy M. Raising awareness of hidden problem: pelvic floor promotion. *Prof Nurse.* 1994;9(4):278-84.
- Chiarelli P, Cockburn J. Promoting urinary incontinence in women after delivery: randomized controlled trial. *BMJ.* 2002;324:1241-44.
- Chiarelli P, Cockburn J, Doran CM. Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women. *MJA.* 2001;174: 456-58.
- Continence - adults with urinary dysfunction. NHS. 2005 Nov. Dostopno na: <http://www.nhs.uk/healthquality.org/nhsqis/files> (27. 6. 2006).
- Dumoulin C, Lemieux MC, Bourbonnais D, Gravel D, Bravo G, Morin M. Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2004; 104:504-10.
- Firšt D. Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite nulliparous athletes and controls. In: Lukanovič A, Tamussino K, eds. *Urogynecology today.* Ljubljana: Slovene Urogynecological Society; Wien: Austrian Society for Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery; 2004: 153-55.
- Fonda D. Promoting continence as health issue. *Eur Urol.* 1997;31 (Suppl) 2:38-32.
- Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B. Prevalence, management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occup Med.* 2005;55(7):552-57.
- Fultz NH, Fisher GG, Jenkins KR. Does urinary incontinence affect middle-aged and older women's time use and activity patterns? *Obstet Gynecol.* 2004;104(2):1327-34.
- Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, Grant AM. Conservative management of persistent post-natal urinary and faecal incontinence: randomized controlled trial. *BMJ.* 2001;323:593-97.
- Glew J. A women's lot? *Nurs Times.* 1986;82(15):69-71.
- Harrison GL, Memel DS. Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. *Br J Gen Pract.* 1994;44:149-52.
- Hesse U, Schussler B, Frimberger J, Obernitz N, Senn E. Effectiveness of a three step of pelvic floor reeducation in the treatment of stress urinary incontinence: a clinical assessment. *Neurourol Urodyn.* 1990;9:397-8.
- Hunskar S, Burgio K, Clark A. Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence, 3rd International consultation on continence,* Monaco: Health Publication; 2005: 855-964.
- Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, Miles TP, Resnick HE, Kritchevsky SB, Simonsick EM, Brown JS. Urinary incontinence in elderly women: findings from the health, aging, and body composition study. *Obstet Gynecol.* 2004;104:301-7.
- Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, Miles TP, Resnick HE, Kritchevsky SB, Simonsick EM, Brown JS. Urinary incontinence in elderly women: findings from the health, aging, and body composition study. *Obstet Gynecol.* 2004;104:301-7.
- Jackson SL, Scholes D, Boyko EJ, Abraham L, Fihn SD. Urinary incontinence and diabetes in postmenopausal women. *Diabetes Care.* 2005;1730-38.
- Jolley J. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *BMJ.* 1988;269:1300-2.
- Kondo A, Lin TL, Nordling J, Siroky M, Tammela T. Conservative management in men. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence. 2nd International consultation on incontinence,* Paris: Health Publication; 2002: 553-69.
- Kovačič M. Poznavanje značilnosti urinske inkontinence med fizioterapevti [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Visoka šola za zdravstvo; 2004.
- Kralj B. Urinary incontinence in elderly women living in their homes. A statistical epidemiologic study. II Congresso congiunto Societa Italiana della Continenza, Societa Italiana di Uroginecologia, Proceedings. Roma, 27.-28. ottobre 1985: 243-58.
- Kralj B. Izbira zdravljenja stresne urinske inkontinence pri ženskah. *Zdrav Vestn.* 2003; 72:(Suppl 2):167-70. Dostopno na: <http://www.vestnik.szdz.si> (11. 7. 2006).
- Kumar S. Poznavanje značilnosti urinske inkontinence med medicinskimi sestrami [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Visoka šola za zdravstvo; 2005.
- LeCroy C. Urinary incontinence occurring during intercourse: effect on sexual function in women. *Urol Nurs.* 2006;26(1): 43-6.
- Management guidelines for urinary continence promotion in adults within primary care; NHS; 2006 Feb. Dostopno na: <http://www.westlincspet.nhs.uk/Policies&manuals/Clinical%20> (14. 6. 2006).
- Marshal K, Totterdal D, McConnell V, Walsh DM, Whelan M. Urinary incontinence and constipation during pregnancy and after childbirth. *Physiotherapy.* 1996;82(2):98-103.
- Newman DK, Denis L, Gartley CB, Gruewald I. Continence promotion: prevention, education and organisation. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence, 3rd International consultation on continence.* Monaco: Health Publication; 2005: 35-71.
- Norton C, Fonda D. Promoting continence worldwide. 2003. Dostopno na: <http://www.tenamagazine.com> (14. 6. 2006).
- Nygaard IE, Thompson FL, Svengalis SL, Albright JP. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obstet Gynecol.* 1994; 84:183-87.
- Pierson CA. Promoting continence. Dostopno na: <http://www.nurseweek.com> (14. 6. 2006).

44. Resnick NM, Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Goldstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194:339-45.
45. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, Bradley CS, Grady D. The 'costs' of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):1435-39.
46. Ščepanović D, Kacin A. Predstavitev evropskega projekta URO Project - ASIA-Link. *Fizioterapija.* 2007;15 (Suppl) 3:153-62.
47. Thakar R, Stanton S. Management of urinary incontinence in women. *BMJ.* 2000;321:1326-31.
48. Thom D, Haan MN, Van Den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risk factors for hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing.* 1997;26(5):367-74.
49. Wilsom L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct costs of urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2001;98(4):398-406.

PRILOGA 1

Izvirni anketni vprašalnik: Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older (Branch et al., 1994).

| | | | |
|---|-------|----------|------------|
| 1. Most people who currently have involuntary urine loss live normal lives. | agree | disagree | don't know |
| 2. Many people with involuntary urine loss can be cured and almost everyone can experience significant improvement. | agree | disagree | don't know |
| 3. Once people start to lose control of their urine on a regular basis, they usually can never regain complete control over it again. | agree | disagree | don't know |
| 4. The best treatment for involuntary urine loss is usually surgery. | agree | disagree | don't know |
| 5. There are exercises that can help control urine if one leaks when they cough, sneeze, or laugh. | agree | disagree | don't know |
| 6. Other than pads, diapers, and catheters, little can be done to treat or cure in voluntary urine loss. | agree | disagree | don't know |
| 7. Involuntary loss of urine can be caused by several usually treatable medical conditions. | agree | disagree | don't know |
| 8. Most physicians ask their patients whether they have bladder control problems. | agree | disagree | don't know |
| 9. Most people will involuntarily lose control of their urine on a regular basis by the time they reach age 85. | agree | disagree | don't know |
| 10. Involuntary urine loss is caused by one or two conditions. | agree | disagree | don't know |
| 11. Women are more likely than men to develop urinary incontinence. | agree | disagree | don't know |
| 12. Involuntary loss of urine, often called a leaky bladder or urinary incontinence, is one of the results of normal aging. | agree | disagree | don't know |
| 13. Many common over-the-counter medications can cause involuntary urine loss. | agree | disagree | don't know |
| 14. Most people with involuntary urine loss talk to their doctors about it. | agree | disagree | don't know |

V slovenski jezik preveden izvirni anketni vprašalnik

| | | | |
|--|-----------|-----------|--------|
| 1. Večina oseb z nehotenim uhajanjem urina živi normalno življenje. | da | ne | ne vem |
| 2. Večina oseb z nehotenim uhajanjem urina se lahko pozdravi in skoraj pri vseh opazimo določeno izboljšanje stanja. | da | ne | ne vem |
| 3. Ko se enkrat pojavi izguba nadzora nehotenega uhajanja urina, se ponavadi popolnega nadzora nikoli več ne pridobi nazaj. | da | ne | ne vem |
| 4. Najboljše zdravljenje nehotenega uhajanja urina je operacija. | da | ne | ne vem |
| 5. Obstajajo vaje, ki pomagajo pri lajšanju ali odpravljanju težav z nehotenim uhajanjem urina npr. med kašljanjem, kihanjem in smejanjem. | da | ne | ne vem |
| 6. Poleg vložkov, plenic in katetrov se lahko le malo stori za zdravljenje nehotenega uhajanja urina. | da | ne | ne vem |
| 7. Nehoteno uhajanje urina je lahko posledica posamično sicer lahko ozdravljivih medicinskih stanj. | da | ne | ne vem |
| 8. Večina zdravnikov vpraša starejše paciente, ali imajo težave z nehotenim uhajanjem urina. | da | ne | ne vem |
| 9. Pri večini oseb se bo nehoteno uhajanje urina pojavilo do njihovega 85. leta starosti. | da | ne | ne vem |
| 10. Obstajata samo eden ali dva vzroka, ki povzročita nehoteno uhajanje urina. | da | ne | ne vem |
| 11. Pri ženskah je večja možnost razvoja nehotenega uhajanja urina kot pri moških. | da | ne | ne vem |
| 12. Nehoteno uhajanje urina je spremljajoč pojav normalnega staranja. | da | ne | ne vem |
| 13. Veliko zdravil, ki jih lahko dobimo brez recepta, lahko povzroči nehoteno uhajanje urina. | da | ne | ne vem |
| 14. Večina oseb z nehotenim uhajanjem urina o tem govori s svojim zdravnikom. | da | ne | ne vem |

Opombe: Poudarjeno označeni odgovori so pravilni.