**ZDRAVSTVENA OSKRBA PACIENTOV Z INKONTINENCO V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU**

Dokument pripravili:

Anita Jelen, mag. zdr. nege

Vanja Vilar, viš. med. sestra, dipl. ekon.

Tadeja Krišelj, dipl. med. sestra, univ. dipl. organizator

Robert Rajnar, mag. zdr. nege

dr. Zdenka Tičar, dipl. upr. org.

**Julij 2019**

**Kazalo**

[1 UVOD 4](#_Toc11055954)

[1.1 Potrebe po smernicah 4](#_Toc11055955)

[1.2 Pomen smernic 4](#_Toc11055956)

[1.3 Definicije inkontinence 4](#_Toc11055957)

[2 KAKOVOST ŽIVLJENJA, INFORMACIJE ZA PACIENTE IN PROMOCIJA ZDRAVJA 6](#_Toc11055958)

[2.1 Kakovost življenja 6](#_Toc11055959)

[2.1.1 Objektivna ocena inkontinence 6](#_Toc11055960)

[2.2 Informacije za paciente 6](#_Toc11055961)

[2.3 Promocija zdravja 6](#_Toc11055962)

[3 OCENA URINSKE INKONTINENCE 8](#_Toc11055963)

[3.1 Dejavniki tveganja 8](#_Toc11055964)

[3.1.1 Dejavniki tveganja pri ženskah 8](#_Toc11055965)

[3.1.2 Dejavniki tveganja pri moških 9](#_Toc11055966)

[3.2 Prva (začetna) ocena urinske inkontinence 10](#_Toc11055967)

[3.3 Orodja za oceno v primarni zdravstveni oskrbi 10](#_Toc11055968)

[3.3.1 Vprašalniki 10](#_Toc11055969)

[3.3.2 Ocena funkcije mišic medeničnega dna 10](#_Toc11055970)

[3.3.3 Laboratorijske analize urina 11](#_Toc11055971)

[3.3.4 Ocena rezidualnega volumna urina (zaostanek urina v mehurju) 11](#_Toc11055972)

[3.3.5 Uroflow 11](#_Toc11055973)

[3.3.6 Digitalni rektalni pregled 12](#_Toc11055974)

[3.3.7 Dnevnik mokrenja 12](#_Toc11055975)

[3.3.8 Pad testi 12](#_Toc11055976)

[4 FIZIKALNA TERAPIJA 13](#_Toc11055977)

[4.1 Vaje za trening mišic medeničnega dna pri ženskah 13](#_Toc11055978)

[4.2 Vaje za trening mišic medeničnega dna pri moških 13](#_Toc11055979)

[4.3 Orodja za pomoč pri rehabilitaciji mišic medeničnega dna 13](#_Toc11055980)

[4.3.1 Biofeedback, zdravljenje s povratno biološko zvezo 13](#_Toc11055981)

[4.3.2 Elektrostimulacije 13](#_Toc11055982)

[4.4 Intravaginalni pripomočki 14](#_Toc11055983)

[4.5 Komplementarnao zdravljenje in alternativna medicina 14](#_Toc11055984)

[4.6 Trening sečnega mehurja 14](#_Toc11055985)

[4.7 Sprememba življenjskega stila (zdrav način življenja) 15](#_Toc11055986)

[5 ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI 16](#_Toc11055987)

[5.1 Stresna inkontinenca 16](#_Toc11055988)

[5.2 Prekomerno aktiven sečni mehur in urgentna urinska inkontinenca 16](#_Toc11055989)

[6 PRIPOMOČKI ZA INKONTINENCO 17](#_Toc11055990)

[7 NAPOTITVE 18](#_Toc11055991)

[7.1 Modeli zagotavljanja storitev zdravstvene oskrbe pacientov z inkontinenco na primarnem nivoju zdravstvenega varstva 18](#_Toc11055992)

[7.2 Napotitev na sekundarni nivo zdravstvene oskrbe 18](#_Toc11055993)

[7.2.1 Napotitev ženske 18](#_Toc11055994)

[7.2.2 Napotitev moškega 18](#_Toc11055995)

[8 INFORMACIJE ZA POGOVOR S PACIENTI IN SKRBNIKI 19](#_Toc11055996)

[8.1 UVOD 19](#_Toc11055997)

[8.2 INFORMACIJE ZA PACIENTE 19](#_Toc11055998)

[LITERATURA 22](#_Toc11055999)

# 1 UVOD

## 1.1 Potrebe po smernicah

Inkontinenca se pojavlja v obliki urinske inkontinence, fekalne inkontinence ali v kombinaciji obeh. Prisotna je pri več kot 50 milijonov ljudi v razvitem svetu. Prizadene dvakrat več žensk kot moških, njena pojavnost pa narašča s starostjo. Pri ženskah je najpogostejša stresna in urgentna urinska inkontinenca, ki predstavlja kar 90 % primerov. Nobena od inkontinenc ni nevarna, vendar pa lahko povzroči zadrego, zmanjša kakovost življenja in negativno vpliva na dobro počutje in odnose. Prizadet ni samo pacient z inkontinenco, temveč tudi njegova ožja in širša okolica (Selby, 2006).

Inkontinenca ni bolezen, je le simptom, ki je rezultat številnih motenj. Mnoge je mogoče preprečili ali uspešno zdravili.

Inkontinenca je težka psihična, telesna in ekonomska obremenitev za človeka in njegovo okolico, predvsem družino.

Ugotovljeno je bilo, da so ljudje, ki imajo inkontinenco, depresivnejši, imajo višjo stopnjo anksioznosti, počutijo se stigmatizirani in so manj zadovoljni z življenjem. Znano je, da ima inkontinenca velik vpliv na življenjski slog posameznika v odnosu do družbenih interakcij, spolnosti in kariere. Fizični simptomi pri inkontinenci vključujejo tudi utrujenost in večjo nevarnost padcev zaradi povečane frekvence izločanja, kar pa vodi do slabotnosti in dehidracije, ki jo je treba uravnotežiti s povečanim vnosom tekočine. Inkontinenca je še vedno tabu tema, celo v današnji odprti družbi se o njej ne razpravlja odkrito (Whiteley, 2007).

## 1.2 Pomen smernic

Cilj smernic je opredeliti priložnosti in učinkovite načine za ocenjevanje in zdravljenje inkontinence (urina) pri odraslih na primarnem nivoju zdravstvene oskrbe ter navesti dejavnike, ki opredelijo nadaljnje napotitve na sekundarni oz. terciarni nivo zdravstvene oskrbe. Smernice ne morejo nadomestiti klinične presoje pri ocenjevanju vsakega pacienta kot posameznika, temveč skušajo primerjati trenutne dokaze raziskav v dostopni obliki in s tem podpreti klinično odločanje (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

## 1.3 Definicije inkontinence

Inkontinenca je po definiciji Mednarodnega združenja za kontinenco (International Continence Society; v nadaljnjem besedilu: ICS) definirana kot nehoteno uhajanje urina, blata in/ali vetrov (Haylen et al., 2010).

Najpogosteje je omenjana urinska inkontinenca, medtem ko je fekalna inkontinenca manj znana oziroma bolj tabuizirana in predstavlja večjo osebnostno stisko za posameznika s tovrstnimi težavami (Humerca, 2013, citirano v Rajnar, 2016).

Po priporočilih ICS je treba inkontinenco vedno opredeliti z vrsto, frekvenco, stopnjo inkontinence, z vplivom na kakovost življenja in z mnenjem posameznika, ali se želi zdraviti zaradi inkontinence ali ne (Doughty in Crestodina, 2006, citirano v Rajnar, 2016).

Po definiciji ICS je urinska inkontinenca opredeljena kot nehoteno uhajanje urina, ki je socialen in higienski problem, ki ga lahko objektivno dokažemo. Po najnovejšem priporočilu odbora za standardizacijo pri ICS predstavlja urinska inkontinenca vsakršno nehotno uhajanje urina, ne samo tisto, ki bi prizadeti osebi povzročalo socialni ali higienski problem in ki bi ga lahko objektivno dokazali.

Urinska inkontinenca je najpogosteje razdeljena na:

* stresno urinsko inkontinenco; opredeljena je kot nehoteno uhajanje urina ob naporu ali fizični aktivnosti (npr. športna aktivnost), kihanju ali kašljanju. Stresna urinska inkontinenca je v nekaterih jezikih omenjena tudi pod izrazom »inkontinenca, povezana s fizično aktivnostjo«. S tem poimenovanjem se izloči možnost zamenjave z inkontinenco, ki je posledica psihičnega stresa (Haylen et al., 2010);
* urgentno urinsko inkontinenco; nehoteno uhajanje urina z nenadnim močnim občutkom potrebe po uriniranju, ki ga je težko zadržati. Je najpogostejši tip urinske inkontinence pri starejših moških (Vaughan et al., 2011, citirano v Rajnar, 2016);
* mešano urinsko inkontinenco; to je nehoteno uhajanje urina, povezano z nenadnim močnim občutkom potrebe po uriniranju v povezavi z naporom, fizično aktivnostjo, kihanjem ali kašljanjem (Haylen et al., 2010, citirano v Rajnar, 2016);
* overflow urinsko inkontinenco; to je uhajanje urina po kapljicah zaradi prekomerno polnega sečnega mehurja (čezrobno uhajanje). Tako vsak dodaten dotok urina v mehur ali pa vsak dodaten pritisk na mehur (fizični napor) vodi do uhajanja urina po kapljicah. Je posledica bolezenskega stanja, pri katerem pacient ne more izprazniti mehurja do konca (tako imenovana kronična urinska retenca). Pri moških kot vzrok prednjači benigno povečanje prostate, pri mlajših ženskah je treba izključiti zlasti nevrološka obolenja (multiplo sklerozo), pri starejših ženskah pa je vzrok pogosto starostno oslabljen mehur (Klemenc, 1995, citirano v Rajnar, 2016).

Fekalna inkontinenca ali inkontinenca blata je nehoteno uhajanje blata čvrste in/ali tekoče konsistence. Ob tem ločimo še pasivno inkontinenco blata, to je nehoteno uhajanje blata, ne da bi to občutili, in koitalno inkontinenco blata, ki se pojavi med vaginalnim spolnim odnosom (Haylen et al., 2010, citirano v Rajnar, 2016).

Analna inkontinenca je nehoteno uhajanje trdnega, tekočega blata in/ali vetrov, kar večina pacientov občuti enako neprijetno kot uhajanje blata (Milsom et al., 2013, citirano v Rajnar, 2016).

Od analne inkontinence je treba razlikovati še nehoteno uhajanje sluzi, vzrok katerega ni pomanjkanje nadzora nad analno sfinktrsko mišico in/ali motnje spomina, ampak je vzrok organska bolezen debelega črevesa ali občutljivost na hranila. Kaže se kot nehoteno uhajanje sluzi, včasih s primesjo črevesne vsebine, temu sledi nadzorovano odvajanje blata. Razlikovanje med nehotenim uhajanjem sluzi in analno inkontinenco je zelo pomembno, saj standardni pristopi zdravljenja analne inkontinence za to stanje niso primerni (Milsom et al., 2013, citirano v Rajnar, 2016).

# 2 KAKOVOST ŽIVLJENJA, INFORMACIJE ZA PACIENTE IN PROMOCIJA ZDRAVJA

## 2.1 Kakovost življenja

Inkontinenca lahko močno zmanjša kakovost življenja, vodi v socialno izolacijo, osamljenost, žalost, težave v duševnem zdravju, psihična obolenja vključno z depresijo, negativno vpliva na spolno življenje in povzroča motnje spanja. Inkontinenca negativno vpliva na kakovost življenja tudi z vidika vsakdanjih praktičnih opravil, ki so povezane s pogostim menjavanjem osebnega in posteljnega perila ter pogostega umivanja. Zavedati se je treba, da tudi najlažja inkontinenca močno vpliva na kakovost življenja ljudi in njihov življenjski stil, zato jo je potrebno resno obravnavati.

### 2.1.1 Objektivna ocena inkontinence

Inkontinenco ter vpliv inkontinence na kakovost življenja ocenjujmo z validiranimi vprašalniki (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004):

* UDI (Urogenital Distress Inventory),
* UDI - 6 (Urogenital Distress Inventory-6),
* Urge - UDI( Urge - Urogenital Distress Inventory),
* King´s Health Questionare,
* Incontinence Severity Index (samo za ženske),
* Danish prostatic symptom score (samo za moške),
* ICS (samo za moške),
* ICS SF(samo za moške).

Ocena vpliva inkontinence na kakovost življenja z naslednjimi vprašalniki:

* IQOL (kakovost življenja ljudi z urinsko inkontinenco),
* Incontinence Impact Questionare (IIQ),
* King´s Health Questionare,
* IIQ-7 (samo za ženske),
* Urge IIQ (samo za ženske),
* Modified IIQ and IIQ-7 (samo za moške).

Najpogosteje uporabljena vprašalnika UDI-6 in IIQ-7 sta dosegljiva na spletni strani [www.wfubmc.edu/women/whcoe\_iiq\_udi\_instrument.htm](http://www.wfubmc.edu/women/whcoe_iiq_udi_instrument.htm).

Uporaba validiranih vprašalnikov je za obvladovanje inkontinence izredno pomembna.

## 2.2 Informacije za paciente

Pacienti morajo dobiti informacije o tem, kakšne možnosti zdravljenja imajo na voljo in kakšne oblike pomoči/svetovanja lahko dobijo s strani raznih društev ali drugih podobnih organizacij.

Pacienti z inkontinenco bi morali imeti dostop do strokovne zdravstvene obravnave strokovnjaka, ki ima potrebna znanja in sposobnosti za svetovanje.

## 2.3 Promocija zdravja

Večjo ozaveščenost o kontinenci lahko dosežemo z neposrednim stikom z zdravstvenim osebjem, družine in prijateljev in po dostopnih telefonskih linijah za pomoč in informiranje o inkontinenci z objavami (radio, televizija, časopisi, posterji ipd.), informacijami s strani društev, prostovoljnih organizacij, interneta, socialnih omrežij.

# 3 OCENA URINSKE INKONTINENCE

## 3.1 Dejavniki tveganja

Dejavniki tveganja povečujejo možnosti za pojav določene bolezni ali stanja. Milsom in sodelavci (2013, citirano v Rajnar, 2016) so za peto izdajo Mednarodnega posveta za inkontinenco Evropskega združenja za urologijo pregledali in analizirali večino opravljenih raziskav do leta 2012 na temo urinske inkontinence in do takrat najpogosteje izpostavljenih/navedenih dejavnikov tveganja za pojav urinske inkontinence. Iz analiziranih raziskav so nato dejavnike tveganja in izsledke vpliva na pojav za urinsko inkontinenco predstavili še po spolu.

### 3.1.1 Dejavniki tveganja pri ženskah

Najpogostejši dejavniki tveganja za urinsko inkontinenco pri ženskah so starost, debelost, porod in carski rez, histerektomija, slaba telesna zmogljivost, socialno-ekonomski status, genetika, sladkorna bolezen ter zmerna in težka oblika demence (Milsom et al., 2013, citirano v Rajnar, 2016).

• Starost: medtem ko je povezava med starostjo in urinsko inkontinenco pri ženskah zelo pomembna za načrtovanje zdravstvenega varstva, je veliko pregledanih raziskav izključilo starost kot samostojni dejavnik tveganja za pojav urinske inkontinence pri ženskah. Na pojav le-te v starosti vplivajo tudi drugi dejavniki tveganja, kot so pretekli porodi, pridružene bolezni in indeks telesne mase. Kljub temu so starost kot samostojni dejavnik tveganja za pojav urinske inkontinence izpostavili Hannestad in sodelavci (2000). Ti so v epidemiološki raziskavi urinske inkontinence pri več kot 27.000 vključenih žensk ugotovili, da je urinsko inkontinenco imelo več kot 25 % žensk in da prevalenca inkontinence narašča s starostjo. Prav tako so vpliv naraščanja starosti in višanja prevalence stresne in urgentne urinske inkontinence dokazali tudi Mishra in sodelavci (2010), v raziskavo so zajeli 1211 žensk.

• Debelost: še bolj kot starost je kot pomemben dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco pri ženskah opredeljena debelost. Ta poleg tveganja za nastanek urinske inkontinence vpliva tudi na poslabšanje stopnje urinske inkontinence pri vseh treh najpogostejših oblikah urinske inkontinence (stresni, urgentni, mešani urinski inkontinenci). Whitcomb in Subak (2011) sta v raziskavi vpliva indeksa telesne mase na urinsko inkontinenco ugotovila, da zvišanje indeksa telesne mase pri ženskah za 5 točk poveča tveganje za urinsko inkontinenco, kar je za 20−70 %. Debelost zviša intraabdominalni pritisk, ki v veliki meri vpliva na stresno urinsko inkontinenco, medtem ko metabolični dejavniki vplivajo na urgentno inkontinenco. Simptomi stresne in urgentne urinske inkontinence se ob znižanju indeksa telesne mase izboljšajo.

• Porodi, nosečnost in način rojevanja: porod je bil skoraj v vseh obširnih longitudinalnih študijah (Rortveit et. al., 2001; Danforth et al., 2006; Waetjen et al., 2007) opredeljen kot eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za urinsko inkontinenco, prav tako višje število porodov. Veliko razliko je bilo skozi raziskave mogoče opaziti tudi med vaginalnim porodom in porodom s carskim rezom. Milsom in sodelavci (2013) so opravili meta analizo štirih obsežnih presečnih raziskav (MacLennan et al., 2000; Peyrat et al., 2002; Rortveit et al., 2003; Melville et al., 2005), ki je pokazala, da je po porodu s carskim rezom manj stresne in mešane urinske inkontinence v primerjavi z vaginalnim porodom. V prvem tromesečju nosečnosti je bila prevalenca urinske inkontinence nizka, odstotek žensk z urinsko inkontinenco je strmo narasel v drugem tromesečju in rahlo v tretjem tromesečju.

• Histerektomija je potencialni dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco v poznejšem starostnem obdobju.

• Slaba telesna zmogljivost je dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco pri starejših ženskah.

• Socialno-ekonomski status je močno povezan z nekaterimi drugimi dejavniki tveganja za urinsko inkontinenco, vključujoč predhodne porode, indeks telesne mase, sladkorno bolezen, kajenje in čas nastopa menopavze. Višji socialno-ekonomski status se je skozi raziskave stalno odražal v povečanem iskanju pomoči za obvladovanje urinske inkontinence, v raziskavah pa so Milsom in sodelavci (2013) naleteli na nasprotujoče si dokaze v primerjavi prevalence urinske inkontinence in nižjega socialno-ekonomskega statusa. Opazili so namreč, da so ženske z višjim socialno-ekonomskim statusom (višji mesečni dohodek, višja izobrazba) pogosteje poročale o urinski inkontinenci, zato je bila tudi prevalenca pri le-teh višja.

• Genetika ima znaten vpliv na pojav urinske inkontinence.

• Pridružene bolezni: večina raziskav je potrdila sladkorno bolezen kot dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco (Ebbesen et al., 2007; Ebbesen et al., 2009; Sarma et al., 2009). Medtem ko je diabetična nevropatija in/ali vaskulopatija možen sprožilni dejavnik urinske inkontinence pri ženskah, obolelih s sladkorno boleznijo, pa še zmeraj ni jasno, ali preventiva in zdravljenje sladkorne bolezni znižata tveganje za urinsko inkontinenco, če je izvzeto znižanje telesne teže.

Motnje spomina: blaga kognitivna motnja, če so izvzete ostale telesne funkcije in ostali dejavniki tveganja, ima le majhen vpliv na pojav urinske inkontinence, zmerna in težka oblika demence pri starejših ženskah pa sta močna neodvisna dejavnika tveganja za pojav urinske inkontinence.

• Narodnost in rasa: raziskave (Anger et al., 2006; Waetjen et al., 2007; Townsend et al., 2010) so potrdile, da je urinska inkontinenca bistveno pogostejša pri belkah v primerjavi s temnopoltimi ali Azijkami.

• Menopavzalna estrogenska terapija: menopavza ni dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco, uživanje oralnega estrogena s progestogenom ali brez njega pa je znaten dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco pri ženskah starih 55 let in več.

• Drugih potencialnih dejavnikov tveganja kot so kajenje, hujšanje, vnetje sečil, depresija, zaprtje, fizična aktivnost, po pregledu raziskav Milsom in sodelavci (2013) niso opredelili kot etiološke dejavnike tveganja za urinsko inkontinenco.

### 3.1.2 Dejavniki tveganja pri moških

Milsom in sodelavci (2013) so po pregledu raziskav do leta 2012 o dejavnikih tveganja za pojav urinske inkontinence pri moških ugotovili, da obstaja relativno malo tovrstnih raziskav, kljub temu so kot potencialne dejavnike tveganja izpostavili naslednje:

• Starost. Prav tako kot pri ženskah tudi pri moških višja starost korelira s prevalenco urinske inkontinence. Milsom in sodelavci (2013) so analizirali različne spremenljivke v raziskavah (Muscatello et al., 2001; Landi et al., 2003; Boyle et al., 2003; Nelson et al., 2005; Diokno et al., 2007). Analiza je pokazala, da je starost pri moških samostojni dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco, a le-ta v primerjavi z ženskami glede na višanje starosti narašča počasneje.

• Simptomi spodnjega urinarnega trakta in infekcije, kot so nenadna potreba po uriniranju, pogoste nočne mikcije, občutek nezadostne izpraznitve mehurja ob uriniranju in zmanjšana iztisna moč, so pogosti pri urinski inkontinenci moških. Raziskavi Damiana in sodelavci (1998) in Ueda in sodelavci (2000) sta pokazali, da so infekcije urinarnega trakta in cistitis močno povezani z urinsko inkontinenco pri moških. Milsom in sodelavci (2013) so po meta analizi petih raziskav ugotovili pomembno višje tveganje za urinsko inkontinenco pri moških, ki so poročali o predhodnih infekcijah urinarnega trakta. Večina moških, zajetih v meta analizi, je bila starejša od 60 let.

• Funkcijska in kognitivna prizadetost, fizična aktivnost. Težave s splošno mobilnostjo zaradi obolenj, kot sta artritis ali revmatizem, uporaba invalidskega vozička in pripomočkov za hojo, v zadnjem letu so pogostejši padci pri moških z inkontinenco kot kontinentnih moških. Kikuchi in sodelavci (2007) so opravili primerjalno raziskavo med fizično aktivnostjo in urinsko inkontinenco med starejšo populacijo v domovih starejših občanov. Rezultati so pokazali nižjo prevalenco urinske inkontinence med moškimi z zmerno fizično aktivnostjo v primerjavi z moškimi z nizko stopnjo fizične aktivnosti.

• Nevrološka obolenja. Hiperrefleksija detruzorja (nehotena krčenja detruzorja ali mišice mehurja, ki se odražajo s simptomi urgentne urinske inkontinence) je pogosta pri pacientih po poškodbah hrbtenice, parkinsonovi bolezni in multipli sklerozi. Arefleksija sečnega mehurja kot posledica kavde ekvine, in sladkorna bolezen lahko povzročita zastoj urina v mehurju ali paralizo mišic medeničnega dna in s tem povezano stresno urinsko inkontinenco. Metaanaliza petih raziskav, ki so jo opravili Shamliyan in sodelavci (2009), je pokazala, da imajo moški po možganski kapi povišano tveganje za pojav urinske inkontinence.

• Sladkorna bolezen ni bistveno povezana s pojavom urinske inkontinence pri moških, kar je pokazala tudi kanadska raziskava Finkelsteina (2002) z vzorcem več kot 25.000 moških.

## 3.2 Prva (začetna) ocena urinske inkontinence

Zdravstveno osebje mora prepoznati težave in skrbi pacientov glede inkontinence tudi, če pacienti o njej ne poročajo, zato je potrebno pri anamnezi ciljno postavljati vprašanja s področja inkontinence. Ocena inkontinence, zdravljenje in nadaljnje napotitve morajo biti ustrezne in dostopne vsem pacientom z urinsko inkontinenco (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

## 3.3 Orodja za oceno v primarni zdravstveni oskrbi

Anamneza je ključen del začetne ocene, ki naj vključuje podatke o jemanju zdravil, režimu odvajanja, funkcijskem statusu in dostopnosti do toaletnih prostorov, motnjah spolnega življenja in kakovosti življenja.

Anamnezo lahko še dopolnimo s spodaj navedenimi orodji.

### 3.3.1 Vprašalniki

Z vprašalniki ugotavljamo stopnjo urinske inkontinence.

### 3.3.2 Ocena funkcije mišic medeničnega dna

Ocena mišic medeničnega dan (v nadaljnjem besedilu: MMD) mora biti narejena preden začnemo s kakršnimi koli intervencijami. Ocena se izvaja z digitalnim pregledom danke (pri moških) ali vagine (pri ženskah).

Konservativna obravnava urinske inkontinence pri osebah brez nevroloških okvar vključuje poleg ostalih oblik obravnave predvsem rehabilitacijo in reedukacijo mišic medeničnega dna (Abrams et al., 2002). Le-ta vključuje samostojen trening mišic medeničnega dna (vaje) ali trening mišic medeničnega dna v kombinaciji z biološko povratno zvezo, medeničnimi utežmi in električno stimulacijo.

Ščepanović navaja (2003) številne funkcije medeničnega dna:

– podpira organe male medenice in trebušne votline,

– prispeva k povečanju pritiska v trebušni votlini,

– vzdržuje anorektalni kot in tako prispeva k fekalni kontinenci,

– zagotavlja podporo danki med odvajanjem blata,

– ojača zapiralni mehanizem sečnice med povečanjem pritiska v trebušni votlini,

– deluje inhibitorno na aktivnost sečnega mehurja,

– pomaga pri razbremenitvi hrbtenice,

– prispeva k stabilnosti hrbtenice in medeničnega obroča,

– prispeva k boljšemu spolnemu doživljanju in odzivu.

### 3.3.3 Laboratorijske analize urina

*Urinokultura* omogoči diagnosticiranje okužbe sečil, ki povzroča težave, ki po simptomatiki lahko spominjajo na nestabilni detruzor. Ob pozitivnem izvidu je treba uvesti antibiotično zdravljenje in če znaki draženja prenehajo, nadaljnje preiskave niso potrebne. Raziskave so pokazale, da ima do 1 % pacientk, ki so napotene na cistometrijo, prej urinsko okužbo sečil, kateterizacija nezdravljenih pacientk pa bolezen še poslabša (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

*Ugotavljanje sladkorja v urinu*. Če je v dnevniku uriniranja naveden velik dnevni volumen uriniranja, prisotnost glukoze v urinu pa negativna, je zaradi suma na diabetes insipidus treba opraviti še preiskave plazemske in urinske osmolarnosti (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

### 3.3.4 Ocena rezidualnega volumna urina (zaostanek urina v mehurju)

Je pomemben del ocene pri pacientih z motnjami uriniranja ali ponavljajočimi okužbami urotrakta, ki se lahko odraža kot simptom nepopolno izpraznjenega mehurja. Najzanesljivejša tehnika za določitev dejanskega rezidualnega volumna je katetrizacija, pri kateri pa vedno obstaja nevarnost poškodbe in okužbe, prav tako pa je treba upoštevati tudi pacientovo dostojanstvo.

Ultrazvok sečnika ima nekaj prednosti pred katetrizacijo, predvsem se zmanjša nevarnost okužbe, je pa manj zanesljiv in izvajati ga mora dobro usposobljen strokovnjak (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

### 3.3.5 Uroflow

*Preiskave pretoka urina*

Je edina, popolnoma neinvazivna urodinamska preiskava. V vsakdanjem besednjaku uporabljamo angleški izraz, dobesedno pa pomeni pretok urina. Pretok urina skozi uretro je odvisen od potisnih sil, ki jih ustvarjata kontrakcija detruzorja in trebušnih mišic in upornosti uretre. Količine, ki jih pri tem beležimo, so maksimalni pretok urina, volumen urina, čas uriniranja, povprečen pretok urina, čas do maksimalnega pretoka urina in morebitni prekinjajoči curek urina. Pri vrednotenju izvidov je pomembno, da volumen izločenega urina dosega minimalne vrednosti, določene za starost pacienta, sicer so rezultati le pogojno uporabni (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

Pri ženski so indikacije za merjenje pretoka urina redke. Nekateri štejejo za indikacijo planirani operacijski poseg zaradi stresne urinske inkontinence, kjer zmanjšani pretok, izmerjen pred operacijo, lahko nakazuje pooperativne mikcijske težave. Pri starejših ženskah z meritvijo lahko izključimo relativno obstrukcijo v pretoku urina, ki lahko vodi do zastajanja urina in ponavljajoče se okužbe sečil (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

### 3.3.6 Digitalni rektalni pregled

Se izvaja pri moških, kjer se oceni velikost, oblika in konsistenca prostate (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

### 3.3.7 Dnevnik mokrenja

Vodenje dnevnikov mokrenja, ki omogoča vpogled v oceno dnevno zaužite tekočine, količino izločenega urina, dnevnih epizod uriniranja oziroma epizod inkontinence je pri diagnosticiranju izredno pomembno. Iz zapisov je včasih možno predvideti diagnozo. Pacientke z nestabilnim detruzorjem pogosteje urinirajo, opisujejo pa tudi veliko količino uhajajočega urina. Pacientke s stresno urinsko inkontinenco urinirajo manj pogosto, mnogokrat pa gredo na stranišče kar tako, »zaradi sigurnosti« (Barbič, 2003).

### 3.3.8 Pad testi

Uporaba metode tehtanja vložka lahko pripomore k oceni stopnje urinske inkontinence. Test tehtanja vložka pričnemo z izpraznjenim sečnim mehurjem in tehtanjem suhega vložka, ki ga ženska nosi določen čas (24, 48 ali 72 ur) in medtem izvaja vsakodnevne aktivnosti. Vložke menjava na 4 do 6 ur, ki jih neposredno po uporabi stehta. Seštete izmerjene vrednosti prikažejo stopnjo urinske inkontinence. Obstajajo tudi krajši testi tehtanja vložka, ki pa so manj zanesljivi (enourni, 4–6 urni) (Ferreira, Bø, 2015).

# 4 FIZIKALNA TERAPIJA

## 4.1 Vaje za trening mišic medeničnega dna pri ženskah

Kot začetnika treninga mišic medeničnega dna (v nadaljnjem besedilu: TMMD) se pogosto napačno omenja ameriškega ginekologa Arnolda Kegla, ki je prvi objavljal članke o pomembnosti vaj TMMD. Pomembnost vaj so že več desetletij pred njim izpostavljali mnogi strokovnjaki, npr. fizioterapevtke Randell Minnie, Morris Margaret in Herdman Helen. TMMD mora vključevati 3 nize 8−12 počasnih, kar se da močnih stiskov mišic medeničnega dna, ki trajajo 6−8 sekund, ponavljamo pa jih 3−4-krat tedensko (ACSM, 1998, citirano v Šćepanović, 2011). Pri stopnjevanju med zadrževanjem kontrakcije dodamo še 3−4 kontrakcije z višjo hitrostjo. Za doseg maksimalnega učinka TMMD izvajamo vaje vsaj 20 tednov (Bø, 1995, citirano v Šćepanović, 2011).

TMMD ostaja ključni faktor v preventivi in zdravljenju urinske inkontinence. Moore in sodelavci (2013) so pregledali raziskave s področja TMMD in ugotovili, da se je pri ženskah v prvi nosečnosti, ki so bile vključene v intenzivni in nadzorovani trening za krepitev mišic medeničnega dna, urinska inkontinenca med nosečnostjo in v šestih mesecih po porodu pojavila v manj primerih. Priporočili so, da bi nadzorovani trening mišic medeničnega dna moral biti prvi izbor konzervativnega zdravljenja pri ženskah z urinsko inkontinenco tri mesece po porodu, prav tako pa za ženske vseh starosti s stresno, urgentno ali mešano urinsko inkontinenco. Ta način je dokazano boljši kot farmakološko zdravljenje s placebo učinkom ali kot da urinske inkontinence sploh ne bi zdravili (Moore et al., 2013 citirano v Rajnar, 2016).

## 4.2 Vaje za trening mišic medeničnega dna pri moških

Raziskav vpliva TMMD je vedno več, a je primerjava med njimi še zmeraj težka. Moore in sodelavci (2013) so analizirali skupno deset raziskav o TMMD v predoperativnem, pooperativnem obdobju ali oboje. Razlike med moškimi, ki so izvajali TMMD, in tistimi, ki ga niso, so bile skromne in kratkoročne (trajale niso niti 12 mesecev po operaciji). Kljub temu so se moškim navodila o izvajanju TMMD zdela uporabna, predvsem v predoperativnem ali takojšnjem pooperativnem obdobju. Uporaba metode biofeedback pri izvajanju TMMD je trenutno v domeni odločitve kontinenčnega terapevta ali posameznika glede na finance in osebne preference. Izvajanje močnih kontrakcij mišic medeničnega dna takoj po uriniranju ali masaža sečnice po uriniranju (da se izprazni oziroma iztisne urin) lahko zmanjša simptome kapljanja urina po uriniranju (Moore et al., 2013 citirano v Rajnar, 2016).

## 4.3 Orodja za pomoč pri rehabilitaciji mišic medeničnega dna

### 4.3.1 Biofeedback, zdravljenje s povratno biološko zvezo

Dokazano je, da ta metoda ni nič bolj učinkovita od treninga MMD pri zdravljenju urinske inkontinence. Pregled literature je pokazal, da je uporaba vaginalnih uteži učinkovita pri zdravljenju stresne urinske inkontinence, ni pa dokazov, da bi bil trening z vaginalnimi utežmi bolj učinkovit od treningov MMD (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

### 4.3.2 Elektrostimulacije

Mehanizem in način delovanja električne stimulacije je odvisen od vzroka urinske inkontinence in struktur, na katere želimo vplivati. Namen električne stimulacije pri stresni urinski inkontinenci naj bi bil izboljšanje zapiralnega pritiska sečnice in aktivacije sfinktra (Sand et al., 1995, citirano po Šćepanović, 2011), pri urgentni urinski inkontinenci pa inhibicija refleksnih krčenj sečnega mehurja (Berghmans, 2007, citirano po Šćepanović, 2011). Zdravljenje z električno stimulacijo je pri izboljšanju simptomov stresne in urgentne urinske inkontinence bolj učinkovito, kot če le-te ne zdravimo. Zdravljenje z medikamentozno terapijo (vaginalni estrogen pri ženskah s stresno urinsko inkontinenco, propantheline bromide pri ženskah z urgentno urinsko inkontinenco) pa ni učinkovitejše kot zdravljenje z električno stimulacijo (Moore et al., 2013, citirano v Rajnar, 2016).

Električna stimulacija pri moških je učinkovita pri zdravljenju urgentne urinske inkontinence, a ne bolj kot samostojno izvajanje TMMD pri moških s stresno urinsko inkontinenco. Urgentna urinska inkontinenca je pri moških lahko povezana z zunanjo obstrukcijo sečnega mehurja, kot je benigna hiperplazija prostate, pri nekaterih moških pa je vzrok stresne urinske inkontinence neznan. Slednja je pri moških redka, razen v povezavi s totalno odstranitvijo prostate, operacijo medenice ali obsevanjem. Zaradi pomanjkanja podatkov zanesljivih obsežnejših raziskav ni znano, ali je zdravljenje urgentne in stresne urinske inkontinence pri moških z električno stimulacijo boljše kot zdravljenje s placebom ali brez zdravljenja (Yamanishi et al., 2000; Yamanishi et al., 2010). Prav tako zaradi pomanjkanja podatkov do zdaj ni znan najprimernejši protokol zdravljenja urinske inkontinence pri moških z električno stimulacijo, saj so protokoli bili razviti glede na raziskave pri ženskah (Moore et al., 2013).

## 4.4 Intravaginalni pripomočki

Intravaginalni pripomočki, ki fiksirajo vrat sečnega mehurja so učinkoviti pri urinski inkontinenci in primerni za kratkotrajno uporabo pri ženskah med treningom MMD ali kot alternativa pri ženskah, kjer je kirurško zdravljenje kontraindicirano (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

## 4.5 Komplementarno zdravljenje in alternativna medicina

Obstaja malo dokazov, da bi komplementarna in alternativna medicina vplivali na fiziološke funkcije ali izid zdravljenja. Med ta zdravljenja štejemo vse terapije, ki niso del tradicionalne medicine, kot so meditacija, hipnoza, akupunktura, zdravljenje z zelišči, homeopatija. Področje je slabo raziskano in zagotovo potrebuje nadaljnja raziskovanja, preden se lahko izdelajo priporočila za zdravljenje urinske inkontinence s pomočjo komplementarne in alternativne medicine (Moore et al., 2013 citirano v Rajnar, 2016).

Avtorica Šćepanović (2011) v svojem prispevku o konzervativnem zdravljenju urinske inkontinence pri ženskah komplementarnega zdravljenja ne priporoča. V svojih priporočilih navaja tudi National Institute of Health and Clinical Excellence (2006, citirano v Rajnar, 2016).

Akupunktura lahko izboljša urodinamske parametre, kot so sfinktrska funkcija ali kapaciteta sečnega mehurja pri moških z urgentno urinsko inkontinenco, prav tako pa zmanjša frekvenco nočnega mokrenja (Honjo et al., 2000 citirano v Rajnar, 2016).

## 4.6 Trening sečnega mehurja

Trening sečnega mehurja se uporablja pri osebah s čezmerno aktivnim sečnim mehurjem. Za to stanje so značilne pogostejše in nujne mikcije z urgentno urinsko inkontinenco ali brez nje. Cilji so popraviti napačen vzorec navad (pogoste mikcije), izboljšanje nadzora nad nujo po uriniranju, podaljšanje časovnih presledkov med posameznimi mikcijami, povečanje kapacitete sečnega mehurja, zmanjševanje inkontinenčnih epizod in povečanje samozavesti osebe za nadzor nad sečnim mehurjem (Šćepanović, 2011 citirano v Rajnar, 2016).

## 4.7 Sprememba življenjskega stila (zdrav način življenja)

Priporočila zdravega življenja kot je prenehanje kajenja, zdravo prehranjevanje, primerna telesna teža, izogibanje prevelikim količinam vnosa kofeina in alkohola, so že del primarnega zdravstvenega varstva in preventive debelosti, kardiovaskularnih bolezni, sladkorne bolezni. Ali imajo ti faktorji direkten vpliv na kontinenco pri moških, za zdaj še ni znano, ker ni bila do datuma pregleda literature opravljena še nobena raziskava o vplivu življenjskega sloga na urinsko inkontinenco pri moških. Kljub temu pa se priporočila zdravega načina življenja za zmanjšanje urinske inkontinence pri moških svetujejo (Moore et al., 2013 citirano v Rajnar, 2016).

# 5 ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

Njihova največja pomanjkljivost so neželeni učinki, ki so precej neprijetni. Zdravila vselej predpiše zdravnik, jemati pa jih je treba vse dokler simptomi ne izginejo, kar v praksi pomeni približno šest do dvanajst mesecev.

## 5.1 Stresna inkontinenca

Z zdravili vplivamo samo na mišični tonus sečnice in njeno sluznico. Za zdravljenje stresne inkontinence se uporabljajo (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004):

* estrogeni,
* agonisti adrenoceptorjev,
* antidepresivi,
* selektivni zaviralci ponovnega privzema noradrenalina in serotonina.

## 5.2 Prekomerno aktiven sečni mehur in urgentna urinska inkontinenca

Zdravimo z (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004):

* antimuskariniki,
* flavoksati,
* antidepresivi,
* estrogeni.

**6 PRIPOMOČKI ZA INKONTINENCO**

Izguba nadzora nad izločanjem in odvajanjem predstavlja socialni problem, saj prizadeti o tem težko spregovorijo, težave prikrivajo in pozno obiščejo strokovno pomoč. Zaradi sramu in strahu pred neprijetnim vonjem se začnejo celo izogibati družabnemu življenju in se pogosto umikajo v osamo. Zgodi se tudi, da pride zaradi sramu do zavračanja partnerja in do postopnega odtujevanja. Omenjena težava, ki se na začetku ne zdi tako pomembna, kasneje privede do precejšnjih psiholoških obremenitev. In ker niso prizadeti samo pacienti, temveč tudi njihova ožja in širša okolica, inkontinenca še vedno predstavlja precejšnji družbeni problem (Tušek Bunc, 2004 citirano v Rajnar, 2016).

Ocena kontinence predstavlja zelo pomemben element pri izbiri potrebnih pripomočkov za inkontinenco (Payne, 2015). Veliko vlogo pri izbiri pripomočkov za inkontinenco imajo medicinske sestre, saj imajo s svojo oceno neposreden vpliv na kakovost življenja pacientovo. Glavni cilj izbire pripomočkov za inkontinenco je omogočiti pacientom ustrezno uporabo pripomočkov, upoštevajoč željo po zmanjšanju tveganja za poškodbe kože, neprijetnih vonjav in neprijetnega občutka v javnosti (Nazarko, 2015 citirano v Rajnar, 2016).

Kriteriji za pripomočke za inkontinenco, ki jih je navedel Zajc (2006) po Mednarodnih standardih ISO, so vrsta inkontinence, življenjski stil in zmožnost samostojne uporabe, preprosta in zanesljiva namestitev, diskretnost in zanesljivost pred iztekanjem, udobje, ohranitev nepoškodovane kože, varnost, ekonomičnost in ekološki vidik izdelka (Rajnar, 2016).

Vse vrste inkontinence niso popolnoma ozdravljive. Osebe z neozdravljivo in neko obdobje tudi osebe s popolnoma ozdravljivo vrsto inkontinence se morajo naučiti živeti z njo in se spopadati z njenimi posledicami. Za prizadete osebe je poseben izziv, kako se spopasti z inkontinenco v smislu čim večjega zmanjšanja vpliva na kakovost njihovega življenja. Del omenjenega v večini primerov predstavlja tudi uporaba ene izmed vrst pripomočkov za inkontinenco, s katerimi pacienti želijo kontrolirati nastalo stanje. Zavedati se je treba, da ima izbira pripomočkov za inkontinenco pomemben vpliv na blaginjo in kvaliteto življenja pacientov in njihovih skrbnikov (Cottenden et al., 2013 citirano v Rajnar, 2016).

Na razpolago imamo veliko kakovostnih pripomočkov za inkontinenco v različnih velikostih, oblikah, materialih, in sicer:

* hlačne plenice,
* moške vložne predloge,
* ženske vložne predloge z možnostjo pritrditve na spodnje perilo,
* mrežaste hlačke,
* posteljne podloge za enkratno uporabo,
* plastificirane posteljne podloge,
* pralne posteljne podloge,
* urinal kondom,
* urinski kateter in
* analni čep.

# 7 NAPOTITVE

## 7.1 Modeli zagotavljanja storitev zdravstvene oskrbe pacientov z inkontinenco na primarnem nivoju zdravstvenega varstva

Več raziskav je potrdilo učinkovitost implementacije modelov zdravstvene oskrbe pacientov z inkontinenco na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ki se kažejo predvsem v zmanjšanju pojavnosti inkontinence, nižjih stopnjah inkontinence, znižanju uporabe pripomočkov za inkontinenco in izboljšani kakovosti življenja. Prav tako je primerjava modela pod vodstvom medicinske sestre in modela pod vodstvom zdravnika pokazala podobno učinkovitost s tem, da je bil model pod vodstvom medicinske sestre racionalnejši, ker so bili stroški pripomočkov nižji (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

Primarna zdravstvena oskrba pacientov z inkontinenco bi morala temeljiti na implementaciji modelov ali protokolov, ki jih lahko vodijo medicinske sestre, fizioterapevti ali zdravniki družinske medicine (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

## 7.2 Napotitev na sekundarni nivo zdravstvene oskrbe

Paciente je treba napotiti na sekundarni nivo zdravstvene oskrbe, če predhodno operativno ali konservativno zdravljenje inkontinence ni bilo uspešno oz. če je v načrtu operativno zdravljenje.

### 7.2.1 Napotitev ženske

Večina žensk s stresno, urgentno ali mešano urinsko inkontinenco je primerna za začetno konservativno zdravljenje na primarnem nivoju. Predhodna urodinamska ocena ni potrebna, saj ne izboljša izida konservativnega zdravljenja. Težave z izločanjem urina zaradi obstrukcije sečne poti so pri ženskah z urinsko inkontinenco redke. Najpogostejši vzroki so nevropatije, tumorji sečnega mehurja ali večji tumorji v medenici.

Ženske z urinsko inkontinenco zaradi prolapsa medeničnih organov moramo napotiti na sekundarni nivo zdravstvene oskrbe, kjer jih pregleda specialist ginekolog oz. uroginekolog, urolog.

### 7.2.2 Napotitev moškega

Vzrok za urinsko inkontinenco pri moških so velikokrat obolenja, ki povzročajo zaporo sečnega mehurja. Povišan pritisk v sečnem mehurju lahko vodi v poškodbe zgornjih sečil, zato jih je treba napotiti k specialistu urologu.

Začetni pregled moških z urinsko inkontinenco mora vključevati merjenje volumna rezidualnega urina in moč curka urina (*uroflow*), ki ga lahko izvedemo na primarnem ali sekundarnem nivoju, glede na razpoložljivost in dostopnost medicinske opreme. Volumen rezidualnega urina nad 100 ml je indikacija za napotitev k specialistu urologu.

Moč curka urina, ki je manjša od 15 ml/s je problematična, še posebno, če je hkrati količina izločenega urina do 150 ml (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

# 8 INFORMACIJE ZA POGOVOR S PACIENTI IN SKRBNIKI

## 

## 8.1 UVOD

Inkontinenca ni bolezen ali obolenje, ampak znak, da sečni mehur ni zmožen zadrževati urina. Inkontinenca vpliva na vsa obdobja življenja in zahteva resno obravnavo. Pacienti z inkontinenco pogosto poročajo o občutkih tesnobe, sramu, manjvrednosti in umazanosti. Zaradi tega je ključno, da imamo izdelan načrt za takojšnjo podporo in strokovno pomoč, kateri sledi napotitev v nadaljnjo obravnavo in ustrezne preiskave, če je to potrebno.

Depresija, težave v odnosih in spolnosti, nizka samopodoba in pomanjkanje samozavesti prizadene veliko ljudi z inkontinenco. Te težave moramo pravočasno prepoznati in primerno obravnavati, na primer, da jim ponudimo (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004):

* informacije za paciente v obliki zloženk, brošur,
* srečanja s pacienti, ki imajo podobne težave (na njihovo željo).

Veliko ljudi z inkontinenco najprej obišče zdravnika družinske medicine, kjer poročajo o številnih težavah, medtem ko inkontinenco zaradi občutka sramu omenijo le mimogrede. Zdravnik bi moral ob omembi inkontinence težave vzeti zelo resno, s spoštovanjem in empatijo ter pacientu povedati, da ima veliko ljudi podobne težave, ki pa se jih da pozdraviti oz. omiliti s primerno obravnavo, ki izboljša kakovost življenja (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

## 8.2 INFORMACIJE ZA PACIENTE

Strokovnjaki naj v obravnavi pacientov z urinsko inkontinenco in skrbnikov zajamejo naslednja pomembna področja, ki so lahko tudi dobra podlaga za izdelavo informativnih vsebin (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004):

* SIMPTOMI
  + Uhajanje urina med kašljanjem, kihanjem, telesno vadbo, vstajanjem s stola in dvigovanju bremen;
  + Nepravočasen prihod na stranišče;
  + Pogosto uriniranje čez dan/noč;
  + Kapljanje urina po končanem izločanju;
  + Izguba nadzora nad sečnim mehurjem;
  + Krči sečnega mehurja;
  + Občutek nepopolno izpraznjenega sečnega mehurja;
  + Bolečina med uriniranjem;
  + Pekoč občutek med uriniranjem;
* KJE POISKATI POMOČ
  + Zdravnik družinske medicine,
  + medicinske sestre s specialnimi znanji/kontinenčni terapevt?
  + fizioterapevt s specialnimi znanji,
  + patronažna medicinska sestra,
  + telefonska linija za svetovanje iz področja inkontinence?
  + urolog, uroginekolog, nevrolog, geriater.
* KAJ PRIČAKOVATI NA PRVI OBRAVNAVI

Na prvi obravnavi/oceni kontinence strokovnjak naredi anamnezo, laboratorijske teste urina in pregled MMD, na podlagi katerega sledi nadaljnja napotitev. Vprašanja, ki jih zastavimo:

* + Kako pogosto greste na stranišče?
  + Kako pogosto in kdaj vam uide urin?
  + Koliko urina vam uide; vam zmoči spodnje perilo, vrhnja oblačila ali jih celo premoči?
  + Katera zdravila jemljete?
  + Kaj običajno jeste in pijete?
  + Ali je uriniranje boleče ali neprijetno?
  + Kako pogosto morate ponoči na stranišče?
* POGOSTA VPRAŠANJA
  + Zakaj mi uhaja urin?
  + Zakaj moram tako pogosto na stranišče?
  + Zakaj se včasih ne zavedam, da moram na stranišče?
  + Zakaj mi uhaja urin med kašljanjem, kihanjem in/ali telesno vadbo?
  + Zakaj imam občutek nepopolno izpraznjenega mehurja po uriniranju?
  + Zakaj me boli med uriniranjem?
  + Kaj naj naredim, če je urin krvav?
  + Zakaj mi uide urin med spolnim odnosom?
* TESTI IN PREISKAVE V DIAGNOSTIKI URINSKE INKONTINENCE
  + Laboratorijske in mikrobiološke preiskave urina,
  + dnevnik mokrenja,
  + pregled MMD,
  + RTG, UZ, CT, MR,
  + urodinamske preiskave,
  + cistoskopija
* ZDRAVLJENJE
  + Fizioterapija,
  + ureditev življenjskega sloga,
  + zdravila,
  + čustvena podpora,
  + pripomočki za inkontinenco.
* VPRAŠANJA V PRIMERU OPERATIVNEGA ZDRAVLJENJA
  + Katere možnosti operativnega zdravljenja imam?
  + Mi lahko razložite podrobnosti in potek operacije?
  + Imate informativna gradiva v zvezi z mojo operacijo?
  + Kje lahko dobim več informacij?
  + Kakšne so možne komplikacije?
  + Koliko takšnih operacij je že opravil kirurg?
  + Kakšen je uspeh operacije?
  + Kaj se zgodi, če ni uspešna?
  + Koliko časa se čaka na operacijo?
  + Ali je zagotovljena oskrba na domu po operaciji?
* VIRI DODATNIH INFORMACIJ ZA PACIENTE IN SKRBNIKE
  + Društvo INKONT

Cesta XIV. divizije 3

2000 Maribor

[031 546 585](tel:031546585)

[podpora@web5.si](mailto:podpora@web5.si)

# LITERATURA

Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. (2002). The standardisation of terminology of lower  
urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International  
Continence Society. Neurourol Urodyn 21(2): 167–78.

Anger JT, Saigal CS, Litwin MS (2006). Urologic Diseases of America Project. The  
prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from  
the National Health and Nutrition Examination Survey. JURO 175(2): 601–4.

Boyle P, Boyle P, Robertson C et al. (2003). The UrEpik Study Group:The prevalence of  
male urinary incontinence in four centres: the UREPIK study. BJU Int. 92: 943.

Cottenden A, Bliss DZ, Buckley B et al. (2013). Management Using Continence Products.  
In: Incontinence 5th ed., Paris: ICUD-EAU, 1653–769.

Damian J, Martin-Moreno JM, Lobo F et al. (1998). Prevalence of Urinary Incontinence  
among Spanish Older People Living at Home. Eur Urol 34: 333–8.

Danforth KN, Townsend MK, Lifford K et al. (2006). Risk factors for urinary incontinence  
among middle-aged women. Am. J. Obstet. Gynecol 194(2): 339–45.

Diokno AC, Estanol MVC, Ibrahim IA, and Balasubamanian M (2007). Prevalence of  
urinary incontiennce in community dwelling men: a cross sectional nationwide  
epidemiology survey. Int Urol Nephrol 39: 129-36.

Doughty DB, Crestodina RL (2006). Introducory concepts. In: Urinary and Fecal  
Incontinence: Current Management Concepts 3rd ed., Atlanta-Georgia: Mosby Elsevier, 2.

Ebbesen MH, Hannestad YS, Midthjell K, Hunskaar S (2007). Diabetes and urinary  
incontinence - prevalence data from Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 4: 1–7.  
68  
Ebbesen MH, Hannestad YS, Midthjell K, Hunskaar S (2009). Diabetes related risk factors  
did not explain the increased risk for urinary incontinence among women with diabetes. The  
Norwegian HUNT/EPINCONT study. BMC Urol 9:11.

Ferreira, Bø, (2015) The Pad Test for urinary incontinence in women – ResearchGate, Journal of physiotherapy 61(2) · March 2015 with 750 Reads, DOI: 10.1016/j.jphys.2014.12.001. PubMed https://www.researchgate.net/publication/273146494\_The\_Pad\_Test\_for\_urinary\_incontinence\_in\_women.

Feldman M et al., 2016. Fecal incontinence. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 10th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2016. http://www.clinicalkey.com.

Finkelstein MM (2002). Medical conditions, medications and urinary incontinence: Analysis  
of a population-based survey. Can Fam Physician 48: 96–101.

Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H (2000). A community-based epidemiological survey of  
female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. Journal of Clinical Clinical  
Epidemiology 53(11): 1150–7.

Haylen TB, de Ridder D, Freeman MR et al. (2010). An International Urogynecological  
Association (IUGA) /International Continence Society (ICS) Joint Report on the  
Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. Neurourology and Urodynamics 29(1): 5.

Honjo H, Naya Y, Ukimura O, Kojima M, Miki T (2000). Acupuncture on clinical symptoms  
and urodynamic measurements in spinal-cord-injured patients with detrusor hyperreflexia.  
Urol Int 65(4): 190–5.

Humerca Z (2013). Inkontinenca in ekonomična raba izdelkov.  
http://www.simpss.si/inkontinenca-clanki.php.

Kikuchi A, Niu K, Ikeda Y et al. (2007). Association between physical activity and urinary  
incontinence in a community-based elderly population aged 70 years and over. Eur Urol  
52(3): 868–74.

Klemenc D (1995). Urinska inkontinenca. Obzor Zdr N 29 (1/2): 27–45.

Landi F, Cesari M, Russo A et al. (2003). Potentially reversible risk factors and urinary  
incontinence in frail older people living in community. Age and Ageing 32: 194–9.

MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D (2000). The prevalence of pelvic floor  
disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG: An  
International Journal of Obstetrics & Gynaecology 107(12): 1460–70.

Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K (2005). Urinary incontinence in US women: a  
population-based study. Arch. Intern. Med. 14;165(5): 537–42.

Milsom I, Altman D, Cartwrightet R et al. (2013). Epidemiology of Urinary Incontinence  
and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and  
Anal Incontinence (AI). In: Incontinence 5th ed., Paris: ICUD-EAU, 33-47.

Mishra GD, Cardozo L, Kuh D (2010). Menopausal transition and the risk of urinary  
incontinence: results from a British prospective cohort. BJU Int. 106(8): 1170–5.

Muscatello DJ, Rissel C, Szonyi G (2001). Urinary symptoms and incontinence in an urban  
community prevalence and associated factors in older men and women. Int Med J 31:  
151–60.

Nazarko L (2015). Use of continence pads to manage urinary incontinence in older people.  
Br J Community Nurs 20(8): 378–84.

Nelson RL, and Furner SE (2005). Risk factors for the development of fecal and urinary  
incontinence in Winconsin nursing home residents. Maturitas 52: 26–3.

Payne D (2015). Selecting appropriate absorbent products to treat urinary incontinence. Br  
J Community Nurs 20(11): 551–8.

Peyrat L, Haillot O, Bruyere F et al. (2002). Prevalence and risk factors of urinary  
incontinence in young and middle-aged women. BJU Int 89(1): 61–6.

Rajnar R (2016). Uporaba inkontinenčnih pripomočkov na Nevrološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Magistrsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S (2003). Urinary incontinence after  
vaginal delivery or cesarean section: the Norwegian EPINCONT Study. The New England  
Journal of Medicine 348: 900–7.

Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK et al. (2001). Age-and type-dependent effects of  
parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Obstet Gynecol 98(6):  
1004–10.

Sarma AV, Kanaya AM, Nyberg LM et al. (2009). Urinary incontinence among women with  
type 1 diabetes - how common is it? J. Urol 181(3): 1224–30.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004). Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline. Dostopno na: http://www.stroke.scot.nhs.uk/docs/sign79.pdf .

Selby M (2006). Dealing with incontinence. Practice Nurse 32(8): 33–8.

Ščepanović D (2003). Trening mišic medeničnega dna. V: Obzornik zdravstvene nege 37: 125–31.

Šćepanović D (2011). Konzervativno zdravljenje urinske inkontinence pri ženskah. V: Zbornik predavanj. Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi, Mladinsko zdravilišče in letovišče. Debeli rtič, Ankaran, 3.,4. in 5. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 57–61.

Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM et al. (2010). The incidence of urinary  
incontinence across Asian, black, and white women in the United States. Am. J. Obstet.  
Gynecol 202(4): 378.

Tušek Bunc K (2004). Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o urinski inkontinenci.  
V: Medicinsko tehnični pripomočki. Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine  
(SZD), 36–44.

Ueda T, Tamaki M, Kageyama S et al. (2000). Urinary incontinence among communitydwelling people aged 40 years or older in Japan: Prevalence, risk factors, knowledge and self perception. International Jorunal of Urology 7: 95–103.

Vaughan C, Goode PS, Burgio KL et al. (2011). Urinary incontinence in older adults. The  
Mount Sinai Journal of Medicine 78(4): 558–70.

Waetjen LE, Liao S, Johnson WO et al. (2007). Factors associated with prevalent and  
incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data:  
study of women’s health across the nation. Am. J. Epidemiol 165(3): 309–18.

Whitcomb EL, Subak LL (2011). Effect of weight loss on urinary incontinence in women.  
International Jorunal of Urology 3: 123–32.

Yamanishi T, Yasuda K, Sakakibara R et al. (2000). Randomized, double-blind study of  
electrical stimulation for urinary incontinence due to detrusor overactivity. Urology 55(3):  
353–7.  
Yamanishi T, Mizuno T, Watanabe M, Honda M, Yoshida K (2010). Randomized, placebo  
controlled study of electrical stimulation with pelvic floor muscle training for severe urinary  
incontinence after radical prostatectomy. International Jorunal of Urology 184(5): 2007–12.

Zajc M (2006). Zdravstvena vzgoja pacientov z urinsko inkontinenco. V: Kmetec A: Zbornik  
Povzetkov Urološkega simpozija Starostnik z urološkimi težavami, Ljubljana, 7. oktober  
2006. Ljubljana: Lek, 85–7.