

VPLIV DEBELOSTI, KONSTITUCIJE IN FIZIČNEGA DELA NA POJAV URINSKE INKONTINENCE PRI ŽENSKI

THE IMPACT OF EXCESS WEIGHT, CONSTITUTION AND MANUAL WORK ON THE OCCURENCE OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

Olga Šušteršič

UDK/UDC 616.63-008.222-0-055.2

DESKRIPTORJI: *urinska inkontinenca-etilogija; debelost; telesna konstitucija; delo; ženske*

DESCRIPTORS: *urinary incontinence-etiology; obesity; body constitution; work; women*

Izvleček – V sestavku je prikazana urinska inkontinenca pri ženski, poudarjeni sta kompleksnost in pogostnost motnje, začevši z definicijo, klasifikacijo glede na različne vidike in najpogostejše oblike. Posebej so opisani epidemiologija in etiološki dejavniki, ki vplivajo na pojavnost urinske inkontinenca, ter diagnostika in zdravljenje. Opisani so trije od dvanajstih dejavnikov tveganja, in sicer: debelost, konstitucija in fizično delo. Raziskovalno populacijo so predstavljale ženske, ki so imele objektivno dokazano urinsko inkontinenca, izbrane na Ginekološki kliniki v Ljubljani, in ženske brez težav z zadrževanjem urina, izbrane v Zdravstvenem domu Ljubljana. Poudarjen je pomen celostne obravnave ženske še pred pojavom urinske inkontinenca. Vse to pa je pomembno za zdravstveno vzgojno delo z ženskami na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v vseh starostnih obdobjih.

Abstract – The article brings the description urinary incontinence in women, and describes it's complexity and incidence, proceeding from the classification of the disorder in the light of different aspects, and the descriptions the most frequent forms. The epidemiology and etiological factors, influencing the occurrence of urinary incontinence, as well as diagnostics and treatment, are also described. Three out of twelve risk factors are exposed, i. e.: excess weight, constitution and manual work. The research sample was represented by a group of women with diagnosed urinary incontinence from the Gynecological Hospital in Ljubljana, and a group of women without any problems with the retention of urine, from the Health Station in Ljubljana. The article stresses the importance of holistic approach to women before the occurrence of urinary incontinence, all of which is important for health education of women on all levels of health care and in all age groups.

Uvod

Urinska inkontinenca je nehotno ali nezavedno uhajanje urina, ki je za žensko medicinski, higienski in/ali socialni problem. Urinsko inkontinenca moramo vedno objektivno dokazati, in sicer zaradi potrditve anamneze, določitve stopnje urinske inkontinenca, izbire terapije in ocene delovne sposobnosti. Klinično jo delimo na absolutno in relativno (1); International Continence Society (1975) pa deli urinsko inkontinenca na uretralno in ekstrauretralno. Najpogostejše oblike pri ženski so: stresna, urgentna in mešana urinska inkontinenca. Nekateri avtorji ocenjujejo, da je 70 do 80 % žensk, ki so dvakrat ali trikrat rodile, občasno stresno inkontinentnih, 5–12 % vse ženske populacije pa ima hudo obliko te motnje in potrebuje zdravljenje (2). Po pogostnosti je stresna inkontinenca na prvem mestu, urgentna pa na drugem mestu in zajema tretjino inkontinentnih

žensk. Pri ženskah s stresno inkontinenca v eni tretjini primerov opazamo tudi simptome urgentne inkontinenca. To je mešana urinska inkontinenca. Zato je razlikovanje terapevtsko zelo pomembno. Glavni problem pri stresni inkontinenca je nezadostna podpora baze mehurja. Ta povzroči izgubo uretrovezikalnega kota in s tem spremembo uretrovezikalne anatomije. Posledica tega je nehotno uhajanje urina ob naporu, na primer pri kihanju, kašljanju, smehu ali dvigovanju težkih bremen. Najpomembnejši etiološki dejavniki pri stresni inkontinenca so: pogosti in patološki porodi, starost, stanje hormonov, piknična konstitucija, težko fizično delo, slabost podpornega tkiva medeničnega dna, poškodbe hrbtnjače, kirurški posegi v predelu medenice ter povešanje in zdrk genitalnih organov (2). Vzroki za nastanek urgentne urinske inkontinenca, ki se pojavlja zaradi nenadne in nehotne neinhibirane aktivnosti detruzorja sečnega mehurja, so največkrat vnetni procesi urogenitalnih

organov. Delimo jo na nevrogeno in idiopatsko. Slednja je posledica psihogenih ali neznanih motenj (3). Pojavljata se dve vrsti disfunkcije: motorna in senzorna urgentna inkontinenca. Specifični simptomi urgentne inkontinence so urgentnost in večja frekventnost uriniranja, inkontinenca nastopi nekaj sekund po provokaciji, ženska dobi občutek za mokrenje ob delu s tekočo vodo in ob slušnem efektu vode, pojavlja se v vseh položajih, pogosto ob spremembi položaja telesa, inkontinenca je pogostejša ob polnem mehurju, pri teku in hoji ter začeto mokrenje bolnice lahko prekinejo (4).

Diagnozo urinske inkontinence postavimo na osnovi anamneze, testov za objektivno oceno urinske inkontinence, ginekološkega, urološkega in nefrofiziološkega pregleda, rentgenskih, ultrazvočnih in urodinamskih preiskav, merjenja električne prevodnosti uretre in poskusne aplikacije funkcionalne električne stimulacije (2).

Zadrževanje urina je rezultat občutljivega ravnotežja v sistemu zapletenih refleksnih in zavestnih mehanizmov, ki stalno vzdržujejo intravezikalni pritisk na ravni, ki je nižja, kot je intrauretralni izhodni pritisk. Kadar govorimo o zdravljenju uhajanja urina, se moramo vedno zavedati treh načel:

- Najpomembnejša je ohranitev ledvične funkcije. Zadrževanje urina torej nikoli ni pomembnejše od funkcije ledvic.
- Bolnice, ki so rešene stalne mokrote in raznih pomagala, so izredno hvaležne. Tudi bolnice z retencijo in zato intermitentno kateterizacijo so zadovoljne, saj se znebijo stalnega zadaha po urinu.
- Šele na tretjem mestu je normalni vzorec mokrenja, to pa je seveda cilj zdravljenja (5).

Zdravljenje urinske inkontinence je dolgotrajno in od bolnic zahteva potrpežljivost. Bolnice je potrebno osvoboditi vlaženja v predelu spolnih organov in neprijetnega zadaha ter jim omogočiti če že ne normalno pa vsaj lažje življenje. Zdravljenje urinske inkontinence je konservativno in kirurško. Prvo je lahko samostojno ali v povezavi z operativnim zdravljenjem, in to kot predoperativno in pooperativno. Uporabljamo naslednje načine konservativnega zdravljenja: fizioterapija – vaje po Keglu, zdravljenje z biološko povratno zvezo (bio feed-back), medikamentozno zdravljenje, zdravljenje s funkcionalno električno stimulacijo in s pesarji za urinsko inkontinenca. Vsak od teh načinov zdravljenja ima svoje indikacije in ga izbiramo glede na vrsto in stopnjo urinske inkontinence (6). Tako kot pri vseh korektivnih posegih so indikacije za operativno zdravljenje urinske inkontinence kompleksne. Vsak primer je potrebno obravnavati individualno. Na odločitev vpliva vrsta in stopnja urinske inkontinence, pariteta in starost bolnice. Pomembno je poudariti, da daje prva operacija najboljši rezultate (2).

Namen naloge

Ženske so zaradi fizioloških funkcij bolj izpostavljene in dovzetnejše za negativne vplive okolja. Pri zaposlenih ženskah se pridružijo še dejavniki dela, če delo ni v skladu s pogoji, ki ustrezajo fiziološkim funkcijam ženskega organizma. Na zdravje oziroma obolevnost žensk vplivajo naravno in socialno-ekonomsko okolje, v katerem ženske živijo in delajo, ter različno reagiranje posameznic (7). Na pojavljanje urinske inkontinence vplivajo številni dejavniki tveganja. V nalogi jih obravnavam naslednjih dvanajst: starost, delo, debelost, konstitucijo, menstruacijski cikel, klimakterij, število porodov, povešanje in nepopolen zdrk genitalnih organov, ginekološke operacije, izobrazba, zaposlenost in zdravstvena izobraženost. Brez dvoma se pogosteje pojavlja pri starejši populaciji kot pri srednji in mlajši. Zaradi višje pričakovane življenjske dobe ter socialne in profesionalne aktivnosti žensk lahko postane urinska inkontinenca ovira v socialnem in profesionalnem življenju. Pri ohranjanju in krepitvi zdravja žensk ima pomembno vlogo tudi zdravstvena vzgoja, ki je zavestna, smotrna in vodena dejavnost (8). S celostnim pristopom in zdravstveno vzgojenostjo žensk bi vpliv dejavnikov tveganja lahko ublažili, če jih že ne moremo odpraviti. Namen naloge je ugotoviti:

- kateri dejavniki tveganja imajo večji vpliv na pojavljanje urinske inkontinence pri ženskah, posebno še debelost, osteomuskularna gradnja in težko fizično delo;
- kakšne težave imajo ženske z urinsko inkontinenca na socialnem in profesionalnem področju;
- stopnjo zdravstvene izobraženosti žensk pred pojavom urinske inkontinence.

Na osnovi tega sem predvidevala:

- da so debelost, močna osteomuskularna gradnja in težko fizično delo pogosteje prisotno pri ženskah, ki imajo urinsko inkontinenca;
- da imajo ženske z urinsko inkontinenca težave v socialnem in profesionalnem življenju;
- da so ženske zdravstveno vzgojene v zvezi z urinsko inkontinenca pred pojavom omenjene težave.

Iz povezave omenjenih dejavnikov s pojavnostjo in stopnjo urinske inkontinence lahko sledijo pomembni sklepi. Ti bi lahko pripomogli k spreminjanju socialnega statusa in zdravstvenovzgojnega dela z ženskami na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Le-to pa lahko vpliva na uspešnost preprečevanja, zdravljenja in lajšanja težav.

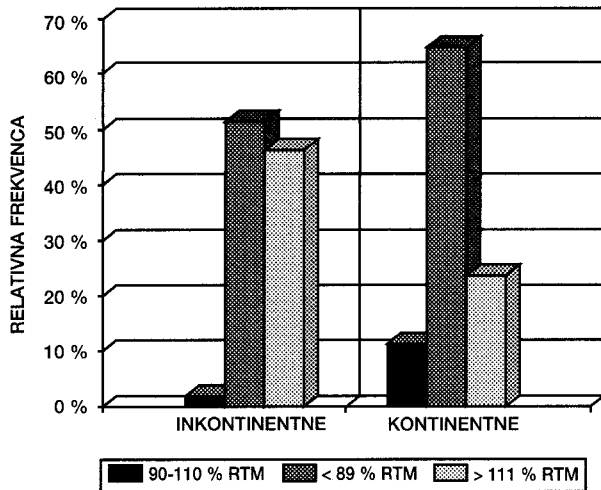
Varovanje in metode

Subjekt raziskave so bile ženske, ki imajo objektivno dokazano urinsko inkontinenca (prva skupina), in

Sl. 1: Porazdelitev telesne teže pri ženskah z urinsko inkontinenco in brez nje.

RTM	< 89 %	90-110 %	> 111 %	Skupaj
Ženske				
Inkontinentne	2	51	46	99
Kontinentne	9	52	19	80
Skupaj	11	103	65	179

hi-kvadrat = 13,81875
 signifikantnost = 0,0010
 RTM = relativna telesna teža



ženske, ki te težave nimajo (druga skupina). Vse so bile stare od 46 do 60 let in brez nevroloških obolenj (kar je bilo razvidno iz zdravniškega kartona). Prvo skupino sem izbrala na Ginekološki kliniki v Ljubljani, kjer vodijo evidenco žensk, ki imajo urinsko inkontinenco, ločeno od ostalih ginekoloških varovank. Drugo skupino sem oblikovala v Zdravstvenem domu Ljubljana, v Organizacijskih enotah osnovnega zdravstvenega varstva Bežigrad, Moste-Polje in Vič-Rudnik. Intervju sem izvedla na osnovi vprašalnika, ki je obsegal 45 vprašanj. Prvi sklop vprašanj zajema sociološke parametre, drugi ginekološko anamnezo, tretji socialnomedicinske parametre, četrti profesionalno in socialno življenje žensk in peti vrsto in stopnjo urinske inkontinence. Intervju je potekal na osnovi vabila in prostovoljnega sodelovanja varovank iz obeh skupin. Pri analizi podatkov sem uporabila strukture, frekvenčne porazdelitve, test hi-kvadrat in faktorsko analizo glavnih osi. Baza podatkov za statistično obdelavo je oblikovana s pomočjo računalniškega programa SAS.

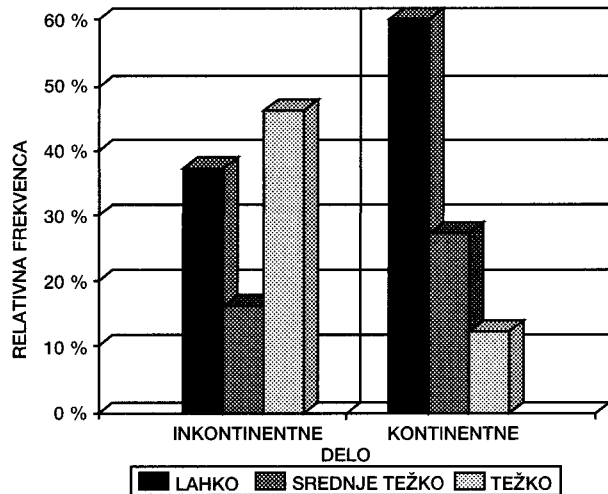
Rezultati

Od 770 registriranih žensk, ki so imele urinsko inkontinenco in so živele v ljubljanskih občinah, je imelo objektivno dokazano urinsko inkontinenco 487 žensk (63,3 %). Od 120 vabljenih žensk se je vabila odzvala 101 ženska (84,2 %), dve sta bili po intervju-

Sl. 2: Porazdelitev fizičnega dela pri ženskah z urinsko inkontinenco in brez nje.

Delo	Lahko	Srednje težko	Težko	Skupaj
Ženske				
Inkontinentne	37	16	46	99
Kontinentne	48	22	10	80
Skupaj	85	38	56	179

hi-kvadrat = 23,76475
 signifikantnost = 0,0000



ju izločeni, ker nista ustrezali kriterijem. V drugi skupini se je odzvalo le 80 žensk (66,7 %) iz Zdravstvenega doma Ljubljana, ki niso bile inkontinentne. S testom hi-kvadrat sem dobila statistično pomembne rezultate pri naslednjih spremenljivkah: delo, debelost, konstitucija, klimakterij in povešana ali nepopolno zdrknjena nožnica in maternica. Tako so ženske, ki imajo urinsko inkontinenco, pogosteje debele, opravljajo težko fizično delo in imajo močno osteomuskularno gradnjo (sl. 1, 2 in 3). Pri vseh ostalih spremenljivkah zaposlenost, menstruacijski cikel, število porodov, ginekološke operacije in izobrazba s testom hi-kvadrat nisem dobila statistično pomembnih rezultatov. Zdravstvena izobraženost žensk v povezavi z urinsko inkontinenco pred pojavom obolenja tudi ni na želeni ravni. Zdravstveno je prosvetljenih 68 žensk (38 %), neprosvetljenih pa je celo 87 žensk (48,6 %) od 179 in le 24 (13,4 %) je zdravstveno vzgojenih (sl. 4).

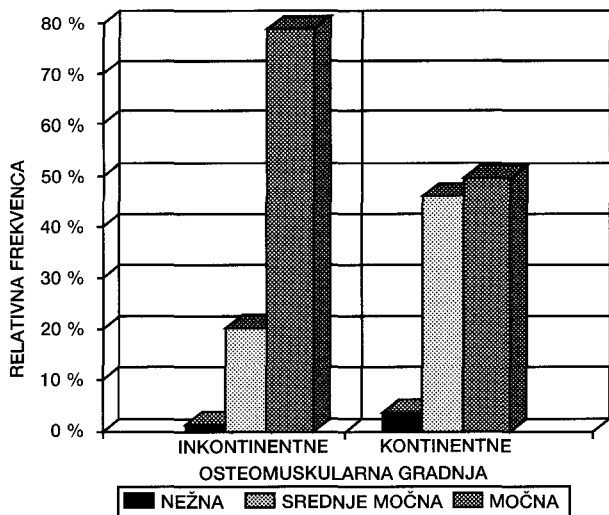
Rezultati ankete so pokazali, da imajo ženske z urinsko inkontinenco težave v profesionalnem in socialnem življenju. Samo 7 žensk (7,1 %) od 99 z urinsko inkontinenco ni imelo težav, 92 žensk (92,2 %) pa je navajalo težave v profesionalnem in socialnem življenju (graf 1).

V faktorskem modelu sem upoštevala osem spremenljivk: starost, delo, debelost, konstitucijo, menstruacijski cikel, število porodov, izobrazbo in zdravstveno izobraženost. Spremenljivke imajo naslednje vrednosti:

Sl. 3. Porazdelitev vrste osteomuskularne gradnje pri ženskah z urinsko inkontinenco in brez nje.

Osteomuskularna gradnja	Nežna	Srednje močna	Močna	Skupaj
Ženske				
Inkontinentne	1	20	78	99
Kontinentne	3	37	40	80
Skupaj	4	57	118	179

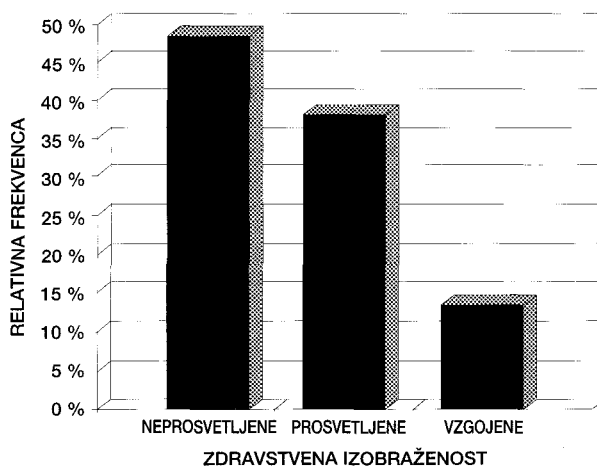
hi-kvadrat = 16,47634
signifikantnost = 0,0003



- starost: 1 = 46–50 let
2 = 51–55 let
3 = 56–60 let
- delo: 1 = fizično lahko delo
2 = fizično srednje težko delo
3 = fizično težko delo
- telesna teža: 1 = < 89 %RTM
2 = 90–110 % RTM
3 = > 111 % RTM
- konstitucija: 1 = nežna osteomuskularna gradnja
2 = srednje močna osteomuskularna gradnja
3 = močna osteomuskularna gradnja
- menstruacijski ciklus: 1 = menstruacijski ciklus na 21–25 dni
2 = menstruacijski ciklus na 26–30 dni
3 = menstruacijski ciklus na 31 dni in več
- število porodov: 0 ali 1 = noben ali en porod
2 = dva poroda
3 = tri in več porodov
- izobrazba: 1 = I–IV stopnja
2 = V stopnja
3 = VI–VII stopnja

Sl. 4. Zdravstvena izobraženost žensk z urinsko inkontinenco in brez nje.

Zdravstvena izobraženost	Neprosvetljene	Prosvetljene	Vzgojene	Skupaj
Ženske				
Inkontinentne	55	31	13	99
Kontinentne	32	37	11	80
Skupaj	87	68	24	179



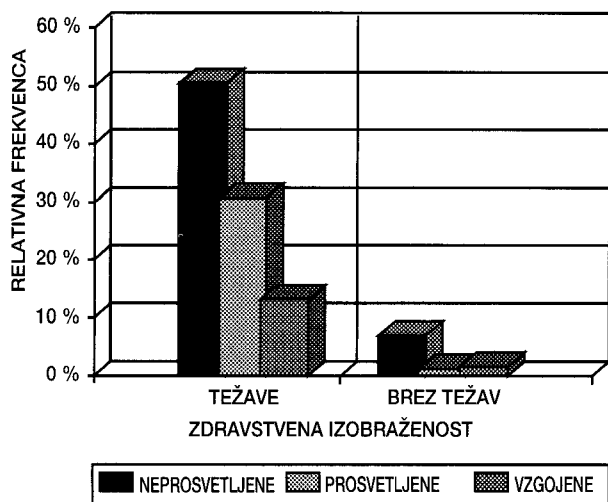
- zdravstvena izobraženost: 1 = neprosvetljenost
2 = prosvetljenost
3 = vzgojenost

Statistični program SAS je avtomatično sam oblikoval tri faktorje pri metodi glavnih osi za prvo skupino. Njihove začetne lastne vrednosti so vse večje od 1. Skupaj pojasnjujejo 52,62 % skupne variabilnosti vseh merjenih spremenljivk (tabela 1). Za statistično velike uteži sem štela uteži, ki so po absolutni vrednosti večje od 0,30, kar kaže na povezanost posamezne spremenljivke s faktorjem.

Tab. 1. Prikaz rezultatov metode glavnih osi za prvo skupino.

Spremenljivke	Faktorji	F1	F2	F3	Komunalitete
Starost		0,45	-0,07	0,64	0,58
Fizično delo		0,72	0,01	-0,06	0,61
Debelost		0,29	-0,33	-0,51	0,60
Konstitucija		0,57	0,33	0,32	0,64
Menstruacijski ciklus		-0,24	0,72	-0,10	0,45
Število porodov		0,29	0,57	-0,47	0,53
Izobrazba		-0,77	-0,04	0,06	0,52
Zdravstvena izobraženost		-0,31	0,32	0,36	0,32
Lastne vrednosti		1,96	1,17	1,14	
% pojasnjene variance		24,00	14,62	14	

Prvi faktor pojasnjuje 24 % varianc. Statistično velike faktorje uteži so pri naslednjih spremenljivkah: izobrazba, delo, konstitucija, starost in zdravstvena izobraženost. To pomeni, da imajo ženske z urinsko inkontinenco nižjo stopnjo izobrazbe, zdravstveno so neprosvetljene, so starejše, opravljajo težko



Graf 1. Težave v socialnem in profesionalnem življenju žensk z urinsko inkontinenco.

fizično delo in imajo močno osteomuskularno gradnjo.

Drugi faktor pojasnjuje 14,62 % še ne pojasnjene varijance. Iz rezultatov je razvidno, da imata pomembno vlogo pri pojavljanju urinske inkontinence menstruacijski cikel in število porodov. Njuni vrednosti faktorjskih uteži je celo večje od 0,50. Ta faktor so oblikovale še spremenljivke debelost, konstitucija in zdravstvena izobrazbenost.

Tudi iz tretjega faktorja, ki pojasnjuje 14 % skupne varijance, je razvidno, da so ženske z urinsko inkontinenco starejše in debele. Ti dve spremenljivki imata vrednost faktorjske uteži večje od 0,50. Pri oblikovanju tega faktorja imajo pomembno vlogo še spremenljivke število porodov, zdravstvena izobrazbenost in konstitucija. Vrednosti faktorjskih uteži je med 0,30 in 0,50.

Faktorje sem v prostoru tudi rotirala in dobila enostavno faktorjsko strukturo. Izvedla sem pravokotni rotaciji varimax in quartimax na rezultatih dobljenih z metodo glavnih osi za prvo skupino. Tako sem dobila čiste faktorje in vsaka spremenljivka je v glavnem zajeta le z enim faktorjem (tabela 2). Pri obeh rotacijah sem dobila popolnoma enak rezultat. Tudi po rotaciji ugotavljam, da za urinsko inkontinenco obolevajo starejše ženske, ki opravljajo težko fizično delo, imajo močno osteomuskularno gradnjo in nižjo stopnjo izobrazbe. Vse te spremenljivke v prvem faktorju imajo vrednosti faktorjskih uteži večje od 0,50. V drugem faktorju imajo statistično velike uteži nad 0,50 debelost in zdravstvena izobrazbenost, v tretjem pa le število porodov.

Razpravljanje

V dosedanjih raziskavah so strokovnjaki ločeno proučevali posamezne spremenljivke in ugotavljali

Tab. 2. Prikaz rezultatov pravokotnih rotacij za prvo skupino.

Rotacije	Varimax			Quartimax			
	Faktorji	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Spremenljivke							
Starost	0,64	-0,22	-0,39	0,63	-0,23	-0,40	
Fizično delo	0,62	0,36	0,09	0,62	0,35	0,08	
Debelost	-0,02	0,67	0,04	-0,01	0,67	0,04	
Konstitucija	0,70	-0,15	0,12	0,70	0,15	0,15	
Menstruacijski cikel	-0,10	-0,42	0,63	-0,10	-0,42	0,63	
Število porodov	0,20	0,17	0,75	0,21	0,17	0,75	
Izobrazba	-0,67	-0,37	-0,11	-0,68	-0,36	-0,10	
Zdravstvena izobrazbenost	-0,07	-0,57	0,04	-0,07	-0,56	0,04	

njihov vpliv na pojavnost urinske inkontinence. V raziskavi obravnavam dvanajst spremenljivk, ki jih tudi literatura najpogosteje navaja kot dejavnike tveganja pri pojavu urinske inkontinence pri ženski. Nekateri so potrjeni, druge pa na novo opredeljene. Posebej sem izpostavila debelost, konstitucijo in fizično delo. Pri tem sem uporabila objektivne metode, katerih rezultati so ponovljivi.

Vsekakor je prednost faktorjske analize v tem, da upošteva več spremenljivk hkrati. To pa je pomembno pri kompleksnih pojavih, ki jih ni mogoče opisati z eno samo spremenljivko ali vsaj ne v zadostni meri. Urinska inkontinenca pri ženski je gotovo kompleksen pojav. S faktorjsko analizo so se oblikovali sintetični dejavniki, ki mi omogočajo ugotavljanje kombinacije dejavnikov tveganja za urinsko inkontinenco in s tem usmeritve za delo na preventivnem, kurativnem in socialnem področju. Iz oblikovanih dejavnikov je razvidna vloga telesne teže, konstitucije, fizičnega dela ter starosti, zdravstvene izobrazbenosti, menstruacijskega ciklusa, števila porodov in izobrazbe.

Uhajanje urina je zelo pogosta težava pri ženskah, ki s starostjo narašča (9). Z analizo podatkov je nakazana povezanost med starostjo in pojavom urinske inkontinence, kljub temu, da so iz raziskave izločene ženske, ki imajo nevrološka obolenja. Podatki so dovolj zgovorni, da moramo razmišljati o obravnavani težavi že v zgodnejšem življenjskem obdobju ženske. Urinska inkontinenca se pojavlja povprečno že deset let pred pričetkom zdravstvene obravnave. V tem obdobju pa so ženske še profesionalno in socialno zelo aktivne. Uhajanje urina jim tovrstno udejstvovanje omejuje, vpliva na njihovo psihično kondicijo in delovno sposobnost (10). To dokazuje tudi analiza podatkov za prvo skupino, saj samo sedem od devetindevetdesetih žensk uhajanje urina ne moti. Ženske imajo težave doma, odnosi s partnerjem pešajo, moti jih pri spolnih odnosih, težave imajo v službi, umikajo se iz socialnega življenja, ohranjajo pa socialne stike s prijatelji. Težavo sprejemajo kot sramoto, ki je več let ne zaupajo niti svojcem niti zdravstvenemu timu. Zato je potrebna zdravstvena obravnava v čim

zgodnejši fazi obolenja oziroma zdravstvena vzgoja, še preden pride do uhajanja urina. Samo zdravstvena prosvetljenost ženske ter spremenjen odnos zdravstvenih delavcev do tega problema lahko pripomoreta k uspešnemu reševanju.

Dobra polovica žensk z urinsko inkontinenco ima nižjo stopnjo izobrazbe, zato je bilo pričakovati, da kar 46 žensk od 99 opravlja težko fizično delo. Glede na prisotnost negativnih vplivov iz okolja sem delo razdelila na lahko, srednje težko in težko fizično delo (11). Dvigovanje težkih bremen večkrat na dan ter delo na vlagi in prepihu neugodno vpliva na zdravje in jih je potrebno upoštevati pri pojavljanju urinske inkontinence (2, 12). Podatek je statistično pomemben, govori pa tudi o tem, da delo, ki ga opravljajo ženske pri nas, dostikrat ni v skladu s fiziološkimi funkcijami ženskega organizma. Iz tega sledi, da bi morale biti ženske zaposlene na ustrežnejših delovnih mestih, potrebno pa bi bilo tudi preučevanje vpliva prezaposlenosti žensk na delu in v družini.

Iz literature je znano, da imajo več težav z uhajanjem urina ženske piknične konstitucije (2). Do zanimivih rezultatov sem prišla pri preučevanju konstitucije in vpliva na pojavnost urinske inkontinence. Določanje konstitucije po Kretschmerju, ki jo deli na piknično, astenično in atletsko, je lahko tudi subjektivno obarvano, značilnosti posameznih vrst konstitucij pa se lahko tudi prepletajo. Metoda, ki sem jo uporabila za določanje osteomuskularne gradnje, je objektivna, izognemo se subjektivni oceni in možno jo je ponoviti. Osteomuskularno gradnjo sem izrazila z razmerjem med telesno višino in obsegom desnega zapestja (11). Z analizo podatkov ugotavljam, da ima kar 78,8 % žensk z urinsko inkontinenco močno osteomuskularno gradnjo, le ena od devetindevdesetih ima nežno, druge imajo srednje močno.

Telesna teža je tisti dejavnik tveganja, ki zagotovo vpliva na odsotnost ali pojav obravnavane težave. Literatura navaja, da ženske, ki imajo povišano telesno težo, pogosteje obolevajo za urinsko inkontinenco (2). Za oceno telesne teže sem upoštevala vrednosti relativne telesne teže, ki nam pove za koliko odstotkov odstopa dejanska telesna teža od normalne ali idealne. Pri oceni idealne telesne teže, za določen spol, starost in višino sem predhodno določila osteomuskularno gradnjo (11). Iz analize podatkov je razvidno, da debelost korelira s pojavljanem urinske inkontinence, ni pa edini dejavnik. Odstopanje od normalne telesne teže je v prvi skupini večje navzgor kot navzdol. Ker je obolevnost večja pri ženskah s povišano telesno težo, je pomembno tudi to, da jih opozorimo na ustrezen režim prehranjevanja in zdrav način življenja, ki bi vodil v znižanje telesne teže.

Na osnovi rezultatov lahko trdim, da povišano telesno težo, močno osteomuskularno gradnjo in težko delo zasledimo pogosteje pri ženskah z urinsko inkontinenco in so zato pomembni dejavniki tveganja pri pojavljanju obravnavane težave.

Sklep

Urinska inkontinenca pri ženski je kompleksna in pogosta težava, ki s starostjo narašča. Iz raziskave je razvidno da so debelost, močna osteomuskularna gradnja in težko fizično delo pomembni dejavniki tveganja pri pojavljanju uhajanja urina. To je bil predmet prve hipoteze, ki je bila pozitivno potrjena. Rezultati factorske analize kažejo, da se omenjeni dejavniki tveganja povezujejo še s starostjo, porodom, menstruacijskim ciklusom, zaposlenostjo in zdravstveno prosvetljenostjo.

Ženske z urinsko inkontinenco imajo težave na delovnem mestu. Izogibajo se družabnemu življenju, ovirane so doma, predvsem pa pri spolnih odnosih. Tako je potrjena tudi druga hipoteza.

Ugotovila sem tudi, da je večina žensk zdravstveno vzgojenih šele, ko se soočijo z uhajanjem urina in ne pred tem. Tako zdravstvena vzgojenost žensk ni na pričakovani ravni in s tem sem ovrgla tretjo hipotezo.

Delovanje zdravstvenega tima na osnovi rezultatov mora biti usmerjeno predvsem v preventivo in zdravstveno vzgojo ter v zgodnje odkrivanje urinske inkontinence, ustrezno zdravljenje, rehabilitacijo in resocializacijo. Aktivno sodelovanje vsake posameznice v zdravstvenem timu je pomembno predvsem pri krepitvi in ohranjanju zdravja in zgodnjem odkrivanju bolezni.

Literatura

1. Stanton SL. Classification of incontinence. In: Stanton SL. Clinical gynaecologic urology. St. Louis, Toronto: Mosby CV Comp., 1984: 165–8.
2. Kralj B, Lazarevski M. Ginekološka urologija. In: Kurjak A et al. Ginekologija i perinatologija. Zagreb: Naprijed, 1989: 241–308.
3. Coolsaet BLRA. Cystometry. In: Stanton SL. Clinical gynecologic urology. St. Louis: Mosby, 1984: 70–1.
4. Cardozo L. Detrusor instability. In: Stanton SL. Clinical Gynecologic urology. St. Louis: Mosby CV Comp., 1984: 193–203.
5. Oblak C. Zdravljenje uhajanja seča s pripomočki in fizioterapijo. V: Zbornik predavanj XXIII. podiplomskega tečaja kirurgije; 1987 Feb 5–7; Ljubljana. Ljubljana: Kirurška služba Univerzitetni klinični center, 1987: 127–131.
6. Kralj B. Konservativno zdravljenje urinske inkontinence pri ženski. V: II. jugoslovanski simpozij o nevrourologiji in urodinamiki; 1987 Okt 22–23; Ljubljana. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 1987: 99–108.
7. Jakšić Ž. Socijalna medicina, praktikum I. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
8. Domajnko N. Metode zdravstvenega izobraževanja. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1984.
9. Kralj B. Uhajanje seča pri ženski. V: Zbornik predavanj XXIII. podiplomskega tečaja kirurgije; 1987 Feb 5–7; Ljubljana. Ljubljana: Kirurška služba Univerzitetni klinični center, 1987: 148–52.
10. Milosavljević M, Branković D, Musović D. Medicinsko-socijalni problemi urinarne stres inkontinencije. U: Zbornik radova III. jugoslovenski simpozijum za neurologiju i urodinamiku; 1989 Maj 25–27; Ohrid. Skopje: Univerzitet »Kiril i Metodij« Skopje, Jugoslavija Medicinski fakultet, Ginekološko-akušerska klinika, 1989: 119–20.
11. Pokorn D. Zdrava prehrana in dietni jedilniki. Samostojna zdravstvenovzgojna priloga revije Zdrav Var 1987.

12. Manić O, Dosković A, Brakus N, Lasković M, Aburas R. Uticaj stres inkontinencije na psihofizičko stanje i radnu sposobnost u žena. U: Zbornik radova III. jugoslovanski simpozium za neurourologiju i urođinamiku; 1989 Maj 25–27; Ohrid. Skopje: Univerzitet »Kiril i Metodij«, 1989: 121–2.
8. Kralj B, Žižek Z. Objektivizacija urinske inkontinencije u žena. U: Zbornik na trudovi III. jugoslovanski simpozium za nevrourologija i urođinamika; 1989 Maj 25–27; Ohrid. Skopje: Univerzitet »Kiril i Metodij«, 1989: 17–8.

Dodatna literatura

1. Clinical practice guideline. Urinary incontinence in adults. Agency for health care policy and research. Washington DC: U.S. Department of health and human services, Public health service, 1992.
2. Hahn P. Understanding your health. St. Louis: Mosby CV Comp., 1992.
3. Ivanković D i suradnici. Osnove statističke analize za medicinare. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1991.
4. Kralj B. Fistole vescicali moderne. Fra: Manesci M, Rubino SM. ed. Uroginecologia. Roma: CIC edizioni internazionali, 1985: 241–52.
5. Kralj B. Stresna inkontinencija i poremećaji statike ženskih genitalnih organa. U: Zbornik radova III. jugoslovanski simpozium za neurologiju i urođinamiku; 1989 Maj 25–27; Ohrid. Skopje: Univerzitet »Kiril i Metodij«, 1989: 14–5.
6. Kralj B. Urođinamika danas – njena uloga u dijagnostici mikcionih poremećaja u žena. U: Zbornik radova-sažetka IV. jugoslovanski simpozijum za neurourologiju i urođinamiku; 1991 Maj 30–31; Novi Sad. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu Medicinski fakultet, 1991: 15.
7. Kralj B. Konservativno lječenje urinske inkontinence kod žene. U: Drača P. Ginekološka urologija. Novi Sad: Matica srpska, 1983.
9. Kurjak A, et al. Ginekologija i perinatologija. Zagreb: Naprijed, 1989.
10. Lazarevski M. Genitalni prolaps i urinarna stres inkontinencija. U: Zbornik radova III. jugoslovanski simpozium za neurourologiju i urođinamiku; 1989 Maj 25–27; Ohrid. Skopje: Univerzitet »Kiril i Metodij«, 1989: 12–3.
11. Ministrstvo za zdravstvo. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Priloge. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1993.
12. Mody M. Incontinence. Patient problems and nursing care. Oxford: British library cataloging in publication data, 1990.
13. Peterlin A, Kralj B. Stepenasta dijagnostika i terapija urinske inkontinencije u žena. U: Zbornik radova-sažetka IV. jugoslovanski simpozijum za neurourologiju i urođinamiku; 1991 Maj 30–31; Novi Sad. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, 1991: 18–9.
14. Public health service. Perspectives in disease prevention and health promotion: Urinary incontinence among hospitalized persons aged 65 years and older – United States, 1984–1987. MMWR 1991; 40: 433–6.
15. Scotti RJ, Bergman A, Bhatia NN, Ostergard DR. Uro-dynamic changes in urethrovesicalfunction after radical hysterectomy. Obstet Gynecol 1986; 68: 112–20.
16. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana Zveze zdravniških društev – SZD, 1992.
17. World health organization. Targets for health for all. Regional office for Europe. Copenhagen, 1986.