

Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina

Špoljarić, Beatris

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:654410>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 919/SS/2017

Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina

Beatris Špoljarić, 0215/336

Varaždin, rujan 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 919/SS/2017

Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina

Student

Beatris Špoljarić, 0215/336

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Beatris Špoljarić	MATIČNI BROJ	0215/336
DATUM	25.08.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega starijih osoba
NASLOV RADA	Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care of elderly patients with urinary incontinence
-----------------------------	--

MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
--------	-------------------------------	--------	----------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marijana Neuberger, mag.med.techn., predsjednik
	2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor
	3. doc. dr. sc.Tomislav Meštrović, član
	4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
	5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ	919/SS/2017
------	-------------

OPIS

Inkontinencija urina je nehotimično i nekontrolirano mokrenje u dobi kada bi trebalo biti pod kontrolom. Ovaj ozbiljan javnozdravstveni problem nije bolest, već je posljedica brojnih stanja i bolesti. Ona snažno utječe na kakvoću života bolesnika, a mnogo češće se javlja kod žena nego kod muškaraca. Incidencija inkontinencije značajno raste sa životnom dobi. U starosti nastupaju promjene u funkciji stanica, u kontroli središnjeg živčanog sustava, hormonalnog balansa i imunološkog odgovora. Sve te promjene mokraćnog sustava dovode do porasta učestalosti urinarne inkontinencije. U osoba starijih od 60 godina, oko 10 do 15 % muškaraca i 20 do 35 % žena ima povremenu inkontinenciju. Zadatak medicinske sestre jest procijeniti vrstu inkontinencije, njezino trajanje i težinu, unos tekućine, okolnosti u kojima se očituje, kožu perinealnog područja te odnos bolesnika prema inkontinenciji. Kako inkontinencija ima posljedice na medicinsko, psihosocijalno i financijsko stanje, problemu inkontinencije treba pristupiti multidisciplinarno. Ljude je potrebno uputiti u problem inkontinencije, a zdravstveno osoblje trajno educirati o ranom otkrivanju, dijagnosticiranju i liječenju.

U radu je potrebno:

- * opisati anatomiju i fiziologiju mokraćnog sustava
- * opisati promjene mokraćnog sustava u starijoj životnoj dobi
- * navesti epidemiološke podatke vezane uz inkontinenciju urina
- * opisati vrste inkontinencije urina
- * opisati dijagnostiku i liječenje inkontinencije urina
- * opisati zadatke medicinske sestre kod pacijenta sa inkontinencijom urina
- * navesti sestrinske dijagnoze i intervencije medicinske sestre kod pacijenta sa inkontinencijom urina
- * citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN	06.09.2017.	POTPIS MENTORA	<i>Melita Sajko</i>
----------------	-------------	----------------	---------------------



Predgovor

Završni rad izrađen je u sklopu odjela za biomedicinske znanosti, preddiplomskog studija „Sestrinstvo“, Sveučilišta Sjever u Varaždinu, pod vodstvom Melite Sajko, dipl.med.techn.

Od srca se zahvaljujem svojoj mentorici Meliti Sajko na neizmjernej pomoći oko izrade ovog završnog rada. Također, zahvaljujem se i svim predavačima na prenijetom znanju tijekom mog studiranja. Najviše zahvaljujem članovima svoje obitelji, dečku, prijateljima i kolegama, na velikoj emocionalnoj i financijskoj podršci koju su mi pružili tijekom studiranja.

Sažetak

Prema Međunarodnom društvu za kontinenciju, inkontinencija se definira kao pritužba na svako nehotimično istjecanje urina. Otprilike sto milijuna starijih ljudi pati od inkontinencije mokraće. Razlog tome je što je ona učestalija porastom životne dobi. U starijoj dobi dolazi do promjena u funkciji stanica, u kontroli središnjega živčanog sustava, hormonalnog balansa i imunološkog odgovora organizma. Starije osobe žele više informacija o kontroli mjehura, a medicinske sestre moraju preuzeti vodeću ulogu u primjeni pristupa promicanju kontinencije i obrazovanju javnosti o zdravlju u svezi urinarne inkontinencije. Medicinske sestre u svim aktivnostima sa starijim odraslim osobama trebaju procijeniti podatke koji se odnose na kontrolu urina, te je također potrebno provoditi sestrinske intervencije koje potiču kontinenciju. Inkontinencija je klasificirana kao prolazna (akutna) ili kronična. Prolazna inkontinencija ima iznenadan početak, prisutna je 6 mjeseci ili manje, a obično je uzrokovana čimbenicima koji se mogu liječiti. Kronična urinarna inkontinencija dijeli se na sljedeće vrste: urgentna, stresna, preljevna, funkcionalna, miješana i refleksna inkontinencija. Stresna, funkcionalna i urgentna su najčešće inkontinencije mokraće koje se javljaju u starijoj životnoj dobi. Osobe koje pate od problema inkontinencije urina potrebno je pomno ispitati, a svaki pacijent se individualno i cjelovito obrađuje. Liječenju urinarne inkontinencije potrebno je pristupiti multidisciplinarno. Ovaj javnozdravstveni problem svakodnevno utječe na kvalitetu života pojedinca, pa je stoga pravodobno i planirano liječenje vrlo važno. Liječenje se može provoditi konzervativnim, kirurškim i medikamentoznim metodama, a sve u cilju smanjenja simptoma i komplikacija, te potpuno izlječenje inkontinencije mokraće. Medicinska sestra je član zdravstvenog tima koji je u stalnom kontaktu s pacijentom. U cjelokupnom procesu izlječenja, sestra je tu da mu pruži psihičku potporu. Osim toga, educira osobu i njegovu obitelj o svim simptomima inkontinencije, mogućim komplikacijama i izlječenju iste. Tijekom procesa zdravstvene njege, utvrđuje potrebu za zdravstvenom njegom, i na temelju toga provodi individualne intervencije koje će pomoći pojedincu u uspostavljanju kontinencije, kontroli inkontinencije i podizanju kvalitete njegova života.

Ključne riječi: inkontinencija urina, zdravstvena njega, medicinska sestra, edukacija.

Summary

According to the International Society for Continence, incontinence is defined as a complaint to any unintentionally urine leakage. Approximately one hundred million older people suffer from urinary incontinence. The reason being that it is more frequent with the increase of age. At an older age there are some changes in cell function, central nervous system control, hormonal balance and immune response of the organism. Elderly people want more information on bladder control, and nurses have to take on the leading role in applying the approach of promoting continence and educating the public about urinary incontinence. Nurses in all activities with older adults need to evaluate urine control data, and it is also necessary to carry out nursing interventions that stimulate continence. Incontinence is classified as acute or chronic. Acute incontinence has a sudden start, is present for 6 months or less, and is usually caused by factors that can be treated. Chronic urinary incontinence may have a sudden or gradual start of the disease and is divided into the following types: urgent, stress, overwhelming, functional, mixed and reflex incontinence. Stressed, functional and urgent are the most common urinary incontinence occurring that in older age. People suffering from urinary incontinence problems need to be thoroughly examined and each patient is treated individually and thoroughly. Multidisciplinary approach is required in the treatment of urinary incontinence. This public health problem has an impact on the quality of life of an individual every day, so timely and planned treatment is very important. Treatment can be performed by conservative, surgical and medication methods, all in order to reduce the symptoms and complications, and completely cure urinary incontinence. The nurse is a member of a health team who is in constant contact with the patient. In the entire healing process, the nurse is there to give him psychic support. In addition, she educates the person and his family about all the symptoms of incontinence, possible complications and healing of the same. In addition, it educates the person and his family about all the symptoms of incontinence, possible complications and healing. During the health care process, she determines the need for health care, and on that basis carries out individual interventions which will help the individual to establish continence, control incontinence, and raise the quality of his life.

Key words: urine incontinence, health care, nurse, education.

Popis korištenih kratica

IU Inkontinencija urina

LUTS Simptomi donjega mokraćnoga sustava

EPICONT Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Anatomija i fiziologija mokraćnog sustava	3
2.1. Normalna funkcija mokraćnog mjehura.....	3
2.2. Fiziologija mokrenja	3
2.3. Patofiziologija poremećaja mokrenja.....	4
2.4. Promjene mokraćnog sustava u starijoj životnoj dobi	4
3. Inkontinencija urina	6
3.1. Etiologija	7
3.2. Epidemiologija	8
3.2.1. Istraživanje „EPINCONT“	8
3.2.2. Istraživanje dr. H. Godfrey	12
4. Vrste inkontinencije urina.....	15
4.1. Stresna ili statička inkontinencija.....	15
4.2. Urgentna inkontinencija	16
4.3. Miješana inkontinencija	16
4.4. Preljevna inkontinencija	16
4.5. Refleksna inkontinencija	17
4.6. Funkcionalna inkontinencija	17
5. Inkontinencija urina u palijativnoj skrbi	18
6. Postavljanje dijagnoze	19
6.1. Obrada pacijenta.....	19
6.2. Dijagnostički postupci.....	20
7. Liječenje inkontinencije urina.....	22
7.1. Konzervativno liječenje.....	22
7.2. Kirurško liječenje	23
7.3. Medikamentozna terapija	23
7.4. Prevencija inkontinencije urina	23
7.4.1. Izvođenje vježbi mišića zdjeličnog dna	24
7.4.2. Redovita tjelesna aktivnost.	24
7.4.3. Kontinuirana edukacija	24
7.4.4. Program prema brošuri SimBex.....	25
7.4.5. Upotreba pomagala umjesto urinarnog katetera	25
7.4.6. Obavljanje redovitih sistematskih pregleda te pranje i higijena	25

8.	Posljedice inkontinencije urina	26
9.	Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina	28
9.1.	Moguće sestrinske dijagnoze	32
9.1.1.	Neupućenost.....	33
9.1.2.	Socijalna izolacija	33
9.1.3.	Anksioznost.....	34
9.1.4.	Strah	35
9.1.5.	Neznanje	35
9.1.6.	Visok rizik za infekciju	36
9.1.7.	Visok rizik za oštećenje integriteta kože	36
9.1.8.	Nesanica	37
9.1.9.	Oslabljena eliminacija urina	37
9.1.10.	Poremećena slika o vlastitome tijelu	38
9.2.	Edukacija i podizanje kvalitete života.....	38
10.	Zaključak.....	40
11.	Literatura.....	42
12.	Popis slika i tablica	44

1. Uvod

Kontinencija označava sposobnost pojedinca da se odupre svojim prirodnim tjelesnim nagonima, kao što je mokrenje, do odgovarajućeg vremena za eliminaciju otpadnih tvari. Kako bi se normalno održavala kontinencija, potrebno je ispuniti dva uvjeta. Prvi je uvjet normalna funkcija središnjega živčanog sustava, a drugi je taj da mokraćni sustav nema anatomskih anomalija. [1]

Organizam mora ukloniti otpadne tvari metabolizma kako bi održao zdrave funkcije. Aktivnost mokraćnog mjehura mijenja se s životnom dobi, a njegova funkcija u kasnijem životu, iako normalno samo malo promijenjena fiziološkim promjenama dobi, može pridonijeti problemima dovoljno ozbiljnim da ometaju sposobnost nastavka neovisnog življenja i mogu ozbiljno ugroziti sposobnost tijela da funkcionira i opstane. Učinci nekontroliranog djelovanja mokraćnog mjehura predstavljaju prijetnju neovisnosti i dobrobiti osobe. [2]

Inkontinencija mokraće jest uobičajeni zdravstveni problem koji može uzrokovati ozbiljne medicinske i socijalne probleme. Prema Međunarodnom društvu za kontinenciju, inkontinencija se definira kao pritužba na svako nehotimično istjecanje urina. Također, navedeno je da se mokraćna inkontinencija mora opisivati navođenjem relevantnih čimbenika kao što je vrsta, učestalost, težina, socijalni utjecaj i utjecaj na kvalitetu života pojedinca. [3, 4]

Inkontinencija urina je zabrinjavajući i zajednički poremećaj koji se javlja među gerijatrijskim pacijentima. Procjenjuje se da će 25 do 35% svih odraslih osoba tijekom svog životnog vijeka barem jednom doživjeti inkontinenciju mokraće. Iako se s dobi inkontinencija linearno povećava u oba spola, epidemiološka istraživanja dovode nas do zaključka da se dva do pet puta češće javlja u žena, nego kod muškaraca. Isto tako, istraživanja koja su ispitivala učinke inkontinencije mokraće na stariju populaciju, pronašla su negativne učinke na fizički, emocionalni i društveni život starijih osoba. Starije osobe sa IU također imaju veći rizik za pad i frakture. [5]

Zabrinjavajući podatak je da čak polovica osoba koje pate od IU nikada ne traže profesionalnu pomoć. Razlog tome je što se često pogrešno vjeruje da je inkontinencija urina normalan dio starenja ili da ne može biti tretirana. No zapravo, s odgovarajućim upravljanjem, većina slučajeva IU u starijih pacijenata može se poboljšati ili čak i izliječiti. [6]

Troškovi skrbi osoba koje pate od UI su vrlo visoki. Osim specifične terapije i čiste posteljine za održavanje udobnosti i higijene, oni zahtijevaju i više sati skrbi u čišćenju. Medicinska sestra svakodnevno vodi brigu o zadovoljenju svih pacijentovih potreba te stoga igra ključnu ulogu u njegovanju institucionaliziranih starijih osoba. [7]

Medicinska sestra je vrlo važan član zdravstvenog tima. Osim što ostvaruje prvi kontakt s bolesnikom, uključena je u njegov cjelokupni plan zdravstvene njege i u svakom trenu zna koje je pacijentovo trenutno stanje, bilo psihičko ili fizičko. Kako provode veliki dio vremena uz pacijente, medicinske sestre znaju prepoznati potrebe za sestriškom skrbi stručnim promatranjem ponašanja i stanja svojih pacijenata.

Kvalitetno pružena sestriška skrb zahtijeva i određene kvalifikacije medicinske sestre. Osim znanja iz područja teorije i prakse, sestra mora biti i emocionalno odlučna i zrela, neovisno o problemima s kojima se svakodnevno susreće. Određene vještine i suosjećanje pridonose bržem formiranju odnosa povjerenja između medicinske sestre i bolesnika. Nakon ostvarenog odnosa povjerenja te utvrđenja rizika za zdravlje, sestre planiraju, provode i ocjenjuju uspješnost sestriške skrbi. Također, u pružanje skrbi potrebno je i uključiti pacijenta i obitelj, te ih pravilno educirati o načinima smanjenja simptoma inkontinencije i liječenju.

Medicinske sestre su stručnjaci u ključnom položaju za primjenu procjene utemeljene na dokazima i intervencije u praksi, a sve u smislu poboljšanja kontinencije i poboljšanja funkcija, neovisnosti i kvalitete života starijih ljudi.

2. Anatomija i fiziologija mokraćnog sustava

Mokraćni sustav čine nekoliko organa, a to su: bubrezi, mokraćni mjehur, mokraćna cijev i mokraćovodi. Glavna funkcija mokraćnog sustava je uklanjanje otpadnih i nepotrebnih tvari iz organizma. Bubrezi stvaraju urin, putem kojeg se eliminiraju štetni produkti iz našeg tijela. Osnovna jedinica bubrega je nefron, koji je građen od glomerula i Bowmanove kapsule. Bubreg se nastavlja na mokraćovod koji ga povezuje sa šupljinom mokraćnog mjehura. Mjehur je organ urinarnoga sustava sa smještajem unutar zdjelice. Služi kao spremnik za pohranjivanje urina. Mikcijom u pravilnim vremenskim razmacima, vrši se eliminacija urina putem mokraćne cijevi izvan našeg organizma. [8]

2.1. Normalna funkcija mokraćnog mjehura

Mokraćni je mjehur šuplji mišićni organ čija je glavna zadaća skupljanje i izbacivanje urina. On se sastoji od dva dijela, tj. od malog trokutastog područja glatke mišićne muskulature kroz koje prolazi mokraćna cijev i mokraćovodi, te od tijela mokraćnog mjehura. Tijelo mokraćnog mjehura čine mišići trigonuma i detruzora. Ovisno o normalnoj fiziologiji te anatomiji mokraćnog i živčanog sustava, osoba ima ili nema sposobnost zadržavanja mokraće. Uz to, potrebna je i psihološka i fizička sposobnost osobe da prepozna potrebu za mokrenjem, ali i situaciju u kojoj je potrebno zadržavati urin. [9]

Normalna funkcija mokraćnog mjehura zahtijeva očuvan, zdrav mozak i leđnu moždinu, sposobnu funkciju donjeg urinarnog trakta, motivaciju za održavanje kontinencije, funkcionalnu sposobnost korištenja WC-a i okruženje koje olakšava proces. Pun mjehur povećava pritisak i signalizira leđnu moždinu i središte mozga da osoba ima potrebu i želju za mokrenjem. Socijalni trening tada izdaje zapovijed da li je potrebno mokrenje ili bi se trebalo odgoditi sve dok ne bude odgovarajuća prilika za traženje toaleta. Međutim, kada sadržaj mjehura dosegne 500 ml ili više, tlak je takav da postaje teže kontrolirati potrebu za ispražnjavanjem. Kako se volumen povećava, pražnjenje mjehura postaje nekontroliran čin. [2]

2.2. Fiziologija mokrenja

Kontrakcije mokraćnog mjehura uzrokuje djelovanje parasimpatikusa te tako nastaje sam čin mokrenja. Prosječno u mjehur dolazi oko 50 cm² urina na sat, a osjećaj punoće mjehura se javlja kada je volumen mokraće oko 400 ml. Do jakog nagona za uriniranjem dovodi volumen mokraće u mokraćnom mjehuru od 400 do 500 ml. Međutim, tlakovi u mokraćnom mjehuru pomažu u zadržavanju mokraće. Kod nižeg je tlaka mokraćna cijev zatvorena te tako onemogućuje

istjecanje urina. Istjecanje urina pri većem tlaku sprečava kontrakcija unutrašnjega sfinktera mokraćne cijevi. Porast abdominalnog tlaka događa se zbog kontrakcija abdominalnih mišića te se to naziva početak mokrenja. Istodobno dolazi do pada tlaka u mokraćnoj cijevi i relaksacije sfinktera. Uretra se skraćuje i širi te zatim dolazi do čina uriniranja. [9]

2.3. Patofiziologija poremećaja mokrenja

Održavanju kontinencije u donjem mokraćnom sustavu pomaže neurološki mehanizam kontrole te čimbenici kao što su zdravo mentalno stanje, mobilnost, spretnost i motivacija. Patogeneza inkontinencije urina u starijoj dobnoj skupini povezana je s promjenama u funkciji mokraćnog mjehura, karakteriziranom povećanom učestalošću neinhibiranih kontrakcija, abnormalnom relaksacijom mišića detruzora, smanjenom kontraktilnosti i smanjenim kapacitetom mokraćnog mjehura. Također dolazi i do učestalosti noćnog mokrenja. Znakovi urgentne inkontinencije se javljaju kada se aktivnost mokraćnog mjehura poveća, a smanjenje aktivnosti dovodi do stresne inkontinencije. Promjene specifične uz spol su povećanje veličine prostate kod muškaraca te uretralno skraćivanje kao i slabost sfinktera kod žena. [9, 10]

2.4. Promjene mokraćnog sustava u starijoj životnoj dobi

Promjene mokraćnog mjehura povezane sa starenjem uključuju smanjenje kapaciteta mjehura, povećanu razdražljivost, kontrakcije tijekom punjenja i nepotpuno pražnjenje. U oko 10% do 20% starijih odraslih osoba, starenje mokraćnog trakta povezano je s povećanom učestalošću prisilnih kontrakcija mokraćnog mjehura. Te promjene mogu dovesti do učestalosti mokrenja, nikturije i većem izlaganju infekcijama. Vrijeme upozorenja između želje za ispražnjavanjem i stvarne potrebe za mokrenjem je skraćeno. U nekim slučajevima povećava se količina preostalog volumena urina od 75 do 100 ml. Prvi pokušaj pražnjenja javlja se na nižem volumenu mokraćnog mjehura (150 do 300 ml), a ukupni kapacitet mjehura smanjuje se na 300 do 600 ml. Promjene u dobi, bolesti, kognitivni poremećaji, poteškoće u hodanju do WC-a te nepravilno rukovanje sa noćnom posudom ili pisoarom mogu utjecati na sposobnost starijih osoba da održe kontinenciju. Lijekovi koji povećavaju proizvodnju urina i sedativi, sredstva za smirenje i hipnotici, koji uzrokuju pospanost, zbunjenost ili ograničenu pokretljivost također dovode do inkontinencije. [2]

Nakon ulaska u menopauzu, kod žena se javlja smanjena razina estrogena te dolazi do promjena na epitelu rodnice. Slične se promjene dešavaju i u epitelnom tkivu uretre. Tkivo stjenke rodnice, uretre i mokraćnoga mjehura se mijenja pa dolazi do simptoma iritacije mokraćnog mjehura. Neki od simptoma jesu nikturija, pečenje, pojačani nagon na mokrenje,

inkontinencija te češća potreba za mokrenjem. Važan faktor je i popuštanje napetosti mišića i slabljenje vezivnog tkiva zdjelice. Starenjem slabi kontraktilnost mišića zdjelice te strukture postaju slabije, a sve to doprinosi nekontroliranom gubitku urina. [9]

3. Inkontinencija urina

Prema Svjetskom udruženju za kontinentnost, inkontinencija mokraće se definira kao svako nevoljno otjecanje mokraće. To je stanje koje se javlja kada pacijent ne može voljno zadržavati mokraću, već ona stalno prolazi kroz mokraćnu cijev, a mjehur ostaje prazan. Osim što smanjuje kvalitetu života osobe koja pati od inkontinencije, isto tako i novčano opterećuje zdravstveni sustav. Češće se javlja u žena nego kod muškaraca, a možemo ju podijeliti na prolaznu (nastaje prilikom naglih promjena u mokraćnom sustavu) i kroničnu (uzrokovana je kroničnim stanjima). [11, 12]

Otprilike sto milijuna starijih ljudi pati od inkontinencije mokraće. Razlog tome je što je ona učestalija porastom životne dobi. U starijoj dobi dolazi do promjena u funkciji stanica, u kontroli središnjega živčanog sustava, hormonalnog balansa i imunološkog odgovora organizma. Zbog tih procesa raste i učestalost inkontinencije mokraće. [9]

Urinarna inkontinencija je stigmatizirano, nedovoljno prijavljeno, nedovoljno dijagnosticirano i netretirano stanje koje se pogrešno smatra dijelom normalnog starenja. Oko polovice osoba s urinarnom inkontinencijom nikada nisu razgovarale o zabrinutosti s njihovim liječnicima primarne skrbi, a samo jedna od osam osoba koja je doživjela probleme kontrole mjehura je dijagnosticirana. U prosjeku, žene čekaju 6,5 godina od prvog doživljaja simptoma dok ne dobiju dijagnozu za probleme s kontrolom mjehura. Pojedinci ne žele tražiti tretman za UI jer im je neugodno govoriti o problemu ili smatraju da je to normalan dio starenja. Možda nisu svjesni da su sada dostupni uspješni tretmani kojima bi konačno stali na kraj svojoj teškoći. Muškarci pa možda neće htjeti prijaviti simptome inkontinencije svom liječniku opće prakse jer smatraju da je to ženska bolest. [2]

Oslabljeno kretanje i biološko propadanje tkiva zajednički uzrokuju inkontinenciju u osoba starije dobi. Broj porođaja kod osoba ženskog spola također dovodi do učestalosti IU. Naime, pri porođaju dolazi do rastezanja i širenja svih struktura zdjelice i stvaranja mikro trauma koje poslije dovode do slabljenja tkiva. [9]

Inkontinencija mokraće je važan, ali zanemareni gerijatrijski sindrom. Zbog visoke prevalencije i kronične prirode, smatra se javnim zdravstvenim problemom. IU je također skup zdravstveni problem s procjenama da se godišnje potroši oko 19,5 milijardi dolara na liječenje inkontinencije urina. [2]

Starije osobe žele više informacija o kontroli mjehura, a medicinske sestre moraju preuzeti vodeću ulogu u primjeni pristupa promicanju kontinencije i obrazovanju javnosti o zdravlju u svezi urinarne inkontinencije. Bez odgovarajuće baze znanja o skrbi o kontinenciji i korištenju smjernica za Praksu utemeljene na dokazima, skrb će se nastaviti sastojati od strategija

ograničavanja, kao što je uporaba jastučića i gaćica, za uspostavljanje inkontinencije pod kontrolu. IU se obično smatra neželjenom, a ne stanjem koji zahtijeva procjenu i liječenje. Medicinske sestre u svim aktivnostima sa starijim odraslim osobama trebaju procijeniti podatke koji se odnose na kontrolu urina te je također potrebno provoditi sestrinske intervencije koje potiču kontinenciju. [2]

3.1. Etiologija

Prema smjernicama Europske urološke asocijacije, čimbenici rizika za nastanak inkontinencije urina jesu starija životna dob, simptomi donjega mokraćnog sustava (LUTS), infekcije urinarnoga sustava, funkcionalna i kognitivna oštećenja, neurološki poremećaji te operacije na prostati. [11]

Kognitivni poremećaji, ograničenja u dnevnim aktivnostima i institucionalizacija povezani su s višim rizikom za nastanak inkontinencije. Moždani udar, dijabetes, pretilost, slabo opće zdravlje i prateće bolesti također su povezani s IU. Trudnoća, porođaj, menopauza i histerektomija su također čimbenici koji doprinose inkontinenciji. Starije osobe s demencijom su pod visokim rizikom za IU. Bolesnici koji borave u bolnici, a boluju od demencije imaju veću vjerojatnost od drugih starijih ljudi da razviju novu inkontinenciju. [2]

Demencija sama po sebi ne uzrokuje urinarnu inkontinenciju, ali utječe na sposobnost osobe da pronade kupaonicu i prepozna potrebu za ispražnjavanjem mokraćnog mjehura. Problemi pokretljivosti i ovisnosti o premještanju su veći čimbenici rizika za inkontinenciju od demencije, što sugerira da osobe s demencijom mogu imati potencijal da ostanu kontinentne sve dok su mobilne. Promicanju kontinencije kod osoba koje boluju od demencije mogu pomoći niz različitih aktivnosti. Neke od njih bile bi laka vidljivost i dostupnost toaleta te pružanje pomoći u kupaonici u različitim vremenskim intervalima. [2]

Uzročnike inkontinencije možemo podijeliti na:

1. uzroke koji dovode do akutne inkontinencije
2. uzroke koji dovode do dugotrajne inkontinencije

Neki od najpoznatijih uzroka akutne inkontinencije su primjerice: prekomjerna tjelesna masa, upale prostate i mokraćnog sustava, trudnoća i nuspojave određenih lijekova. S druge strane, najpoznatiji čimbenici rizika za nastanak dugoročne inkontinencije su: nepravilnosti anatomije mokraćnoga trakta, povećanje prostate, neurološke bolesti, prolaps maternice, ozljede leđne moždine i dr. [9]

3.2. Epidemiologija

IU pogađa milijune odraslih osoba širom svijeta. Od onih koji doživljavaju inkontinenciju urina, njih 75% do 80% su žene, a učestalost se povećava s dobi. Dvadeset pet posto mladih žena, 44% do 57% žena srednje životne dobi i žena u postmenopauzi te 75% starijih žena u domovima za njegu iskusilo je neki oblik nekontroliranog gubitka urina. [2]

U nastavku će biti prikazana i objašnjena dva istraživanja:

- istraživanje „EPICONT“
- istraživanje dr. H. Godfrey, A. Hogg, D. Rigby i A. Long

Istraživanja će dati uvid o zastupljenosti određenog tipa inkontinencije ovisno o dobnim skupinama, te negativnim učincima inkontinencije na život pojedinca.

3.2.1. Istraživanje „EPINCONT“

Istraživanje EPINCONT (*eng.* Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag) provedeno je s ciljem utvrđivanja učestalosti gubitka mokraće kod neselektirane ženske populacije u Norveškoj. U istraživanju su sudjelovale osobe ženskog spola starije od 20 godina, a provedeno je na skupu od 27.936 ispitanika. Podaci su prikupljeni temeljem anketnog upitnika koji se sastojao od sljedećih 8 pitanja i mogućih odgovora, vidljivih u tablici 3.2.1.1. [13]

Pitanje	Mogući odgovori
Imate li nekontrolirani gubitak mokraće?	Da Ne
Koliko često imate nekontrolirani gubitak mokraće?	Manje od jedan puta na mjesec Jedan ili više puta na mjesec Jedan ili više puta na tjedan Svaki dan i/ili noć
Koliko urina vam pritom iscuri?	Nekoliko kapi Male količine Velike količine
Imate li nekontrolirani gubitak urina prilikom kašljanja, kihanja, smijanja ili podizanja težih predmeta?	Da Ne

Da li vam mokraća nekontrolirano u trenucima kada to želite izbjeći?	Da Ne
Koliko godina već imate nekontrolirano istjecanje mokraće?	0 - 5 godina 5 - 10 godina 10 ili više godina
Jeste li se konzultirali sa doktorom u vezi nekontroliranih gubitaka mokraće?	Da Ne
Kako doživljavate taj svoj problem?	To mi ne predstavlja problem Malo mi smeta Gnjavi me Jako me gnjavi To mi predstavlja jako veliki problem

Tablica 3.2.1.1. Anketni upitnik temeljem kojeg je vršeno istraživanje

Izvor: Y. S. Hannestad, G. Rortveit, H. Sandvik, S. Hunskaar: A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence - The Norwegian EPINCONT Study, Bergen, University of Bergen, 2000.

Sudionici istraživanja bile su različite dobne skupine ljudi, kao što je prikazano na tablici 3.2.1.2.

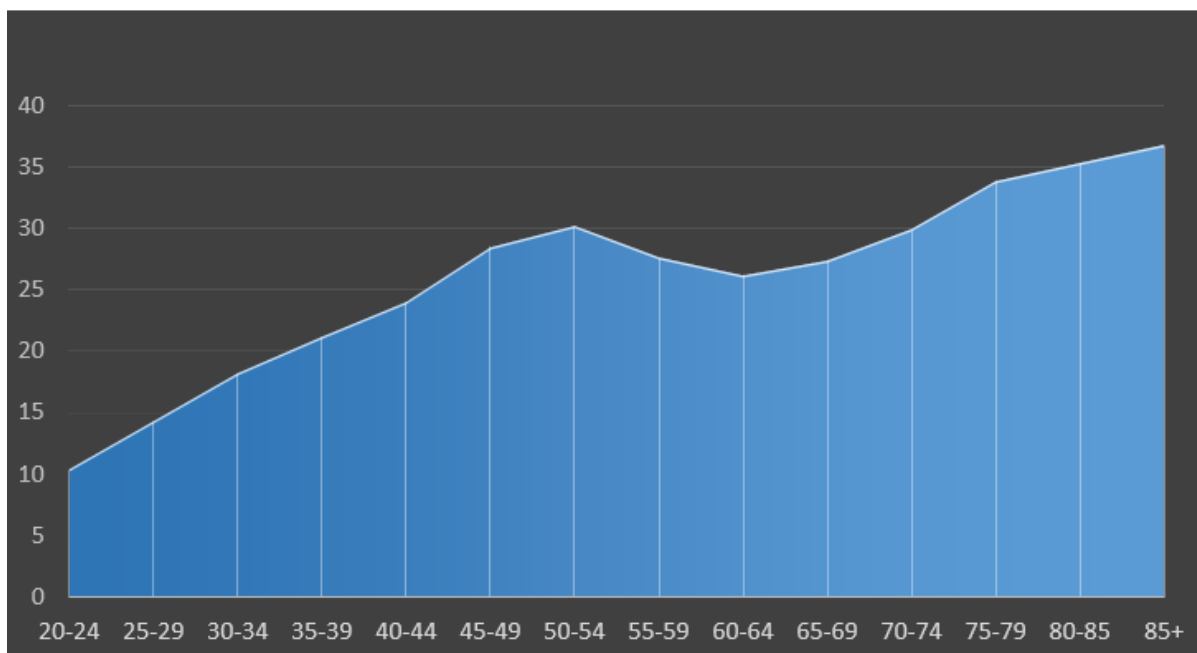
Dobna skupina (godine)	Broj ispitanika	Postotak (%)
20-29	3990	14,28
30-39	5217	18,67
40-49	5909	21,15
50-59	4816	17,24
60-69	3685	13,19
70-79	3210	11,49
80-89	1044	3,74
90+	65	0,23
Ukupno	27.936	100

Tablica 3.2.1.2 Sudionici istraživanja prema dobnim skupinama

Izvor: Y. S. Hannestad, G. Rortveit, H. Sandvik, S. Hunskaar: A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence - The Norwegian EPINCONT Study, Bergen, 2000.

Iz navedene tablice vidljivo je kako je najviše ispitanika bilo u dobi od 40 – 49 godina. No, bitno je i naglasiti kako je u istraživanju sudjelovao veliki broj ispitanika starijih od 50 godina, točnije 12.820 od ukupnih 27.936. Stoga ovo istraživanje ima veliki značaj prilikom analize kojom se nastoji doći do određenih zaključaka koji se tiču inkontinencije kod starijih osoba.

Temeljem anketnog upitnika dobiveni su rezultati prikazani grafikonom 3.2.1.1., iz kojeg je vidljivo u kojoj mjeri su pripadnici određene dobne skupine bolovali od određenog stupnja inkontinencije. [13]



Slika 3.2.1.1. Postotak ispitanika oboljelih od inkontinencije ovisno o dobnom rang

Izvor: Y. S. Hannestad, G. Rortveit, H. Sandvik, S. Hunnskaar: A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence - The Norwegian EPINCONT Study, Bergen, 2000.

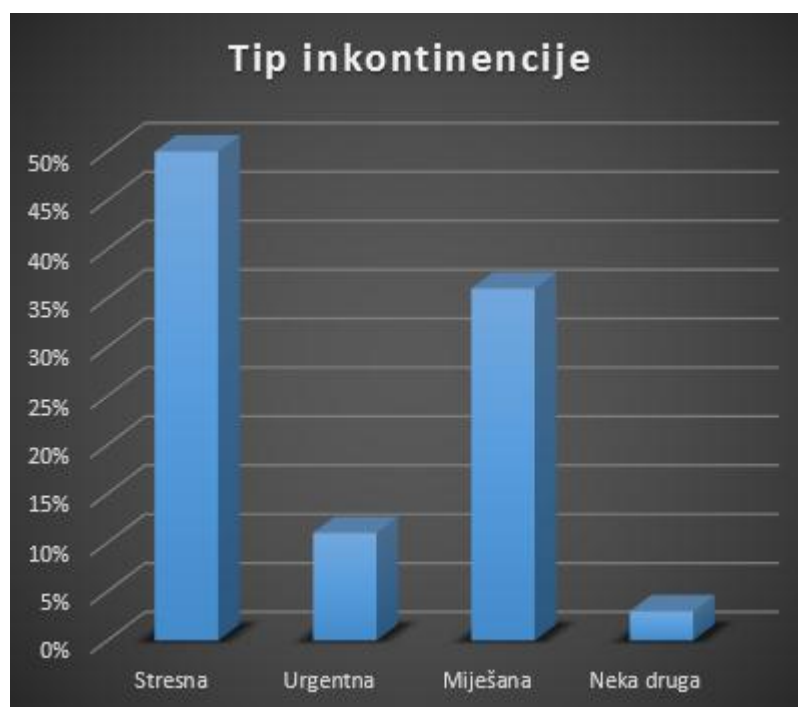
Iz grafikona je vidljivo kako je najveći broj ispitanika bolovao od inkontinencije u dobnom rang od 75 i više godina, a vrhunac je postignut kod najstarijih osoba – osoba starijih od 85 godina. Kod ispitanika starijih od 75 godina, postotak koji boluje od inkontinencije iznosio je oko 35%. [13]

S druge strane, najmanje osoba oboljelih od inkontinencije bilo je u dobnom rang od 20-40 godina, odnosno kod osoba mlađe životne dobi. Dakle, ispitanika oboljelih od inkontinencije u dobi od 20 - 40 godina bilo je oko 10 - 20%. Rezultati anketnog upitnika vidljivi su u tablici 3.2.1.3.

Čimbenik	Mogući odgovor	Rezultat (%)
Količina gubitka mokraće	Male količine	57%
	Veće količine	43%
Učestalost mokrenja	Manje od jedan puta na mjesec	17%
	Jedan ili više puta na mjesec	38%
	Jedan ili više puta na tjedan	25%
	Svaki dan i/ili noć	20%
Tip inkontinencije	Stresna	50%
	Urgentna	11%
	Miješana	36%
	Neka druga	3%
Trajanje inkontinencije	0 - 5 godina	66%
	5 - 10 godina	20%
	10 ili više godina	14%
Utjecaj inkontinencije	Ne predstavlja problem	20%
	Mala smetnja	46%
	Gnjavi	24%
	Jako gnjavi	6%
	Predstavlja veliki problem	4%
Konzultacija s doktorom	Da	26%
	Ne	74%

Tablica 3.2.1.3. Rezultati upitnika temeljem kojeg je vršeno istraživanje

Izvor: Y. S. Hannestad, G. Rortveit, H. Sandvik, S. Hunskaar: A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence - The Norwegian EPINCONT Study, Bergen, 2000.



Slika 3.2.1.2. Zastupljenost tipova inkontinencije kod osoba starije životne dobi

Izvor: Y. S. Hannestad, G. Rortveit, H. Sandvik, S. Hunskaar: A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence - The Norwegian EPINCONT Study, Bergen, 2000.

Iz navedenih rezultata, prema slici 3.2.1.2., može se potvrditi teza ovog rada kako je stresni tip inkontinencije najzastupljeniji kod osoba starije životne dobi.

Rezultati istraživanja potvrđuju tezu o povećanju rizika od inkontinencije kod osoba starije životne dobi, te o zastupljenosti stresne inkontinencije kao najčešćeg tipa kod osoba starije životne dobi.

3.2.2. Istraživanje dr. H. Godfrey

U istraživanju koje su proveli dr. H. Godfrey, A. Hogg, D. Rigby i A. Long, bilo je ispitano ukupno 20 starijih osoba u dobi između 65 i 87 godina koje pate od inkontinencije. Cilj ovog istraživanja bio je otkriti postoji li poveznica između inkontinencije kod starijih osoba te njihove socijalne izolacije. [14]

Uzorak ispitanika činilo je 15 starijih osoba ženskog i 5 starijih osoba muškog spola - pripadnika različitih socio-ekonomskih grupa, te različitih urbanih i ruralnih područja Bristola i Sjevernog Somerseta u Velikoj Britaniji. Kriterij istraživanja bio je sljedeći:

- osoba je morala biti starija od 64 godine (65 ili više)

- osoba je morala bolovati od jednog od sljedećih tipova inkontinencije:
 - urinarna inkontinencija
 - fekalna inkontinencija
 - kombinirani tip: urinarna i fekalna
- osoba je morala biti sposobna i voljna komunicirati, te razmijeniti svoje iskustvo s vršiteljem istraživanja [14]

Iz tablice 3.2.2.1. vidljiva je struktura uzorka, ovisno o spolu, dobnom rangu i tipu inkontinencije.

	Muška rci	Žene	Ukupno	Dobni rang (godine)
Urinarna inkontinencija	4	12	16	66-87
Fekalna inkontinencija	1	1	2	73-86
Kombinirana urinarna i fekalna inkontinencija	0	2	2	65-67
Ukupno	5	16	20	65-87

Tablica 3.2.2.1. Uzorak ispitanika

Izvor: H. Godfrey, A. Hogg, D. Rigby, A. Long: Incontinence and Older People - Is there a link to social isolation?, London, 2007.

Istraživanje se provodilo temeljem detaljnih intervjua koji su trajali između 45 i 90 minuta, a ispitanicima su bila postavljena pitanja o tome kako inkontinencija utječe na njihov život. Također, ispitanici su 3 dana vodili dnevnik o svojim osjećajima, interakcijama s drugim osobama, aktivnostima i sl.

Rezultati istraživanja pokazali su neke od sljedećih negativnih učinaka inkontinencije na svakodnevni život starijih osoba:

- konstantna zabrinutost i oprez
- osjećaj da im inkontinencija preuzima kontrolu nad životom
- osjećaj „poraženosti“ od strane bolesti
- neugoda
- ometanje normalnog i ugodnog sna
- financijski trošak
- nemogućnost normalnog korištenja javnog prijevoza

- smanjeni opseg fizičkih aktivnosti
- smanjeni opseg socijalne aktivnosti [14]

Studija je pokazala da inkontinencija ima generalno negativan utjecaj na život starijih osoba te da postoji poveznica sa njihovom socijalnom aktivnošću. Kod ispitanika koji žive s nekim od članova obitelji ili prijateljima, ta je poveznica manje izražena nego kod ispitanika koji žive sami. Dakle, kod starijih osoba koje žive same, inkontinencija još više smanjuje socijalnu aktivnost te negativno utječe na njihovo psihološko stanje.

Iz studije je zaključeno da je, kako bi se starijim osobama s inkontinencijom pomoglo, važno osigurati sljedeće:

- osigurati im financijsku potporu
- omogućiti im veću kvalitetu i dostupnost WC-objekata
- povećati stupanj javne svijesti o inkontinenciji
- povećati kvalitetu profesionalne podrške
- osigurati im kvalitetu i dostupnost informacija o inkontinenciji
- omogućiti im više mogućnosti transporta prilagođenog njihovim potrebama [14]

4. Vrste inkontinencije urina

Inkontinencija je klasificirana kao prolazna (akutna) ili kronična. Prolazna inkontinencija ima iznenadan početak, prisutna je 6 mjeseci ili manje, a obično je uzrokovana čimbenicima koji se mogu liječiti. Neki od tih faktora su: infekcije mokraćnog sustava, delirij, zatvor i zastoj stolice te povećana proizvodnja urina uzrokovana metaboličkim stanjima. Korištenje lijekova kao što su diuretici, antikolinergična sredstva, antidepresivi, sedativi, hipnotici, blokatori kalcijevih kanala i adrenergički agonisti i blokatori također mogu dovesti do prolaznih IU.

Kronična urinarna inkontinencija može imati iznenadni ili postupni početak bolesti, a dijeli se na sljedeće vrste: urgentna, stresna, preljevna, funkcionalna, miješana i refleksna inkontinencija. Najčešće vrste koje se javljaju u starijoj životnoj dobi su urgentna, stresna i funkcionalna inkontinencija mokraće. [2]

4.1. Stresna ili statička inkontinencija

Anatomska ili stresna inkontinencija obično se pojavljuje kod osoba starije životne dobi. Češće se javlja kod žena koje su više puta rodile, nego kod nerotkinja i mlađih žena. Uzrok je slabost tonusa mišića dna zdjelice i hiper mobilnost vezikouretralnog segmenta. Gubitak urina javlja se kod povišenoga intraabdominalnog tlaka, a ono nastaje prilikom smijanja, kašljanja, kihanja, skakanja i naprezanja. [12, 15]

Predisponirajući čimbenici za žene uključuju trudnoću, pretilost, pušenje, smanjenu razinu estrogena povezanu s menopauzom i operacije koje uključuju donji dio trbuha. Muškarci mogu razviti stresnu inkontinenciju nakon kirurškog liječenja zbog benigne hiperplazije prostate ili raka prostate. Ti čimbenici doprinose smanjenju tonusa mišića na uretrovezijijskom spoju. Kada su mišići trbuha i prsnog koša slabi, oni više ne pružaju podršku za mokraćni sfinkter, a on ne može više stiskati s povećanim tlakom abdomena. Količina izgubljenog urina može varirati od nekoliko kapi do 100 ml ili više. Bez obzira na količinu urina koji je izgubljen tijekom epizode stresne inkontinencije, osoba ipak može doživjeti nelagodu i promjenu u poimanju vlastitog tijela. Kao rezultat toga osoba može smanjiti socijalne interakcije i fizičke aktivnosti kako bi se smanjili rizici od inkontinencije koji se javljaju u javnim situacijama. [16]

U žena starijih od 75 godina, stresnu inkontinenciju ima oko 20% bolesnica. Prvi korak u postavljanju dijagnoze je procjena fizičkog stanja pacijenta, koja se sastoji od ginekološkog, rektalnog i abdominalnog pregleda. Bolesniku se može savjetovati vođenje dnevnika mokrenja. U njemu se kroz tjedan dana zapisuje učestalost mokrenja tijekom dana i noći i broj epizoda inkontinencije, a cilj je uočavanje nepravilnosti u aktivnostima pacijenta. Jednostavnim

promjenama navika pacijenta, može se smanjiti broj nekontroliranih mokrenja, a kod nekih osoba čak i zaustaviti.

Ovisno o broju i intenzitetu simptoma, planira se liječenje inkontinencije. Glavni oblici liječenja su: medikamentozna terapija, kirurško liječenje, bihevioralna terapija te fizikalna terapija kojom pojačavamo mišiće zdjelice. [9]

4.2. Urgentna inkontinencija

Urgentna inkontinencija (prekomjerna aktivnost mjehura) definira se kao neželjeni gubitak urina koji se javlja ubrzo nakon što se osjeća hitna potreba za ispražnjavanjem. Njegove karakteristike uključuju gubitak urina u umjerenim do velikim količinama prije nego što se dođe do toaleta i nemogućnost suzbijanja potrebe za mokrenjem. Urgentna inkontinencija je jedan od najčešćih vrsta urinarne inkontinencije kod starijih odraslih osoba. Obilježena je pojačanom aktivnošću detruzora, a anatomija uretre i baze mokraćnog mjehura je očuvana. [12, 2]

Čimbenici rizika koji dovode do urgentne inkontinencije su: infekcije mokraćnog mjehura, pretjerana konzumacija alkohola i napitaka sa kofeinom, režim liječenja, atrofični vaginitis te hiperaktivnost detruzora. [16]

Simptomi koji se javljaju su: nagla i jaka potreba za mokrenjem (žurnost), učestalo mokrenje danju i noću te nehotimično istjecanje urina. Kao i kod stresne inkontinencije, fizikalni pregled počinje abdominalnim i rektalnim pregledom. Kod nekih slučajeva je potrebno obaviti i ginekološki i urološki pregled. Liječenje se može provoditi na više načina, a izbor ovisi o broju i učestalosti smetnji koje se javljaju kod pacijenta, te o utjecaju simptoma na kakvoću života. [9]

4.3. Miješana inkontinencija

Mješovita inkontinencija je kombinacija više od jedne urinarne inkontinencije, obično stresne i urgentne. Miješana IU je najčešći tip kod žena. Urin najčešće pacijentima bježi pri naporu, a osim inkontinencije, dolazi i do učestale nagle potrebe za mokrenjem. Na početku liječenja je najvažnije procijeniti o kojem je tipu inkontinencije riječ, jer o tome ovisi daljnji pristup liječenja. Ako je riječ o stresnoj inkontinenciji, važno je isključiti urgentnu, i obrnuto. Ne otkrije li se pravi tip inkontinencije od koje pacijent boluje, on će i dalje imati probleme s bježanjem urina. [2, 9]

4.4. Preljevna inkontinencija

Preljevna inkontinencija se javlja kada se mjehur ne prazni normalno i dolazi do čestog i gotovo konstantnog gubitka urina (kapanje). Ostali simptomi uključuju neodlučnost u početku mokrenja, usporeni tok mokraće, prolaz rijetkih ili malih količina mokraće i osjećaj nepotpunog pražnjenja mokraćnog mjehura. Osobe s dijabetesom i stariji muškarci s povećanom prostatom imaju veći rizik za ovu vrstu IU. Blokatori kalcijevog kanala, antikolinergici i adrenergički blokatori također pridonose simptomima. [2]

4.5. Refleksna inkontinencija

Refleksna inkontinencija nastaje zbog poremećenog rada središnjega živčanoga sustava. Također, može se javiti i kod Alzheimerove i Parkinsonove bolesti, te kod bolesti i ozljeda kralježnice. Dolazi do pojačane osjetljivosti i aktivnosti mišića mjehura. Nakon što se volumen mjehura napuni do 150 ml, on se kontrahira pa dolazi do refleksnog uriniranja. [9]

4.6. Funkcionalna inkontinencija

Funkcionalna inkontinencija odnosi se na situaciju u kojoj je donji urinarni trakt zdrav, ali pojedinac ne može doći do toaleta zbog ekoloških barijera, fizičkih ograničenja ili ozbiljnih kognitivnih poremećaja. Pojedinci mogu ovisiti o tuđoj pomoći u toaletu, ali osim inkontinencije, nemaju ostale genitourinarne probleme. Starije odrasle osobe koje su institucionalizirane imaju veće stope funkcionalne inkontinencije. Funkcionalna inkontinencija se također može pojaviti u prisutnosti drugih tipova IU. [2]

Osoba koja ima funkcionalnu urinarnu inkontinenciju ima normalnu funkciju neuroloških mehanizama kontrole uriniranja, a mjehur je u stanju ispuniti i pohraniti urin na odgovarajući način. Također, osoba je u stanju prepoznati potrebu za mokrenjem. Ova vrsta inkontinencije javlja se češće kod starijih osoba koji imaju ograničenje u kretanju, a osobe s artritism ruku isto tako mogu imati poteškoća. Zajednički povezani čimbenici koji dovode do inkontinencije su: promjene u čimbenicima okoliša, neuromuskularna oštećenja te promjene u kognitivnoj funkciji. Simptomi koji se javljaju su: osjećaj stalne i pojačane potrebe za mokrenjem, IU u rano jutro ili tijekom noći, potpuno prazan mjehur te mokrenje prije dolaska u toalet. [16]

5. Inkontinencija urina u palijativnoj skrbi

Suočavanje s neizlječivom bolešću za pacijente je veoma stresno i teško, a mi zdravstveni djelatnici pokušavamo im olakšati taj proces. Iako se stalno vodi računa o simptomima palijativnih bolesnika, ipak se zaboravlja na inkontinenciju, koja je također jako neugodna za pacijenta. Osim izrazitoga gubitka kvalitete života, pacijent s IU mnogo je izloženiji nastanku brojnih komplikacija vezanih uz smanjenu pokretljivost. No ipak, problem IU se može riješiti, a njemu je potrebno pristupiti individualno te prema potrebama i mogućnostima pacijenta i njegove okoline. [15]

Jedan od najneugodnijih simptoma za pacijenta jest inkontinencija urina. Ona ima utjecaj na sve aspekte njegova života: tjelesne, psihičke, društvene i seksualne. Nakon određenog vremena, može doći do pogoršanja pa se osobe znaju izolirati od bližnjih jer pokušavaju sami održavati svoju higijenu. Razlog tome je strah od gubitka dostojanstva na javnome mjestu. Stoga je kvalitetna anamneza prijeko potrebna i može pokazati da je uzrok problema oslabljeno kretanje koje ih sprječava da na vrijeme stignu do toaleta.

Najčešće inkontinencije urina koje se javljaju kod palijativnih pacijenta su:

- potpuna urinarna inkontinencija
- neurološka inkontinencija
- preljevna inkontinencija
- urgentna inkontinencija
- stresna inkontinencija [15]

6. Postavljanje dijagnoze

Postavljanje konačne dijagnoze urinarne inkontinencije, vrši se nakon obrade pacijenta i provedbe određenih pretraga.

6.1. Obrada pacijenta

Bolesnike s inkontinencijom treba uputiti liječniku specijaliziranom za ovo područje. Moguće ih je poslati urologu, koji je specijaliziran za mokraćni sustav. Uz to, obiteljski liječnici i internisti kod pacijenata gledaju na sve vrste pritužba, te su dobro osposobljeni za dijagnozu i liječenje ovog zajedničkog problema. Ovi stručnjaci za primarnu njegu mogu uputiti pacijente da odu kod stručnjaka za urologiju, ako je potrebno. [17]

Osobe koje pate od problema inkontinencije urina potrebno je pomno ispitati, a svaki pacijent se individualno i cjelovito obrađuje. Od pacijenta se uzima anamneza te se procjenjuje njegov status. Tijekom pregleda ispitujemo kada je došlo do pojave prvih simptoma, težinu i trajanje inkontinencije te da li simptomi utječu na druge sustave u organizmu. Potrebno je naglasiti pacijentu da svi podaci koje nam da, mogu pomoći u bržem dijagnosticiranju vrste IU od koje pati. Osim utjecaja na kakvoću života i seksualnu funkciju, ispitujemo i dosadašnje provedeno konzervativno ili kirurško liječenje, lijekove, socijalnu anamnezu te očekivanje pacijenta od procesa liječenja. [11]

Zatim slijedi fizikalni pregled. On se sastoji od obrade općeg statusa, abdomena i zdjelice, zatim slijedi procjena BMI-a i mobilnosti osobe, a na kraju neurološki pregled. Bilo bi dobro preporučiti pacijentu vođenje dnevnika mokrenja, kojim se dolazi do informacija o volumenu urina koji je izmokren, epizodama inkontinencije, frekvenciji mokrenja te informacije o noćnom mokrenju. [11]

Nakon prvobitne obrade statusa bolesnika, slijede laboratorijske, kliničke i radiološke pretrage. Jedna od najjednostavnijih metoda pri analizi bolesnika s inkontinencijom urina je ispitivanje samoga akta mokrenja. Kod ispitivanja se mjeri težina izmokrenoga urina u odnosu prema dužini vremena mokrenja. [1]

6.2. Dijagnostički postupci

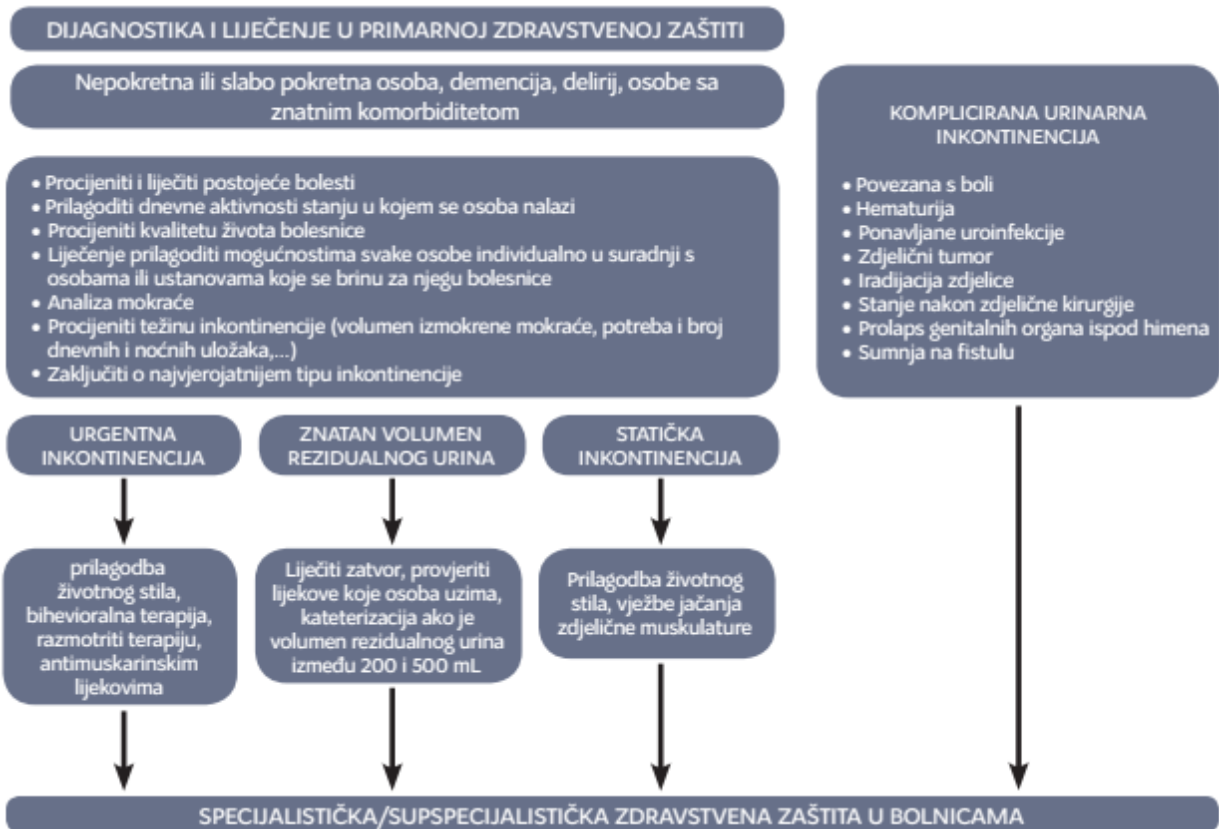
Dijagnostičkim pretragama se dobiva uvid o vrsti inkontinencije od koje osoba pati. To nam pomaže u izboru strategije liječenja kojom bi uklonili uzroke, simptome i komplikacije inkontinencije urina.

Pretrage kojima se može postaviti dijagnoza inkontinencije urina su:

- sediment urina ili urinokultura - radi isključivanja upale mokraćnog trakta
- mjerenje ostatnog urina u mokraćnom mjehuru nakon mokrenja
- stresni test (Bonneyev test) - pacijent se opušta, a zatim snažno kašlja dok liječnik promatra gubitak urina
- test pelenom ili uloškom - mjeri se težina pomagala prije i nakon nošenja
- ultrazvuk trbušnih organa, bubrega, mokraćnoga mjehura, a u muškaraca i prostate
- infuzijska urografija
- cistoskopija - tanka cijev s sitnom kamerom umetnuta je u uretru i koristi se za pregled unutarnje strane mokraćnog mjehura i mokraćnog mjehura
- urodinamske pretrage - mjerenje tlakova u mokraćnom traktu i protoka kroz mokraćnu cijev
- elektromijelografija - mjerenje mišićne aktivnosti
- analiza krvi – ispitivanje tvari koje se odnose na uzroke inkontinencije [9, 17]

Hrvatsko društvo za ginekološku urologiju Hrvatskoga liječničkog zbora izdalo je 2013. godine smjernice za dijagnostiku i liječenje urinarne inkontinencije u žena. Glavni je cilj tih smjernica standardizirati dijagnostičke i terapijske postupke za inkontinenciju mokraće, a koje su prilagođene uvjetima i potrebama hrvatskoga zdravstvenog sustava. [18]

Slika 6.2.1. prikazuje algoritam za dijagnostiku i liječenje urinarne inkontinencije kod starijih žena u posebnim stanjima i s posebnim potrebama: [19]



Slika 6.2.1. Algoritam za dijagnostiku i liječenje urinarne inkontinencije kod starijih žena u posebnim stanjima i s posebnim potrebama

Izvor: S. Orešković, M. Pavić: *Urinarna inkontinencija kod žena i smjernice za liječenje*, Zagreb, 2015.

7. Liječenje inkontinencije urina

Liječenju urinarne inkontinencije potrebno je pristupiti multidisciplinarno. Ovaj javnozdravstveni problem svakodnevno utječe na kvalitetu života pojedinca, pa je stoga pravodobno i planirano liječenje vrlo važno. Liječenje se može provoditi konzervativnim, kirurškim i medikamentoznim metodama, a sve u cilju smanjenja simptoma i komplikacija, te potpuno izlječenje inkontinencije mokraće.

7.1. Konzervativno liječenje

U liječenju inkontinencije, najvažnije je započeti sa konzervativnom terapijom. Pacijenta je potrebno educirati o promjeni životnih navika, prestanku pušenja, zdravoj prehrani te o smanjenju unosa kofeina i alkohola. Konzervativno liječenje uključuje: higijensko-dijetetske mjere, vježbe jačanja mišića zdjelice, biofeedback, bihevioralnu terapiju i elektrostimulaciju. [20]

Vježbe za jačanje mišića dna zdjelice nazivaju se i Kegelove vježbe. Ciljani mišić za jačanje je pubokokcigenalni mišić, koji čini podršku za zdjelicu te okružuje vaginu, mokraćnu cijev i rektum. Cilj ponavljajućih kontrakcija je jačanje mišića i smanjenje epizoda inkontinencije urina. Ove vježbe se preporučuju za stresnu i miješanu IU kod starijih žena. [2]

Osnovne preporuke za Kegelove vježbe su isprazniti mjehur do kraja te nakon toga napeti mišiće zdjelice i držati 10 sekunda. Zatim slijedi opuštanje mišića 10 sekundi. Vježbu je potrebno ponoviti minimalno deset puta, tri puta na dan, a da bi došlo do poboljšanja simptoma, važno je vježbati kontinuirano barem tri mjeseca. [9]

Funkcionalna elektrostimulacija je metoda stimulacije aferentnog dijela pudendalnog refleksnog luka. Ovo se metodom postiže kontraktilnost mišića dna zdjelice te relaksacija detruzora mokraćnog mjehura. Na taj način se tonus mišića pojačava, a najčešće se koristi u liječenju stresne i urgentne IU. [21]

Trening se provodi kroz određivanje vremena uriniranja, a pacijent za to vrijeme vodi dnevnik mokrenja. Svakih 60 do 90 minuta se mokri, a s vremenom se vrijeme svakog sljedećeg mokrenja povećava. Isto tako, prilikom nagloga nagona na mokrenje, nekoliko minuta se čeka, te se tek tada ispražnjuje mokraćni mjehur. Ovom se metodom izbjegava IU jer se mokraćni mjehur nakon nekoliko minuta relaksira. Neke od prednosti koje nam pruža trening mokraćnog mjehura su: pojačana prokrvljenost mokraćnog i spolnog sustava, prevencija prolapsa, povećani tonus rodnice, nagon te broj uriniranja se smanjuju, a kontrola mjehura je poboljšana. [9]

Bihevioralna terapija se sastoji od posebnih uputa pacijentu koje pomažu kod izlječenja inkontinencije urina. Upute savjetuju izbjegavanje napitaka koji sadrže kofein i veću količinu

šećera te izbjegavanje uzimanja alkoholnih pripravaka. Ako dođe do noćnog mokrenja, preporučuje se smanjenje unosa tekućine tijekom poslijepodneva i večeri, a veći dio unesti tijekom dana i jutra. Osim uputa, može se primijeniti i biofeedback tehnika liječenja. Ova metoda signalizira bolesnika o nevoljnim kontrakcijama detruzora, bilo zvučno, vizualno ili taktilno. Na taj se način pacijent potiče na opuštanje mišića kako bi se nevoljne kontrakcije smanjile. [18]

7.2. Kirurško liječenje

O kirurškom liječenju valja razmisliti tek nakon detaljnog i sveobuhvatnog razgovora s bolesnikom o liječenju IU konzervativnim putem. U slučaju da se isključe konzervativne metode, tek tada se provodi kirurško liječenje, koje je individualno za svakog pacijenta. Prije provođenja kirurške terapije, potrebno je upozoriti pacijente o svim komplikacijama koje mogu nastati. Prije odluke o vrsti kirurške terapije, treba uzeti u obzir i faktore rizika kao što su: starost bolesnika, tjelesna masa, eventualne prethodne operacije genitalnog prolapsa i/ili inkontinencije mokraće. [22]

Kirurški postupci koji se mogu provesti su: liječenje kolagenskim injekcijama, prednja vaginalna plastika, suspenzija vrata mokraćnoga mjehura iglom, retropubična suspenzija, umjetni sfinkter. [9].

7.3. Medikamentozna terapija

Primjena lijekova pomaže kod srednje izražene inkontinencije mokraće. Najčešća je primjena alfa-adrenergičkih agonista koji jačaju sfinkter uretre. Najbolje rezultate pokazuju kada se daju u kombinaciji s estrogenima. Manjak estrogena u postmenopauzi važan je faktor rizika za nastanak urogenitalnih promjena te inkontinencija urina. Iz tog se razloga daju lokalni pripravci estrogena. Osim u liječenju početne stresne IU, daju se i prije kirurškog zahvata za poboljšanje vitalnosti vaginalne sluznice žena u postmenopauzi. Osim estrogena, mogu se davati i antikolinergici, spazmolitici i triciklički antidepresivi. [9, 23]

7.4. Prevencija inkontinencije urina

Kako bi se inkontinencija uspješno spriječila, pravovremeno liječila, a njezine posljedice ublažile, potrebno je provoditi ciljane preventivne zdravstvene mjere.

Neke od njih tako su:

- izvođenje vježbi mišića zdjeličnog dna

- redovita tjelesna aktivnost
- kontinuirana edukacija
- izvođenje vježbi iz programa prema brošuri SimBex
- upotreba pomagala umjesto urinarnog katetera
- obavljanje redovitih sistematskih pregleda, pranje i higijena [9]

7.4.1. Izvođenje vježbi mišića zdjeličnog dna

Važno mjesto u prevenciji i liječenju inkontinencije svakako su vježbe mišića zdjeličnog dna. Ukoliko se navedene vježbe redovito primjenjuju, u relativno kratkom vremenu može se ojačati mišić zdjeličnog dna i time spriječiti nevoljno istjecanje mokraće. Zanimljiv je podatak kako je preventivnim zdravstvenim mjerama - i to u najvećoj mjeri vježbama za jačanje mišića zdjelice - u Sveučilišnoj klinici u Innsbrucku u posljednjih deset godina uporaba urinarnih katetera smanjena je s 30% na 6%. [9]

7.4.2. Redovita tjelesna aktivnost

Redovita tjelesna aktivnost ima niz pozitivnih učinaka na liječenje inkontinencije. Kako su žene višerotkinje ciljna rizična skupina s učestalijom pojavom urinarne inkontinencije u ranijoj starosti, izrazito je bitno podučavati ih o pravilnoj prevenciji inkontinencije na razini primarne zdravstvene zaštite. Redovita tjelesna aktivnost može pridonijeti mnogim pozitivnim promjenama na život i boljoj funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba, sve s ciljem očuvanja njihove fizičke pokretljivosti u srednjoj i u dubokoj starosti. Bitno je naglasiti kako je svaka osoba bez obzira na kronološku dob, sposobna za određenu vrstu tjelesne aktivnosti. Starost stoga ne predstavlja otežavajuću okolnost za vježbanje i nikako ne bi smjela biti izostavljena. [9]

7.4.3. Kontinuirana edukacija

Kontinuirana edukacija nužna je kako bi se ublažile posljedice inkontinencije. S ciljem pružanja što bolje i kvalitetnije zdravstvene skrbi osobama s inkontinencijom, bitno je što kvalitetnije provoditi kontinuiranu edukaciju stručnjaka, ali i edukaciju opće populacije na tom području. [9]

7.4.4. Program prema brošuri SimBex

Zaklada SimBex izdala je brošuru “Vježbe pri prevenciji i liječenju inkontinencije”. Navedena brošura sadrži detaljno slikovno prikazane vježbe za jačanje muskulature dna zdjelice, a svaka vježba je i detaljno opisana. Učinkovita mjera koja pomaže u liječenju stresne inkontinencije jest navedeni program vježbi jer zauzima važno mjesto u rehabilitaciji mišića i vezivnog tkiva zdjelice dna. [9]

7.4.5. Upotreba pomagala umjesto urinarnog katetera

Kako urinarni kateter ne predstavlja instrument za tretiranje inkontinencije, za to postoje određena pomagala. Neka pomagala koje se koriste su: uretralni umetci, pesari, ulošci i pelene, ulošci za inkontinenciju, muške pelene (hvatači kapljica), pelene za inkontinenciju, pelene-gačice za inkontinenciju, bolesnička prostirka te sirovine (flizelin). Pomagala su oblikovana proporcionalno tjelesnoj veličini te ovisno o stupnju inkontinencije. [9]

7.4.6. Obavljanje redovitih sistematskih pregleda te pranje i higijena

Osobe s inkontinencijom osobitu pažnju moraju posvetiti higijeni pri pranju. Pranje je često nužno ponavljati i nekoliko puta dnevno, uz posebnu zaštitu kože. Također, bitno je i redovito obavljanje ciljanih sistematskih pregleda u sklopu preventivnog i obaveznog minimuma za starije osobe. [9, 24]

8. Posljedice inkontinencije urina

IU je identificirana kao znak krhkosti kod starijih odraslih osoba koje žive u zajednici. To je javnozdravstveni problem koji ima posljedice na medicinsko, psihosocijalno i novčano stanje. Osim toga, smanjuje i socijalnu aktivnost ljudi. U početku starije osobe izbjegavaju izlaske s društvom i na javna mjesta, a nakon nekog vremena više uopće ne izlaze iz kuće. Radi nelagode i srama počinju izbjegavati i svoje bližnje te se povlače u svoju sobu. Inkontinencija je povezana i sa padovima, iritacijama kože i infekcijama, infekcijama mokraćnog sustava, čirevima i smetnjama u snu (nesanica). Također utječe na samopoštovanje i povećava rizik za depresiju, anksioznost, socijalnu izolaciju i izbjegavanje seksualne aktivnosti. Starije odrasle osobe s IU gube vlastito dostojanstvo, neovisnost i samopouzdanje, te osjećaju neugodnost i sram. Na kraju, neke osobe dospiju u ustanove za psihički oboljele osobe, a sve zbog problema inkontinencije koji se ne prepoznaju na vrijeme. Spolni je život u takvih osoba vrlo poremećen, što ima utjecaj i na odnos s partnerom. Zbog svih navedenih činjenica da se zaključiti da IU ima psihosocijalni utjecaj na pojedinca, ali i na ostatak obitelji. [2, 9]

Inkontinencija ima niz negativnih utjecaja na normalan život pojedinca, a neki od najčešćih tako su primjerice:

- socijalna izolacija
- utjecaj na zaposlenje
- izbjegavanje rekreacije
- poremećaj spavanja
- poremećaj u seksualnim odnosima
- strah od osjeta mirisa mokraće (od strane drugih ljudi)
- strah od mogućnosti primjećivanja vlažnost rublja (od strane drugih ljudi) [9]

U nastavku će nabrojani negativni utjecaji biti i objašnjeni. [9]

Socijalna izolacija jedan je od čestih negativnih utjecaja inkontinencije na normalan i skladan društveni život tih osoba. Tako je čest slučaj da osobe s inkontinencijom izbjegavaju kontakte u društvu, a istraživanja su pokazala kako 60% osoba s inkontinencijom izbjegava izlazak iz kuće, dok njih 45% izbjegava javni prijevoz.

Dvije česte posljedice inkontinencije također su i utjecaj na zaposlenje te izbjegavanje rekreacije. Česti odlasci na WC mogu dovesti do ogovaranja na radnom mjestu, a mogu i smanjiti radnu efikasnost zaposlenika. Također, na mnogim radnim mjestima zbog prirode posla zaposlenicima nisu dopušteni učestali odlasci na WC. [9]

Inkontinencija često odvraća ljude od športskih aktivnosti, rekreacije, bavljenja sportom i sl., što u budućnosti može biti uzrok ozbiljnih zdravstvenih problema.

Prilikom višekratnog buđenja usred noći, san osobe s inkontinencijom biti će neuredan, a osoba će ujutro osjećati umor. Umor će utjecati na psihofizičku aktivnost pojedinca te njegovu slabiju obrambenu moć. [9]

Inkontinencija može imati i negativne utjecaje na seksualne odnose, te izazvati određene poremećaje. Tako primjerice bježanje mokraće za vrijeme spolnog odnosa može stvarati niz poteškoća, od kojih je najčešća - sram. Određena istraživanja pokazala su da čak 50% žena s inkontinencijom zbog srama često izbjegava spolni odnos.

Veliki problem predstavljaju i strah od osjeta mirisa mokraće od strane drugih ljudi te strah od mogućnosti primjećivanja vlažnosti rublja. Prema istraživanjima, 50% osoba s inkontinencijom ima osjećaj da izgleda drugačije od ostalih. [9]

Kako osjećaj srama i nelagode zna nadvladati razum pacijenta, govori i podatak da, kao oblik samopomoći, neki pacijenti smanjuju unos tekućine drastično ispod preporučenoga dnevne doze. Sve to utječe na zdravlje pacijenata, pa često znaju nastati recidivne urinarne infekcije, a dolazi i do smanjenog znojenja, suhoće usta, grčeva u udovima i sl. [11]

Razna su istraživanja pokazala da je inkontinencija povezana i sa pojavom depresije. Stoga se da zaključiti kako inkontinencija mokraće djeluje na različite aspekte pacijentovoga života, kao što su: psihičko i tjelesno zdravlje, zadovoljstvo životom te pojavnost depresije. Većina tih problema moći će se riješiti samo posjetom liječniku. Potrebno je konačno nadvladati sram i obratiti se doktoru. Stvorenim povjerenjem između pacijenta i liječnika, većina se problema može riješiti. [9]

9. Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina

Glavna zadaća svake medicinske sestre je uspješno i kvalitetno provođenje zdravstvene njege bolesnika. Ona je član zdravstvenog tima koji je stalno u pacijentovoj blizini i pruža mu stalnu psihičku potporu. Ukoliko dođe do nekih nejasnoća, problema ili pitanja, pacijenti se uvijek obraćaju medicinskim sestrama. Isto tako, pacijentima starije životne dobi sestra pomaže da se otvore, iskažu svoje probleme, ideje, potrebe i osjećaje. Također ih educiramo o važnosti stalne interakcije sa drugim pacijentima i osobljem, te ih po potrebi uključujemo u rad neke skupine. Zadaće medicinske sestre u provedbi zdravstvene njege pacijenata starije životne dobi koji pate od inkontinencije urina su usmjerene na smanjenje i/ili uklanjanje fizičkih i psihičkih simptoma, primjeni propisane terapije, prepoznavanju posljedica IU i terapije, poticanju pacijenata na suradnju i edukaciji bolesnika i obitelji.

Prije početka provođenja njege i procesa, sestra prvo mora dobro upoznati psihičko i fizičko stanje starije osobe. Kako bi to bilo postignuto, ona će prikupljati podatke od njih, promatranjem i intervjuiranjem. Potrebno je i procijeniti da li nas oni razumiju i koje je njihovo znanje o vlastitim tegobama i stanju. Uz to, može se obratiti i obitelji i bliskim osobama za pomoć. Na temelju prikupljenih podataka, tada se utvrđuje da li su prisutni aktualni ili potencijalni problemi iz područja zdravstvene njege. Nakon utvrđenih potreba za njegom, medicinska sestra na temelju dokaza određuje sestrinske dijagnoze koje su prisutne kod starije osobe. Sestrinska dijagnoza je klinička prosudba onoga što su bolesnik i njegova obitelj odgovorili na određeni problem i životne procese koji su prisutni ili potencijalni kod starije osobe. Kako bi ona bila riješena, a potrebe pacijenata starije životne dobi zadovoljene, potrebno je postaviti ciljeve koje želimo postići. Oni se postižu odabirom standardiziranih intervencija, koje medicinska sestra planira i provodi. Intervencije moraju za svakog pacijenta biti različite, pošto se stanje, simptomi i sestrinske dijagnoze razlikuju kod svakog bolesnika. Nakon cijele provedbe plana zdravstvene njege, određuje se evaluacija učinjenog. Važno je napomenuti i da tijekom provođenja procesa zdravstvene njege, sestra mora svaki učinjeni postupak evidentirati u sestrinsku dokumentaciju. Na temelju sestrinske dokumentacije se provjerava svaki postupak koji je dosada učinjen, stanje pacijenta i kvaliteta provedene njege. Omogućuje poboljšanu komunikaciju unutar zdravstvenog tima i lakšu provjeru informacija i postupaka kod starije osobe. [25, 26]

U nastavku slijedi opis plana zdravstvene njege kod pacijenata sa stresnom (tablice 9.1., 9.2., 9.3.) i funkcionalnom (tablice 9.4., 9.5., 9.6.) inkontinencijom. Ove dvije IU su najčešće kod starijih pacijenata, pa je stoga vrlo bitno pravovremeno planirati i provoditi sestrinske intervencije koje će pomoći u izlječenju inkontinencije, ili pa ublažavanju tjelesnih i fizičkih posljedica iste. [16]

Plan zdravstvene njege kod pacijenata sa stresnom inkontinencijom:

Tijek procjene	
Intervencije	Obrazloženje
Informirati se o nehotičnom gubitku urina kod pacijenta tijekom kašljanja, smijeha, kihanja, podizanja ili vježbanja	Kad god se povećava intraabdominalni tlak, oslabljeni sfinkter i opušteni mišići dna zdjelice dopuštaju mokraćni da nehotimično pobjegne.
Informirati se o ginekološkoj povijesti pacijenta	Trudnoća i vaginalni porođaji slabe mišiće zdjelice, a slabost se povećava s višestrukim trudnoćama. Postmenopauzalni hipoestrogenizam pridonosi opuštanju uretre.
Pitati pacijenta o prethodnim kirurškim zahvatima	U muškaraca, transuretralna resekcija prostate može dovesti do urinarne inkontinencije.

Tablica 9.1. Stresna inkontinencija - tijekom procjene

Izvor: M. Gulanick, J.L. Myers: *Nursing care plans; diagnoses, interventions and outcomes*, 9-th edition, 2017.

Terapijske intervencije	
Intervencije	Obrazloženje
Potaknuti gubitak tjelesne težine ako pacijent ima povećanu tjelesnu masu	Pretilost je povezana s povećanim pritiskom na trbušni mišić na mokraćni mjehur.
Potaknuti pacijenta da unosi dovoljno tekućine	Pacijenti često ograničavaju unos tekućine za smanjenje epizoda inkontinencije.
Poticati pacijenta na uzimanje terapije po odredbi liječnika	Vaginalni estrogen potiče tonus sfinktera mjehura te poboljšava tonus mišića zdjelice.

Tablica 9.2. Stresna inkontinencija - terapijske intervencije

Izvor: M. Gulanick, J.L. Myers: *Nursing care plans; diagnoses, interventions and outcomes*, 9-th edition, 2017.

Edukacija/trajna skrb	
Intervencije	Obrazloženje
Podučiti pacijenta o jačanju mišića pomoću Kegelovih vježbi	Kegelove vježbe se koriste za jačanje mišića dna zdjelice i mogu se prakticirati s minimalnim naporom. Ponovno učvršćivanje i opuštanje ovih mišića pomaže kod nekih bolesnika da vrate kontinenciju. Kegelove vježbe mogu se koristiti u kombinaciji s biofeedbackom radi poboljšanja pozitivnog ishoda.
Podučiti pacijenta o pravilnoj uporabi uložaka i jastučića za inkontinenciju	Jednokratni jastučići ili gaćice mogu se nositi za apsorpciju urina, a to uvelike povećava društvene aktivnosti pacijenta. Međutim, pacijent mora redovito mijenjati jastučice kako bi spriječio nadražaj kože od kontakta s urinom i vlagom.
Upoznati ženske pacijente s upotrebom vaginalnoga pesara	Pesar služi za podizanje vrata mjehura i time se povećava otpor mokraćne cijevi.

Tablica 9.3. Stresna inkontinencija - edukacija/trajna skrb

Izvor: M. Gulanick, J.L. Myers: *Nursing care plans; diagnoses, interventions and outcomes*, 9-th edition, 2017.

Plan zdravstvene njege starijih osoba sa funkcionalnom inkontinencijom biti će prikazan u nastavku.

Tijek procjene	
Intervencije	Obrazloženje
Procijeniti pacijentovu prepoznatljivost potrebe za uriniranjem	Pacijenti s funkcionalnom inkontinencijom su inkontinentni jer ne mogu doći do odgovarajućeg mjesta za obavljanje nužde. Institucionalizirani pacijenti često su označeni kao "inkontinentni", jer njihovi zahtjevi za toaletom nisu zadovoljeni. Starije bolesnice s kognitivnim oštećenjem mogu prepoznati potrebu za mokrenjem, ali ne mogu izraziti potrebu.
Procijeniti dostupnost funkcionalnih objekata za obavljanje nužde	Pacijenti možda trebaju noćnu posudu pored kreveta ako ograničenja mobilnosti ometaju odlazak u kupaonicu.

<p>Procijeniti sposobnost pacijenta da dođe do objekta za obavljanje nužde, bilo samostalno ili uz pomoć</p>	<p>Ovi podaci omogućuju medicinskoj sestri da planira pomoć pacijentu pri odlasku u toalet ili stavljanje noćne posude kod kreveta. Funkcionalna inkontinencija zahtijeva da pacijent može doći do toaleta samostalno ili uz pomoć.</p>
<p>Procijeniti uobičajeni obrazac mokrenja pacijenta i pojavu inkontinencije</p>	<p>Ova procjena pruža osnovu za individualizirani program za njegu. Mnogi pacijenti su inkontinentni samo u ranim jutarnjim satima kada je mjehur pohranio veliki volumen urina tijekom spavanja.</p>

Tablica 9.4. Funkcionalna inkontinencija - tijekom procjene

Izvor: M. Gulanick, J.L. Myers: Nursing care plans; diagnoses, interventions and outcomes, 9-th edition, 2017.

Terapijske intervencije	
Intervencije	Obrazloženje
<p>Napraviti raspored mokrenja</p>	<p>Raspored mokrenja osigurava pacijentu određeno vrijeme za uriniranje te tako smanjuje epizode funkcionalne inkontinencije.</p>
<p>Staviti noćnu posudu u blizinu pacijentovog kreveta i osigurati privatnost</p>	<p>Pacijent bi trebao prihvatiti ovaj način obavljanje nužde, koji je puno jednostavniji za njega. Nekim ljudima zna biti neugodno kada obavljaju nuždu u više otvorenom području, bez privatnosti.</p>
<p>Postaviti pomagala za kretanje u blizinu pacijenta</p>	<p>Pacijent mora imati lak pristup štapu ili hodalicu koji su mu potrebni kod kretanja do toaleta.</p>
<p>Potaknuti korištenje odjeće koja se lako i brzo skida</p>	<p>Odjeća može biti prepreka funkcionalnoj inkontinenciji ukoliko ju je potrebno ukloniti prije mokrenja. Hlače s elastičnim pojasom mogu se lakše ukloniti prilikom obavljanja nužde, a žene mogu obući suknju ili haljinu koju je puno lakše skinuti.</p>
<p>Potaknuti pacijenta da ograničava unos tekućine 2 do 3 sata prije spavanja i izbjegava unos tekućine neposredno prije spavanja</p>	<p>Ograničavanje unosa tekućine i izbjegavanje unosa prije spavanja smanjuju potrebu za remećenjem sna zbog mokrenja.</p>

Tretirati svako prisutno oštećenje kože perinealnog područja s kremom obogaćenom vitaminima	Masti i vitamini su korisni za zaštitu perinealne kože od štetnog djelovanja urina.
--	---

Tablica 9.5. Funkcionalna inkontinencija - terapijske intervencije

Izvor: M. Gulanick, J.L. Myers: Nursing care plans; diagnoses, interventions and outcomes, 9-th edition, 2017.

Edukacija/ trajna skrb	
Intervencije	Obrazloženje
Podučiti pacijenta ili njegovatelja o provedbi treninga za mokrenje	Uspješna funkcionalna kontinencija zahtijeva dosljednost u korištenju treninga za mokrenje.
Podučiti članove obitelji i druge skrbnike da odmah reagiraju na pacijentov poziv za pomoć kod obavljanja nužde	Funkcionalna kontinencija se unapređuje kada se skrbnici i obitelj odmah odazovu pacijentu.

Tablica 9.6. Funkcionalna inkontinencija - edukacija/trajna skrb

Izvor: M. Gulanick, J.L. Myers: Nursing care plans; diagnoses, interventions and outcomes, 9-th edition, 2017.

Ciljevi u zdravstvenoj njezi pacijenata oboljelih od inkontinencije urina su:

- Pacijent će uspostaviti kontrolu nad eliminacijom mokraće
- Pacijent će smanjiti epizode urinarne inkontinencije
- Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent će verbalizirati znanja u svezi inkontinencije mokraće
- Pacijent će opisati smanjenu razinu straha
- Pacijent će prihvatiti svoje stanje i pozitivno misliti o sebi

9.1. Moguće sestrinske dijagnoze

Nakon što smo utvrdili potrebe za zdravstvenom njegom i postavili određene ciljeve koje želimo postići, slijedi provođenje sestrinskih intervencija. Sestrinske intervencije će biti individualne kod svakog pacijenta, a ovise o njegovom stanju, bolesti i sestrinskoj dijagnozi. Postavljanje sestrinske dijagnoze i primjenjivanje intervencija moraju slijediti sestrinske

standarde, te također moraju biti utemeljene na dokazima. Najčešće sestrinske dijagnoze kod osoba koje pate od inkontinencije mokraće su:

- Neupućenost
- Socijalna izolacija
- Anksioznost
- Strah
- Neznanje
- Visok rizik za infekciju
- Visok rizik za oštećenje integriteta kože
- Nesanica
- Oslabljena eliminacija urina
- Poremećena slika o vlastitome tijelu

9.1.1. Neupućenost

Neupućenost je nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu zbog nepoznavanja izvora točnih informacija i nedostatka iskustva o istom.

Intervencije medicinske sestre mogu biti slijedeće:

- poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina
- prilagoditi učenje pacijentovim kognitivnim sposobnostima
- podučiti pacijenta o inkontinenciji urina (simptomi, posljedice, načini liječenja, pomagala...)
- poticati pacijenta i obitelj da postavljaju pitanja
- poticati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog
- omogućiti pacijentu demonstriranje specifične vještine
- pohvaliti bolesnika za usvojena znanja [26]

9.1.2. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija je stanje u kojemu osoba ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanošću s drugima, ali nije sposobna ili nema mogućnost uspostavljanja kontakta. Ovu sestrinsku dijagnozu prepoznavamo po: izražavanjem osjećaja

usamljenosti i potrebom za druženje, povlačenosti u sebe, zaokupljenost vlastitim mislima, osjećaj tuge i dosade i sl.

Sestrinske intervencije koje možemo provesti su:

- provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
- uspostaviti suradnički odnos
- poticati pacijenta na izražavanje emocija
- poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
- podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
- ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
- osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
- osigurati pomoć članova obitelji i bliskih osoba
- uključiti pacijenta u grupnu terapiju [26]

9.1.3. Anksioznost

Anksioznost je nejasan osjećaj neugode ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom i tjeskobom. Najčešći uzroci koji dovode do ove sestrinske dijagnoze su prijeteća opasnost i gubitak kontrole i sigurnosti s kojom se osoba ne može suočiti. [25]

Intervencije medicinske sestre su:

- upoznati pacijenta s okolinom i novim iskustvima ili ljudima po potrebi
- prihvatiti obranu pacijenta i izbjegavati raspravu s njim
- koristiti se jednostavnim jezikom i kratkim izjavama
- smanjiti senzorne podražaje zadržavajući mirno okruženje
- dopustiti pacijentu da razgovara o tjeskobnim osjećajima i proučava situacije koje izazivaju anksioznost
- potaknuti pacijenta o zapisivanju epizoda anksioznosti i uputiti ga da opiše iskustva i događaje koji vode do tjeskobe, te neka napomene kako se anksioznost nadalje odražava
- intervenirati kada je moguće eliminirati izvore tjeskobe
- pomoći pacijentu u jačanju sposobnosti rješavanja problema i istaknuti logičke strategije koje pacijent može koristiti kada doživljava tjeskobne osjećaje [27]

9.1.4. Strah

Strah se definira kao negativan osjećaj pacijenta koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti. Pacijent se može požaliti na tjeskobu, napetost, paniku, manjak koncentracije, strah, proljev i druge simptome.

Kod ove sestrinske dijagnoze, intervencije će biti:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos
- identificirati s pacijentom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
- poticati pacijenta da verbalizira strah
- stvoriti osjećaj sigurnosti i opažati znakove straha
- primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje
- dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći
- koristiti razumljiv jezik pri podučavanju pacijenta i govoriti umirujuće i polako
- omogućiti pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka
- prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba
- poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje i osigurati dovoljno vremena za razgovor o tegobama uzrokovanih inkontinencijom mokraće [26]

9.1.5. Neznanje

Neznanje je nedostatak znanja ili kognitivnih informacija uz određenu temu.

Intervencije koje se mogu provesti su slijedeće:

- omogućiti fizičku udobnost za pacijenta uz mirno okruženje
- uključiti pacijenta u stvaranje nastavnog plana, počevši od postavljanja ciljeva za učenje na početku sastanka
- razmotriti što je važno pacijentu
- istražiti reakcije i osjećaje bolesnika o promjenama
- pomozite pacijentu u integraciji informacija u svakodnevni život
- educirati pacijenta i obitelj o simptomima inkontinencije, mogućim komplikacijama i načinima liječenja, te provjeriti da li su shvatili date upute
- pružiti jasna, temeljita i razumljiva objašnjenja i demonstracije
- identificirati pacijentovo razumijevanje medicinske terminologije [28]

9.1.6. Visok rizik za infekciju

Visok rizik za infekciju je sestrinska dijagnoza koju karakterizira stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane štetnim mikroorganizmima kojima je izvor vanjski ili unutarnji.

Intervencija medicinske sestre mogu biti:

- objasniti pacijentu potrebu za održavanjem higijene perinealnog područja, osobito nakon eliminacije
- mjeriti vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim pacijentima mjeriti dva puta dnevno)
- poučiti posjetitelje higijenskom pranju ruku prije kontakta s pacijentom
- ograničiti širenje mikroorganizama u okolinu zrakom
- prikupiti i poslati uzorke urina za analizu prema pisanoj odredbi liječnika te evidentirati i izvijestiti o nalazu.
- podučiti pacijenta važnosti održavanja higijene ruku i pomoći mu kod pranja
- pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije.
- primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika
- educirati pacijenta o pravilnoj prehrani, bogatoj vitaminima i mineralima [29, 25]

9.1.7. Visok rizik za oštećenje integriteta kože

Do visokog rizika za oštećenje integriteta kože dolazi ako su prisutni faktori rizika za oštećenje kože ili sluznice.

Medicinska sestra može provesti slijedeće intervencije:

- svakodnevno procjenjivati stanje kože i sluznice
- poticati unos tekućine na usta
- koristiti neutralne sapune prilikom kupanja pacijenta
- koristiti meki ručnik za upijanje pri sušenju kože – ne trljati kožu
- primjenjivati kreme i losione za njegu
- mijenjati položaj pacijenta sukladno standardiziranom postupku
- potaknuti pacijenta na održavanje higijene perinealnog područja
- podučiti obitelj mjerama sprečavanja nastanka oštećenja kože
- educirati pacijenta o prvim znakovima oštećenja kože [26]

9.1.8. Nesanica

Nesanica je poremećaj spavanja koji je uzrokovan raznim čimbenicima, a može biti privremena ili kronična. Ova sestrinska dijagnoza morala bi se riješiti čim prije, jer ometa normalno funkcioniranje osobe i uzrokuje subjektivne teškoće i oštećenje funkcionalnih sposobnosti.

Slijedeće intervencije se mogu provesti:

- uputiti pacijenta da izbjegava veliki unos tekućine prije spavanja
- povećati fizičke aktivnosti tijekom dana i uputiti pacijenta da izbjegne naporne aktivnosti prije spavanja
- pacijentu predložiti da prije spavanja obavezno eliminira urin, neovisno o potrebi
- omogućiti okruženje pogodno za spavanje ili odmor (mračna soba, ugodna temperatura...)
- potaknite pacijenta da ograničava uporabu elektroničkih uređaja 2 do 3 sata prije spavanja
- ako ne možete zaspati nakon 30 do 45 minuta, predložiti pacijentu da izađe iz kreveta i da se uključi u opuštajuću aktivnost
- uputiti pacijenta da izbjegava teške obroke, alkohol, kofein i pušenje prije spavanja [16]

9.1.9. Oslabljena eliminacija urina

Oslabljena eliminacija urina vezana uz povećanje prostate, dekompenziranog mišića detruzora ili nesposobnosti kontrakcije mokraćnog mjehura. Karakterizira je nemogućnost pražnjenja mjehura, inkontinencija, poremećaj mokraćnog mjehura te prisutnost rezidualnog urina.

Intervencije kod oslabiljene eliminacije urina su:

- uputiti pacijenta da mokri svaka 2-4 sata
- promatrati epizode mokrenja, veličinu i snagu
- pratiti i zabilježiti vrijeme i količinu izmokrenog urina
- uočiti smanjenu eliminaciju urina, obavijestiti liječnika o promjeni eliminacije
- provoditi higijenu perinealne regije
- primijeniti terapiju po odredbi liječnika
- educirati pacijenta o pravilnom uzimanju tekućine – tijekom dana unositi više tekućine, a navečer smanjiti unos [30]

9.1.10. Poremećena slika o vlastitome tijelu

Slika o vlastitom tijelu je osjećaj pojedinca vezan uz vlastitu funkciju i strukturu tijela. Međutim, u nekim slučajevima taj osjećaj može biti negativan, pa to nazivamo poremećenom slikom o vlastitome tijelu.

Intervencije medicinske sestre mogu biti:

- potaknuti pacijenta na razgovor o osjećajima u svezi strukture i funkcije vlastitog tijela
- podržati verbalizaciju pozitivnih ili negativnih osjećaja pacijenta o svome tijelu
- pacijentu pružiti psihičku potporu
- educirati pacijenta o grupama za podršku, te ga potaknuti na uključivanje u istu
- poticati obitelj pacijenta o pružanju potpore
- razgovarati s pacijentom o normalnosti poremećaja tjelesnih slika
- podržati pacijenta u prepoznavanju načina suočavanja koji su u prošlosti bili korisni [31]

9.2. Edukacija i podizanje kvalitete života

Edukacija je ključan faktor u provedbi plana zdravstvene njege. Medicinska sestra upoznaje stariju osobu i njihove bližnje o inkontinenciji mokraće, simptomima, posljedicama, mogućnostima liječenja te mogućim ishodima. Vrlo je važno uočiti i saznati kolika je svijest pacijenta o samom njegovom stanju i njegovoj bolesti, te procijeniti spremnost i mogućnost pacijenta na učenje. Nakon što to saznamo, slijedi edukacija bolesnika o određenim postupcima koji će pomoći u podizanju kvalitete njegova života. Na kraju provjeravamo da li je bolesnik naučio sve, potaknemo ga na zainteresiranost, te ako je potrebno još dodatno objasnimo. Kako se dosta starijih osoba srami govoriti o inkontinenciji urina, moramo ih upozoriti da je liječenje teže ukoliko postoji samostigmatizacija, te je nju potrebno prvo otkloniti.

Promicanje kontinencije starije osobe, najvažnije je u podizanju kvalitete njihovih života. Potrebno je educirati pacijenta o načinima ponovnog uspostavljanja djelomične ili potpune kontrole nad eliminacijom urina. Kod liječenja, vrlo je bitno potaknuti ih na provođenje konzervativnih metoda. Ključno je educirati pacijente i obitelj o pravilnim načinima vježbanja jačanja mišića dna zdjelice. Kada ih uputimo u sve metode konzervativnog liječenja, te ih educiramo o istima, provjerimo naučeno. Tek tada možemo provesti razgovor s pacijentom o medikamentoznoj i kirurškoj terapiji. Bolesnika treba poticati na liječenje, ali najvažnija stavka uz pacijenta je i njegova obitelj. Medicinska sestra bitan je čimbenik kod poticanja same pacijentove obitelji na suradnju i podršku, treba ih poticati na uključivanje u rad u skupinama,

takozvanu obiteljsku terapiju. Sestra mora ublažiti disfunkcionalne odnose i neupućenost obitelji o bolesnikovom stanju. Iako je najbitniji pacijent koji je emotivno narušen, medicinska sestra mora znati da u ovom slučaju jako pati i obitelj, pa im tako mora biti emocionalna podrška, pružati potporu, koliko obitelji, još više pacijentu.

Higijena i njega kože je vrlo bitna kod starijih osoba, a osobito kod onih koji pate od IU. Potrebno je razgovorom uputiti pacijenta o važnosti higijene perinealnog područja, osobito nakon svake eliminacije. Na taj se način izbjegavaju komplikacije kao što su infekcije, svrbež, crvenilo i ostali problemi s kožom. Isto tako, potrebno je educirati pacijente sa starijom životnom dobi i njihovu obitelj o medicinskim pomagalima koji pomažu kod inkontinencije urina. Važno je napomenuti da je kod odabira pomagala najvažnija udobnost pacijenta. Starijim osobama također dajemo savjete koji će im omogućiti miran i dobar san, te na taj način smanjujemo uzroke nesanice. Educiramo ih da je bitna eliminacija urina prije odlaska u krevet, neovisno da li je mjehur pun ili ne. Razgovorom možemo potaknuti pacijenta i na optimističan stav, te mu savjetovati da se kloni stresnih situacija ili onih koje ga uznemiravaju. Tako mu pomažemo da stekne pozitivnu sliku o vlastitome tijelu, te da se riješi anksioznosti i straha. Svi ti postupci pomažu smanjenju incidencija epizoda IU. [17, 32]

Obitelj i pacijente starije životne dobi, poučavamo i o prehrambenim navikama kod urinarne inkontinencije. Uputimo ih u važnost smanjenog unosa tekućine kako bi se smanjilo opterećenje mjehura. Također ih upozorimo da tijekom jela i dva sata prije odlaska u krevet, ne uzimaju tekućinu. Potrebno je izbjegavati alkohol, kofein, te jaku i začinjenu hranu. Posebno valja izbjegavati kiselo voće i čokoladu zbog mogućnosti iritacije mokraćnog mjehura. [9]

10. Zaključak

Inkontinencija mokraće predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih problema koji se pojavljuju kod osoba starije životne dobi. Ona utječe na razne aspekte čovjekova života i tako narušava njegovu kvalitetu. Osim što ima utjecaj na fizičko zdravlje pacijenta, ostavlja i brojne posljedice na psihički život starije osobe. Upravo je zato važno da se ovaj problem što prije dijagnosticira te se čim ranije počne liječiti. Dijagnoza se može postaviti već u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te kod liječnika specijalista za mokraćni sustav. Najvažnije je obraditi pacijenta i poslati ga na potrebne pretrage. Nakon postavljene dijagnoze, u dogovoru s pacijentom odlučuje se o najboljem i odgovarajućem načinu liječenja.

Problem nastaje ako se inkontinencija urina na vrijeme ne dijagnosticira. Tada je proces izlječenja duži, a šanse su manje. Stoga je bitno starije osobe na vrijeme educirati o svim simptomima inkontinencije urina. Iako je to još uvijek tabu tema, o kojoj se često ne govori, potrebno je poticati ljude na razgovor. Mnogo njih se srami svog problema, ne prijavljuju simptome liječniku, pa čak niti članovima obitelji zbog neinformiranosti i straha od stigmatizacije. Sve to dovodi do gubitka samopouzdanja i neovisnosti, povlačenja u sebe i krajnje do socijalne izolacije. U svemu tome pomažu medicinske sestre koje pružaju maksimalnu psihičku potporu pacijentu tijekom ozdravljenja i educiraju ih kako smanjiti osjećaj nelagode, anksioznosti i straha. Također im pomažu u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i zadovoljenju osnovnih potreba pojedinca.

Inkontinencija urina ne utječe samo na osobu koja boluje od nje, nego i na sve one koji vole i brinu o toj osobi. Pronalaženje ravnoteže življenja s ovim problemom i odnosa s obitelji i djecom, partnerima i njegovateljima važno je za ukupnu dobrobit. Čitava obitelj živi s inkontinencijom, koja može promijeniti obiteljske rutine i međusobne interakcije na brojne različite načine. Iz tog razloga je bitno educirati i obitelj o simptomima, komplikacijama i načinima liječenja, kako bi i oni sudjelovali u procesu izlječenja pacijenta. Ako se pacijent daje obitelji na skrb nakon odlaska iz bolnice, potrebno ih je educirati o pomagalima koje starija osoba sa inkontinencijom urina može koristiti.

Osobama starije životne dobi sa inkontinencijom urina potrebno je pristupiti s pažnjom i razumijevanjem. Prva linija liječenja inkontinencije su konzervativne metode koje uključuju promjenu načina života, vježbanje mišića, promjena prehrane i nove aktivnosti u pacijentovom životu. O svim tim promjenama u načinu dosadašnjeg življenja savjete bolesnicima daje medicinska sestra. Sestra svakom pacijentu i njegovoj obitelji daje individualne savjete kojima se postiže kvalitetna zdravstvena njega i brže liječenje inkontinencije mokraće. Edukacija je trajni postupak koji treba prilagoditi pacijentu, a medicinske sestre su ključni stručnjaci u ranom

periodu liječenja. Samo dobrom edukacijom mogu se rušiti predrasude i strahovi te ohrabriti starije osobe kako bi prihvatili novonastalu situaciju, te naučili živjeti kvalitetno sa inkontinencijom urina. Time se pomaže u prilagodbi pacijenta i postiže veća kvaliteta života starije osobe. Edukacija pacijenta mora biti u fokusu medicinskih sestara od samog prijema do otpusta pacijenta, a trajno se nastavlja ambulantnim kontrolama.

U Varaždinu, 24.10.2017.

11. Literatura

- [1] M. Šitum, J. Gotovac i suradnici: Urologija, Zagreb, 2011.
- [2] T. Touhy, K. Jett: Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging, 4-th edition, St. Louis, 2013.
- [3] H. R. Bogner and associates: The temporal relationship between anxiety disorders and urinary incontinence among community – dwelling adults, Philadelphia, 2011.
- [4] K. Franzèn: Interventions for urinary incontinence in women; Survey and effects on population and patient level, Örebro University, 2011.
- [5] S. Sahin – Onat and associates: Relationship between urinary incontinence and quality of life/depression in elderly patients, Turkey, 2013.
- [6] S. Zurcher, S. Saxer and R. Schwendimann: Urinary incontinence in hospitalised elderly patients: Do nurses recognise and manage the problem?, Switzerland, 2010.
- [7] N. M. da Rosa, K. C. Inoue, M. C. Santos Silvino, M. L. Félix de Oliveira: Treatment for dermatitis associated with incontinence in institutionalized elderly: integrative review, Brazil, 2013.
- [8] Š. Ozimec: Zdravstvena njega internističkih bolesnika (nastavni tekstovi), Zagreb: Visoka zdravstvena škola, 2000.
- [9] J. Hančević i suradnici: ABC kirurške svakidašnjice, 3. dio, Zagreb, 2008.
- [10] N. S. Neki: Urinary incontinence in elderly, Department of Medicine, Government Medical College and Guru Nanak Dev Hospital, India, 2016.
- [11] M. Bakula, T. Kuliš, S. Nađ Škergo, Ž. Kaštelan: Urinarna inkontinencija kod muškaraca i smjernice za liječenje, Medix, br. 124/125, travanj 2017, str. 147-149
- [12] M. Vidović: Urologija – priručnik za medicinare, drugo izdanje, Zagreb, 2008.
- [13] Y. S. Hannestad, G. Rortveit, H. Sandvik, S. Hunskaar: A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence - The Norwegian EPINCONT Study, Bergen, 2000.
- [14] H. Godfrey, A. Hogg, D. Rigby, A. Long: Incontinence and Older People - Is there a link to social isolation?, London, 2007.
- [15] V. Amerl Šakić: Inkontinencija u palijativnoj skrbi – očuvajmo dostojanstvo do kraja života, Medix, br. 124/125, travanj 2017, str. 182-186
- [16] M. Gulanick, J.L. Myers: Nursing care plans; diagnoses, interventions and outcomes, 9-th edition, 2017.

- [17] <https://www.rnpedia.com/nursing-notes/medical-surgical-nursing-notes/urinary-incontinence/>, dostupno 11.09.2017.
- [18] S. Orešković: Dijagnostika i liječenje prekomjerno aktivnoga mokraćnog mjehura (PAMM), Medix, br. 124/125, travanj 2017, str. 155-163
- [19] S. Orešković, M. Pavić: Urinarna inkontinencija kod žena i smjernice za liječenje, Zagreb, 2015.
- [20] M. Bakula, T. Kuliš, S. Nađ Škergo, Ž. Kaštelan: Urinarna inkontinencija kod muškaraca i smjernice za liječenje, Zagreb, 2015.
- [21] <http://www.cif.hr/brosure/inkontinencija.pdf>, dostupno 15.09.2017.
- [22] I. Krištofić, H. Haller, M. Barbič: Inkontinencija urina u žena, 2017.
- [23] S. Orešković: Suvremeni pristup u dijagnostici i liječenju žena s inkontinencijom mokraćne i defektima dna zdjelice, Zagreb, 2006.
- [24] G. Perko, D. Mihok, A. Puljak, H. Radašević, J. Culig, S. Tomek-Roksandić, D. Sužnjević: Prevenirica inkontinencije u starijih osoba, Zagreb, 2004.
- [25] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.
- [26] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze II, Zagreb, 2013.
- [27] <https://nurseslabs.com/anxiety/>, dostupno 09.09.2017.
- [28] <https://nurseslabs.com/deficient-knowledge/>, dostupno 11.09.2017.
- [29] <http://nandanursinginterventions.blogspot.hr/search/label/Nursing%20Care%20Plan%20for%20Elderly>, dostupno 14.09.2017.
- [30] <http://nanda-nursinginterventions.blogspot.hr/2012/04/impaired-urinary-elimination-related-to.html>, dostupno 08.09.2017.
- [31] <https://nurseslabs.com/disturbed-body-image/>, dostupno 18.09.2017.
- [32] <http://rnspeak.com/nursing-care-plan/urinary-incontinence-nursing-management/>, dostupno 12.09.2017.

12. Popis slika i tablica

Popis tablica

Tablica 3.2.1.1. Anketni upitnik temeljem kojeg je vršeno istraživanje	9
Tablica 3.2.1.2. Sudionici istraživanja prema dobnim skupinama	9
Tablica 3.2.1.3. Rezultati upitnika temeljem kojeg je vršeno istraživanje	11
Tablica 3.2.2.1. Uzorak ispitanika	13
Tablica 9.1. Stresna inkontinencija - tijek procjene	29
Tablica 9.2. Stresna inkontinencija - terapijske intervencije	29
Tablica 9.3. Stresna inkontinencija - edukacija/trajna skrb	30
Tablica 9.4. Funkcionalna inkontinencija - tijek procjene	31
Tablica 9.5. Funkcionalna inkontinencija - terapijske intervencije	32
Tablica 9.6. Funkcionalna inkontinencija - edukacija/trajna skrb	32

Popis slika

Slika 3.2.1.1. Postotak ispitanika oboljelih od inkontinencije ovisno o dobnom rangu	10
Slika 3.2.1.2. Zastupljenost tipova inkontinencije kod osoba starije životne dobi	12
Slika 6.2.1. Algoritam za dijagnostiku i liječenje urinarne inkontinencije kod starijih žena u posebnim stanjima i s posebnim potrebama	21



Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, *Beatris Špoljarić*, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom *Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina*, te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Beatris Špoljarić

Beatris Špoljarić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, *Beatris Špoljarić*, neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom *Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina*, čija sam autorica.

Student/ica:
Beatris Špoljarić

Beatris Špoljarić
(vlastoručni potpis)