

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

DIPLOMSKO DELO

AVA SLEJKO

Ljubljana, 2014



Univerza v Ljubljani
Fakulteta *za šport*

Športna vzgoja

Športna rekreacija

POVEZANOST NEKATERIH DEJAVNIKOV ŽIVLJENJSKEGA SLOGA Z URINSKO INKONTINENCO PRI UPOKOJENKAH V OBČINI POSTOJNA

DIPLOMSKO DELO

MENTORICA:

izr. prof. dr. Maja Pori, prof. šp. vzg.

SOMENTORICA:

viš. pred. mag. Darija Ščepanović, viš. fiziot.

RECENZENT:

prof. dr. Damir Karpljuk, prof. šp. vzg., 19. 5. 2014

KONZULTANT:

doc. dr. Matej Majerič, prof. šp. vzg.

Avtorica dela

AVA SLEJKO

Ljubljana, 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Maji Pori za vso pomoč, spodbudo, nasvete in hitro posredovanje povratnih informacij pri izdelavi diplomskega dela.

Prav tako se zahvaljujem somentorici viš. pred. mag. Dariji Šćepanović za pomoč pri izdelavi diplomskega dela.

Posebej bi se rada zahvalila družini in vsem bližnjim, ki so verjeli vame, me spodbujali, motivirali in mi stali ob strani v vseh lepih in slabih trenutkih. Brez njih mi to ne bi uspelo.

Sara in Ula, hvala vama za vso nesebično pomoč, druženje in smeh, ki nas je spremljal med študijem.

Iskrena hvala vsem, ki ste kakorkoli pomagali pri izdelavi diplomskega dela!

Ključne besede: telesna dejavnost, urinska inkontinenca, mišice medeničnega dna, upokojenke

POVEZANOST NEKATERIH DEJAVNIKOV ŽIVLJENJSKEGA SLOGA Z URINSKO INKONTINENCO PRI UPOKOJENKAH V OBČINI POSTOJNA

Avtorica: Ava Slejko

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2014

Športna vzgoja, Športna rekreacija

Število strani: 92 Število tabel: 31 Število slik: 13

Število virov: 101 Število prilog: 1

IZVLEČEK

Urinska inkontinenca (UI) lahko doleti tako moške kot ženske, stare ali mlade. Kljub 21. stoletju pa UI še vedno velikokrat velja za »tabu« temo. Seznanjeni moramo biti s poznavanjem in pravilnim izvajanjem vaj za krepitev mišic medeničnega dna (MMD). Namen diplomskega dela je bil ugotoviti povezanost nekaterih dejavnikov življenjskega sloga z UI pri upokojenkah. V raziskavo je bilo zajetih 120 upokojenk občine Postojna starih $68,7 \pm 8,8$ let. Podatke smo pridobili s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika. Zajemal je socialno-demografske podatke in podatke o športnorekreativnih navadah preizkušank ter podatke o UI in MMD. Dobljeni podatki so bili obdelani s statističnim programom IBM SPSS 20.0. Za analizo rezultatov so bile uporabljene deskriptivne statistične metode: Spearmanov koeficient korelacije, Kruskal Wallisov test, Mann-Whitnejev test in test Hi-kvadrat. Statistično značilnost smo ugotavljali s p-vrednostjo: $p \leq 0,05$. Rezultati raziskave so pokazali, da med spremenljivkama telesna dejavnost in UI ter spremenljivkama različni dejavniki življenjskega sloga in UI ni bilo statistično značilnih razlik. Ugotovili smo, da bolj kot se indeks telesne mase (ITM) preizkušank nagiba k idealni vrednosti, manj jim urin uhaja oz. jim ne uhaja. Ugotovili smo tudi, da so tiste preizkušanke, ki so že slišale o vajah za krepitev MMD, vedele, kako se jih izvaja pravilno. Preizkušanke, ki so pravilno odgovorile na vprašanje, kako se pravilno izvaja vaje za krepitev MMD, so za vaje MMD slišale pri zdravniku, ki naj bi bil med najkvalitetnejšimi viri.

Zaključimo lahko, da še vedno premalo ljudi ve, kaj je UI in kako si lahko sami pomagajo s pravilnim izvajanjem vaj za krepitev MMD in telesno dejavnostjo ter da se UI ni treba sramovati.

Key words: physical activity, urinary incontinence, pelvic floor muscles, pensioner

Author: Ava Slejko

University of Ljubljana, Faculty of Sport, 2014

Sports Education, Sports recreation

Number of pages: 92

Number of charts: 31

Number of pictures: 13

Number of sources: 101

Number of annexes: 1

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) can affect both, men and women, old or young. Despite the 21st century, the UI is still often considered to be a "taboo" topic. We need to be familiar with the knowledge and proper execution of the exercises to strengthen the pelvic floor muscles (PFM). The purpose of the thesis was to determine the relationship between certain lifestyle factors and UI with retired women. The survey covered 120 retired women of the municipality of Postojna aged 68.7 ± 8.8 years. The data were collected using an anonymous questionnaire. It included socio-demographic data and information on sports and recreational habits of the interviewees and information on UI and PFM. The data collected were analysed using the statistical program IBM SPSS 20.0. For the analysis of the results descriptive statistical methods were used: Spearman's correlation coefficient, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney test and Hi-quadrant test. The statistical value was determined by p-value: $p \leq 0.05$. The results showed that the variables of physical activity and UI variables and various lifestyle factors and UI, there were no statistically significant differences. We have found out that more the body mass index (BMI) of the interviewees tends to the ideal value, less or no urine leakage occur. We have also found out that those interviewees that had already heard about the exercises to strengthen PFM, knew how to carry them out properly. The interviewees that correctly answered the question how the exercises to strengthen the PFM should be performed properly, were told about the exercises by their doctors, who are supposed to be the best source of information.

We can conclude that there are still too many people who do not know what the UI is and how you can help yourself with doing proper exercises to strengthen the PFM and activity, and that the UI is nothing to be ashamed of.

KAZALO

1 UVOD	15
1.1 OBČINA POSTOJNA	16
1.1.1 DEMOGRAFSKO-GEOGRAFSKI PODATKI	16
1.1.2 UPOKOJENCI V OBČINI POSTOJNA	17
1.2 STAROST, STARANJE	17
1.2.1 UPOKOJITEV IN TEORIJE STARANJA	19
1.2.2 ZNAKI STARANJA	21
1.2.3 BOLEZNI, KI NASTOPIJO V ČASU STARANJA	22
1.3 STAROSTNIKI IN TELESNA DEJAVNOST	24
1.3.1 DEJAVNIKI ZDRAVEGA IN NEZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA	25
1.4 URINSKA INKONTINENCA	30
1.4.1 PREVALENCA	31
1.4.2 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK UI PRI ŽENSKAH	32
1.4.3 MIŠICE MEDENIČNEGA DNA	32
1.4.4 RAZVRSTITEV IN VRSTA URINSKE INKONTINENCE	34
1.4.5 OCENA STOPNJE URINSKE INKONTINENCE	36
1.4.6 VAJE ZA KREPIEV MIŠIC MEDENIČNEGA DNA	36
1.5 CILJI IN HIPOTEZE	39
1.5.1 CILJI	39
1.5.2 HIPOTEZE	40
2 METODE DELA	41
2.1 PREIZKUŠANKE	41
2.1.1 SPLOŠNI PODATKI O PREIZKUŠANKAH	41
2.2 PRIPOMOČKI	43
2.3 POSTOPEK	44
3 REZULTATI	45
3.1 OSNOVNE ZNAČILNOSTI PREIZKUŠANK	45
3.1.1 INDEKS TELESNE MASE	45
3.1.2 IZOBRAZBA IN ČAS UPOKOJITVE.....	46
3.1.3 ALI STE TELESNO DEJAVNI?	48
3.1.4 NAJLJUBŠA TELESNA DEJAVNOST	49
3.1.5 OCENA TRENUTNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA.....	50
3.1.6 KATERO JE NAJPRIMERNEJŠE OBDOBJE ZA IZVAJANJE VAJ ZA KREPITEV MMD?	50
3.1.7 VRSTA URINSKE INKONTINENCE.....	51

3.2 PREVERJANJE HIPOTEZ	52
4. RAZPRAVA.....	66
4.1 INDEKS TELESNE MASE	66
4.2 IZOBRAZBA IN ČAS UPOKOJITVE	67
4.3 ALI STE TELESNO DEJAVNI?.....	67
4.4 NAJLJUBŠA TELESNA DEJAVNOST	68
4.5 OCENA TRENUTNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA	68
4.6 KATERO JE NAJPRIMERNEJŠE OBDOBJE ZA IZVAJANJE VAJ ZA KREPITEV MMD?.....	68
4.7 VRSTA URINSKE INKONTINENCE	69
4.8 POVEZANOST UI Z DEJAVNIKI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA.....	69
4.8.1 H1: POVEZANOST TEDENSKE TELESNE DEJAVNOSTI S KOLIČINO URINA, KI JIM UIDE.....	69
4.8.2 H1*: POVEZANOST MED ČASOM TEDENSKE TELESNE DEJAVNOSTI IN POGOSTOSTJO NEHOTENEGA UHAJANJA URINA.....	70
4.8.3 H2: POVEZANOST MED RAZLIČNIMI DEJAVNIKI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA (KAJENJE, UŽIVANJE KAVE, IZOBRAZBA, ČAS UPOKOJITVE, VČLANJENOST V ŠPORTNO DRUŠTVO, ORGANIZIRANOST TELESNE DEJAVNOSTI, UKVARJANJE S ŠPORTOM V MLADOSTI) IN URINSKO INKONTINENCO.....	70
4.8.4 H3: POVEZANOST MED ITM IN MOČJO VSAKODNEVNIH MOTENJ NEHOTENEGA UHAJANJA URINA.....	73
4.8.5 H3*: POVEZANOST MED ITM-jem in VRSTO INKONTINENCE	74
4.8.6 H4: POVEZANOST MED SPREMENLJIVKAMA, ALI PREIZKUŠANKE VEDO, DA OBSTAJAJO VAJE ZA KREPITEV MMD IN KAKO SE PREPRIČAJO, DA TE VAJE IZVAJAJO PRAVILNO	74
4.8.7 H4*: POVEZANOST MED SPREMENLJIVKAMA, ALI PREIZKUŠANKE VEDO, KAKO PRAVILNO IZVAJATI VAJE ZA KREPITEV MMD IN IZ KATEREGA VIRA SO SLIŠALE ZA TE VAJE.....	75
5. SKLEP.....	76
6. VIRI	78
7. PRILOGE	88
7.1 PRILOGA 1: Anketni vprašalnik	88

KAZALO SLIK

Slika 1. Položaj Občine Postojna glede na Slovenijo (Občina Postojna, 2004).	16
Slika 2. Opredelitev zdravja (Petruša in Remec, 2010).	23
Slika 3. »Moj krožnik« Ministrstva za kmetijstvo ZDA (2010).....	29
Slika 4. »Začarani krog« urinske inkontinence (Lukanovič, 2012).	30
Slika 5. Mišice medeničnega dna (Medenično dno - steber stabilnosti in moči! 2014).	34
Slika 6. Razdelitev urinske inkontinence (Hunskaar, Lose, Sykes in Voss, 2004).	35
Slika 7. Prikaz starosti preizkušank.	41
Slika 8. Telesna višina upokojenk.....	42
Slika 9. Telesna teža upokojenk.	43
Slika 10. Izobrazba preizkušank.	46
Slika 11. Čas upokojitve.	47
Slika 12. Ocena trenutnega zdravstvenega stanja.	50
Slika 13. Vrsta urinske inkontinence.....	51

KAZALO TABEL

Tabela 1. Pogostost ukvarjanja s športno dejavnostjo v povezavi s starostjo prebivalcev Slovenije (Doupona Topič, 2010)	28
Tabela 2. Prikaz modela stopnjevanja obsega in intenzivnosti obremenitev pri krepilnih vajah MMD v treh vadbenih obdobjih (Zdrava vadba A, B, C, 2011).....	38
Tabela 3. Opredelitev hranjenosti preizkušank z ITM.....	45
Tabela 4. Ali ste telesno dejavni (kjerkoli)?	48
Tabela 5. Koliko dni na teden ste v povprečju telesno dejavni?	48
Tabela 6. Koliko minut na teden ste telesno dejavni?.....	49
Tabela 7. Katera je vaša najljubša telesna dejavnost?.....	49
Tabela 8. V katerem starostnem obdobju naj bi začeli izvajati vaje za krepitev MMD?	50
Tabela 9. Povezava med tedensko telesno dejavnostjo in urinsko inkontinenco	52
Tabela 10. Povezava med telesno dejavnostjo (minut/teden) in urinsko inkontinenco	52
Tabela 11. Pogostost kajenja	54
Tabela 12. Pogostost nehotenega uhajanja urina v povezavi s kajenjem	54
Tabela 13. Zaužite skodelice kave	55
Tabela 14. Statistične razlike med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in uživanjem kave	55
Tabela 15. Povezanost med izobrazbo in nehotenim uhajanjem urina.....	56
Tabela 16. Statistične razlike med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in izobrazbo	56
Tabela 17. Povezanost med časom upokojitve in pogostostjo nehotenega uhajanja urina	57
Tabela 18. Statistične razlike med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in časom upokojitve	58
Tabela 19. Vključenost v športno društvo.....	58
Tabela 20. Povezanost med količino nehotenega uhajanja urina in včlanjenostjo v športno društvo.....	58
Tabela 21. Organizirano ali neorganizirano ukvarjanje s športno dejavnostjo	59
Tabela 22. Povezanost med pogostostjo nehotenega uhajanja urina in organizirano oziroma neorganizirano športnorekreativno dejavnostjo	59
Tabela 23. Tekmovalno ukvarjanje s športom v mladosti	60
Tabela 24. Povezanost med pogostostjo nehotenega uhajanja urina in ukvarjanjem s športom v mladosti	60
Tabela 25. Povezanost med indeksom telesne mase in kako močno moti nehoteno uhajanje urina vsakdanjik	61
Tabela 26. Statistično pomembne razlike med ITM in vrsto inkontinence	61
Tabela 27. Povezanost med ITM in vrsto inkontinence	62
Tabela 28. Povezava med spremenljivkama ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev MMD in kako se prepričajo, da te vaje izvajajo pravilno	63
Tabela 29. Hi-kvadrat med spremenljivkama ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev MMD in kako se prepričajo, da te vaje izvajajo pravilno	64
Tabela 30. Povezanost med spremenljivkama ali preizkušanke vedo, kako pravilno izvajati vaje za krepitev MMD in iz katerega ste vira so slišale za vaje MMD	64

Tabela 31. Statistične razlike med spremenljivkama ali preizkušanke vedo, kako pravilno izvajati vaje za krepitev MMD in iz katerega so vira so slišale za te vaje.... 65

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN KRAJŠAV

ITM	indeks telesne mase
MET	metabolična ocena (1 MET=3,5 ml O₂/kg/min)
MMD	mišice medeničnega dna
MIN	minuta
MUI	mešana urinska inkontinenca
OZ.	oziroma
SUI	stresna urinska inkontinenca
UI	urinska inkontinenca
UUI	urgentna urinska inkontinenca
VO_{2max}	maksimalna aerobna kapaciteta

1 UVOD

Tako kot drugod po svetu tudi v Sloveniji število starejših narašča, zato jim moramo nameniti še več pozornosti. Predvsem je pomembno, da poskrbimo za njihove osnovne življenjske potrebe, ravno tako pa moramo veliko pozornosti nameniti njihovemu zdravju, telesni dejavnosti, da so vključeni v socialno mrežo, da počnejo stvari, ki jih zanimajo in da jim omogočimo aktivno staranje. Predvsem pa moramo poskrbeti, da je njihovo življenje kakovostno.

Pečjak (2007) ugotavlja, da je v današnjem času generacija starejših veliko bolj zdrava in polna življenjske moči v primerjavi s preteklostjo. Če povzamemo, lahko rečemo, da se je današnja generacija starostnikov pomladila. Še nekaj prejšnjih desetletij je bila povprečna starost v domovih za starejše 70 let, danes pa je narasla kar na 80 let.

Pečjak (1998) navaja, da je pomembna komponenta zdravega načina življenja starejših ljudi vsakdanja telesna dejavnost. Odsotnost ali pomanjkanje gibanja pa lahko pripomoreta k nastanku številnih degenerativnih sprememb, poslabšajo se lahko osnovne življenjske funkcije, kar lahko pospeši staranje.

Urinska inkontinenca (UI) ima veliko definicij, ena izmed teh pa definira UI kot vsako nehoteno uhajanje vode in ne le tisto, ki bi prizadeti osebi povzročalo socialni ali higienski problem in ki bi ga lahko tudi objektivno dokazali, kot je to veljalo prej (Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier in Ulmsten, 2002). Znano je tudi to, da je UI pri ženskah dvakrat pogostejša kot pri moških (Hunnskaar, Burgio in Clark, 2005). Pri starejši populaciji se UI pogosteje pojavi in prizadene kar eno od desetih oseb, ki je stara 65 let ali več (Borrie, Bawden, Speechley in Kloseck, 2002). V Sloveniji ima kar 49,5 odstotkov vseh žensk, starih nad 65 let, takšno inkontinenco, da potrebujejo zdravljenje (Kralj, 2003). Predvsem pa je zaskrbljujoč podatek, da samo četrтина žensk poišče zdravniško pomoč, saj jih je sram pred zdravnikom in strah pred zavračanjem ali nerazumevanjem bližnjih in okolice (Borrie idr., 2002).

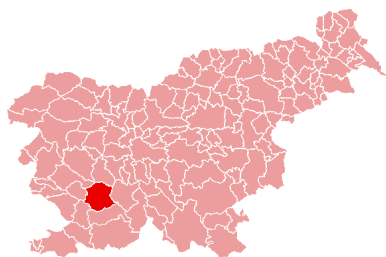
Bø (2002) je ugotovila, da je pravilno delovanje mišic medeničnega dna (MMD) nujno, saj oseba lahko le tako živi kakovostno, se giblje, je telesno dejavna in vključena v družbo. Na nepravilno delovanje MMD lahko vplivajo nosečnost, porod, operacija, nevrološka obolenja, slabša zmogljivost mišic in staranje, lahko pa vzrok slabšega delovanja mišic sploh ni znan.

Hannestad, Rortveit, Daltveit in Hunnskaar (2003) navajajo, da je neka raziskava pokazala številne dejavnike, ki so povezani z UI pri ženskah. Najpogosteje so ženske za pojav UI navedle starost, nosečnost in porod. Ravno tako pa je bilo v raziskavi mogoče opaziti, da nekateri dejavniki življenjskega sloga, kot so debelost, kajenje, telesna dejavnost in hujšanje tudi vplivajo na nastanek UI.

V diplomskem delu smo predvsem skušali ugotoviti, kako pomembna je povezanost telesne dejavnosti in nekaterih drugih dejavnikov življenjskega sloga z UI. Zanimalo nas je tudi, kakšna je povezanost med UI in izvajanjem vaj za krepitev MMD.

1.1 OBČINA POSTOJNA

Občina Postojna leži na jugozahodu Slovenije, kjer se stikata primorski in celinski svet (Slika 1). Sodi med redko poseljena območja, šteje 53,87 prebivalcev na km² (Občina Postojna, 2013). Postojna ima nadpovprečno ugodno demografsko strukturo v primerjavi s celotno državo, ki se srečuje z begom mladih in izobraženega kadra. Glede na skupni prirast na 1000 prebivalcev je v slovenskem vrhu. Strokovnjaki so ugotovili, da je stanje na trgu dela povprečno, prebivalstvo ima dobro izobrazbeno strukturo in življenjski standard (Uršič Zupan, 2013). Največje mesto v občini je Postojna. Prihodnji razvoj občine pa temelji predvsem na ohranjanju naravnega okolja, bogati kulturni dediščini, ugodni geostrateški legi občine, urejeni infrastrukturi na področju športa (MUZ, 2013) ...



Slika 1. Položaj Občine Postojna glede na Slovenijo (Občina Postojna, 2004).

1.1.1 DEMOGRAFSKO-GEOGRAFSKI PODATKI

Postojna spada v Notranjsko-kraško statistično regijo. Meri 270.268.878 m². Postojna že od nekdaj velja za upravno in gospodarsko središče Notranjske. Glede na površino se med slovenskimi občinami uvršča na 13. Mesto (Občina Postojna, 2013).

Sredi leta 2012 je občina imela približno 15.757 prebivalcev (7.875 moških in 7.882 žensk). Naravni prirast je bil v tem letu pozitiven, znašal je 32 (Statistični urad Republike Slovenije, 2014). Po številu prebivalcev med slovenskimi občinami se je uvrstila na 31. mesto. Število živorojenih je bilo višje od števila umrlih.. Število odseljenih iz občine je bilo višje od števila tistih, ki so se vanjo priselili.

Povprečna starost je znašala 41,1 leta, kar je nižje od povprečne starosti prebivalcev Slovenije, ki je znašala 41,8 leta (Statistični urad Republike Slovenije, 2011).

Statistični podatki za občino Postojna (Statistični urad Republike Slovenije, 2011) pa kažejo, da je v občini število starejših manjše od števila najmlajših, kar je značilno le za redke slovenske občine - na 100 oseb, starih 0-14 let, je prebivalo 99 oseb, starih 65 let ali več. Takšno razmerje nam pove, da je bila vrednost indeksa staranja za to občino nižja od vrednosti tega indeksa za celotno Slovenijo (ta je bil 117). Iz tega lahko razberemo tudi, da se povprečna starost prebivalcev te občine v povprečju dviga počasneje, kot v celotni Sloveniji. Podatki za spol kažejo, da je bila vrednost indeksa staranja za ženske v vseh slovenskih občinah višja od indeksa staranja za moške. Tako v Postojni kot v večini slovenskih občin je med ženskami več takih, ki so bile stare 65 let ali več, kot onih, ki so bile stare manj kot 15 let; pri moških pa je bilo ravno obrnjeno.

1.1.2 UPOKOJENCI V OBČINI POSTOJNA

Z Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje smo pridobili podatke, da je bilo 26. februarja 2013 v občini Postojna skupaj 3.778 upokojencev, od tega 1.629 moških in 2.149 žensk. V občini deluje tudi Društvo upokojencev Postojna, ki je bilo ustanovljeno leta 1951. Društvo ima izjemno bogato in razgibano delovanje - od športa, kulture pa vse do organiziranega izletništva in drugih zabavno-rekreativnih vsebin. V okviru Centra za vseživljenjsko učenje Notranjsko-kraške regije deluje tudi Univerza za tretje življenjsko obdobje, ustanovljena leta 1986, ki skrbi za izobraževanje, razvoj in integracijo starejših v skupnost (Univerza za tretje življenjsko obdobje, 2013). Iz vsega skupaj lahko rečemo, da je v Postojni za upokojence dobro poskrbljeno.

1.2 STAROST, STARANJE

Ni toliko pomembno, koliko si star, pomembneje je, kako si star (Pečjak, 2007).

Starost je doba v človeškem življenju, ki traja od zrelih let pa vse do smrti (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2000).

Staranje označujemo kot proces, ki prizadene vse večcelične organizme. Takrat začnejo pešati vse življenjske funkcije. Spremembe, ki nastajajo s starostjo, prizadenejo celotni organizem. Ocenjujejo, da se je staranje začelo pred približno 3,5 milijarde let (takrat naj bi se začelo tudi življenje). Z družbenega vidika pa se starost začne z upokojitvijo.

Lampe in Polšak (2011) ugotavljata, da se je povprečna življenjska doba skozi različna zgodovinska obdobja spreminjala. Neandertalci so živeli približno 20 let, v bronasti dobi so ljudje živeli 19 let, v stari Grčiji 28 let, v srednjeveški Angliji 33 let. Danes pa naj bi bila povprečna življenjska doba 68 let. Maksimalno pa naj bi živeli med 80 in 100 leti. Zanimiv je podatek, da se maksimalna življenjska doba v zgodovini ni bistveno spreminjala, medtem, ko se je povprečna življenjska doba spreminjala. Danes lahko samo ena od 7.000 oseb dočaka 100 let. Trendi pa kažejo na to, da naj bi leta 2025 že 19 odstotkov populacije dočakalo 100 let. Danes je približno 210.000 stoletnikov, leta 2050 pa naj bi jih bilo že 3,2 milijona.

V Sloveniji se delež oseb nad 65. letom starosti povečuje. Danes je ta delež že več kot 300.000 (15 %) oseb. Leta 2025 pa naj bi se ta delež podvojil in sicer 600.000 (30 %) oseb celotne slovenske populacije, ki so starejše od 65 let (Grobler, 2010).

Grobler (2010) navaja, da pogosto, ko nas vprašajo, koliko smo stari, odgovorimo z datumom rojstva ali pa navedemo svoja leta. Vendar se starost ne meri samo v letih. Starost se pomembneje odraža z našim zdravjem in zmožnostjo samostojnega opravljanja vsakodnevnih opravil. Najpomembneje pa je, da z optimizmom sprejemamo in doživljamo svoja leta in druge težave, ki jih prinašajo s seboj.

Po Ramovšu (2003) se življenje deli na glavna tri obdobja – na mladost, srednja leta in starost:

- **mladost** je razvojno obdobje človeka od spočetja pa dokler ne postane človek samostojen. To je obdobje, ko človek telesno dozori za razmnoževanje. Glavni nalogi tega obdobja sta zdrava rast in temeljno učenje za življenje. Mladostno obdobje se dandanes vedno bolj podaljšuje, povprečna meja v civilizacijskih razmerah je že nad petindvajsetim letom starosti;

- **srednja leta** zajemajo obdobje, ko ljudje rodijo in vzgojijo svoje naslednike. Skrbijo za lastno preživetje ter preživetje mlade in stare generacije. To je obdobje od prve zaposlitve do redne upokojitve;

- **starost** je obdobje, ko človek dokončno dozori. Naslednjim generacijam prepusti skrb za materialni razvoj. Z upokojitvijo človek postane nekako svoboden, začnejo se mu odpirati nove poti v življenju. Pomembna naloga tretjega življenjskega obdobja je, da svoja temeljna življenjska spoznanja in izkušnje deli z ljudmi oziroma, da z vsem skupaj prispeva k boljšemu življenju naroda. Staranju se ne da izogniti, saj je to zgodovinsko kulturna ali razvojna razsežnost. Človek se stara od spočetja do smrti, vendar ne enako hitro.

Pri vsakem človeku razlikujemo tri vrste starosti (Chopra, 1996):

- **kronološka starost**: to je starost glede na letnico rojstva, pravimo ji tudi koledarska;

- **biološka starost**: telesna starost glede na delovanje osnovnih telesnih funkcij in celičnih procesov;

- **psihološka (doživljajska) starost**: glede na to, koliko starega se počuti posameznik.

Samo kronološka starost je določena, vendar je kljub temu najmanj zanesljiva. Za določanje svoje dejanske starosti moramo uporabiti biološko starost, ki nam pove, kakšni so naši organi in tkiva v primerjavi z organi in tkivi drugih ljudi enake kronološke starosti. Vsi deli našega telesa se ne starajo enako hitro, zato je biološka starost celovitejša od kronološke.

Ramovš (2003) deli tretje življenjsko obdobje v tri podskupine in sicer:

- **zgodnje starostno obdobje** (od 66. do 75. leta): *privajanje človeka na upokojensko svobodno življenje, zdravstveno stanje je stabilno. Upokojenec se ukvarja z različni dejavnostmi;*

- **srednje starostno obdobje** (od 76. do 85. leta): *upokojenec je v dejavnostih, ki jih počne, zelo prilagodljiv. V tem obdobju mu počasi upada moč, poslabša se zdravstveno stanje. Zelo hitro narašča izguba sovrstnikov in partnerjev;*

- **pozno starostno obdobje** (po 86. letu starosti): *zaradi zdravstvenih težav oseba potrebuje pomoč. Za mlajši dve generaciji predstavlja takšna oseba modrost in življenjskega učitelja. Oseba opravlja še zadnje naloge v življenju.*

Filipovič-Hrast, Hlebec in Kavčič (2012) ugotavljajo, da staranje prebivalstva privede do tega, da ima vedno več ljudi določene zdravstvene težave. Zelo pomembno za družbo je, da z določenimi zdravstvenimi storitvami zagotovi kakovostno staranje in vključenost starejših v družbo. Starejše zaradi sprememb, ki značilno spremljajo staranje posameznika, pogosto označujemo kot eno najranljivejših skupin v družbi.

Da je človek dejaven in koristen, ne pomeni samo, da nekaj počne, ampak pomeni, da je posameznik intrizično zadovoljen (Lawton, 1993), kar blagodejno vpliva tudi na njegovo počutje.

Mladost je nekaj, kar imajo samo mladi in nekaj kar cenijo samo starejši - Agnar Nykle.

1.2.1 UPOKOJITEV IN TEORIJE STARANJA

Malijeva (2007) navaja, da se ves svet stara, starajo se ljudje v razvitih, manj razvitih in nerazvitih državah. Ker so danes boljše življenjske razmere in zdravstvena oskrba kot včasih, se je življenjska doba podaljšala, zato je vse več starejših. Kmalu v prihodnosti se bo ves svet spopadal z demografsko eksplozijo starega prebivalstva.

Družba, v kateri živimo danes, velikokrat ni najbolj naklonjena starejšim ljudem, saj jih odrija na rob. Od trenutka, ko se ljudje upokojijo, postanejo za družbo neuporabni, predstavljajo oviro. Ravno zato se starejši velikokrat počutijo odrinjene, osamljene in v življenju ne vidijo več smisla. Zato je pomembno, da znamo starejšim nameniti dovolj pozornosti in se zavedati, da starejši ljudje niso nič manj vredni, vključiti jih moramo v družbo. Do starejših moramo biti strpni, saj bomo tudi mi nekoč stari.

Marjanovič-Umek in Zupanič (2004) ugotavljata, da prilagajanje na upokojitev predstavlja velik preskok v življenju vsakega posameznika. To je prehod iz obdobja srednjih let v obdobje starosti, čas, ko posameznik največkrat doseže vrhunec svojega življenja na poklicni poti. S tem, ko se posameznik upokoji, izgubi pomembno socialno mrežo, ki jo je tvoril s sodelavci, znanci in tudi prijatelji. Zato je pomembno, da tudi po upokojitvi poskuša ohranjati stike z vsemi znanimi. Pri starostnikih se začne upad telesnih sposobnosti, kar lahko predstavlja oviro za druženje. Potrebno se je soočiti z vsemi težavami, ki jih prinese starost. V tem času lahko pride do neprijetnih situacij, kot je izguba prijateljev ali izguba zakonca. V nasprotju s tem pa Malijeva (2008) ugotavlja, da tako v starejših letih kot tudi v ostalih življenjskih obdobjih vse emocije le niso tako neprijetne. Starejši lahko doživljajo srečne trenutke ob stiku z vnuki in svojimi otroki. Zadovoljstvo, samozavest in osebnostno krepitev starejši lahko doživljajo tudi v okviru številnih ustanov, ki so namenjene starim ljudem (npr. univerza za tretje življenjsko obdobje, društva upokojencev, različne vadbe za starejše ...).

Hojnik-Zupančeva (1997) navaja, da se skoraj vsi novi upokojenci soočajo s praznino, v življenju jim začne nekaj manjkati. In to bistvo v ozadju nastale praznine je porušen dnevni ritem. Upokojitev spremeni dnevni in življenjski ritem. Nenadoma ostaja več časa na dan, ki pa ga je treba zapolniti z drugimi obveznostmi. Ker je človek po naravi ritmično bitje, si tako uredi tudi socialno življenje. Socialni življenjski

ritem najboljše določata šola in pozneje zaposlitev. Najpomembnejše je, da smo z delom, ki ga opravljamo, zadovoljni. Človekova notranja varnost, ki je eden od osnovnih občutkov, potrebnih za samostojno življenje, je določena z ritmičnostjo socialnega življenja.

Dave, Rashad in Spasojevic (2006) ugotavljajo, da so nekatere raziskave pokazale, da če bi se upokojevali pri višji starosti, bi se počutje na stara leta tudi izboljšalo, saj je dokazano, da se zdravstveno stanje ob upokojitvi poslabša. Pri razlagi teh rezultatov pa moramo biti pazljivi, saj naj bi imela glavno besedo glede premika starostne meje upokojitve politika. Se pravi, če bi se upokojevali starejši (pri višji starosti), bi bilo zdravstveno stanje in počutje posameznika boljše. S tem naj bi se izboljšalo tudi samo življenje upokojencev, zmanjšale pa bi se potrebe po zdravstveni negi. Vendar pa politika podaljševanja delovne dobe temelji na drugih kriterijih. Eden izmed njih je tudi ta, da se življenjska doba podaljšuje, s tem pa so finančne potrebe prebivalstva večje. S poznejšo upokojitvijo se zmanjšuje vsota denarja, namenjena zdravstveni negi starejših, saj naj bi jo potem potrebovali manj.

Po Požarniku (1981) poznamo tri različne teorije staranja - biološke, psihološke in socialne.

*Staranje za **biološke teorije** pomeni upad življenjskih funkcij, vse, dokler ne umremo. Iz tega lahko sklepamo, da je staranje posledica nekega dogajanja v samem človekovem organizmu, je tudi vzrok za nastanek različnih bolezni in poškodb. Zagovorniki bioloških teorij zagovarjajo misel, da znotraj neke družbe/kulture lahko rečemo kje je meja starosti v ožjem pomenu besede, kljub temu da vemo, da procesi staranja ne prizadenejo vseh delov organizma hkrati in enako.*

Psihološke teorije temeljijo na razvojnih dejavnikih, ki oblikujejo osebnost. Počutje v starosti je odvisno od stopnje zrelosti človekove osebnosti. Pomembno je, da ima človek zadostno količino samozaupanja, samozavesti, da je samostojen, prilagodljiv in da na življenje gleda pozitivno. Od vsakega posameznika je tudi odvisno, kakšni so njegovi interesi. Lažje kot rešuje nove življenjske probleme in zahteve, bolj je osebnostno zrel, s tem pa tudi bolj zadovoljen s svojim življenjem. Po tej teoriji se tisti ljudje, ki so osebnostno manj zreli in manj sposobni, postarajo prej kot oni, ki so samostojni, aktivni in imajo veliko interesov. Zagovorniki psiholoških teorij staranja se ne strinjajo s tem, da se človek po določenem letu starosti postara. Trdijo, da je človek star toliko, kolikor starega se počuti. Pri tem pa ne pozabijo na to, da obstajajo med starimi ljudmi velike razlike.

Socialne teorije staranja trdijo, da lahko spremembo osebnosti v procesu staranja razumemo le z opazovanjem odnosa med človekom in njegovim socialnim okoljem. Se pravi, da naj bi bilo človekovo počutje odvisno predvsem od tega, kaj okolje oz. drugi pričakujejo od njega. Na počutje v starosti pa seveda vplivajo tudi drugi dejavniki okolja, kot so stanovanjske razmere, v katerih človek živi, prometna zveza z okoljem, dohodek, širina in kvaliteta stikov ... Družba ima stereotipno mnenje, češ, da imajo starostniki po 65. letu starosti zmanjšane sposobnosti za delo, so umirjeni, zadržani in odmaknjeni od družbe. Vendar ti stereotipi lahko vplivajo, da starostniki res postanejo takšni.

1.2.2 ZNAKI STARANJA

Grobler (2010) in Hojnik-Zupanc (1997) navajata, da starost prinese veliko sprememb, te pa vplivajo na nastanek različnih bolezni. Nekatere spremembe so vidne že na zunaj, druge pa se lahko pokažejo kot spremenjeno delovanje posameznih telesnih organov in kot zmanjšana zmogljivost starejšega človeka. Vsi ti znaki pa se ne pojavijo pri vseh starejših ljudeh enako. Te spremembe se kažejo kot:

- spremeni se **telesna sestava**, približno za tretjino se zmanjša delež mišičevja in telesnih organov, zmanjša se tudi skupna telesna tekočina, delež maščevja se poveča. Pravimo, da prihaja do prerazporeditve maščobnega tkiva v telesu;

- **prebava** se upočasni, zmanjša in poslabša se površina vsrkavanja v črevesju. Pojavijo se spremembe v ustih. Izguba zob, tanjša se ustna sluznica, zmanjša se število okušalnih čutnic, slina ni več tako kvalitetna. Vse to povzroči, da hrana ni več tako dobro obdelana. Pojavijo se težave s požiranjem. Pogosta je zaprtost, ki jo lahko povzroči zmanjšanje izločanja prebavnih sokov, upočasnjeno delovanje požiralnika ali krčenje črevesja;

- z leti **jetra** začnejo slabše delovati, saj se zmanjša jetrna masa, krvni pretok in encimska zmogljivost;

- zmanjša se delovanje **ledvic** tudi do 50 %. V ledvicah se zmanjša število osnovnih funkcionalnih enot - nefronov, s tem pa se zmanjša tudi "čistilna" sposobnost ledvic. V krvi se pojavi več odpadnih snovi, ki nastajajo pri presnovi. Ker prihaja do sprememb v napetosti mehurjevih mišic zapiralk in MMD, se lahko pojavi težava pri odvajanju urina, lahko se pojavi tudi nekontrolirano odtekanje.

- zmanjša se zmogljivost **srca in ožilja**. Za 30 do 40 % se zmanjša iztis krvi iz srca. Število udarcev se v stresnih situacijah ne more povečati tako kot pri mladih ljudeh. Pogosto se pojavi šum na srcu. Žile postanejo manj prožne, ker elastično tkivo zamenja manj kakovostno tkivo. Na stene žil se začno nalagati nekatere snovi iz krvi (maščobe - holesterol, kalcij, trombociti). Takšna mesta lahko spodbudijo nastanek krvnih strdkov. Ker ti žilo ožajo in jo lahko povsem zamašijo, obstaja tudi nevarnost, da se njihovi deli odtrgajo in zamašijo oddaljene manjše žile (embolija);

- **dihala** postanejo manj zmogljiva. Prsni koš in pljuča imajo manjšo gibljivost, kar povzroča zmanjšano sposobnost vdihavanja in izdihavanja, kašelj je manj močan. Razširijo se bronhiole, s tem se poveča tudi tisti prostor, ki ne sodeluje pri izmenjavi zraka;

- **kostno vezivni sistem** se slabša. Na hrbtenici nastaja veliko sprememb. Ker se tanjšajo medvretenčne ploščice, se krajša tudi hrbtenica, zato se lahko pojavi grbavost. Tako se lahko višina telesa zniža tudi do 5 cm. Vrat postaja vse slabše gibljiv. Dogajajo se tudi spremembe v hrustančnih stikih, kjer se rebra zraščajo s prsnico. Ti stiki začnejo okostenevati, s tem pa se zmanjšata prožnost in prostornina prsne votline. Kostni postajajo krhkejši, pojavi se osteoporoza;

- **lasje, dlake in nohti** se spremenijo. Lasje posivijo. Zanimivo je, da so temnolasci bolj nagnjeni k sivenju. Ženskam se po menopavzi pojavi izguba las. S starostjo se dlakavost na tipičnih mestih izgublja, bolj burno pa začnejo dlake rasti na neznanih

mestih, kot so recimo v ušesih, nosu, pri ženska pod nosom in na bradi. Nohti postanejo trši in bolj krhki.

- **koža se začne spreminjati, vse to je odvisno od klime. Spremembe se začnejo že po 20. letu starosti. Koža zaradi izgube elastičnih in vezivnih elementov sledi gravitacijski sili. Postane nekako spuščena oz. "visi". Izgubi tudi sposobnost znojenja in s tem odvajanja toplote.**

- **pri žlezah z notranjim izločanjem se kaže kot največja sprememba delovanje spolnih žlez. Pri ženskah izguba menstruacije zmanjša delovanje hormonov (estrogena in progesterona). Zmanjša se aktivnost ščitnice in nadledvične žleze. Ker se zniža toleranca za glukozo, ima skoraj 70 % starejših, starih 70 let in več, povišan sladkor v krvi.**

- **možgansko živčni sistem je od vseh najbolj občutljiv. Propadati začnejo živčne celice. Posledice tega pa se kažejo na živčni in psihični ravni. Upočasnjeni postanejo refleksi, prihaja do upada nekaterih intelektualnih funkcij. Pojavijo se motnje **vida**, ljudje pogosto slabše **slišijo**. Pogosti sta vrtoglavica in nestabilna hoja, saj v starosti prihaja do nesodelovanja vida, ravnatežnega organa v notranjem ušesu in čutnih receptorjev v sklepkih in drugih tkivih. Pojavljati se začnejo mentalne motnje, ki se največkrat kažejo kot pozabljivost in manjša izguba kratkoročnega spomina.**

Staranje spremlja vse ljudi na Zemlji in prav nihče se mu ne more izogniti. Z zdravim življenjskim slogom (telesno dejavnostjo, uživanjem zdrave prehrane, izogibanju stresa ...) pa staranje lahko upočasnimo in uživamo v življenju.

1.2.3 BOLEZNI, KI NASTOPIJO V ČASU STARANJA

Grobler (2010) navaja, da starost pogosto prinese različne bolezni. Te se pojavljajo veliko pogosteje in običajno zahtevajo dolgotrajno, lahko celo doživljenjsko zdravljenje. Pogosto jih označujemo kot **kronične bolezni**. Poznamo različne kronične bolezni, kot so:

- bolezni srčno-žilnega sistema (povišan krvni tlak, popuščanje srca ...);
- bolezni kostno-mišičnega sistema (osteoporoza, osteoartroza ...);
- motnje v delovanju žlez (povečana prostata);
- bolezni dihal in gibal;
- bolezni prebavil;
- bolezni kože in podkožja;
- bolezni vida in sluha;
- rakave bolezni;
- ateroskleroza (zvišujeta se LDL in celotni holesterol);
- psihiatrične motnje ...

Za starejše so poleg kroničnih bolezni značilni tudi tako imenovani **gerontološki sindromi**, kot so: UI, zmanjšana sposobnost pomnjenja, mišljenja, računanja,

govora, orientacije, odločanja. Starejši imajo slabšo prehranjenost in hidracijo telesa (oskrbo telesa s hrano in tekočino). Pojavijo se lahko tudi preležanine, uhajanje urina in blata. Gerontološkim sindromom se pridružijo še **akutne bolezni**, kot so npr. virusna in bakterijska vnetja.

Približno 30 % starostnikov, starih 65 let, ima ugotovljeno vsaj eno bolezen, 45 % pa ima že dve kronični bolezni. Z leti se to samo še povečuje (Grobler, 2010). Poredoš (2004) pojasnjuje, da epidemioloških podatkov o pogostosti pojavljanja posamičnih bolezni pri starostnikih za Slovenijo nimamo. Imamo le podatke, kako pogosto obiskujejo osebe, starejše od 65 let, zunajbolnišnično zdravstveno varstvo. Ocenjujejo, da imajo osebe nad 65 let v 55 % pomembne degenerativne spremembe na sklepih, 35 do 40 % jih ima bolezni srca in ožilja, 45 % ima povišan krvni tlak, 40 % jih ima okvare vida in 25 % ima motnje sluha. Najpogostejši vzrok za umrljivost starostnikov so kronične bolezni. V preteklosti so ljudje umirali zaradi pljučnice, tuberkuloze, prebavnih in ledvičnih bolezni, medtem ko danes uvrščamo med vodilne vzroke za umrljivost starejših žensk rakave bolezni, bolezni srca in ožilja.

Nasprotje boleznim je zdravje. Lahko ga opredelimo kot neko celoto, kot nek vir življenja. Zdravje je odvisno od številnih dejavnikov. Predvsem pa od interesov in pričakovanj posameznikov ali družbe. Slika 2 prikazuje, kako je zdravje opredeljeno.



Slika 2. Opredelitev zdravja (Petruša in Remec, 2010).

1.3 STAROSTNIKI IN TELESNA DEJAVNOST

Roman Vodeb (2001): "Šport za zdravje je najbolj transparenten moto, ki krasi manifestno športno ideologijo."

Tkavc (2004) navaja, da se telesni dejavnosti ne moremo izogniti. Je pomembna sestavina v vseh starostnih obdobjih, v življenje je vključena od rojstva pa do pozne starosti. V obdobju otroštva je pomembno, da otrok pridobi raznolika gibalna znanja in razvije motorične sposobnosti. V tem obdobju se oblikuje neka osnova, ki pozneje vpliva na izbiro nadaljnjih dejavnosti in posameznikov življenjski slog. Z zanimivo telesno dejavnostjo se lahko v tem obdobju izoblikujejo navade, ki se pozneje, ko so utrjene, izrazijo kot potreba brez kakršnegakoli dražljaja (športne dejavnosti). Znano je, da je za vključevanje telesne dejavnosti v vsakdanje življenje ključnega pomena življenjski slog posameznika in družbe, v največji meri pa družine. Če ima v družini telesna dejavnost pomembno vlogo, bo zagotovo tudi otrok povzel zdrav življenjski slog tudi pozneje v življenju.

Šport starostnikov ni enak športu mladih. Za starostnike je bolje, da se ukvarjajo z rekreativnim športom in ne tekmovalnim ali vrhunskim športom. Starostniki naj bi se z redno in zmerno telesno dejavnostjo ukvarjali predvsem zato, da bi ohranili ali izboljšali osnovne življenjske funkcije, da bi se bolje počutili, preventivno, da bi preprečili različne poškodbe ali pa telesno dejavnost uporabljajo v rehabilitacijske namene. Telesna dejavnosti blagodejno vpliva na splošno in psihično počutje posameznika (Berčič, Sila, Tušak in Semolič, 2007).

Tomori (2000) navaja, da je lahko telesni napor tudi stres. Ravno zato mora imeti telesna dejavnost, s katero se ukvarjamo, primerno intenzivnost, trajanje in pogostost. Ko vadeči konča z gibanjem, mora biti zadovoljen in zadoščen, da je opravil nekaj za svoje telo z lastno voljo, kar pozitivno vpliva na samozavest. Šelb-Šemrl (2003) ugotavlja, da ljudje, ki se ukvarjajo s telesno dejavnostjo, v povprečju živijo dve leti dlje kot telesno manj dejavni. WHO (2014) pa navaja, da zadnje ugotovitve kažejo, da naj bi bili ljudje za ohranjanje zdravja telesno dejavni 150 min/teden - zmerno intenzivno telesno dejavni - ali pa 75 min/teden visoko intenzivno dejavni.

Ukvarjanje s športno dejavnostjo lahko prinese večje možnosti za samostojno življenje starostnikov. Pozitivno pa vpliva tudi na preprečevanje oz. upočasnjevanje številnih bolezni. Za zdravje in s tem kakovostnejše življenje pa so pomembni tudi uravnotežena in kakovostna prehrana, primeren vnos tekočine, gibanje in ukvarjanje s športom, udejstvovanje v različnih interesnih dejavnostih s prijatelji itn. (Berčič, 2001).

Šimunič (2012) ugotavlja, da bi bilo najbolje, da bi bila vsakemu posamezniku športna vadba življenjski slog, vendar velikokrat ni tako. V današnjem času prevladuje sedeči način življenja in s tem pomanjkanje telesne dejavnosti. Zanimivo je, da se otroci med tretjim in četrtem letom gibljejo največ, pri 18-letnikih upade količina gibanja za 40 %, pri odraslih rekreativcih pa za več kot 60 %. Udeležba organizirane športne vadbe ni dovolj, treba je živeti zdravo in se gibati na vsakem koraku vsak dan.

Berčič idr. (2007) navajajo, da strokovnjaki z različnih področij opozarjajo na vse večje in večje spremembe v razvoju sodobne družbe. Pri tem mislijo na spremembe v družinskem življenju in staranje prebivalstva. Število starejših ljudi narašča in družba postaja vse bolj informacijska (mediji, računalniki, mobilni telefoni). Vse to pa vpliva na to, da drugače preživljamo prosti čas. Spremenil se je življenjski slog družine. Zaradi različnih vplivov se je sistem vrednot v družini spremenil. Bistvenega pomena postaja notranje družinsko življenje, odnos do osebnega in družinskega zdravja, do telesne dejavnosti in na koncu tudi do psihofizičnih sposobnosti. Pomembno je, da človek omili vse strese pri delu in najde sprostitev. Berčič, Tušak in Karpljuk (1999) poudarjajo, da se moramo zavedati, kako pomembno je ukvarjanje s športom pri posamezniku, da pa do tega pridemo, moramo začeti v družini, vendar ne le pri otrocih, temveč tudi pri odraslih, zrelih in starejših.

Nekaj pozitivnih učinkov na telo, ki jih prinese redna telesa dejavnost (po Berčič idr., 2001; Pokorn, 1998):

Fiziološki učinki:

- poveča se telesna zmogljivost;
- pri določeni dejavnosti se srčna frekvenca zmanjša;
- poveča se masa srčne mišice;
- izboljša se koronarna prekrvitev;
- izboljša se izraba kisika v srčni mišici;
- poveča se utripni in minutni volumen srca;
- poveča se venski pritok, ki preprečuje venski zastoj;
- izboljša se delovanje prebavil;
- upočasnijo se demineralizacija kosti v starosti.

Biokemični učinki:

- zmanjša se celotni holesterol;
- poveča se vsebnost holesterola HDL;
- zmanjša se vsebnost holesterola LDL;
- poveča se delovanje inzulina.

Psihološki učinki:

- izboljša se splošno počutje;
- zmanjša se možnost za pojav depresije;
- poveča se samozavest;
- izboljša se spanec.

1.3.1 DEJAVNIKI ZDRAVEGA IN NEZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

Gabrijelčič-Blenkuš (2005a) navaja, da življenjski slog označujemo kot značilen način življenja posameznika; določa ga obnašanje, ki se konsistentno pojavlja v določenem časovnem obdobju. Oblikovati se začne po rojstvu pod vplivom različnih izkušenj in življenjskih razmer. Na izoblikovanje življenjskega sloga vpliva veliko dejavnikov, kot so: družina in družinske razmere, izobraževanje, zdravstveno varstvo, socialni in

okoljski dejavniki, posameznikov značaj ... Splošno se življenjski slog kaže v načinu dela, ukvarjanju s telesno dejavnostjo, preživljanju prostega časa, izbiri krajev za oddih, izbiri prijateljev, interesih, kraja bivanja ... Ker pa se začne življenjski slog oblikovati že v otroštvu in ga je z leti vedno težje spremeniti, je pomembno, da otroci v času, v katerem še nanje vplivajo starši in učitelji, zgradijo zdrav življenjski slog. Za normalno in zdravo življenje posameznika je treba sprejeti pozitiven odnos do športnega življenja in zdrave prehrane.

Astrand in Rodahl (1986) pa pravita, da življenjski slog določa, kolikšna bo razlika med biološko in kronološko starostjo v doseganju maksimalne aerobne moči. Ugotavljata tudi, da dobro treniran posameznik dosega enako vitalno zmogljivost pljuč pri štiridesetih in petinštiridesetih letih starosti, kot jo je pred dvajsetimi leti. Šele čez dvajset let je opazno njeno rahlo upadanje. S starostjo upadajo frekvenca srca, maksimalni utripni volumen, srčna storilnost in maksimalna aerobna moč. Pri večini ljudi pa s starostjo naraste arterijski krvni tlak. Na vse te dejavnike lahko vplivamo s primerno telesno dejavnostjo, saj so strokovnjaki ugotovili, da imajo ob dani intenzivni vadbi in porabi kisika starejši v povprečju enako ali le nekoliko znižano frekvenco srčnega utripa kot mlajši.

Završnik in Pišot (2005) navajata, da so dejavniki, ki zajemajo življenjski slog prehrana, telesna dejavnost, stres, kajenje, alkohol, debelost, motnje spanja, spolnost, varnost, različne bolezni (srčno-žilne, visok krvni tlak, diabetes itn.) Vsi ti dejavniki močno vplivajo na naše zdravje, ki je za vsakega posameznika vedno bolj pomembno. Zato moramo dobro poznati, kateri so dejavniki zdravega in kateri nezdravega življenjskega sloga. Pri veliki večini se vključujeta v življenje oba sloga, čeprav bi bilo najbolje, da bi se samo zdrav življenjski slog.

Dejavniki nezdravega življenjskega sloga so tisti, ki so povezani z nezdravim načinom življenja. Završnik in Pišot (2005) ugotavljata, da sem sodijo telesna nedejavnost, neprimerna prehrana, čezmerno uživanje alkohola, čezmerna telesna teža, stres, motnje spanja, bolezni odvisnosti (droge, kajenje) in druga bolezenska stanja. Ravno tako ugotavljata, da se lahko kot posledica nezdravega življenjskega sloga začnejo kazati nekatere bolezni. V preteklosti je arterioskleroza (poapnenje žil) veljala za bolezen, ki jo je prinesla starost. Danes pa je jasno, da se proces arterioskleroze začne že v otroštvu, se nadaljuje v puberteti in zgodnji odrasli dobi, v srednjih letih in pozneje pa povzroča koronarno srčno bolezen in druge težave. Arterioskleroza je dinamični bolezenski proces in posledica številnih dednih dejavnikov in dejavnikov okolja. Dejavniki tveganja so tako s posrednimi spremenljivkami (npr. povečana koncentracija LDL holesterola) in tudi z neposrednimi (npr. vpliv okolja – kajenje) povezani z napredovanjem in pogostostjo arterioskleroze v odrasli dobi. Če povzamemo, lahko rečemo, da vsi dejavniki nezdravega življenjskega sloga vplivajo na nastanek številnih bolezni, ki si jih v življenju nihče ne želi imeti. Ravno zato je naloga vsakega posameznika, da se v čim večji meri izogne nezdravemu življenjskemu slogu.

Zaletel-Kragelj, Fras in Maučec-Zakotnik (2004) so po izsledkih nacionalne raziskave CINDI (2004) ugotovile, da se v Sloveniji zdravo in pretežno zdravo prehranjuje le 22,9 % ljudi, skoraj 60 % odraslih prebivalcev ni redno dnevno telesno dejavnih, poleg tega še kadijo in uživajo preveč alkohola.

Državni zbor Republike Slovenije (2005) je sprejel Resolucijo o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010, ki opredeljuje sedem dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni:

- gibalna/športna nedejavnost;
- zvišan krvni tlak;
- zvišan holesterol v krvi;
- zvišan indeks telesne mase (razmerje med višino in težo);
- znižan vnos zelenjave in sadja;
- alkohol;
- kajenje.

Ocene Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization) so za leto 2002 pokazale, da so bile v Evropi kronične nenalezljive bolezni v 86 % vzrok vseh smrti in v 77 % vseh bolezni. Raziskave so pokazale, da je bilo tudi v Sloveniji več kot 70 % smrti posledica najpogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni. 40 % celotne umrljivosti Slovencev predstavljajo bolezni srca in ožilja, kljub dejstvu, da se je od leta 1990 do leta 2002 umrljivost zaradi srčno-žilnih vzrokov v Sloveniji zmanjšala za 34 % (Državni zbor Republike Slovenije, 2005). Državni zbor republike Slovenije (2005) tudi navaja, da so glavni vzroki za umrljivost v Sloveniji podobni kot v državah EU: na prvih treh mestih so torej bolezni srca in ožilja, rak in poškodbe. Stopnji umrljivosti za boleznimi srca in ožilja ter poškodbami oziroma zunanjimi vzroki smrti pa sta se v zadnjih letih pomembno zmanjšali (Uradni list Republike Slovenije, 2013).

Zdrav življenjski slog

O zdravem duhu v zdravem telesu so govorili že stari Grki (Kropej, 2007). Velikokrat si zastavimo vprašanje, kaj sploh je zdravo življenje. Za nekatere predstavlja ta pojem zdravo prehrano in nenehno telesno dejavnost, medtem ko za druge celodnevno ležanje v postelji in nezdravo prehranjevanje. Zdrav življenjski slog mora biti usmerjen k telesni dejavnosti (hoja, nordijska hoja, tek, kolesarjenje, plavanje ...).

Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik (2007) ugotavljajo, da je najobširnejši pristop v javnem zdravju t. i. promocija zdravja. Je zelo razvejan koncept, ki ga različne stroke različno razlagajo, saj lahko pod tem imenom najdemo številne dejavnosti, ki so usmerjene v zdravje, vendar temeljijo na različnih filozofijah. Osrednji namen pa je ustvariti družbeno okolje, ki je zdravju naklonjeno in ugodno naravnano. To pa sta pomembna pogoja za dobro zdravje posameznikov v družbi.

Ammalietti (2007) navaja, da zdrav življenjski slog označuje zmerno in preudarno vdajanje užitek in zamenjava slabih navad z dobrimi. Posameznik postane takšen, kot želi biti, zato mora vse slabe navade, ki so se skozi življenje nakopičile, opustiti. V to pa človeka velikokrat prisilijo razne težave in bolezni. Prvi korak k zdravju vsakega posameznika je opustitev napačnih nazorov in zgrešenega pogleda na svoje telo, zdravje, staranje in bolezni ter zamenjava s pravilnimi.

Raziskave v zahodno razvitih državah so pokazale, da je v najširšem pomenu človekovo zdravje najbolj odvisno od življenjskega sloga. Ugotovili so, da gre predvsem za socialno, duševno in duhovno in telesno zdravje in blagostanje. **Telesna dejavnost** in **prehrana** sta izredno pomembna dejavnika življenjskega

sloga. Vplivata na dobro počutje posameznika in ohranjata življenjsko vitalnost v starosti (Berčič idr., 2007).

Za zdravje je pomembna redna in vsakodnevna telesna dejavnost ali pa vsaj 2-3-krat na teden. Telesno dejavnost, ki naj bi imela blagodejen vpliv na zdravje obtočil, naj bi izvajali 25 do 60 minut brez počitka (Bilban, 2005). Vadbo naj bi izvajali z zmerno intenzivnostjo, pri 55-70-odstotni frekvenci srčnega utripa ali 40-60 % VO_{2max} ali 3-6 MET. Uporabimo pa lahko tudi subjektivna merila - pogovorni test in lagodno počutje ob izvajanju dejavnosti (Ažman, 2005).

Doupona Topič (2010) je ugotovila, da starost vpliva na pogostost ukvarjanja s telesno dejavnostjo. S Tabele 1 lahko razberemo, da s starostjo narašča število telesno nedejavnih. Odstotek redno športno dejavnih pa malce niha. Največja vrzel ukvarjanja s športno dejavnostjo nastane med 35. in 44. letom, nato pogostost športne dejavnosti malo naraste in po 65. letu ponovno upade. Po 65. letu starosti naj bi bilo športno dejavnih 7,7 % ljudi.

Tabela 1

Pogostost ukvarjanja s športno dejavnostjo v povezavi s starostjo prebivalcev Slovenije (Doupona Topič, 2010)

Pogostost ukvarjanja s športno dejavnostjo (%)	Starostne kategorije (leta)					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 in več
Ne	13,7	23,6	30,4	35,9	44,1	66,9
Občasna, neredna	25,3	26,4	33,9	20,6	20,6	14,5
Redna	61,1	50	35,7	43,5	43,5	7,7

Ko govorimo o zdravju ne smemo pozabiti tudi na prehrano. Zdravje in prehrana si podajata roko. Z uživanjem zdrave prehrane lahko močno zmanjšamo nastanek različnih kroničnih in akutnih bolezni. Belović (2008) ugotavlja, da naj bi zdrava prehrana vključevala več vidikov prehranjevanja. Človek naj bi dnevno zaužil vsaj 3 obroke, še boljše bi bilo, če bi jih pet. Količino hrane prilagodimo telesni dejavnosti. Vsak dan moramo vključiti k primerni prehrani tudi vsa potrebna hranila, kot so žitarice, sadje in zelenjava, mleko in mlečni izdelki, meso, stročnice in oreščki. Paziti moramo, da uživamo zmerno količino maščob, predvsem rastlinskega izvora.

Kot navaja Kozjek Rotovnik (2011), se prehranska piramida po najnovejših podatkih poslavlja. Prihaja pa model prehranskega krožnika, tako imenovani »Moj krožnik«, ki prihaja iz ZDA (Slika 3). Uvedli so ga predstavniki ameriškega urada skupaj z zdravstvenimi oblastmi leta 2010.



Slika 3. »Moj krožnik« Ministrstva za kmetijstvo ZDA (2010).

Kozjek Rotovnik (2011) meni, da je bila prehranska piramida za mnoge prezahtevna, ravno zato so v ZDA vpeljali nov način. Kot osnovo so predstavili krožnik, na katerem si vsak dan načrtujemo obroke. »Moj krožnik« je zasnovan na dveh idejah. Prva je ta, da ga sestavljajo štiri enaki deli, kar ponazarja raznovrstnost. Vsebino krožnika sestavljajo štiri osnovne vrste hrane: sadje, zelenjava, živilo iz zrnja in beljakovinsko živilo. Vsemu temu dodamo še živilo iz mlečne skupine. V praksi naj bi sadje in zelenjava zavzemala polovico našega obroka, kar pa pomeni, da nam za druga predlagana živila ostane bolj malo prostora. Na krožnik moramo spraviti še beljakovinsko živilo (meso, ribe, stročnice, jajca) in živilo iz zrnja, kar pomeni, da morajo biti kosi mesa in izdelkov iz zrnja manjši. Premalo prostora na krožniku osmisli drugo idejo, ki stremi h temu, da naj bi bilo hrane v enem obroku manj. Krožnik se opira tudi na to, da je glavna pijača voda in se izogiba umetno sladkanim pijačam. Če povzamemo, sta glavni prehranski priporočili **pestrost** in **zmerna količina hrane**.

1.4 URINSKA INKONTINENCA

International Continence Society (ICS) - Mednarodno združenje za inkontinenco (2014) - je organizacija, ki skrbi za splošno zdravje ljudi, ki jih prizadene UI. Po ICS (2002) je UI definirana kot vsako nehoteno uhajanje vode in ne samo tisto, ki bi prizadeti osebi povzročilo socialni ali higienski problem in bi ga lahko objektivno dokazali.

Nekje do 5. leta starosti naj bi se naučili odlagati telesne izločke na socialno sprejemljivem kraju in ob socialno primernem času. Ta sposobnost se imenuje kontinenca. Z izgubo te sposobnosti pa postanemo inkontinentni (Klemenc, 1995). Pri kontinenci gre za normalno zadrževanje urina - uravnavanje pritiskov v mehurju in trebušni votlini, uravnavanje tlaka gladke stene mehurja na eni strani ter tlaka v sečnici na drugi strani.

Uhajanje seča oz. urinska inkontinenca pomeni nesposobnost kontrole mokrenja. Tudi ko urin poskušamo zadržati, nam nekontrolirano uhaja po kapljicah ali v celoti. Mnogim se zdi sposobnost zadrževanja urina samoumevna funkcija človeškega telesa, vendar pa v različnih življenjskih obdobjih ni vedno tako (Leskovar, 2007). UI ni bolezen, ki bi ogrožala človeško življenje, vendar pa ima močan vpliv na fizično, psihično in socialno stanje posameznika (Hunskaar idr., 2005).

V različnih življenjskih obdobjih je medenično dno izpostavljeno različnim obremenitvam, nalogam in dejavnikom. UI še vedno velja za »tabu« temo. Veliko ljudem, še posebej starostnikom predstavlja veliko težavo, ki jo skušajo prikriti, o njej se ne pogovarjajo, strokovne pomoči sploh ne poiščejo ali pa jo poiščejo prepozno. Pogosto si mislijo, da je UI prizadela samo njih, izgubijo samozavest in samospoštovanje. Zaradi sramu in straha pred neprijetnim vonjem se začnejo odmikati od prijateljev, znancev. Izgubljati začnejo socialne stike, s tem pa se začne nižati njihova kvaliteta življenja. Pojavi se lahko tudi uhajanja seča pri spolnih odnosih, kar pripelje do zakonskih težav - pride do nekakšnega začaranega kroga UI, kar prikazuje Slika 4.



Slika 4. Začarani krog urinske inkontinence (Lukanovič, 2012).

Za urinsko inkontinenco velja, da mora pritisk v svetlini uretre ves čas presegati pritisk v mehurju. To pa omogoča notranji in zunanji sfinkterski mehanizem (Barbič, 2003).

Brglez (2009) navaja, da naj bi bil mehur oz. mišica sečnega mehurja med zadrževanjem (polnjenjem) seča sproščena ter naj bi se prožno prilagajala določeni količini urina (največji količini 300-500 ml). Tlak v mehurju mora biti vedno nekajkrat nižji od tlaka v sečnici, da seč ne uhaja. Refleks mikcije (občutena potreba za uriniranje) pa se mora sprožiti šele potem, ko možganski centri dobijo informacijo, da je mehur poln. Takrat se človek zavestno in hote sam odloči, kako, kdaj in kam bo mehur izpraznil. Pri tem se MMD in uretralnih sfinktrov spustijo, parasimpatici živci aktivirajo detruzor (mreža gladkih mišičnih vlaken, ki je glavni del sten sečnega mehurja) mehurja, ki se skrči in takrat se pri običajnem procesu pri zdravem človeku lahko uriniranje začne in konča. Pri čezmerno aktivnem sečnem mehurju pa se detruzor nehoteno neustrezno krči že med samo polnitvijo, kar privede do uhajanja urina.

Povprečno se pri zdravem sečnem mehurju urin izloča na štiri do pet ur, to je pet- do šestkrat na dan (ponoči pa ne). Dnevno se izloči 1000 ml do 1500 ml urina (Ausec-Furlan, 2008).

Dokazano je, da si tako zdravniki kot tudi bolniki še vedno ne upajo na glas in odkrito spregovoriti o UI. Zelo zaskrbljujoče pa je dejstvo ICS-ja, da kar 70 % ljudi, ki jih UI prizadene, nikoli ne poišče zdravniške pomoči, zato ti ljudje po nepotrebnem trpijo (Tušek-Bunc, 2004).

1.4.1 PREVALENCA

But (2005a) navaja, da prevalenco oz. pogostost UI izražamo v odstotkih. Predstavlja pa število žensk z UI glede na vse ženske določenega starostnega obdobja. V literaturi se podatki o pogostosti UI med seboj precej razlikujejo. Razlog naj bi bil v različni velikosti in strukturi preiskovane populacije ali pa v različni interpretaciji dobljenih rezultatov. Razlika je tudi v tem, da so nekatere podatke pridobili z vprašalniki, ki so jih poslali na dom, v drugih raziskavah so prišli do podatkov s telefonsko anketo ali osebnim pogovorom v ambulantni. Razlika obstaja tudi glede časa, v katerem naj bi potekala UI (pretekli teden, mesec, leto, kadarkoli do takrat ...). Nekatere študije pa so upoštevale le količino urina, ki uide ob inkontinenčni epizodi.

UI je pogost simptom, ki lahko v večji ali manjši meri prizadene ženske vseh starosti (Hunskar idr., 2005). Kralj in Lazarevski (1995) pa ugotavljata, da se UI pojavlja v vseh starostnih obdobjih pri obeh spolih. Prizadela naj bi 8 % žensk in 3 % moških. UI se pojavlja pri vseh vrstah poklicev in pri vseh družbenih slojih.

Prevalenca UI za ženske v Sloveniji je leta 2004 znašala 13,6 % in je bila malce višja kot v državah Zahodne Evrope in ZDA. Iz statističnih podatkov je razvidno, da ima v Sloveniji 49,5 % žensk (to je pribl. od 15 % do 30 % v ZDA), starih nad 65 let tako hudo inkontinenco, da potrebujejo zdravljenje. V obdobju, ko naj bi ženske imele

otroka, pa jih je inkontinentnih 5-15 % (Blannin, Maede, Pymat in Thomas, 1980; Thomas, 1984; Tušek-Bunc, 2004).

Tušek Bunc (2004) ugotavlja, da je v domovih starejših kar 57 % žensk inkontinentnih (v ZDA pa 50 %). Rezultati številnih raziskav kažejo, da imajo pogostejše težave z UI tiste ženske, ki so starejše (v menopavzi zaradi pomanjkanja estrogenov), ki so večkrat rodile, ki so rodile otroke z večjo telesno težo, so telesno manj aktivne, imajo ali pa so imele različne bolezni dihal, so imele večje operativne posege v mali medenici in so opravljale težko fizično delo (dvigovanje bremen). Dokazano je, da na pojav UI vplivata tudi čezmerna telesna teža in prirojena slabost vezivnega tkiva (Kralj in Lazarevski, 1995).

1.4.2 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK UI PRI ŽENSKAH

Poznamo različne dejavnike za nastanek UI pri ženskah (Bizjak, 2003):

- starost (inkontinenca je pogojena s staranjem žensk);
- nosečnost (pogostost je do 60 %);
- okužbe sečil;
- porod (ohlapanost in poškodba pelvičnega dna);
- menopavza (pomanjkanje estrogena);
- histerektomija (kirurška menopavza, odstranitev maternice);
- čezmerna telesna teža (teža, ki pritiska na medenično dno in ga s tem slabi);
- LUTS (simptomi spodnjega urinarnega trakta);
- psihična in funkcionalna slabost žensk (demenca);
- težave pri poklicu;
- predhodne ginekološke operacije;
- zaprtje;
- uporaba diuretikov in raznih zdravil;
- prolaps uterusa;
- obsevanje;
- rasa: po rezultatih študije Nurses' Health v ZDA naj bi bila UI pogostejša pri belopoltih ženskah (But, 2005).

Pori, Pori, Jakovljević in Šćepanović (2011) pa ugotavljajo, da so včasih vzroki slabšega delovanja MMD povsem neznani. Posledice so neprijetne: uhajanje urina, blata ali vetrov. Nekatere ženske se soočijo s pojavom spuščanja rotil in spremenjene lege medeničnih organov. Lahko se pojavijo težave z mehurjem in motnje spolnosti.

1.4.3 MIŠICE MEDENIČNEGA DNA

Pori idr. (2011) navajajo, da so MMD v primerjavi s trebušnimi ali hrbtnimi mišicami pogosto po krivici zapostavljene. Pori idr. (2011) pravijo: »Mišice medeničnega dna ležijo na dnu medenice, zapirajo medenični izhod in potekajo od sramnice spredaj do trtice zadaj. Te mišice vzdržujejo pravilno lego medeničnih organov in sodelujejo pri zadrževanju urina in blata. Po drugi strani zagotavljajo podporo danki med

iztrebljanjem blata in prispevajo k stabilnosti hrbtenice in medeničnega obroča« (str. 24).

Anatomija in fiziologija MMD:

Obstaja veliko razlag o anatomiji (Slika 5) in fiziologiji MMD. DeLancey (2002, v Ščepanović, 2003, str. 126) pa pravi: »Medenično dno je dinamična struktura, sestavljena iz več plasti. Posamezni del ne zagotavlja zadostne podpore, temveč jo zagotavlja usklajeno delovanje ovojnic in mišic pod nadzorom živčevja, ki deluje kot ena enota. Medenično dno leži na dnu odprtine male medenice in tvori podporno plast za trebušne in medenične organe. Sestavljeno je iz štirih plasti: endopelvična ovojnica, mišica levator ani, perinealna membrana (urogenitalna diafragma) in zunanje genitalne mišice.«

DeLancey (2002) pa navaja, da je mišica levator ani globoka mišica medeničnega dna in daje glavno mišično podporo medeničnim organom. Je tudi glavna mišica za redukcijo medeničnega dna. Na spodnji in zgornji površini je mišica levator ani pokrita z vezivnim tkivom, ki tvori zgornjo in spodnjo ovojnico ovojnice mišice levator ani. »Pelvična diafragma« imenujemo plast, ki jo sestavlja mišica levator ani in njene plasti ovojnice (tako zgornje kot spodnje).

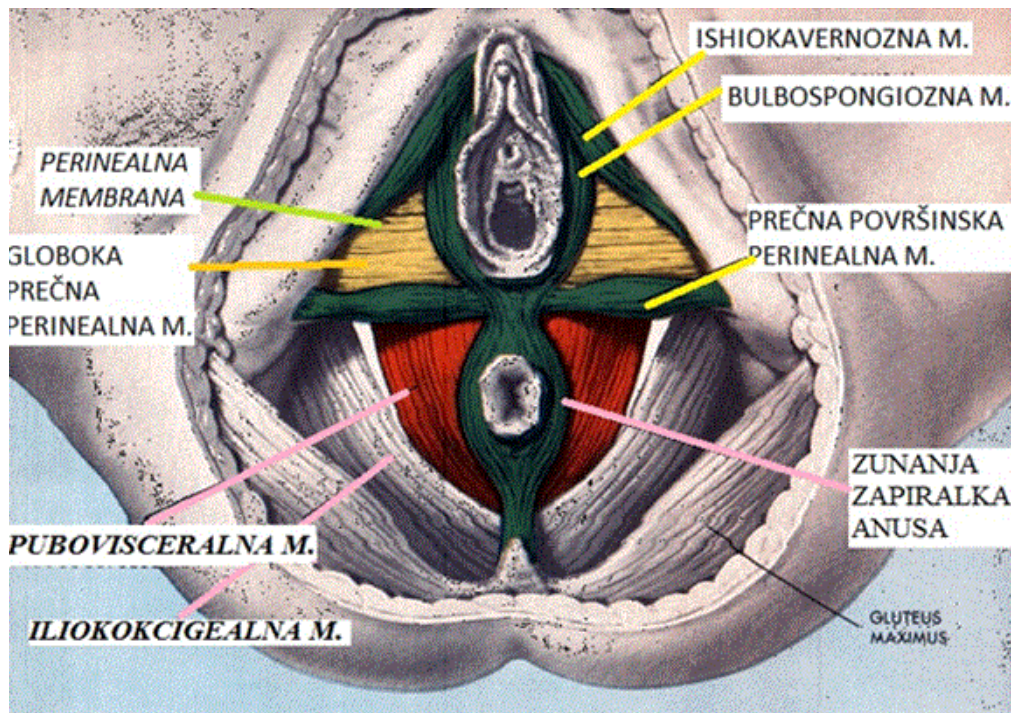
Kadar pride do nenadnega povečanja pritiska v trebušni votlini (kašljanje, kihanje), vlakna mišice levator ani in mišice pubococcygeus skrbijo za učinkovito zapiranje (Getliffe in Dolman, 2003).

Herschorn (2004) navaja, da perinealna membrana leži pod vlakni mišice levator ani. Razteza se med obema krakoma sramnične zrasti - simfize. Skoznjo potekata nožnica in sečnica. Tik pod perinealno membrano pa so genitalne mišice. Med te mišice uvrščamo ishiokavernozno mišico, bulbospongiozno mišico in prečno površinsko perinealno mišico. Te imajo pri podpori medeničnega dna manjšo vlogo in prispevajo h kontinenci.

MMD opravljajo dve nasprotujoči si nalogi, in sicer organom medenične votline dajejo oporo, na koncu druge porodne dobe pa morajo biti tako raztegljive, da gre plod skoznje (Svetina, 2011).

Številne funkcije, ki naj bi jih opravljalo medenično dno (po Sapsford, 1998):

- podpora za organe male medenice in trebušne votline,
- prispeva k povečanju pritiska v trebušni votlini,
- vzdržuje anorektalni kot in tako prispeva k fekalni kontinenci,
- med odvajanjem blata zagotavlja podporo danki,
- okrepi zapiralni mehanizem sečnice med povečanjem pritiska v trebušni votlini,
- zavira aktivnost sečnega mehurja,
- pomaga pri razbremenitvi hrbtenice,
- prispeva k stabilnosti hrbtenice in medeničnega obroča,
- prispeva k boljšemu spolnemu doživljanju in odzivu.



Slika 5. Mišice medeničnega dna (Medenično dno - steber stabilnosti in moči! 2014).

Delovanje mišic medeničnega dna

Bø (2004) ugotavlja, da je za MMD značilno neprestano krčenje, razen neposredno pred in med praznjenjem. Vendar pa ne gre samo za konstantno krčenje, MMD lahko krčimo tudi namerno. Ko se začne katerakoli od teh mišic krčiti izolirano, začnejo vse druge mišice delovati drugače. Ugotovljena prostovoljna funkcija MMD je skupno krčenje, ki je definirano kot notranji dvig in stisk okoli sečnice, nožnice in zadnjika. Pri prostovoljnem krčenju se MMD dvigujejo navznoter. Pri tem se sečnica zapre in MMD ustavijo gibanje navzdol in s tem stabilizirajo sečnico. Sam položaj znotraj medenice pa MMD, kot edini mišični skupini v telesu omogoča sposobnost, ki se kaže kot strukturna podpora medeničnim organom in medeničnim odprtinam (sečnica, nožnica in zadnjik). Različne študije z uporabo ultrazvoka in magnetne resonance so pokazale, da imajo ženske, ki še niso rodile, MMD bolj toge in da te ležijo višje, kot tiste, ki so že rodile. Ravno to velja tudi za tiste, ki so kontinentne v primerjavi z onimi, ki so inkontinentne.

1.4.4 RAZVRSTITEV IN VRSTA URINSKE INKONTINENCE

Najpogostejše vrste UI (po Abrams idr., 2002):

Stresna urinska inkontinenca

SUI je definirana kot nehoteno uhajanje urina pri naporu, fizični dejavnosti (ples, aerobika, tek ...) ali pa pri kihanju in kašljanju. SUI se pojavi ob povečanju trebušnega pritiska, ki se prenaša tudi na pritisk v mehurju.

Urgentna urinska inkontinenca

Pri UUI gre za uhajanje vode, ki po navadi sledi močnemu pritisku na vodo. To je posledica čezmerne aktivnosti mehurja. Bolniki pravijo, da jim voda uide, še preden uspejo priti do stranišča.

Mešana urinska inkontinenca

MUI je kombinacija stresne in urgentne komponente UI. MUI predstavlja problematiko zdravljenja tako bolniku kot tudi zdravniku, saj je treba zdraviti obe vrsti inkontinence. ICS definira mešano urinsko inkontinenco kot nehoteno uhajanje urina, ki nastane pri fizični aktivnosti (napor, kihanje, kašljanje) kot tudi pri urgenci.

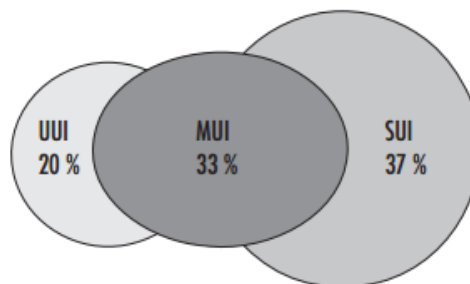
Enureza je vsako nehoteno uhajanje urina.

Nočna enureza je nehoteno mokrenje postelje med spanjem.

Kontinuirana urinska inkontinenca je kontinuirano nehoteno uhajanje urina.

Druge vrste urinske inkontinence pa so npr. nekontrolirano uhajanje urina med spolnim odnosom ali pa nehoteno uhajanje urina med smejanjem.

Hannestad, Rortveit, Sandvik in Hunskaar (2000) so z raziskavo, imenovano EPINCONT (Norwegian Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord-Trondelag), ugotovili, da je SUI zastopana približno v 50 %, v manjšem odstotku pa naj bi ji sledili MUI s 36 % in UUI z 9 %. Raziskava štirih evropskih držav (Francije, Nemčije, Španije in Velike Britanije) pa je pokazala nižji odstotek SUI, ta je znašal le 37 %. Pogostejša naj bi bila UUI z 20 %, medtem ko je bil odstotek žensk z MUI s 33 % primerljiv, kar lahko vidimo s Slike 6. Za ženske naj bi bila v predmenopavznem obdobju pogostejša SUI, v pomenopavznem obdobju pa MUI in UUI (Hunskaar, Lose, Sykes in Voss, 2004).



Slika 6. Razdelitev urinske inkontinence (Hunskaar, Lose, Sykes in Voss, 2004).

1.4.5 OCENA STOPNJE URINSKE INKONTINENCE

Obstaja več meril za oceno stopnje UI, vendar pa enotnih meril ni.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je razdelil stopnje UI tako:

- lahka UI: uhajanje manj kot 100 do 200 ml seča v 4 urah,
- srednja UI: uhajanje od 200 do 300 ml seča v 4 urah,
- težka UI: uhajanje več kot 300 ml seča v 4 urah,
- zelo težka UI: uhajanje več kot 300 ml seča v 4 urah in uhajanje blata (Debeljak, 2003).

Stopnjo UI lahko določa več dejavnikov, najpogostejši pa so pogoste inkontinentne epizode, količina urina, ki pri teh epizodah uhaja in subjektivna ocena žensk o tem, koliko jih UI moti pri vsakodnevnih opravilih. Ravno tako kot prevalenca tudi stopnja UI narašča s starostjo žensk. Raziskave so pokazale, da je imelo 20 % vseh inkontinentnih žensk oz. 6 % celotne ženske populacije zmerno ali hudo obliko UI. Zaskrbljujoč pa je podatek, da se jih približno le 10 % odloči za zdravljenje (But, 2005).

1.4.6 VAJE ZA KREPIEV MIŠIC MEDENIČNEGA DNA

Ščepanovič (2010) navaja, da poznamo veliko število vaj in sredstev za krepitev MMD. Konzervativno zdravljenje naj bi bil prvi korak k poti do uspeha pri zdravljenju nepravilnega delovanja MMD odraslih. Zajemalo naj bi zdrav življenjski slog, vadbo sečnega mehurja, fizioterapijo (manualna terapija in vadba MMD z dodatnimi metodami - biološka povratna zveza, elektrostimulacija, medenične uteži ...). Za konzervativno zdravljenje velja, da je preprosto, sorazmerno poceni, dostopno vsakomur in brez večjih stranskih učinkov. Dandanes je za ocenjevanje moči MMD najbolj razširjena modificirana šeststopenjska Oxfordska lestvica.

Hay-Smith, Berghmans, Burgio idr. (2009) ter Chiarelli (2007) ugotavljajo, da lahko tudi s spremembo življenjskega sloga vplivamo na zmanjšanje simptomov UI. S tem mislimo predvsem na zmanjšanje ITM, zaprtja, vnosa gaziranih pijač in kofeina, na opustitev kajenja, pravi položaj pri uriniranju in iztrebljanju, na pravilne tehnike dvigovanja bremen, na rekreativne in športne dejavnosti.

Avtorica Bø (1995) pa je na podlagi 16 študij o učinkovitosti treninga MMD ugotovila, da v literaturi obstajajo velike razlike v programih treninga. Trenutno pa še ni dokazano, kateri program treninga je najučinkovitejši za povečanje jakosti MMD. Strokovnjaki so glede predlaganih priporočil literature o treningu skeletnih mišic in z upoštevanjem zakonitosti, ki veljajo za trening skeletnih mišic predlagali program treninga MMD. Ta pa naj bi vključeval 3 nize, 8-12 počasnih maksimalnih krčenj MMD, z zadržkom 6 do 8 sekund, 3 do 4-krat na teden, 15 do 20 tednov (Wilson idr., 2002). Program naj bi bil oblikovan individualno ter naj bi vključeval vaje tako za počasno kot tudi za hitro krčljive mišične snope. Zaskrbljujoč je podatek, da kar 30 % žensk pri prvem stiku s fizioterapevtom MMD ne zna pravilno krčiti, zato so potrebna podrobna navodila in razlaga (Benvenuti in sod., 1987; Bø in sod., 1988 in Hesse sod., 1990).

Primeri vaj za krepitev MMD

1. Po ameriškem ginekologu Arnoldu Keglu je znana **vadba mišic medeničnega dna**, ki zajema standardne krepilne vaje MMD. Uporabljajo jih že od poznih štiridesetih let prejšnjega stoletja, vendar pa je zmotno mišljenje, da je on začetnik. Literatura navaja, da so pomen in moč vadbe MMD poudarjali tudi drugi že nekaj desetletij pred njim. To so bile predvsem fizioterapevtke Minnie Randell, Margaret Morris in Helen Heardman (Ščepanović, 2010).

Pri izvajanju vaj za krepitev MMD je najpomembneje, da dobimo občutek, da lahko aktiviramo mišico zapiralko sečnice. Ko dobimo ta občutek, lahko vaje izvajamo kadarkoli in kjerkoli (doma, v službi, v trgovini, na avtobusu ...). Te vaje lahko izvajamo sede, leže ali stoje. Ob uriniranju pa lahko le občasno preverimo pravilno krčenje MMD, tako, da poizkušamo zaustaviti curek urina, saj lahko drugače izzovemo nepravilno uriniranje (Bø, 1995).

2. Program Zdrava vadba ABC je namenjen nedejavni odrasli populaciji in je prilagojen obema spoloma. Za vsak sklop krepilnih gimnastičnih vaj je značilen načrtno izbran začetek in konec z zahtevano vajo za krepitev MMD (Pori, Pori, Jakovljević in Ščepanović, 2011).

Pori, Pori, Jakovljević in Ščepanović (2011) navajajo, da je pri vseh vajah za krepitev MMD najpomembnejše, da krčimo prave mišice in seveda, da je to krčenje pravilno. To učinkovito naredimo tako, da si predstavljamo, da poskušamo zaustaviti uhajanje vetrov iz črevesja, medtem pa istočasno zaustaviti curek urina. To naj bi občutili kot nek »stisk in dvig«, kot bi hoteli zapreti in potegniti navzgor področje okoli zadnjika, nožnice in sečnice - stik MMD. Tabela 2 prikazuje, kako pomembno je tudi načrtovanje stopnjevanja obsega in intenzivnosti obremenitev pri krepilnih vajah MMD v okviru Zdrave vadbe ABC. Program je sestavljen iz treh vadbenih obdobij (VO), poimenovanih A, B, C. Vsako VO se deli na prve tri tedne in druge tri tedne. V okviru VO smo prvi del (1. do 3. teden) vaje A poimenovali A1, drugi del (4. do 6. teden) pa A2, enako velja za VO B in C. VO A predstavlja vsebine najnižjega obsega in intenzivnosti obremenitev, te se povečujejo do zaključka VO C. Vsak VO traja 6 tednov, se pravi skupno 18 tednov vadbe. Npr. prvi način stopnjevanja obremenitve znotraj treh vadbenih obdobij prikazuje čas trajanja krčenja MMD, števila ponovitev krčenj in dolžino odmora med krčenji ter vključevanje krčenj MMD z višjo hitrostjo (v VO B pomeni + 3x tri maksimalne stiske z višjo hitrostjo).

Tabela 2

Prikaz modela stopnjevanja obsega in intenzivnosti obremenitev pri krepilnih vajah MMD v treh vadbenih obdobjih (Zdrava vadba A, B, C, 2011)

		Naziv vaje	1. teden	2. teden	3. teden
A1	Vaja 1	Leže na hrbtu, raznožno skrčeno	3-5s/3/10s	3-5s/3/10s	3-5s/3/10s
	Vaja 10	Leže na hrbtu, raznožno skrčeno	3-5s/3/10s	3-5s/3/10s	3-5s/3/10s
A2	Vaja 1	Leže na trebuhu, odnožno z L (D) (čelo na dlaneh)	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s
	Vaja 10	Leže na trebuhu, odnožno z L (D) (čelo na dlaneh)	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s
B1	Vaja 1	Opora sedno zadaj ali sed na stolu	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s
	Vaja 10	Opora sedno zadaj ali sed na stolu	6-8s+3x/3/10s	6-8s+3x/3/10s	6-8s+3x/3/10s
B2	Vaja 1	Opora klečno spredaj na podlahteh (čelo na rokah)	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s	6-8s/5/10s
	Vaja 10	Opora klečno spredaj na podlahteh (čelo na rokah)	6-8s+3x/3/10s	6-8s+3x/3/10s	6-8s+3x/3/10s
C1	Vaja 1	Polčep, predklon (dlani na stegnih)	6-8s/5/8s	6-8s/5/8s	6-8s/5/8s
	Vaja 10	Polčep, predklon (dlani na stegnih)	6-8s+3/5/8s	6-8s+3/5/8s	6-8s+3/5/8s
C2	Vaja 1	Stoja razkoračno (dlani na zadnjici)	6-8s/5/8s	6-8s/5/8s	6-8s/5/8s
	Vaja 10	Stoja razkoračno (dlani na zadnjici)	6-8s+3/5/8s	6-8s+3/5/8s	6-8s+3/5/8s

1.5 CILJI IN HIPOTEZE

1.5.1 CILJI

Glede na postavljeni predmet in problem diplomskega dela so cilji naslednji:

Z raziskavo želimo pri upokojenkah ugotoviti povezanost telesne dejavnosti, kajenja in uživanja kave z urinsko inkontinenco. Poleg tega nas zanima tudi povezanost drugih dejavnikov (izobrazba, časa upokojitve, včlanjenost v športno društvo, organiziranost telesne dejavnosti in ukvarjanje s športom v mladosti) z urinsko inkontinenco. Pričakujemo, da bodo telesno manj dejavne upokojenke in tiste, ki spijejo več kave ter pokadijo več cigaret imele več težav. Prav tako pričakujemo, da bodo upokojenke z višjo izobrazbo bolj ozaveščene in bodo zato imele manj težav z urinsko inkontinenco.

1. Cilj (C1): Ugotoviti povezanost med telesno dejavnostjo in urinsko inkontinenco.
2. Cilj (C2): Ugotoviti povezanost med različnimi dejavniki življenjskega sloga (kajenje, uživanje kave, izobrazba, čas upokojitve, včlanjenost v športno društvo, organiziranost telesne dejavnosti, ukvarjanje s športom v mladosti) in urinsko inkontinenco.
3. Cilj (C3): Ugotoviti povezanost med indeksom telesne mase in urinsko inkontinenco.
4. Cilj (C4): Ugotoviti povezanost med poznavanjem urinske inkontinence in izvajanjem vaj za krepitev MMD.

1.5.2 HIPOTEZE

Na podlagi predmeta, problema in ciljev nalog smo postavili naslednje alternativne hipoteze:

1. Hipoteza (H1): Med telesno dejavnostjo in urinsko inkontinenco obstajajo statistično značilne povezave, in sicer:
 - Povezava med telesno dejavnostjo (dni/teden) in količino nehotenega uhajanja urina
 - Povezava med telesno dejavnostjo (min/teden) in pogostostjo nehotenega uhajanja urina.
2. Hipoteza (H2): Obstaja povezanost med različnimi dejavniki življenjskega sloga (kajenje, uživanje kave, izobrazba, čas upokojitve, včlanjenost v športno društvo, organiziranost telesne dejavnosti, ukvarjanje s športom v mladosti) in urinsko inkontinenco.
3. Hipoteza (H3): Obstaja povezanost med indeksom telesne mase in urinsko inkontinenco, in sicer:
 - Povezava med indeksom telesne mase in oceno, kako močno nehoteno uhajanje urina moti vaš vsakdanjik
 - Povezava med indeksom telesne mase in vrsto inkontinence.
4. Hipoteza (H4): Obstaja povezanost med poznavanjem urinske inkontinence in izvajanjem vaj za krepitev MMD, in sicer:
 - Povezava med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna in kako se prepričajo, da vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajajo pravilno
 - Povezanost med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna in kje so zvedele za vaje mišic medeničnega dna.

2 METODE DE LA

Z raziskavo smo želeli dobiti vpogled, kako sta pri upokojenkah povezana urinska inkontinenca in nekateri dejavniki življenjskega sloga.

2.1 PREIZKUŠANKE

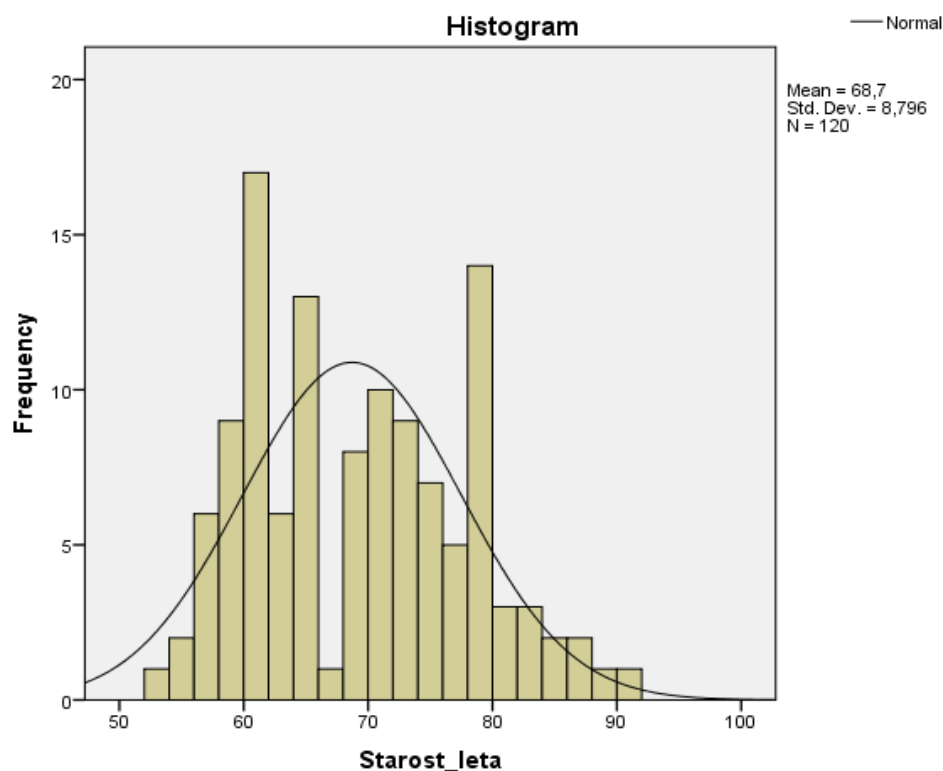
V raziskavo je bilo vključenih 120 naključno izbranih upokojenk v občini Postojna, ki so izpolnile anketni vprašalnik. Vse preučevane osebe so bile ženskega spola.

2.1.1 SPLOŠNI PODATKI O PREIZKUŠANKAH

V nadaljevanju so predstavljeni splošni podatki o preizkušankah, ki so sodelovale v raziskavi. Zajeli smo spol, starost, višino, težo. To je pomembno zaradi lažjega razumevanja in interpretacije rezultatov v nadaljevanju.

SPOL IN STAROST

V raziskavi je sodelovalo 120 (120 Ž) upokojenk, ki so bile stare od 53 pa do 91 let.

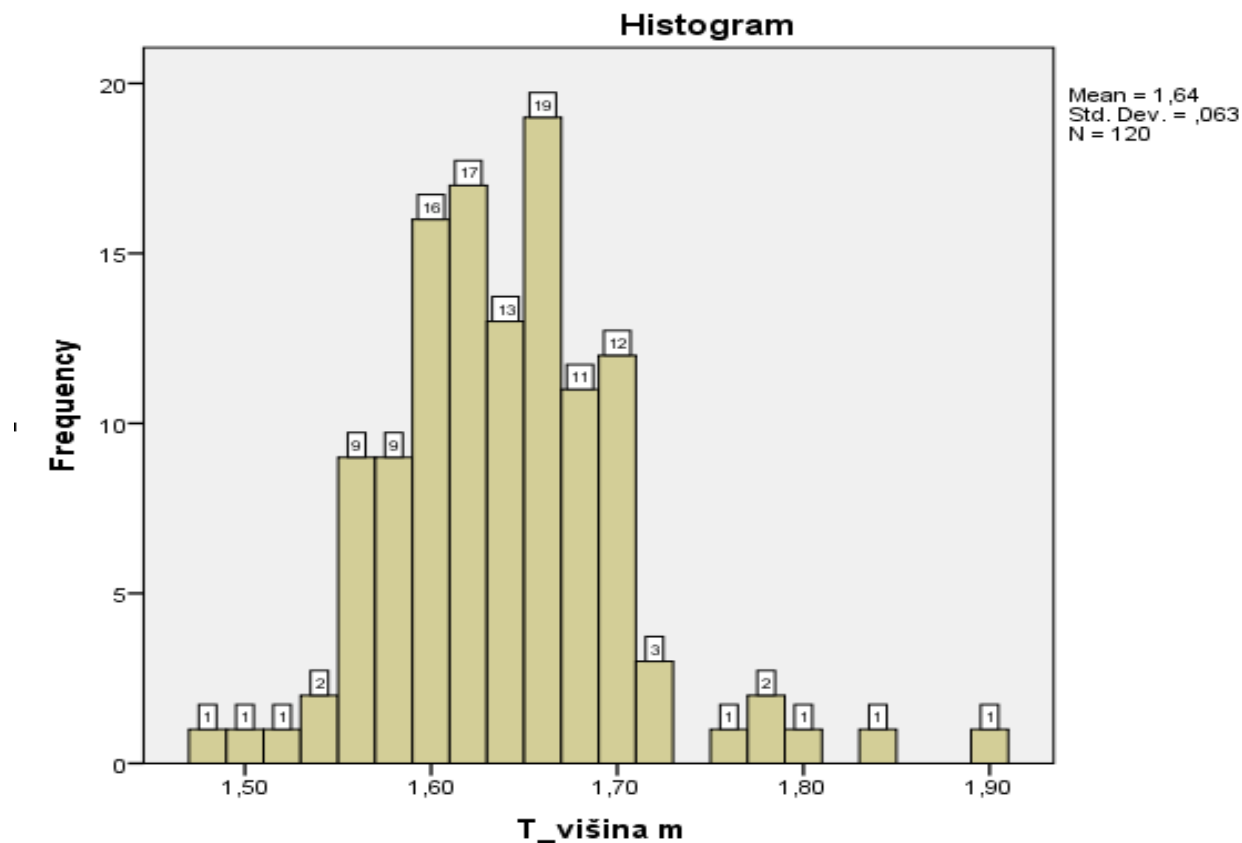


Slika 7. Prikaz starosti preizkušank.

Na Sliki 7 je prikazana starost sodelujočih upokojenk, ki so izpolnile anketni vprašalnik. Povprečna starost je $68,7 \pm 8,8$ let. Razvidno je, da nimamo mlajših preizkušank od 53 let in starejših od 91 let. Opazimo lahko, da podatki niso normalno porazdeljeni, saj se normalna krivulja histogramu ne prilega povsem.

TELESNA VIŠINA

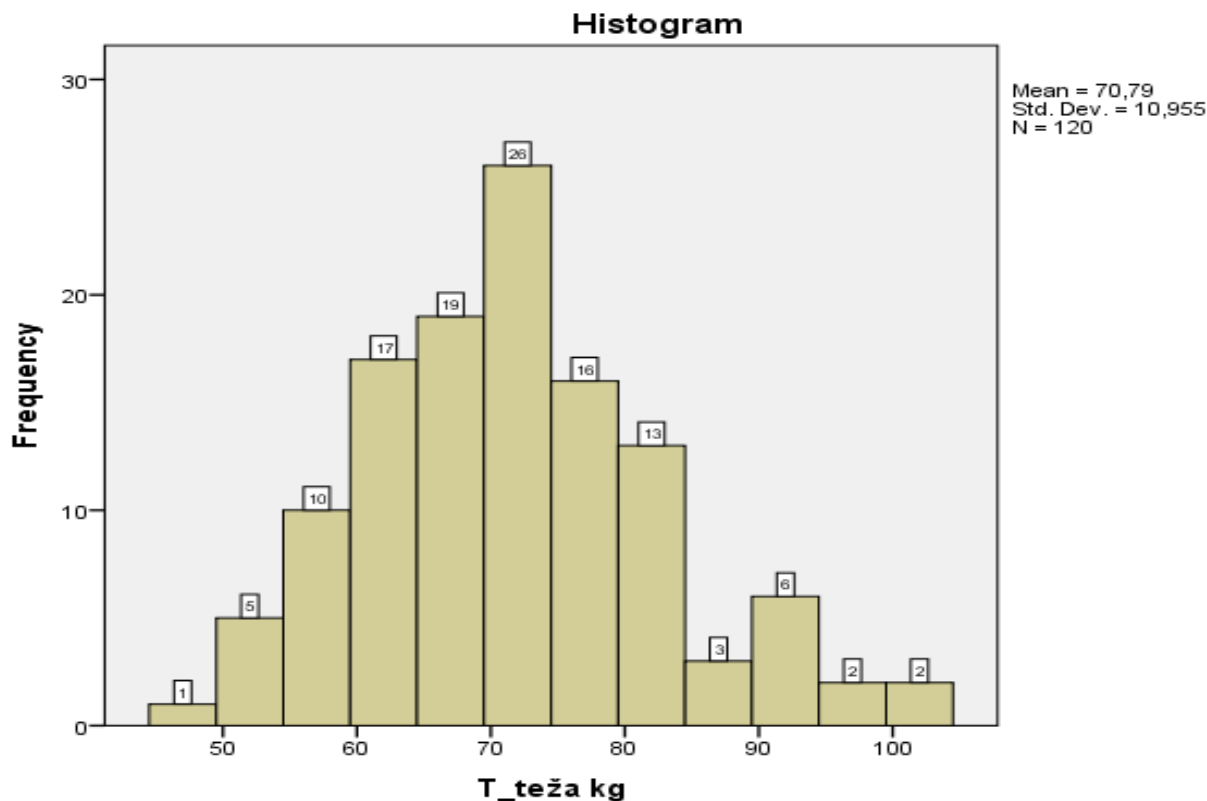
Slika 8 nam prikazuje povprečno višino upokojenk, ki je $1,64 \pm 0,06$ m, kar je nižje od povprečne višine prebivalcev Slovenije (Statistični urad republike Slovenije, 2011). Najnižja upokojenka je visoka 1,48 m, najvišja pa 1,90 m.



Slika 8. Telesna višina upokojenk.

TELESNA TEŽA

S Slike 9 lahko razberemo, da je najlažja upokojenka tehtala 74 kg, najtežja pa 103 kg. Povprečna teža vseh upokojenk, ki so sodelovale raziskavi, je bila $70,8 \pm 10,96$ kg. Povprečna teža prebivalcev Evropske unije je leta 2006 znašala 72,2 kg. Glede na države Evropske unije so raziskave pokazale, da imajo v povprečju najvišjo telesno težo Hrvati, in sicer 76,3 kg (TNS Opinion & Social, 2006).



Slika 9. Telesna teža upokojenk.

2.2 PRIPOMOČKI

Uporabili smo anketni vprašalnik, ki je zajemal 27 vprašanj, od tega 16 zaprtega tipa, 8 odprtega tipa in 3 kombiniranega tipa. V prvem delu vprašalnika smo zbrali socialno demografske podatke (spol, starost, izobrazba, telesna višina, telesna teža, čas upokojitve) preučevanih oseb in podatke o športno-rekreativnih navadah (ali so telesno aktivne, koliko dni/ur na teden so telesno dejavne, najljubša telesna dejavnost, koliko dni so v zadnjem tednu hodile vsaj 10 min skupaj, ali so članice kakšnega športnega društva, ali se s športno dejavnostjo ukvarjajo organizirano oz. neorganizirano, ali so se v mladosti tekmovalno ukvarjale s športom, koliko skodelic kave spijejo dnevno). V nadaljevanju pa smo pridobili podatke o urinski inkontinenci oz. MMD (ocena trenutnega zdravstvenega stanja, ali so že slišale za vaje za krepitev MMD, iz katerega vira so zvedele za te vaje, ali vedo, kako se jih izvaja pravilno, kako se prepričajo, da vaje za krepitev MMD izvajajo pravilno, v katerem starostnem obdobju naj bi začele z izvajanjem teh vaj, ali same izvajajo vaje za krepitev MMD, pa podatke o pogostosti nehotenega uhajanja urina, količini urina, ki

jim uide, vrsto inkontinence in kako močno nehoteno uhajanje urina moti njihov vsakdanjik). Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) in programom Microsoft Office Excel 2007.

2.3 POSTOPEK

Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja. Zbiranje podatkov je potekalo anonimno. Zbrani podatki so bili vneseni in zbrani v program Microsoft Office Excel 2007 ter obdelani z računalniškim programom SPSS 20.0 za WINDOWS. Skupno število vseh vpisanih anket je bilo 120. Uporabljene so bile deskriptivne statistične metode. Uporabljeni so bili različni koeficienti in metode: Spearmanov koeficient, Kruskal Wallisov test, Mann-Whitnejev test, Kolmogorov-Smirnov test in test HI-kvadrat. Statistična značilnost bo določena s p-vrednostjo: $p \leq 0,05$ (5 % tveganje). Grafe in tabele smo izdelali s pomočjo programa Microsoft Office Excel 2007.

3 REZULTATI

Anketni vzorec predstavlja približno 5,6 % populacije (vse upokojenke v občini Postojna N=2149). Takšen delež velja kot reprezentativen, ker pa je velikost vzorca (N=120) majhna, moramo biti pri posploševanju rezultatov vzorca na celotno populacijo pazljivi.

3.1 OSNOVNE ZNAČILNOSTI PREIZKUŠANK

3.1.1 INDEKS TELESNE MASE

Za oceno debelosti in čezmerne hranjenosti smo uporabili ITM. ITM je razmerje med telesno maso in kvadratom telesne višine, izrazimo ga v kg/m². Poudariti moramo, da ITM ne odraža dejanskega deleža telesne maščobe, vendar ga kljub temu uporabljamo za oceno maščevja v telesu. Ravno zato moramo pri kliničnih primerih uporabiti dodatne preiskovalne metode (WHO, 2004). Stanje hranjenosti glede na ITM delimo v naslednje kategorije (WHO, 2004):

- do 18,4 podhranjenost
- 18,5-24,9 normalna hranjenost
- 25,0-29,9 čezmerna hranjenost
- 30,0-34,9 debelost I. stopnje
- 35,0-39,9 debelost II. stopnje
- 40 in več debelost III. stopnje (izredna debelost).

Tabela 3

Opredelevitev hranjenosti preizkušank z ITM

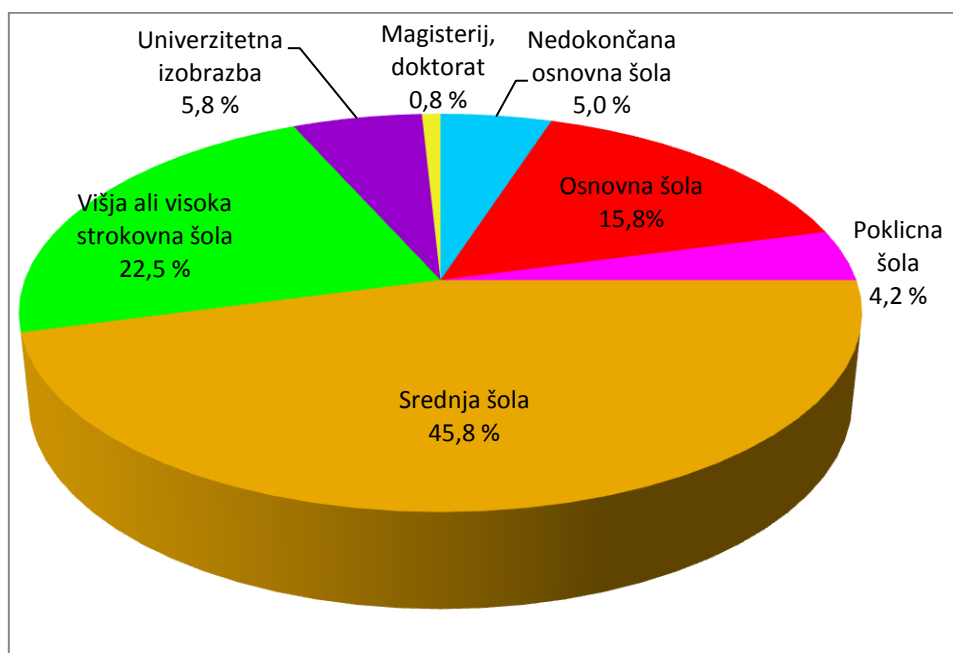
Opredelitev	ITM(kg/m²)	Število anketirank	%
Podhranjenost	<18,4	0	0,0
Normalna hranjenost	18,5-24,9	44	35,5
Čezmerna hranjenost	25,0-29,9	60	48,4
Debelost prve stopnje	30,0-34,9	14	11,3
Debelost druge stopnje	35,0-39,9	1	0,8
Debelost tretje stopnje	40,0>	1	0,8
Skupaj		120	100

Iz Tabele 3 je razvidno, da 48,4 % preizkušank spada v kategorijo čezmerno hranjenih (ima povečano telesno težo), ITM je od 25,0 do 29,9. Ta podatek ni ravno vzpodbuden, saj debelost zmanjšuje kakovost življenja in povečuje stopnjo tveganja za nastanek različnih bolezni.

V Tabeli 3 lahko vidimo, da ima malce več kot tretjina upokojenk normalno telesno težo (ITM 18,5-24,9). Zaskrbljujoči so podatki, da ima 11,3 % anketirank debelost prve stopnje (ITM 30,0-34,9), ena upokojenka ima debelost druge stopnje (ITM 35,0-39,9) in ena upokojenka spada v kategorijo izredne debelosti (ITM 40 in več). Spodbuden pa je podatek, da ni nobena upokojenka podhranjena.

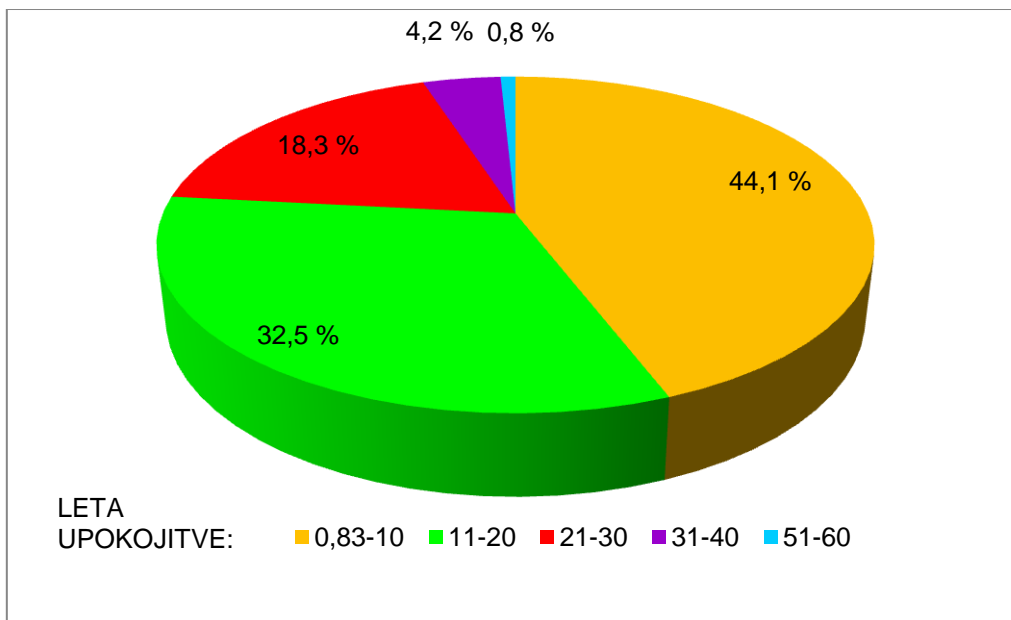
3.1.2 IZOBRAZBA IN ČAS UPOKOJITVE

Slika 10 prikazuje, kakšna je izobrazba upokojenk. Največ, kar 45,8 % vseh, ima srednješolsko izobrazbo, 22,5 % ima končano višjo ali visoko strokovno šolo, 16 % ima končano osnovno šolo, 5,8 % ima univerzitetno izobrazbo, 5,0 % ima nedokončano osnovno šolo, 4,2 % ima končano poklicno šolo in 0,8 % upokojenk ima magisterij oz. doktorat.



Slika 10. Izobrazba preizkušank.

S Slike 11 lahko razberemo, koliko časa so preizkušanke upokojene. Malo manj kot polovica jih je upokojenih od 1 meseca (0,83 leta) do 10 let, približno tretjina jih je upokojenih od 11 do 20 let, slaba petina jih je upokojenih od 21 do 30 let, nizek odstotek jih je upokojenih od 31 do 40 let in ena (0,8 %) je upokojena od 51 do 60 let. Zanimiv je podatek, da v vzorec nismo zajeli nobene upokojenke, ki bi bila upokojena od 41 do 50 let. V povprečju so upokojene od 1 meseca do 10 let $\pm 0,97$ let.



Slika 11. Čas upokojitve.

3.1.3 ALI STE TELESNO DEJAVNI?

Zanimalo nas je, ali so preizkušanke telesno dejavne, kar lahko vidimo na Tabeli 4. Nekaj več kot polovica vseh preizkušank je bilo telesno dejavnih in nimajo nikakršnih omejitev, sledi dobra tretjina preizkušank, ki so imele omejitve, vendar so vseeno telesno dejavne. 14 preizkušank ne more biti dejavnih zaradi bolezni, 9 jih ni telesno dejavnih, kljub temu, da niso imele nobenih omejitev, 2 pa ne moreta biti telesno dejavni zaradi invalidnosti.

Tabela 4

Ali ste telesno dejavni (kjerkoli)?

Ali ste telesno dejavni	Število preizkušank	%
Kljub omejitvam sem telesno dejavna	34	28,3
Ne morem biti zaradi bolezni	14	11,7
Ne morem biti zaradi invalidnosti	2	1,7
Nisem telesno dejavna in nimam omejitev	9	7,5
Sem telesno dejavna in nimam omejitev	61	50,8
Skupaj	120	100

V Tabeli 5 vidimo, koliko dni na teden so bile preizkušanke v povprečju telesno dejavne. Približno tretjina jih je telesno dejavnih cel teden, nekaj je telesno dejavnih šest dni/teden, nekaj pa pet dni/teden. Štiri dni/teden je telesno dejavnih 15 preizkušank, le ena več pa je dejavna tri dni/teden, slaba petina preizkušank je dejavna dva dni/teden, 3 so aktivne le en dan/teden in nekaj več kot 10 % od vseh preizkušank sploh ni telesno dejavnih.

Tabela 5

Koliko dni na teden ste v povprečju telesno dejavni?

Koliko dni na teden ste v povprečju tel. dejavni	N preizkušank	%
Nič dni	15	12,5
En dan	3	2,5
Dva dni	18	15,0
Tri dni	16	13,3
Štiri dni	15	12,5
Pet dni	10	8,3
Šest dni	10	8,3
Sedem dni	33	27,5
Skupaj	120	100

Iz Tabele 6 pa lahko razberemo, da so v povprečju preizkušanke aktivne 294 min/teden, kar znaša približno 42 min/dan. Najaktivnejša pa je preizkušanka, ki se s telesno dejavnostjo ukvarja kar 1200 min/teden, kar znese nekaj več kot 3 ure/dan in je pravo presenečenje za žensko, ki je upokojena. Predvidevamo, da je ta preizkušanka v zelo dobri kondiciji in da se je že v mladosti ukvarjala s športom.

Tabela 6

Koliko minut na teden ste telesno dejavni?

Koliko minut na teden ste telesno dejavni?	
N preizkušank	120
M	294,48
SD	247,884
Minimum	0
Maximum	1200

Legenda: N – število preizkušank; M – povprečje; SD – standardni odklon; Min – minimum; Max – maksimum

3.1.4 NAJLJUBŠA TELESNA DEJAVNOST

Za skoraj 80 % od vseh preizkušank je najljubša telesna dejavnost hoja, kot druga najljubša telesa dejavnost sledi splošna vadba, nato sledita pilates in tek, le nekaterim pa so všeč joga, kolesarjenje in odbojka. Slabih 10 % preizkušank pa sploh ni telesno dejavnih (Tabela 7).

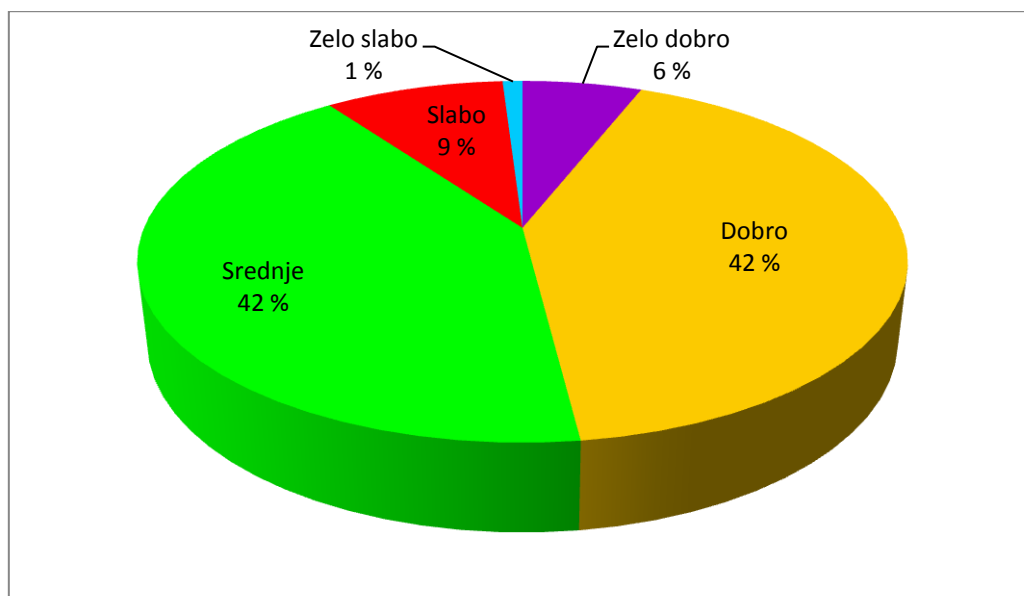
Tabela 7

Katera je vaša najljubša tel. dejavnost?

Najljubša telesna dejavnost?	N preizkušank	% preizkušank
Nisem telesno dejavna	9	7,5
Hoja	94	78,3
Joga	1	,8
Kolesarjenje	1	,8
Odbojka	1	,8
Pilates	2	1,7
Tek	2	1,7
Splošna vadba	10	8,3
Skupaj	120	100,0

3.1.5 OCENA TRENUTNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

Svoje trenutno zdravstveno stanje so preizkušanke ocenile takole: manj kot polovica kot dobro in manj kot polovica kot srednje zdravstveno stanje. Sledilo je 11 preizkušank, ki so svoje zdravstveno stanje opisale kot slabo, 7 se jih je počutilo zelo dobro in le ena zelo slabo (Slika 12).



Slika 12. Ocena trenutnega zdravstvenega stanja.

3.1.6 KATERO JE NAJPRIMERNEJŠE OBDOBJE ZA IZVAJANJE VAJ ZA KREPITEV MMD?

Na vprašanje, v katerem starostnem obdobju naj bi začeli izvajati vaje za krepitev MMD, pa so preizkušanke odgovorile takole (Tabela 8): nekaj več kot polovica jih je odgovorilo, da bi morali začeti s krepitvijo MMD med 40. in 60. letom, sledil je odgovor, da med 20. in 40. letom, slabih 10 % preizkušank ni vedelo odgovora na zastavljeno vprašanje, nekaj pa jih je odgovorilo, da med 12. in 20. letom starosti in le ena preizkušanka je odgovorila, da bi morali začeti izvajati vaje za krepitev MMD med 3. in 12. letom.

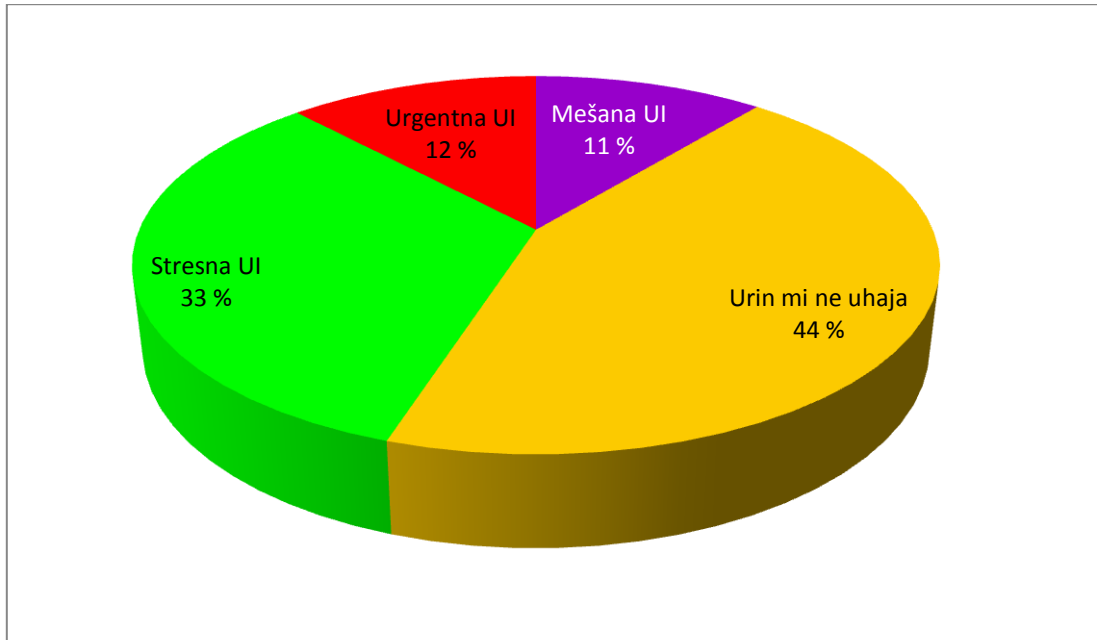
Tabela 8

V katerem starostnem obdobju naj bi začeli izvajati vaje za krepitev MMD?

V katerem starostnem obdobju naj bi začeli izvajati vaje za krepitev MMD?	N preizkušank	%
Ne vem	11	9,2
3-12 let	1	,8
12-20 let	8	6,7
20-40 let	30	25,0
40-60 let	70	58,3
Skupaj	120	100

3.1.7 VRSTA URINSKE INKONTINENCE

Skoraj polovici preizkušank urin sploh ni uhajal, sledila je dobra tretjina preizkušank, ki so imele stresno UI, z urgentno UI jih je bilo 12 % in najmanj – 11 % - jih je imelo mešano UI. Zanimiv je podatek, da nobena upokojenka v naši raziskavi ni imela overflow UI (Slika 13).



Slika 13. Vrsta urinske inkontinence.

3.2 PREVERJANJE HIPOTEZ

Preverjali smo H1, povezanost telesne dejavnosti in UI z dvema primeroma, in sicer:

Ugotavljali smo povezanost tedenske telesne dejavnosti s količino urina, ki jim uide (Tabela 9). Korelacijo za H1, ki je zelo šibka, smo preverjali s pomočjo neparametričnega Spearmanovega korelacijskega koeficienta. Ugotovili smo, da je Spearmanov koeficient majhen, enak - 0,179. Pove nam, da bolj kot so bile preizkušanke telesno dejavne več dni na teden, manjša količina urina jim je uhajala in obratno. Ugotavljali smo tudi statistično pomembnost korelacije, tako lahko s 5-odstotnim tveganjem ($p=0,054$) rečemo, da je povezava med spremenljivkama na meji statističnih značilnosti. Zaključimo lahko, da korelacija ni ravno statistično pomembna.

Tabela 9

Povezava med tedensko telesno dejavnostjo in urinsko inkontinenco

Koliko dni na teden ste v povprečju telesno dejavni?	Spearmanov korelacijski koeficient	1,000
	Sig. (2-tailed)	
	N	120
Koliko urina vam uide?	Spearmanov korelacijski koeficient	-,179
	Sig. (2-tailed)	,054
	N	120

Iz Tabele 10 lahko razberemo, da smo ugotavljali povezanost med pogostostjo nehotenega uhajanja urina in koliko minut tedensko so bile preizkušanke telesno dejavne. Spearmanov koeficient je enak - 0,093, kar pomeni, da je moč korelacije med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in telesno dejavnostjo (min/teden) zelo majhna. Sklepali smo, da več časa (min) kot posvetimo telesni dejavnosti na teden, manj pogosto nam nehote uhaja urin in obratno, vendar pa ni bilo tako. S 5-odstotnim tveganjem lahko trdimo, da med pogostostjo nehotenega uhajanja urina in telesno dejavnostjo (min/teden) ni statistično značilnega vpliva, saj je Spearmanov koeficient $p>0,05$.

Tabela 10

Povezava med telesno dejavnostjo (minut/teden) in urinsko inkontinenco

Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?	Spearmanov korelacijski koeficient	1,000
	Sig. (2-tailed)	
	N	120
Koliko minut na teden ste telesno dejavni?	Spearmanov korelacijski koeficient	-,093
	Sig. (2-tailed)	-,318
	N	120

Ker je v obeh primerih $p > 0,05$, **hipotezo H1 zavrnamo**, saj sklepamo, da med podanimi spremenljivkami ni statistično značilnih razlik.

H2: Obstaja povezanost med različnimi dejavniki življenjskega sloga (kajenje, uživanje kave, izobrazba, čas upokojitve, včlanjenost v športno društvo, organiziranost telesne dejavnosti, ukvarjanje s športom v mladosti) in urinsko inkontinenco:

Povezavo med pogostostjo uhajanja urina in kajenjem lahko razberemo iz Tabel 11 in 12. Vse preizkušanke so odgovorile na vprašanje, če kadijo.

Iz Tabel 11 in 12 razberemo statistično pomembne razlike med kajenjem in pogostostjo nehotenega uhajanja urina. Predpostavili smo, da nam urin pogosteje uhaja, če več kadimo, vendar pa ni ravno tako. Odgovori na vprašanje Kako pogosto Vam urin nehote uhaja so ovrednoteni z 0-Nikoli, 1-1x tedensko ali manj, 2-2-3x na teden, 3-Dnevno, 4-Večkrat dnevno in 5-Ves čas. Najmanj preizkušank kadi, nekaj več jih je kadilo včasih, večina pa jih sploh ne kadi, kar je za današnji način življenja zelo vzpodbudno. Tiste, ki kadijo, so obkroževale odgovore 0, 1, 2, 3, 4, povprečno pa $1,10 \pm 1,37$. Iz tega sklepamo, da jim je povprečno urin uhajal 1x tedensko ali manj. Tiste, ki so kadile včasih, so poleg odgovorov 0, 1, 2, 3, 4 obkrožile tudi odgovor 5, kar pomeni, da nekaterim izmed njih uhaja urin ves čas. Preizkušanke, ki ne kadijo, so ravno tako obkroževale vse odgovore od 0 do 5, povprečno pa jim urin uhaja 1x tedensko ali manj ali pa 2-3x na teden.

Tabela 11

Pogostost kajenja

Ali kadite?	N	M	SD	Min	Max
Da	10	1,10	1,37	0	4
Kadila sem včasih	25	0,96	1,17	0	5
Ne	85	1,08	1,41	0	5
Skupaj	120	1,06	1,35	0	5

Legenda: N – število preizkušank; M – povprečje; SD – standardni odklon=pogostost nehotenega uhajanja urina; Min – minimum; Max – maksimum

Tabela 12

Pogostost nehotenega uhajanja urina v povezavi s kajenjem

Kruskal Wallis Test	Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?
Hi-kvadrat	,061
df	2
Sig.	,970

Legenda: df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

Tabela 12 prikazuje, da med povezanostjo spremenljivk pogostost urina, ki nehote uhaja in kajenjem statistično pomembne razlike ($p > 0,05$) ne obstajajo.

Povezanost oz. statistično značilne razlike smo ugotavljali tudi za spremenljivki pogostost uhajanja urina in uživanje kave v Tabelah 13 in 14.

Tabela 13

Zaužite skodelice kave

Koliko skodelic kave spijete dnevno?	N	M	SD	Min	Max
1-2	101	1,05	1,33	0	5
Nič	4	1,25	1,89	0	4
Več kot 3	15	1,07	1,44	0	4
Skupaj	120	1,06	1,35	0	5

Legenda: N – število preizkušank; M – povprečje; SD – standardni odklon=pogostost nehotenega uhajanja urina; Min – minimum; Max – maksimum

Tabela 14

Statistične razlike med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in uživanje kave

Kruskal Wallis Test	Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?
Hi-kvadrat	,005
df	2
Sig.	,998

Legenda: df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

V Tabeli 13 so odgovori glede pogostosti nehotenega uhajanja urina ovrednoteni z 0-Nikoli, 1-1x tedensko ali manj, 2-2-3x na teden, 3-Dnevno, 4-Večkrat dnevno in 5-Ves čas. Največ preizkušank je odgovorilo, da dnevno spije eno do dve kavi in jim v povprečju urin uhaja 1x tedensko ali manj ali pa jim uhaja 2-3x na teden, nekaterim izmed njih uhaja urin tudi ves čas, večkrat dnevno, dnevno, drugim pa sploh nikoli ne uhaja. Le 3 % preizkušank sploh ne pije kave in jim v povprečju urin uhaja najbolj, 1x tedensko ali manj, 2-3x na teden ali celo dnevno, kar je celo malce presenetljiv rezultat. Vsem skupaj pa v povprečju urin uhaja 1x tedensko ali manj, lahko jim tudi ne uhaja ali pa jim uhaja 2-3x na teden.

V Tabeli 14 lahko razberemo, da je $p > 0,05$, kar pomeni, da ni statistično pomembnih razlik med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in uživanjem kave.

Tabeli 15 in 16 prikazujeta povezanost spremenljivk izobrazba in pogostost nehotenega uhajanja urina. Kar četrtini preizkušank, ki imajo dokončano srednjo šolo, urin ne uhaja nikoli, 11 preizkušankam s končano srednjo šolo in 11 s končano višjo ali visoko strokovno šolo urin uhaja 1x tedensko ali manj, 2-3x na teden uhaja urin 6 preizkušankam s srednješolsko izobrazbo, 2 preizkušankama z nedokončano osnovno šolo in 2 s končano srednjo šolo urin uhaja dnevno. Večkrat dnevno urin uhaja 3 preizkušankam s končano osnovno šolo in 2 preizkušankama, ki imata srednješolsko izobrazbo, urin uhaja ves čas. V povprečju pa so preizkušanke, ki nimajo dokončane osnovne šole, odgovarjale, da jim urin uhaja 2-3x na teden, tistim s končano osnovno šolo, poklicno šolo in srednjo šolo uhaja urin 1x tedensko ali manj, preizkušankam s končano višjo ali visoko strokovno šolo in univerzitetno izobrazbo urin ne uhaja nikoli. V povprečju preizkušankam z nedokončano osnovno šolo urin uhaja 2-3x na teden, lahko tudi 1x tedensko ali manj ali pa jim urin uhaja dnevno. Tistim s končano osnovno šolo, poklicno in srednješolsko izobrazbo v povprečju uhaja urin 1x tedensko ali manj, lahko jim urin tudi ne uhaja ali pa jim uhaja 2-3x na teden. Tiste, ki imajo končano višjo ali visoko strokovno šolo in univerzitetno izobraženim v povprečju urin sploh ne uhaja ali pa jim uhaja 1x tedensko ali manj. Če povzamemo, lahko rečemo, da ima 6 preizkušank z nedokončano osnovno šolo najbolj razširjen spekter, kar se nanaša na uhajanje urina - povprečno jim urin lahko uhaja 1x tedensko ali manj, 2-3x na teden, dnevno ali pa večkrat dnevno.

Tabela 15

Povezanost med izobrazbo in nehotenim uhajanjem urina

	Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?						Skupaj	M	SD	Min	Max	
	Nikoli	1x tedensko ali manj	2-3x na teden	Dnevno	Večkrat dnevno	Ves čas						
izobrazba	Nedokončana osnovna šola	1	0	2	2	1	0	6	2,33	1,37	0	4
	Osnovna šola	6	5	4	1	3	0	19	,79	1,43	0	4
	Poklicna šola	2	2	1	0	0	0	5	,80	,84	0	2
	Srednja šola	29	11	6	2	5	2	55	1,07	1,49	0	5
	Višja ali visoka strokovna šola	13	11	1	1	1	0	27	,47	,98	0	4
	Univerzitetna izobrazba	5	2	0	0	0	0	7	,29	,49	0	1
	Magisterij, doktorat	1	0	0	0	0	0	1	/	/	/	/
	Skupaj	57	31	14	6	10	2	120	/	/	/	/

Legenda: M – povprečje; SD – standardni odklon=pogostost nehotenega uhajanja urina; Min – minimum; Max – maksimum

Tabela 16

Statistične razlike med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in izobrazbo

Kruskal Wallis Test	Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?
Hi-kvadrat	11,7
df	6
Sig.	,07

Legenda: df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

Med spremenljivkama pogostosti nehotenega uhajanja urina in izobrazbo ni statistično značilnih razlik, kar prikazuje Tabela 16 ($p=0,07$). V Tabelah 17 in 18 smo ugotavljali statistično pomembne razlike med spremenljivkama pogostosti nehotenega uhajanja urina in časom upokojitve.

Iz tabele 17 lahko razberemo, da največ preizkušankam, ki so upokojene od enega do 10 let, urin ne uhaja nikoli, nekaj manj preizkušankam uhaja 1x tedensko, peščici preizkušank uhaja urin 2-3x na teden in le eni urin uhaja dnevno. 11 preizkušankam, upokojenim med 11 in 20 letom, urin ne uhaja nikoli, desetim uhaja 1x tedensko ali manj, devetim 2-3x na teden, 4 urin uhaja dnevno, 4 uhaja urin večkrat dnevno in eni preizkušanki uhaja urin ves čas. 10 preizkušankam, upokojenim med 21 in 30 letom, urin ne uhaja nikoli, petim uhaja 1x tedensko ali manj, dvema uhaja 2-3x na teden, 1 uhaja dnevno, štirim pa večkrat dnevno. 2 upokojenim med 31 in 40 letom urin ne uhaja nikoli, dvema uhaja urin večkrat dnevno, eni pa ves čas. Eni preizkušanki, ki je upokojena med 51 in 60 letom, urin ne uhaja nikoli. Povprečno pa preizkušankam, upokojenim med 1 in 10 letom, urin ne uhaja nikoli ali pa jim uhaja 1x tedensko ali manj. Upokojenim med 11 in 20 letom urin uhaja 2-3x na teden, lahko tudi nikoli, 1x tedensko ali manj ali pa jim uhaja dnevno. Upokojenim preizkušankam med 21 in 30 letom povprečno urin uhaja 1x tedensko ali manj, lahko jim ne uhaja nikoli ali pa jim uhaja 2-3x na teden, lahko celo dnevno. Tistim preizkušankam, ki so upokojene med 31 in 40 letom, v povprečju uhaja urin dnevno, lahko jim tudi sploh ne uhaja ali pa jim uhaja ves čas.

Tabela 17

Povezanost med časom upokojitve in pogostostjo nehotenega uhajanja urina

		Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?							Skupaj	M	SD	Min	Max
		Nikoli	1x tedensko ali manj	2-3x na teden	Dnevno	Večkrat dnevno	Ves čas						
Čas upokojitve (leta)?	1-10	33	16	3	1	0	0	53	,50	,72	0	3	
	11-20	11	10	9	4	4	1	39	1,56	1,41	0	5	
	21-30	10	5	2	1	4	0	22	1,27	1,55	0	4	
	31-40	2	0	0	0	2	1	5	2,6	2,41	0	5	
	41-50	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	51-60	1	0	0	0	0	0	1	/	/	/	/	
Skupaj		57	31	14	6	10	2	120					

Legenda: M – povprečje; SD – standardni odklon=pogostost nehotenega uhajanja urina; Min – minimum; Max – maksimum

Iz Tabele 18 je razvidno, da so med pogostostjo nehotenega uhajanja urina in časom upokojitve statistično značilne razlike ($p < 0,05$).

Tabela 18

Statistične razlike med spremenljivkama pogostost nehotenega uhajanja urina in časom upokojitve

Kruskal Wallis Test	Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?
Hi-kvadrat	17,4
df	4
Sig.	,002

Legenda: df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

V Tabelah 19 in 20 ni razvidnih statistično pomembnih razlik med vprašanjema Ali ste član kakšnega športnega društva in Koliko urina Vam uide. Odgovori na vprašanje Koliko urina Vam uide so ovrednoteni z 0-Nič, 1-Majhna količina, 2-Zmerna količina in 3-Velika količina. Od 120 preizkušank jih je 10 odgovorilo, da so članice športnega društva. Te so obkrožile odgovore 0, 1 in 2. To nam pove, da jim v povprečju urin ni uhajal oz. jim je uhajala majhna količina urina. 110 preizkušank pa ni članic športnega društva, poleg prvih treh odgovorov so obkrožile tudi odgovor številka 3-Velika količina. Vidimo, da jim v povprečju uhaja malenkost več urina, saj so v povprečju obkrožile za 0,05 več vrednost odgovorov na vprašanje Koliko urina Vam uide.

Tabela 19

Vključenost v športno društvo

Ali ste član kakšnega športnega društva?	N	M	SD	Min	Max
Da	10	,60	,699	0	2
Ne	110	,65	,685	0	3
Skupaj	120	,64	,683	0	3

Legenda: N – število preizkušank; M – povprečje; SD – standardni odklon=količina urina, ki jim uhaja; Min – minimum; Max – maksimum

Tabela 20

Povezanost med količino nehotenega uhajanja urina in včlanjenostjo v športno društvo

Hipoteza	Test	Sig.
Povezanost med Koliko urina vam uide in Ali ste član kakšnega društva?	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	0,864

Če pogledamo Tabela 20, razberemo, da med povezanostjo količine urina, ki nehote uhaja, in članstvom v katerem koli športnem društvu ni statistično pomembnih razlik ($p=0,846$).

Povezavo med organizirano telesno dejavnostjo in pogostostjo nehotenega uhajanja urina smo ugotavljali v Tabelah 21 in 22. Na to vprašanje je odgovorilo le 107 preizkušank, 13 preizkušank pa nanj ni odgovorilo.

Tabela 21

Organizirano ali neorganizirano ukvarjanje s športno dejavnostjo

Ali se s športnorekreativno dejavnostjo ukvarjate organizirano ali neorganizirano?	N	M	SD	Min	Max
Neorganizirano	80	0,89	1,25	0	4
Organizirano	27	1,11	1,31	0	5
Skupaj	107	0,94	1,27	0	5

Legenda: N – število preizkušank; M – povprečje; SD – standardni odklon=pogostost nehotenega uhajanja urina; Min – minimum; Max – maksimum

Tabela 22

Povezanost med pogostostjo nehotenega uhajanja urina in organizirano oziroma neorganizirano športno-rekreativno dejavnostjo

Hipoteza	Test	Sig.
Povezanost med Koliko urina vam uide in Ali se s športno-rekreativno dejavnostjo ukvarjate organizirano ali neorganizirano?	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	0,244

Ugotavljali smo, ali obstajajo statistično pomembne razlike med organizirano oz. neorganizirano športno-rekreativno dejavnostjo in pogostostjo nehotenega uhajanja urina v Tabelah 21 in 22. 80 preizkušank se ukvarja s športno-rekreativno dejavnostjo neorganizirano in jim v povprečju urin ne uhaja nikoli, 1x tedensko ali manj ali pa 2-3x na teden. Organizirano se s športno-rekreativno dejavnostjo ukvarja 27 preizkušank, ki jim ravno tako v povprečju urin ne uhaja nikoli, 1x tedensko ali manj ali pa 2-3x na teden. Zaskrbljujoč je podatek, da so vrednosti celo višje kot pri preizkušankah, ki se s športno-rekreativno dejavnostjo ukvarjajo neorganizirano, česar nismo pričakovali.

Pearsonov koeficient je enak 0,244, kar nam pove, da med organiziranostjo športno-rekreativne dejavnosti in pogostostjo nehotenega uhajanja urina ni statistično pomembnih razlik.

Povezanost ukvarjanja s športom v mladosti in pogostostjo nehotenega uhajanja urina vidimo v Tabelah 23 in 24.

Tabela 23

Tekmovalno ukvarjanje s športom v mladosti

Ali ste se v mladosti tekmovalno ukvarjali s športom?	N	M	SD	Min	Max
Da	13	,54	,660	0	2
Ne	107	,65	,688	0	3
Skupaj	120	,64	,683	0	3

Legenda: N – število preizkušank; M – povprečje; SD – standardni odklon=pogostost nehotenega uhajanja urina; Min – minimum; Max – maksimum

Tabela 24

Povezanost med pogostostjo nehotenega uhajanja urina in ukvarjanjem s športom v mladosti

Hipoteza	Test	Sig.
Povezanost med Koliko urina vam uide in Ali se v mladosti tekmovalno ukvarjali s športom?	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	0,572

V Tabeli 23 vidimo, da se je samo 13 preizkušank v mladosti ukvarjalo s tekmovalnim športom. V povprečju tej skupini urin ne uhaja nikoli ali pa jim uhaja 1x tedensko ali manj. Nekaterim izmed njih urin uhaja 2-3x na teden. Ostalih 107 preizkušank pa se s tekmovalnim športom v mladosti ni ukvarjalo in jim v povprečju uhaja malce več urina kot tistim, ki so se v mladosti ukvarjale s športom, vendar bistvene razlike ni. Ravno tako tej skupini v povprečju urin ne uhaja nikoli, 1x tedensko ali manj. Nekaterim preizkušankam v tej skupini pa uhaja urin 2-3x na teden ali pa dnevno.

Iz Tabele 24 lahko sklepamo, da ni statistično pomembnih razlik med spremenljivkama ukvarjanje s športom v mladosti in pogostostjo nehotenega uhajanja urina.

Iz vseh zgoraj omenjenih primerov lahko sklepamo, da je v večini primerov $p > 0,05$ in zato **hipotezo H2 zavrnamo**. Izjema je primer, kjer smo ugotavljali povezanost med časom upokojitve in pogostostjo nehotenega uhajanja urina, kjer pa so se med spremenljivkama pokazale statistično pomembne razlike.

H3: Obstaja povezanost med indeksom telesne mase in urinsko inkontinenco:

Preverili smo povezanost med spremenljivkama ITM in močjo vsakodnevnih motenj nehotenega uhajanja urina.

Tabela 25

Povezanost med indeksom telesne mase in kako močno moti nehoteno uhajanje urina vsakdanjik

Indeks telesne mase	Spearmanov korelacijski koeficient	1,000
	Sig. (2-tailed)	
	N	120
Ocenite, kako močno nehoteno uhajanje urina moti vaš vsakdanjik	Spearmanov korelacijski koeficient	,153
	Sig. (2-tailed)	,148
	N	120

Preizkušanke z različnimi ITM-ji so po lestvici ocenjevale od 1 do 10 (0-sploš me ne moti; 10 zelo me moti), kako močno nehoteno uhajanje urina moti njihov vsakdanjik. Statistično pomembnih razlik med spremenljivkama ni, kar je razvidno iz Tabele 25 ($p>0,05$).

Preverjali smo tudi, ali se ITM statistično pomembno razlikuje glede na vrsto inkontinence (Tabela 26).

Tabela 26

Statistično pomembne razlike med ITM in vrsto inkontinence

Tip inkontinence	Indeks telesne mase					Kolmogorov-Smirnov		
	N	M	SD	Min	Max	Statistika	df	Sig.
Urin mi ne uhaja	53	25,96	3,91	20,5	40,3	,150	53	,005
Stresna	37	27,73	2,89	21,9	34,8	,068	37	,200
Urgentna	15	24,49	2,98	20,1	31,9	,143	15	,200
Mešana	13	27,83	3,39	23,0	36,7	,245	13	,032
Skupaj	118	26,54	3,60	20,1	40,3	/	/	/

Legenda: N – število preizkušank; M – povprečje; SD – standardni odklon=tip inkontinence; Min – minimum; Max – maksimum; df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

Iz Tabele 26 lahko razberemo, da je od skupno 118 preizkušank (2 nista odgovorili na vprašanje) malce manj kot polovica takih, ki jim urin ni uhajal in so imele povprečni ITM $25,96 \pm 3,91$. Približno četrtna preizkušank s stresno UI je imelo povprečni ITM $27,73 \pm 2,89$, 15 preizkušank z urgentno UI je imelo povprečni ITM $24,49 \pm 2,98$ in 13 preizkušank z mešano UI je imelo povprečni ITM $27,83 \pm 3,39$. Povprečni ITM vseh preizkušank je bil $26,54 \pm 3,60$. Spremenljivke urin mi ne uhaja in ITM ($p=0,005$) ter mešana UI in ITM ($p=0,032$) imajo statistično značilne razlike.

Tabela 27

Povezanost med ITM in vrsto inkontinence

Kruskal Wallis Test	Indeks telesne mase
Hi-kvadrat	15,935
df	3
Sig.	,001

Legenda: df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

Povzamemo lahko, da med ITM-jem in vrsto inkontinence obstajajo statistično značilne razlike ($p=0,001$), in sicer višji kot je bil ITM, težja oblika inkontinence se pojavlja, kar lahko vidimo v Tabeli 27.

Hipotezo H3 lahko le **delno sprejmemo**, saj med spremenljivkama ITM in vsakodnevno motnjo nehotenega uhajanja urina ni statistično značilnih razlik. Za spremenljivki ITM in tip inkontinence pa so se pokazale statistično značilne razlike.

H4: Obstaja povezanost med védenjem, da obstajajo vaje za krepitev MMD in izvajanjem vaj za krepitev MMD

Povezanost med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna in kako se prepričajo, da vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajajo pravilno (Tabela 28).

Tabela 28

Povezava med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev MMD in kako se prepričajo, da vaje za krepitev MMD izvajajo pravilno

		Kako se prepričate, da vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajate pravilno?					
		Kot bi želeli spodbuditi curek urina	Kot bi želeli zadržati curek urina	Kot bi želeli urinirati	Kot bi želeli krčiti mišice trebuha	Ne vem	Skupaj
Ali ste že slišali, da obstajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna?	Da	0	74	1	19	10	104
	Ne	0	0	1	4	11	16
Skupaj		0	74	2	23	21	120

Od skupno 120 preizkušank je na vprašanje, ali so že slišale, da obstajajo vaje za krepitev MMD, z da odgovorila več kot polovica preizkušank, in sicer, kot bi želeli zadržati curek urina. Sledil je odgovor, kot bi želeli krčiti mišice trebuha, nekaj jih je odgovorilo z ne vem in le ena je odgovorila z odgovorom kot bi želeli urinirati. Tiste, ki pa še niso slišale, da obstajajo vaje za krepitev MMD, so najpogosteje odgovarjale z odgovorom ne vem, sledi odgovor kot bi želeli krčiti mišice trebuha in le ena je odgovorila kot bi želeli urinirati.

Tabela 29

Hi-kvadrat med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev MMD in kako se prepričajo, da vaje za krepitev MMD izvajajo pravilno

	Vrednost	df.	Sig. (2-sided)
Pearson Hi-kvadrat	41,748 ^a	3	,000
N Veljavnih	120	/	/

Legenda: df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

Med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna in prepričanjem, da vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajajo pravilno, obstajajo statistično pomembne razlike ($p < 0,05$), kar pomeni, da tiste preizkušanke, ki so odgovorile, da vedo, da obstajajo vaje za krepitev MMD, tudi vedo, kako se vaje za krepitev MMD dejansko pravilno izvaja (Tabela 29).

Tabela 30

Povezanost med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, kako pravilno izvajati vaje za krepitev MMD in iz katerega ste vira so slišale za vaje MMD

		Kako se prepričate, da vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajate pravilno?					Skupaj
		Kot bi želeli spodbuditi curek urina	Kot bi želeli zadržati curek urina	Kot bi želeli urinirati	Kot bi želeli krčiti mišice trebuha	Ne vem	
Iz katerega vira ste slišali za vaje mišic medeničnega dna?	Radio, televizija ali tiskani mediji	0	23	0	10	7	40
	Strokovna literatura	0	18	0	2	0	20
vaje mišic medeničnega dna?	Predavanja	0	5	1	1	1	8
	Pri zdravniku	0	28	1	7	2	38
	Nikjer nisem slišala	0	0	0	3	11	14
Skupaj		0	74	2	23	21	120

Povezanost med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, kako pravilno izvajati vaje za krepitev mišic medeničnega dna in iz katerega vira so slišale za vaje mišic medeničnega dna, razberemo v Tabeli 30. Največ, je bilo takih, ki so odgovorile, da so slišale pri zdravniku, kako se pravilno izvajajo vaje za krepitev MMD – tako, kot bi želele zadržati curek urina. 1 preizkušanka je za vaje MMD slišala na predavanjih in 1 pri zdravniku, izvajali pa naj bi jih tako, kot bi želeli urinirati. 10 preizkušank je prek radia, televizije ali tiskanih medijev slišalo, naj bi se vaje za krepitev MMD pravilno izvajalo tako, kot bi želeli krčiti mišice trebuha. Kar 11 preizkušank pa za vaje MMD še ni slišalo in tudi ne vedo, kako se jih pravilno izvaja.

Tabela 31

Statistične razlike med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, kako pravilno izvajati vaje za krepitev MMD in iz katerega so vira so slišale za vaje MMD

Chi-Square	Kako se prepričate, da vaje za krepitev MMD izvajate pravilno?
Pearson Chi-Square	57,844
Df	12
Sig. (2-sided)	,000

Legenda: df – stopnje prostosti; Sig – statistična značilnost

Obstajajo statistično pomembne razlike med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, kako pravilno izvajati vaje za krepitev MMD in iz katerega vira so slišale za vaje mišic medeničnega dna ($p=0,000$; Tabela 31).

Hipotezo H4 lahko **sprejmemo**, saj so opazne statistično značilne razlike med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna in prepričanjem, da vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajajo pravilno. Ravno tako obstajajo statistično pomembne razlike med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, kako se pravilno izvaja vaje za krepitev MMD in virom, iz katerega so slišale za te vaje.

4. RAZPRAVA

Z vsakim letom število starejših narašča, zato je pričakovati, da se bo povečalo tudi število starostnikov, ki bodo imeli težave z uhajanjem urina. Ravno zato je pomembna ozaveščenost glede uhajanja urina, kako si pravilno krepimo MMD, kako pomembna je telesna dejavnost, velik je tudi pomen zdravega življenjskega sloga ...

Zavedanje pomena MMD in vaj za krepitev MMD pri splošni populaciji je slabo. Sicer v literaturi ni zaslediti prav veliko študij, ki bi ugotovljale stopnjo zavedanja MMD pri splošni populaciji, vendar pa obstoječe raziskave kažejo, da je zavedanje o MMD slabo (Bizilj in Ščepanović, 2007). Tudi rezultati različnih raziskav o poznavanju MMD in zavedanju pomena vaj za MMD so pokazali, da s to tematiko populacija ni ravno dobro seznanjena (Vauhnik, 1998; Abram, 2001; McAlpine in Thow, 2001; Firšt, 2005).

Z raziskavo smo želeli preveriti, kako so nekateri dejavniki življenjskega sloga povezani z UI. Zastavljeni cilji so bili ugotoviti povezanost med telesno dejavnostjo in urinsko inkontinenco, ugotoviti povezanost med različnimi dejavniki življenjskega sloga (kajenje, uživanje kave, izobrazba, čas upokojitve, včlanjenost v športno društvo, organiziranost telesne dejavnosti, ukvarjanje s športom v mladosti) in urinsko inkontinenco, ugotoviti povezanost med indeksom telesne mase in urinsko inkontinenco, ugotoviti povezanost med poznavanjem urinske inkontinence in izvajanjem vaj za krepitev MMD. Podobne raziskave je izvedlo že kar nekaj drugih avtorjev (Bizilj in Ščepanović, 2007; Bø, 1995; Bø, 2004; But, 2005a; Caetano, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares in Moraes Lopes, 2007; Hannestad idr., 2003; Krničar, Lukanovič in Ščepanović, 2004 idr.), s tem, da so vključevali različne vrste preizkušancev ali pa so povezovali med seboj drugačne spremenljivke.

V prvem delu raziskave smo predstavili osnovne značilnosti preizkušank, in sicer je bilo v raziskavo zajetih 120 naključno izbranih upokojenk iz občine Postojna, ki so anonimno izpolnile anketni vprašalnik. Njihova povprečna starost je bila $68,7 \pm 8,8$ let, povprečna višina $1,46 \pm 0,06$ metra in povprečna teža $70,8 \pm 10,96$ kilograma.

4.1 INDEKS TELESNE MASE

Kar polovica preizkušank je bila čezmerno hranjenih, kar pomeni, da je bil njihov ITM (indeks telesne) med 25-29,9. Tak rezultat pa nam ne more biti v veselje. Povečan ITM pomeni povečano telesno teža, s tem pa je povečana tudi možnost nastanka različnih bolezni.

Že z analizo raziskav Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001-2004-2008 so ugotovili trend naraščanja debelosti med odraslimi prebivalci Slovenije, vendar je to veljalo predvsem za moške. Vendar pa se visok delež čezmerno hranjenih od leta 2001 do leta 2008 ni značilno spremenil (Borovničar, Hlastan-Ribič, Maučec-Zakotnik in Šerona, 2012).

Borovničar, Hlastan Ribič, Maučec-Zakotnik in Šerona (2012) so ugotovile, da v Sloveniji debelost postaja velik javnozdravstveni problem. Debelost zmanjšuje kakovost in skrajšuje dolžino življenja in lahko pripelje do različnih obolenj. Debelost

in čezmerna hranjenost v vseh evropskih državah naraščata. V Sloveniji je bilo leta 2008 16,2 % ljudi, ki so imeli ITM >30.

4.2 IZOBRAZBA IN ČAS UPOKOJITVE

Največ, kar 45 preizkušank, je imelo srednješolsko izobrazbo in malo manj kot polovica jih je bilo upokojenih od enega do 10 let.

Če primerjamo pridobljene rezultate izobrazbe preizkušank z rezultati izobrazbe upokojencev Slovenije leta 2012, lahko ugotovimo, da je imelo v naši raziskavi 16 % preizkušank končano osnovno šolo. Leta 2012 pa je bila v Sloveniji malce več kot tretjina upokojencev z osnovnošolsko izobrazbo. Več je bilo žensk, saj navadno dočakajo višjo starost kot moški. Sklepamo lahko, da je bilo upokojencev Republike Slovenije, ki so imeli osnovnošolsko izobrazbo, več, kot znaša odstotek pri preizkušankah v raziskavi, kar kaže na to, da so bile preizkušanke bolj izobražene. Izobrazba upokojenk pa je bila leta 2012 nižja od izobrazbe upokojencev (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

Glede na primerjavo s povprečno pokojninsko dobo upokojencev v Sloveniji konec leta 2011, ki je znašala 32 let in 7 mesecev, je bila večina preizkušank upokojenih veliko manj časa (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2012).

4.3 ALI STE TELESNO DEJAVNI?

Povzamemo lahko, da je tretjina preizkušank telesno dejavnih vsak dan, kar je zelo pomembno tako za njihovo zdravje kot tudi samo počutje. Najbolj zaskrbljujoč pa je podatek, da kar 12,5 % preizkušank ni sploh telesno dejavnih. Predvidevamo, da je tako zaradi kakšne bolezni, invalidnosti, drugih omejitev, lahko pa je tudi samo to, da se jim ne da. Vsekakor bi bilo za to skupino ljudi priporočljivo, da se vključi v kakšno vadbo sebi enakih in da naredijo nekaj za svoje zdravje in s tem vplivajo na kakovostnejše življenje.

Bregarjeva (2012) je izvedla podobno raziskavo, le da so bili preizkušanci naključno izbrani Slovenci, stari od 20 do 74 let, celotna populacija pa je bila razdeljena še glede na pripadnost zdravstveni regiji. Ugotovila je, da večina, kar 74 %, pravi, da so telesno dejavni ter da veliko časa namenijo športnim dejavnostim, kar pomeni, da so bili bolj telesno dejavni kot naše preizkušanke. Glede na naše rezultate pa je preizkušancev, ki so telesno dejavni - kljub omejitvam - veliko manj (le 3 %) kot v naši raziskavi (28,3 %). V raziskavi Bregarjeve (2012) je zelo veliko preizkušancev, kar 26 %, ki niso telesno dejavni, kljub temu, da nimajo omejitev, pri nas je takih 7,5 % kar je manj. Glede na dobljene rezultate naše raziskave lahko sklepamo, da se večina preizkušank zaveda pomena telesne dejavnosti in z njo povezanega zdravja, vendar pa je še vedno 7,5 % takšnih, ki kljub neomejenosti niso telesno dejavne, kar je zaskrbljujoče.

4.4 NAJLJUBŠA TELESNA DEJAVNOST

Vsekakor je najljubša telesna dejavnost preizkušank v naši raziskavi hoja. Pori, Pori in Sila (2010) pa so v raziskavi ugotovili, da se kar 1286 oseb, starejših od 15 let, ravno tako najraje ukvarja s hojo (53,1 %), na drugem mestu s plavanjem (14,2 %), na tretjem mestu je kolesarstvo (13,2 %), sledita pa še planinstvo in gornišтво. Pri obeh raziskavah je hoja na prvem mestu. Menimo, da je tako, ker je hoja najdoseopnejša in najosnovnejša telesna dejavnost, namenjena in primerna za prav vse starostne skupine. Glede na to, da v Postojni in njeni bližnji okolici sploh ni bazena, se preizkušanke v naši raziskavi za plavanje sploh niso odločile, medtem ko je v raziskavi Porijeve idr. (2010) plavanje kar na drugem mestu. Zanimiv je tudi rezultat, da je zanimanje za kolesarjenje v Postojni majhno, glede na to, da je v Postojni in okolici urejeno veliko kolesarskih in gozdnih poti.

4.5 OCENA TRENUTNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

Raziskava je pokazala, da je malce manj kot polovica preizkušank svoje zdravstveno stanje ocenila kot dobro ali pa kot srednje, najmanj, le 1 %, jih je ocenilo svoje zdravstveno stanje kot zelo slabo. V raziskavi z naslovom Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008 (Borovničar, Hlastan-Ribič, Maučec Zakotnik in Šerona, 2012) pa so ugotovili, da je leta 2008 58,1 % populacije svoje zdravje označila kot dobro, kar je več kot v naši raziskavi, 8 % pa jih je označilo svoje zdravstveno stanje za slabo, kar pa je manj kot v naši raziskavi. Sklepamo, da je to zato, ker je bil v raziskavo CINDI zajet veliko večji vzorec, bolj reprezentativen, vanj so bili vključeni tudi moški in mlajši ljudje.

4.6 KATERO JE NAJPRIMERNEJŠE OBDOBJE ZA IZVAJANJE VAJ ZA KREPITEV MMD?

Največ, kar 70 preizkušank, je bilo mnenja, da naj bi začeli z izvajanjem vaj za krepitev MMD med 40. in 60. letom starosti, le ena preizkušanka pa je menila, da naj bi začeli že med 3. in 12. letom starosti. Če primerjamo rezultate naše raziskave z raziskavo, ki sta jo izvedli Bizilj in Ščepanović (2007), pa lahko ugotovimo, da je bilo v njuni raziskavi 63,3 % študentov mnenja, da naj bi z vajami za MMD začeli med 20. in 40. letom, kar je skoraj trikrat več kot v naši raziskavi. 2,3 % študentov je bilo mnenja, da so vaje za krepitev MMD namenjene osebam, starim od 40 do 60 let, kar je občutno manj kot v rezultatih naše raziskave. Sklepamo, da je to zato, ker je bila v naši raziskavi obravnavana le starejša ženska populacija. 3 % študentov pa je menilo, da so vaje namenjene že otrokom, starim od 3 do 12 let, medtem ko je v naši raziskavi ta odgovor obkročila le ena preizkušanka. Mnenja, kdaj naj bi začeli z vajami za krepitev MMD, pa so tudi v literaturi različna. Candy (1994) navaja, da bi bilo treba začeti s pomenom vaj za krepitev MMD seznaniti prebivalce že v obdobju adolescence in sicer kot del spolne vzgoje. Mantle (1998) pa predlaga, da bi morali začeti še prej, in sicer, da bi lahko skupaj z učenjem umivanja zob otroke učili tudi vaje za MMD.

4.7 VRSTA URINSKE INKONTINENCE

Več kot tretjini preizkušank urin sploh ne uhaja, kar menimo, da je zelo dober rezultat. Predvidevamo, da je to zato, ker so preizkušanke ozaveščene in dobro krepijo MMD ali zato, ker jim je bilo nerodno obkrožiti odgovor, da jim urin uhaja. V primerjavi z našo raziskavo, so ravno tako v neki drugi raziskavi označili stresno UI za najpogostejšo, ki je odgovorna za nastanek skoraj polovice vseh primerov, povezanih z UI. Stresna UI se pogosteje pojavlja pri mladih ženskah, starih od 25 do 49 let. Ženske v srednjih letih, ki so bliže menopavzi, so bolj podvržene mešani UI, starejše ženske pa najpogosteje prizadene urgentna UI. Velja tudi omeniti, da je UI pogostejša pri ženskah zaradi njihove anatomije, hormonskih sprememb in zaradi posledic poroda (Caetano, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares in Moraes Lopes, 2007). Najmanj preizkušank v naši raziskavi je imelo urgentno UI.

4.8 POVEZANOST UI Z DEJAVNIKI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

V nadaljevanju pa smo glede na raziskavo postavili štiri alternativne hipoteze in vsaka je imela več različnih primerov. Prvi dve hipotezi (H1 in H2) smo zavrnil, tretjo (H3) smo le delno sprejeli in četrto (H4) smo sprejeli. Izračunali smo frekvence in kontingenčne tabele. V programu SPSS 20 smo za izračun uporabili različne opcije, kot so Frequences, Crosstabs, Explore, Mann-Whitnejev test, Kruskal Wallisov test, Kolmogorov Smirnov test, Chi-Square test in Pearsonov test hi kvadrat. S koeficientom kontingence smo testirali verjetnost povezav med spremenljivkami. S 5 % tveganjem pa smo ugotavljali statistično značilnost.

4.8.1 H1: POVEZANOST TEDENSKE TELESNE DEJAVNOSTI S KOLIČINO URINA, KI JIM UIDE

Pri prvi hipotezi smo v prvem primeru iskali povezanost odgovora na vprašanje, koliko dni na teden so bile preizkušanke v povprečju telesno aktivne in kolikšna količina urina jim je uhajala. V obeh primerih smo povezanost preverili s Spearmanovim koeficientom. Na podlagi dobljenih rezultatov smo prvo alternativno hipotezo zavrnil; se pravi, da ne moremo posplošiti, da več dni na teden, kot si telesno dejaven, manjša količina urina ti uide. Curhan, Danforth, Grodstein, Lifford, Resnick, Shah in Townsend (2007) so izvedli podobno raziskavo, v kateri so ugotovili ravno obratno kot mi, in sicer, da bolj, kot so bile preizkušanke telesno aktivne, manj jim je urin uhajal, oz. manjše je bilo tveganje za nastanek UI. Rezultati so se navezovali predvsem na stresno UI in manj na urgentno UI. Povprečna starost preizkušank je bila 65,9 leta, kar je približno enako starosti preizkušank, ki smo jih preučevali mi. Približno polovica preizkušank je kot glavno telesno dejavnost izbrala hojo, ravno tako kot v naši raziskavi, kjer je kar 80 % preizkušank izbralo hojo kot najljubšo telesno dejavnost.

4.8.2 H1*: POVEZANOST MED ČASOM TEDENSKE TELESNE DEJAVNOSTI IN POGOSTOSTJO NEHOTENEGA UHAJANJA URINA

V drugem primeru H1 pa smo preverjali povezanost med časom tedenske telesne dejavnosti in pogostostjo nehotenega uhajanja urina. Prišli smo do rezultatov, da tudi, če veliko časa (min) posvetiš telesni dejavnosti, ti ne bo nič manj pogosto nehote uhajal urin. Ugotovitev je v nasprotju z raziskavo Hannestada idr. (2003), ki so ugotovili, da ženskam, starejšim od 20 let, ki se ukvarjajo z nizko intenzivnimi dejavnostmi vsaj eno uro ali več na teden, manj uhaja urin, kot tistim, ki niso športno dejavne.

Zanimivi so tudi rezultati različnih študij, ki navajajo, da se UI pojavlja v velikem odstotku tudi pri telesno dejavnih ženskah in športnicah. Ženske, ki se ukvarjajo z visoko intenzivnimi dejavnostmi pa pogosteje navajajo simptome UI (Krničar, Lukanović in Ščepanović, 2004).

Sklepamo lahko, da smo v naši raziskavi prišli do takšnih rezultatov, ker je bil vzorec premajhen ali pa je bilo preizkušankam nerodno odgovarjati na vprašanja v povezavi z uhajanjem urina. Zavedati se moramo tudi, da je bila v raziskavo vključena samo starejša populacija žensk.

4.8.3 H2: POVEZANOST MED RAZLIČNIMI DEJAVNIKI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA (KAJENJE, UŽIVANJE KAVE, IZOBRAZBA, ČAS UPOKOJITVE, VČLANJENOST V ŠPORTNO DRUŠTVO, ORGANIZIRANOST TELESNE DEJAVNOSTI, UKVARJANJE S ŠPORTOM V MLADOSTI) IN URINSKO INKONTINENCO

V hipotezi H2 pa smo preverjali povezanost več spremenljivk in to s kar sedmimi različnimi primeri. Povezava med **pogostim kajenjem in pogostostjo nehotenega uhajanja urina je bila prva povezava**, ki smo jo preverili s pomočjo Kruskal Wallisovega testa. Ugotovili smo, da ni bistvenega pomena, ali kadiš, ali si kadil včasih ali pa sploh ne kadiš, saj ti urin ravno tako pogosto nehote uhaja. V nasprotju pa so v raziskavi z naslovom »Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence«, v kateri so sodelovale Norvežanke, starejše od 20 let, ugotovili, da so ženske poročale, da se je pri tistih, ki so kadile včasih, pojavljala UI pogosteje kot pri tistih, ki kadijo ali tistih, ki niso nikoli kadile. Multipla regresija pa je pokazala drugače, in sicer, da tiste ženske, ki so kadile in kadijo, nimajo večjega tveganja za pojav katerekoli vrste UI v primerjavi s tistimi, ki ne kadijo, ampak so se pokazali šibki znaki za močno uhajanje urina. Ko so podrobno raziskovali, koliko cigaret preizkušanke pokadijo, so še ugotovili, da ni povezave med vrstami UI in nekdanjimi kadilkami ali kadilkami, ki pokadijo manj kot 20 cigaret na dan, čeprav je bilo povečano in poudarjeno razmerje obojetov za nekdanje in sedanje kadilke, ki pokadijo dnevno 20 cigaret ali več. Ugotovili so še, da ima glede na različne vrste UI kajenje neodvisen in pomemben vpliv samo na mešano UI (Hannestad idr., 2003).

Pri drugem primeru H2 smo s Kruskal Wallisovim testom **ugotavljali povezanost** in prišli do rezultatov, da ni pomembno, **koliko skodelic kave spiješ dnevno** ali pa tudi, če je sploh ne piješ - urin ti nič manj **pogosto ne uhaja**. Hannestad idr. (2003) ravno tako niso našli pomembnega vpliva na katerokoli vrsto UI, če piješ kavo. Našli so le šibak, vendar poudarjen negativni vpliv na močno UI in močno mešano vrsto UI

in šibek, ampak poudarjen pozitiven vpliv na stresno UI. Ugotovili so še, da je od skupno 27,936 anketiranih žensk 6 % žensk, ki so spile 1-2 kavi dnevno in 6 % žensk, ki so spile dnevno 3 kave ali več, navedlo, da imajo močno UI. 13 % žensk, ki spijejo 3 kave ali več na dan, je navedlo, da ima stresno UI, 9 % anketiranih, ki so spile 1-2 kavi ali 3 ali več kav dnevno, je navedlo mešano UI in 4 % tistih, ki spijejo 1-2 kavi ali 3 in več kav dnevno, je imelo težave z urgentno vrsto UI.

V H2 smo **pri tretjem primeru ugotavljali povezanost med izobrazbo in pogostostjo nehotenega uhajanja urina** ravno tako s Kruskal Wallisovim testom. Pričakovali smo, da bolj kot so preizkušanke izobražene in s tem razgledane, bolj naj bi skrbele za svoje zdravje, bile bolj telesno dejavne in s tem naj bi jim manj pogosto nehote uhajal urin, vendar pa ni bilo ravno tako. Prišli smo do rezultatov, da izobrazba nima vpliva na pogostost nehotenega uhajanja urina, česar nismo predvideli. Šušteršičeva (1996) pa je z raziskavo z naslovom »Vpliv debelosti, konstitucije in fizičnega dela na pojav urinske inkontinence pri ženski« ugotovila ravno nasprotno, in sicer, da naj bi imele ženske z nižjo izobrazbo več težav z UI, saj naj bi opravljale težje fizično delo.

V **četrtm primeru H2 smo ugotavljali, ali čas upokojitve vpliva na pogostost nehotenega uhajanja urina.** Povezanost smo ugotavljali s Kruskal Wallisovim testom. Predpostavljali smo, da manj časa kot naj bi bila preizkušanka upokojena, manj pogosto naj bi ji uhajal urin, saj bi bila v boljši telesni pripravljenosti, bila naj bi boljšega zdravja in imela naj bi močnejše MMD. In to je tudi bilo tako, saj smo dobili rezultate, da med spremenljivkama obstajajo statistično značilne razlike. Raziskava Koželjeve (2012) pa kaže samo na to, da naj bi bila možnost za nastanek UI pri starostnikih po upokojitvi okoli 50 % tako pri moških kot pri ženskah.

Pri petem primeru H2 smo preverjali povezanost med spremenljivkama, ali so preizkušanke včlanjene v kakšno športno društvo in kako pogosto jim urin nehote uhaja. Za preverjanje smo uporabili test Manna Whitneyja. Pričakovali smo, da, če so preizkušanke članice kakšnega društva, jim posledično manj pogosto uhaja urin, saj se ukvarjajo s telesno dejavnostjo in s tem krepijo MMD ter tudi druge mišice, skrbijo za svoje zdravje in živijo kakovostnejše življenje. Vendar pa so rezultati pokazali, da ni tako, saj med spremenljivkama ni bilo statistično značilnih razlik. Ugotovili smo tudi, da je le 10 preizkušank od skupno 120-ih vključenih v kakšno športno društvo, kar pa je zelo malo. Ta podatek je vreden razmisleka. Predvidevamo, da je tako zato, ker je slabša ponudba športnih dejavnosti za starejše ali pa zato, ker preizkušanke niso dovolj ozaveščene, kako pomembna je telesna dejavnost, tako za krepitev mišic, še posebej MMD, kot tudi za zdravje, boljše počutje in na splošno s telesno vadbo pozitivno vplivamo na prav vse telesne segmente. Razlog, da je le 10 preizkušank vključenih v športna društva, je lahko tudi slaba ponudba športnih društev ali pa nepovezanost teh društev z društvom upokojencev. Matoh (2010) ugotavlja, da je »šport pomembna prvina kakovosti življenja za vsa starostna obdobja obeh spolov«, kar je sicer razumno, vendar pa v praksi še zdaleč ni udeleženo. Ravno tako si avtor uspešno prizadeva za povezovanje in aktivno sodelovanje med društvi upokojencev in lokalnimi športnimi društvi, kar je pozitivno za obe strani.

Povezanost med spremenljivkama, ali se preizkušanke ukvarjajo s športno-rekreativno dejavnostjo organizirano ali neorganizirano in pogostostjo nehotenega uhajanja urina smo preverjali s šestim primerom H2. Za preverjanje smo uporabili test Manna Whitneyja. Menili smo, da če se preizkušanke ukvarjajo s športno-rekreativno dejavnostjo organizirano, pod vodstvom ustrezno izobražene osebe, jim manj pogosto nehote uhaja urin, vendar pa v našem primeru ni bilo tako. Med spremenljivkama se niso pokazale statistično pomembne razlike, kar pomeni, da ni pomembno, ali se preizkušanke ukvarjajo s športno dejavnostjo organizirano ali

pa neorganizirano - urin jim ravno tako pogosto nehote uhaja. Karpljuk in Videmšek (2010) pa navajata, da naj bi bilo za starostnike nad 65 let najbolj smiselno organizirati naslednje športne dejavnosti: poleg hoje še splošno vadbo, planinstvo in kolesarjenje. Vendar pa sta tudi ona dva ugotovila, da se večina starostnikov z naštetimi športni dejavnostmi ukvarja neorganizirano. Menita, da bi morala biti še boljša organizacija za aktivnosti na prostem, saj sta potrebna samo naravni prostor in primerna osebna oprema. Vendar pa lahko v naravi večkrat naletimo na objektivne nevarnosti, ki se jim lahko izognemo le z dobro organizacijo.

V sedmem primeru H2 pa smo preverjali povezanost med spremenljivkama, ali so se preizkušanke v mladosti ukvarjale s športom in med pogostostjo nehotenega uhajanja urina. Povezanost spremenljivk smo preverjali s testom Manna Whitneyja. Predpostavili smo, da če so se preizkušanke v mladosti ukvarjale s športom, naj bi tak življenjski slog prenesle tudi v starost, kar pa naj bi bilo povezano tudi s tem, da bi jim urin manj pogosto nehote uhajal. Rezultati raziskave pa so pokazali drugače. In sicer, da tudi če so se preizkušanke v mladosti ukvarjale s športom, jim urin nič manj pogosto nehote ne uhaja.

Preteklost posameznika in življenjski slog, ki smo si ga izoblikovali v aktivni dobi, se s staranjem vse bolj kažeta. Že v mladosti moramo poskrbeti za gibanje, ki nam bo v starosti še kako prišlo prav. Sicer je to v veliki meri odvisno od predhodno ustvarjenih vrednot, ki jih pridobimo v že mladosti (Radinović, 2010).

4.8.4 H3: POVEZANOST MED ITM IN MOČJO VSAKODNEVNIH MOTENJ NEHOTENEGA UHAJANJA URINA

S prvim primerom H3 smo ugotavljali povezanosti med spremenljivkama ITM in oceno, kako močno nehoteno uhajanje urina moti vsakdanjik preizkušank. S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo ugotovili, da med spremenljivkama obstaja povezanost. V naši raziskavi v skupino normalno hranjenih z ITM med 18,5 in 24,9 spada le dobra tretjina - 35,5 % preizkušank. S 5 % tveganjem lahko trdimo, da bolj kot ITM dosega vrednosti normalne hranjenosti, manj preizkušanke moti nehoteno uhajanje urina oz. manj je moten njihov vsakdanjik, saj jim uhaja manjša količina urina. Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije debelost postaja eno najpogostejših kliničnih stanj, ki pogosto povzročajo zdravstvene težave že pri otrocih in se pozneje v odraslosti še bolj izrazijo. WHO navaja, da je na svetu med odraslimi že milijarda čezmerno težkih, od tega je 300 milijonov debelih (Kovač, Jurak, Starc in Strel, 2007). Če povzamemo, lahko rečemo, da z debelostjo narašča tudi ITM vsakega posameznika. Debelost pa vpliva na posameznikovo splošno počutje, zmanjša se kvaliteta njegovega življenja, poveča se tveganje za nastanek različnih bolezni, zmanjša se mišična masa ... S povečanjem telesne teže se povečuje tudi ITM, ko človek postane debel, to slabo vpliva na njegovo samopodobo (v težjih primerih lahko zapade tudi v depresijo), mišice slabijo, urin začne vedno bolj uhajati in motiti posameznikov vsakdanjik.

4.8.5 H3*: POVEZANOST MED ITM-jem in VRSTO INKONTINENCE

V drugem primeru hipoteze H3 pa smo ugotavljali, ali obstaja povezanost med ITM-jem in VRSTO inkontinence. S Kruskal Wallisovim testom smo prišli do rezultatov, da obstaja med spremenljivkama povezanost. Bolj kot se ITM preizkušank nagiba k idealni vrednosti, manj jim urin uhaja (pojavlja se blažja vrsta UI) oz. jim sploh ne uhaja. Tudi raziskava Hannestada idr. (2003) je pokazala močno povezanost ITM-ja z vsemi vrstami UI. Čezmerna telesna teža oslabi MMD in s tem nastane pri zadrževanju urina v mehurju težava (Intihar, 2010). Debelost je velik dejavnik tveganja za pojav UI in tudi za njeno poslabšanje. Pri debelosti se poveča obremenitev MMD (mišice se raztezajo in slabijo, ravno tako pa tudi živci in ostale strukture). Raziskave pa so pokazale, da zmanjšanje teže za več kot 5 % lahko privede do kar 50 % zmanjšanja števila inkontinentnih epizod (But, 2005). Zaletel-Kragelj in drugi (2004) navajajo, da na bi bilo tudi po približni oceni na svetu 215 milijonov debelih ljudi, ki imajo $ITM > 30 \text{ kg/m}^2$, kar je 7 % vsega prebivalstva. 2-3-krat več je ljudi s čezmerno telesno težo, se pravi približno milijarda je čezmerno prehranjenih in debelih ljudi. Zadnji podatki raziskave o razširjenosti debelosti med odraslimi v ZDA so pokazali, da je debelih kar 31 % moških in 34 % žensk. Če povzamemo, lahko rečemo, da je v naši raziskavi velik odstotek - 64,5 % - čezmerno hranjenih in debelih. Podatek je zastrašujoč, saj se s povečanjem ITM-ja stopnjuje tudi vrsta inkontinence. Pri višjem ITM-ju začnejo slabeti MMD, uhajati začne vedno večja količina urina in vse to posamezniku prinese različne nevšečnosti, namesto da bi užival v umirjenem življenju.

4.8.6 H4: POVEZANOST MED SPREMENLJIVKAMA, ALI PREIZKUŠANKE VEDO, DA OBSTAJAJO VAJE ZA KREPITEV MMD IN KAKO SE PREPRIČAJO, DA TE VAJE IZVAJAJO PRAVILNO

Hipotezo H4 smo preverjali z dvema primeroma. V prvem primeru smo ugotavljali, ali obstaja povezanost med spremenljivkama, ali preizkušanke vedo, da obstajajo vaje za krepitev MMD in kako se prepričajo, da jih izvajajo pravilno. S Hi-kvadratom smo ugotovili, da sta spremenljivki povezani. Rečemo lahko, da tiste preizkušanke, ki so že slišale, da obstajajo vaje za krepitev MMD, so vedele tudi, kaj morajo narediti, da se prepričajo, da vaje za krepitev MMD izvajajo pravilno. Iz rezultatov je razvidno, da so kar 104 anketirance že slišale za vaje za krepitev MMD, le 16 anketirank pa še ni slišalo za vaje za krepitev MMD. V raziskavi Biziljeve in Ščepanovićeve (2007) pa kar ena šestina anketirancev (študentov različnih programov na Visoki šoli za zdravstvo) še ni slišala za vaje za MMD. Največ anketirank v naši raziskavi, kar 74, je na vprašanje, kako se prepričajo, da vaje za krepitev MMD izvajajo pravilno, obkrožilo odgovor »Kot bi želeli zadržati curek urina«. To je več, če primerjamo z raziskavo Biziljeve in Ščepanovićeve (2007), kjer je primeren opis vaj navedlo manj kot pol anketiranih od skupno 134. Zaskrbljujoči pa so rezultati naše raziskave, da sta 2 preizkušanki na vprašanje, kako se prepričajo, da vaje za MMD izvajajo pravilno, obkrožili odgovor »Kot bi želeli urinirati«, 23 preizkušank je obkrožilo odgovor »Kot bi želeli krčiti mišice trebuha« in 21 jih je odgovorilo, da ne vedo. Candy (1994) pa trdi, da imajo pomembno vlogo tako pri promociji zavedanja o MMD različna društva in da so tudi pomemben vir informacij.

4.8.7 H4*: POVEZANOST MED SPREMENLJIVKAMA, ALI PREIZKUŠANKE VEDO, KAKO PRAVILNO IZVAJATI VAJE ZA KREPITEV MMD IN IZ KATEREGA VIRA SO SLIŠALE ZA TE VAJE

V drugem primeru H4 pa smo ugotavljali povezanost med spremenljivkama, iz katerega vira so preizkušanke slišale za vaje MMD in kako se prepričajo, da vaje za krepitev MMD izvajajo pravilno. Med spremenljivkama se je pokazala povezanost. Rezultati so pokazali, da je 28 preizkušank - ki so na vprašanje, kako se prepričajo, da vaje za krepitev MMD izvajajo pravilno, odgovorilo »Kot bi želeli zadržati curek urina« - slišalo za vaje MMD pri zdravniku. Kar lahko povzamemo, da tiste preizkušanke, ki so odgovorile pravilno - »Kot bi želeli zadržati curek urina« - so za vaje MMD slišale pri zdravniku, ki pa je tudi med najkvalitetnejšimi viri. »Kot bi želeli urinirati« sta odgovorili 2 preizkušanki, 1 je za vaje MMD slišala na predavanjih, druga pri zdravniku. »Kot bi želeli krčiti mišice trebuha« je odgovorilo 10 preizkušank, ki so za vaje MMD slišale prek radia, televizije ali tiskanih medijev, »Ne vem« pa je odgovorilo 11 preizkušank, ki za vaje MMD sploh še nikjer niso slišale. Podatek, da kar 46 preizkušank ni vedelo, kako naj se prepriča, da pravilno izvaja vaje za krepitev MMD, ni ravno spodbuden, saj vemo, da so starejše ženske veliko bolj dovzetne za nastanek UI. Zelo dobro bi bilo, če bi vse ženske vedele, kako se lahko prepričajo, da izvajajo vaje za krepitev MMD pravilno, saj bi si s krepitvijo MMD lahko veliko pomagale že same. Če povzamemo, je največ, 40 preizkušank za vaje MMD slišalo prek radia, televizije ali tiskanih medijev, 38 jih je slišalo pri zdravniku, 20 iz strokovne literature, 14 jih za vaje MMD sploh še ni slišalo in 8 je za vaje MMD slišalo na predavanjih. V raziskavi Biziljeve in Ščepanovičeve (2007) pa so študenti Visoke šole za zdravstvo najpogosteje za vaje MMD slišali v okviru predavanj in vaj, sledil je odgovor, da so se z vajami MMD seznanili v strokovni literaturi, na tretjem mestu pa naj bi bili zdravstveni delavci.

V raziskavi, ki so jo opravili med slovenskimi srednješolskimi mladostniki, pa so bili najpogostejši vir informacij o vajah MMD zdravstveni delavci, na drugem mestu so bile revije, knjige in brošure, kot naslednji vir informacij pa so anketiranci navedli starše oz. družinske člane (Ščepanović in Hlebš, 2003).

5. SKLEP

Kljub temu, da živimo v 21. stoletju, velja omeniti, da je UI še vedno »tabu« tema, posebno pri starostnikih in da MMD še vedno velikokrat ne posvetimo dovolj pozornosti. UI lahko prizadene tako moške kot ženske, starejše ali pa mlajše. S tem, da so ženske bolj izpostavljene tem težavam (porod, težko fizično delo).

Naš skupni cilj je bil ozavestiti upokojenke in tudi druge ljudi, da UI ni bolezen in ne pomeni, da je življenja konec, temveč, da lahko na tem področju še veliko naredimo najprej sami s pravilno vadbo MMD in telesno dejavnostjo, predvsem pa, da se moramo o UI pogovarjati in je ne skrivati, saj je le to ključ do uspeha.

Ugotovili smo, da je skoraj polovica preizkušank čezmerno hranjenih, zanimiv pa je podatek, da nobena preizkušanka ni podhranjena. Predvidevali smo, da je bo tako, ker so preizkušanke kakorkoli omejene ali pa posvečajo telesni dejavnosti premalo časa, vendar smo ugotovili, da jih nekaj več kot polovica sploh nima omejitev in da kar slaba tretjina posveti telesni dejavnosti sedem dni v tednu, v povprečju so telesno dejavne nekaj manj kot 300 min/teden. Večina jih je za najljubšo telesno dejavnost izbrala hojo, kar je bilo tudi pričakovano, saj je hoja najbolj razširjena in priljubljena telesna dejavnost ljudi vseh starostnih obdobj. Najpogostejši odgovor na vprašanje, kako preizkušanke ocenjujejo svoje zdravje, je bil dobro ali pa srednje, kar kaže na to, da večina preizkušank ni zelo bolnih, poškodovanih in nima omejitev.

Rezultati naše raziskave so pokazali še, da tudi, če se veliko ukvarjamo s športom, ni rečeno, da nam bo zato uhajala manjša količina urina. Menimo, da je tako zato, ker se preizkušanke niso ukvarjale s telesno dejavnostjo dovolj pogosto, intenzivno, organizirano, niso bile motivirane in se niso dovolj zavzele za zdrav način življenja ali pa je bil vzorec premajhen. Ugotovili smo tudi, da ne glede na to, kako pogosto je preizkušankam nehote uhajal urin, na to ne vplivata ne pogostost kajenja niti količina zaužite kave. Rezultati so pokazali še, da preizkušankam, ki so bolj izobražene, urin uhaja manj pogosto oz. jim sploh ne uhaja. Menimo, da višjo stopnjo izobrazbe kot imajo ljudje, bolj so ozaveščeni, bolj so telesno dejavni in bolj skrbijo za svoje telo. Ravno tako velja omeniti, da preizkušankam, ki so manj časa upokojene, uhaja manj urina, saj naj bi se s starostjo tveganje za nastanek UI povečalo. Raziskava je pokazala, da ima nekaj manj kot polovica preizkušank srednješolsko izobrazbo in je upokojena od enega do desetih let. To pomeni, da niso neizobražene, vendar pa se je kljub temu pokazalo slabo poznavanje starostnega obdobja, v katerem naj bi začeli z izvajanjem vaj za krepitev MMD, saj menijo, da naj bi bilo primerno te vaje začeti izvajati že v adolescenci. Če posplošimo, lahko rečemo, da višji kot je ITM, večje preglavice nam povzročata nehoteno uhajanje urina, saj se pojavlja vedno močnejša vrsta UI.

S problemom smo se srečali že na začetku, in sicer, kako naj pridobimo preizkušanke, da bodo izpolnile anketni vprašalnik, saj so to starejše ženske, ki so večinoma doma, slabše vidijo in slišijo. Vprašanja o njih samih, UI in drugih stvareh pa bi jih lahko hitro spravila v zadrego. Ugotovili smo, da je treba stopiti v stik s posameznicami, jim predstaviti anketo in jih navdušiti za sodelovanje.

Menimo, da bi bilo v prihodnje dobro zajeti še večje število upokojenk iz različnih občin, saj bi tako pridobili večji in bolj reprezentativen vzorec in bi lahko rezultate lažje posplošili na vso populacijo. Zanimivo bi bilo v vzorec zajeti tudi druge starostne skupine žensk in moških. Posledično bi bili rezultati malce drugačni, saj bi zajeli tudi mlajšo populacijo. Dobro bi bilo tudi, da bi vprašanja, povezana z UI, poglobili.

Rezultati so pokazali, da je tako na področju športa kot na področju medicine še vedno veliko prostora za širjenje znanja o telesni dejavnosti, UI, MMD in drugih pomembnih dejavnikih življenjskega sloga. Tovrstni tematiki bi lahko v okviru raznih srečanj in z reklamnimi letaki namenili še več pozornosti. Raziskava bo lahko informativno gradivo tako upokojenkam v občini Postojna kot tudi drugim upokojencem, Društvu upokojencev, delavcem v zdravstvu in športu. Pridobljeni podatki bodo tako najbolj koristili ustreznim službam občine Postojna. Z nalogo smo skušali vplivati, da bi bilo življenje upokojenk boljše in kakovostnejše.

Končajmo z mislijo: **»S svojim telesom bomo usklajeni le, če ga bomo imeli resnično radi in ga spoštovali. S sovražnikom se namreč ne moremo dobro sporazumeti«** - dr. Horriet Lerner.

6. VIRI

- Abram, K. (2001). *Zdravstvena vzgojenost žensk o mišicah medeničnega dna*. diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. et al (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn*, 21, 167–78. Pridobljeno iz <http://wiki.ics.org/file/view/LUT+function.pdf/294540830/LUT+function.pdf>
- Ammalietti, P. (2007). *Na zdravje - kaj lahko za svoje zdravje naredite sami*. Ljubljana: Ammalietti & Ammalietti.
- Astrand, P. O. in Rodahl, K. (1986). *Textbook of work physiology* (Third edition). Singapore: McGraw - Hill Book Company.
- Ausec-Furlan, Z. (2008). Zdravstvena vzgoja in zdravstvena nega žensk z urinsko inkontinenco. V S. Vojska (ur.), *23. strokovno srečanje hotel Bernardin* (str. 33-39). Portorož: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- Ažman, D. (2005). Gibanje je življenje – vse življenje: čemu in kakšna telesna vadba v starejših letih? V H. Berčič (ur.), *Šport starejših za danes in jutri* (str. 47–55). Ljubljana: Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez, Odbor športa za vse.
- Barbič, M. (2003). Diagnostika urinske inkontinence danes. *Zdravniški vestnik*, 72(2), 157-161. Pridobljeno iz http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st3-s2/157-161.pdf
- Belović, B. (2008). *Prehranjemo se zdravo*. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Benvenuti, F., Capuo, G. M., Bandinelli, S., Mayer, F., Biagini, C. in Sommariva, A. (1987). Reeducative treatment of female genuine stress incontinence. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 155–68.
- Berčič, H., Tušak, M. in Karpljuk, D. (1999). *Šport v funkciji zdravja odvisnikov*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Berčič, H. (oktober 2001). Športna rekreacija v funkciji kakovosti življenja prebivalcev Slovenije. V *Zborniku Slovenskega kongresa športne rekreacije* (str. 9-20). Rogla: Športna unija Slovenije. Pridobljeno iz http://www.zsoms-mrezenje.si/attachments/047_8%20kongres%20ok.pdf
- Berčič, H., Sila, B., Tušak, M. in Semolič, A. (2007). *Šport v obdobju zrelosti*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Bilban, M. (2005). Telesna dejavnost za ohranjanje zdravja in preprečevanje poškodb. V J. Turk (ur.), *Zdrava poznejša leta* (str. 228–245). Ljubljana: Društvo

za zdravje srca in ožilja Slovenije, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

- Bizilj, I. in Ščepanović, D. (2007). Zavedanje pomena vaj za mišice medeničnega dna med študenti visoke šole za zdravstvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, 85-91. Pridobljeno iz http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=f3be2487-ea37-40f2-b4a1-9911dae7295f
- Bizjak, I. (marec 2003). Inkontinenca urina. V M. Gantar in R. Batas (ur.), *Inkontinenca urina in blata: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Laško, 17. In 18. marec 2003* (str. 8-14). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom.
- Blannin, J., Maede, T. W., Pymat, K. R. in Thomas, T. M. (1980). Prevalence of urinary incontinence [Prevalenca urinske inkontinenca]. *British Medical Journal*, 281, 2143-5. Pridobljeno iz <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1714689/pdf/brmedj00046-0017.pdf>
- Bø K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress incontinence: An exercise physiology perspective (1995). *International Urogynecology Journal*, 6, 282-91.
- Bø, K. (2002). Physiotherapeutic techniques. V A.B MacLean. (ur.), Cardozo, L. (ur.). *Incontinence in Women*. London: RCOG Press, 256-78.
- Bø, K. (2004). Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Medicine*, 34(7), 451-64. Oslo: The Norwegian University of Sport and Physical Education.
- Bø K., Larsen, S., Oseid, S., Kvarstein, B., Hagen, R. in Jorgenson, J. (1988). Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercise in women with stress urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 69, 261-2.
- Borovničar, A., Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J. in Šerona, A. (2012). Čezmerna hranjenost in debelost. V *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008* (str. 178-191). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno iz <http://img.ivz.si/janez/2196-6318.pdf>
- Borrie, M. J., Bawden, M., Speechley, M., Klooseck, M. (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166(10), 1267-73.
- Bregar, T. (2012). *Zmanjšanje neenakosti v zdravju v Sloveniji in EU, s poudarkom na osrednji ljubljanski regiji*. (magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za

Upravo). Pridobljeno iz <http://www2.fu.uni-lj.si/diplome/pdfs/magistrska/bregartina.pdf>

- Brglez, A. (2009). *Kakovost življenja žensk s čezmerno aktivnostjo sečnega mehurja.* (diplomska naloga, Maribor, Visoka zdravstvena šola.) Pridobljeno iz <http://sciget.com/predogled/3228/1da31bc1a52200cde2d19830b35f2c32e6eff025>
- But, I. (2005a). Epidemiologija urinske inkontinence pri ženskah. *Medicinski razgledi*, 44(2), 183-188. Pridobljeno iz http://medrazgl.si/arhiv/mr05_2_06.pdf
- But, I. (2005). *Urinska inkontinenca: skripta.* Ginekologija in porodništvo. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor.
- Caetano, A. S., Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares, M., Moraes Lopes, M. H. B. (2007). Urinary incontinence and physical activity. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(4), 245-48. Pridobljeno iz http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922007000400012&script=sci_arttext&tlng=en
- Candy, M. (1994). Rising awareness of a hidden problem: Pelvic floor promotion. *Professional Nurse*, 9, 278-84.
- Chiarelli P. (2007). Lifestyle interventions for pelvic floor dysfunction. V K. Bø, B., Berghmans, S., Mørkved, M., Van Kampen, eds. *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice* (str. 147-59). Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone Elsevier.
- Chopra, D. (1996). *Mlado telo in neodvisen um.* Ljubljana: Vale Novak.
- Curhan, G. C., Danforth, K. N., Grodstein, F., Lifford, K. L., Resnick, N. M., Shah, A. D., Townsend, M. K. (2007). Physical activity and urinary incontinence among healthy older women. *Obstetrics and Gynecology*, 109(3), 721-7.
- Dave, D., Rashad, I., in Spasojevic, J. (2006). *The Effects of Retirement on Physical and Mental Health Outcomes* (Raziskovalno poročilo). Pridobljeno s spletne strani National bureau of economic research: http://www.nber.org/papers/w12123.pdf?new_window=1
- Debeljak, B. (2003). Urinska inkontinenca. V Frankič, D. (ur.). *Lajšanje težav pri vnetju sečnih poti, predmenstrualnem sindromu in motnjah prostate, črevesne in bolnišnične okužbe, ukrepi in preprečevanje okužb* (str. 25-34). Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
- DeLancey, J.O.L. (2002). Anterior pelvic floor in females. V Pemberton, J. H., Swash, M. in Henry, M. M. (Ur.), *The pelvic floor. Its functions and disorders* (13-28). London, WB Saunders.
- Doupona-Topič, M. (2010). Vpliv socialne stratifikacije na značilnosti športno-rekreativne dejavnosti v Sloveniji. *Šport*, 58(1-2), 100-104. Pridobljeno iz

file:///C:/Users/Ava%20Slejko/Downloads/01%20sport%201-2%202010%20revija%20vse%20(1).pdf

- Državni zbor Republike Slovenije (2005). *Nacionalni program prehranske politike 2005–2010*. Pridobljeno iz http://www2.gov.si/zak/Akt_vel.nsf/zakposop/2005-01-1392?OpenDocument
- Filipovič-Hrast, M., Hlebec, V. in Kavčič, M. (2012). Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdravstveno varstvo*, 51(3), 163-172.
- Firšt, D. (2005). *Pogostost urinske inkontinence in poznavanje mišic medeničnega dna pri športnicah in kontrolni skupini*. diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Gabrijelčič-Blenkuš, M. (2005a). *Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah (od prvega leta starosti naprej)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/petric/smernice.pdf
- Getllife, K. in Dolman, M. (2003). *Normal and abnormal bladder function: Promoting continence* (str. 21-50). Edinburg: Balliere Tindall.
- Grobler, P. (september 2010). Kdo so starostniki? V Fiala, P. (ur.). *O pravilni in varni uporabi zdravil: Zdravila in starostniki* (str. 3-8). Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo. Pridobljeno iz <http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/knizicawww2010.pdf>.
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Daltveit, A. K., Hunskaar, S. (2003). Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 247-54. Pridobljeno iz <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-0528.2003.02327.x/full>
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., Hunskaar, S. (2000). Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Journal of Clinical Epidemiology*, 53(11), 1150-7.
- Hay-Smith, J., Berghmans, B., Burgio, K., et al. (2009). Adult conservative management. V Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., Wein A. eds. *Incontinence. 4th ed.* (str. 1025-120). Paris: Health Publications.
- Herschorn, S. (2004). *Female Pelvic Floor Anatomy: The Pelvic Floor, Supporting Structures, and Pelvic Organs. Reviews in Urology*, 2-10.

- Hesse, U., Schussler, B., Frimberger, J., Obernitz, N., Senn, E. (1990). Effectiveness of a three step of pelvic floor reeducation in the treatment of stress urinary incontinence: a clinical assessment. *Neurourology and Urodynamics*, 9, 397–8.
- Hojnik-Zupanc I., (1997). *Dodajmo življenje letom*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Hunskar, S., Burgio, K., Clark, A., Lapitan, M. C., Nelson, R., Sillen, U. in drugi. (2005). Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. V Abrams, P. (ur.) in drugi. *Incontinence, 3rd International consultation on Incontinence* (str. 225-321). Paris, France. Paris: Health Publication Ltd.
- Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries, *British Journal of Urology*, 93, 24–30.
- International Continence Society (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society *Neurourology and Urodynamics*, 21, 167-78.
- International Continence Society (2014). *International Continence Society*. Pridobljeno iz <http://www.ics.org/>
- Intihar, M. (2010). Življenje starostnika z urinsko inkontinenco (diplomska naloga. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede). Pridobljeno iz <http://dkum.uni-mb.si/lzpisGradiva.php?id=13651>
- Klemenc, D. (1995). Urinska inkontinenca. *Obzornik zdravstvene nege*, 29, 27-45. Pridobljeno iz http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=acf5a9a6-116a-4f41-96ae-ff38e8382ca2
- Karpljuk, D. in Videmšek, M. (2010). Športna rekreacija v tretjem življenjskem obdobju. V Tratnik Volasko, M. (ur.). *Športna rekreacija danes in jutri*. Zbornik referatov in razprav, št. 3/2010. Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije
- Kovač, M., Jurak, G., Starc, G. in Strel, J. (2007). *Šport in življenjski slog slovenskih otrok in mladine*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije.
- Kozjek Rotovnik, N. (2011). Moj krožnik; priporoča ga Michelle Obama. *Polet*, 33, 54-55.
- Koželj, R. (2012). *Urinska inkontinenca*. Pridobljeno iz <http://www.mestnelekarne.si/nasveti/?id=12>
- Kralj B. (2003). Izbira zdravljenja stresne urinske inkontinenca pri ženskah. *Zdravniški vestnik*, 72(2), 167–70. Pridobljeno iz http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st3-s2/167-170.pdf

- Kralj, B. in Lazarevski, M. (1995). Stresna inkontinencija mokrače u žene. V Kurjak in drugi (ur.). Ginekologija in perinatologija (str. 452-3). Varaždinske toplice: Golden times.
- Krničar, I., Lukanovič, A., Ščepanovič, D. (2004). Pojavnost urinske inkontinence pri telesno dejavnih ženskah in športnicah - pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(3), 241-253. Pridobljeno iz <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Bpx3zMG3r5cJ:www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-0HIMBUB0/5a7ed638-bb39-442b-ac37-b5a8dc98e92e/PDF+&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si>
- Kropej, V. L. (2007). *Povezanost gibalne/športne aktivnosti otrok z izbranimi dejavniki zdravega načina življenja* (doktorska disertacija, Fakulteta za šport). Pridobljeno iz <http://www.fsp.uni-lj.si/COBISS/Dr/Doktorat22M00185KropejVeronika.pdf>
- Lampe, T. in Polšak, B. (marec 2011). Proces staranja: vzroki, posledice in ukrepi. V Rugelj, D. in Sevšek, F. (ur.). *Posvetovanje: Aktivno in zdravo staranje* (str. 1-6). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Lawton, M. P. (1993). Meanings of Activity. V Kelly, J. R. (ur.). *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park: Sage.
- Leskovar, J. (2007). *Prekomerno aktivni sečni mehur*. Ljubljana: Novartis.
- Lukanovič, A. (2012). *Konzervativno zdravljenje urinske inkontinence pri ženski*. Prispevek, predstavljen na konferenci 2012. Pridobljeno iz <http://www.en-spa.eu/wp-content/uploads/2012/05/lukanovic-novo.pdf>
- Mali, J. (2007). *Vloga in pomen socialnega dela v razvoju institucionalnega varstva starih ljudi v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. (september 2008). *Upokojitev in starost - pomen priprav na te spremembe*. V 8. Festival za tretje življenjsko obdobje (str. 140-142). Ljubljana: Inštitut Hevreaka.
- Mantle, J. (1998). Essential education. V Ščepanovič, D. (ur.). *Urinska inkontinenca pri ženskah - pod geslom promocija kontinence* (str. 93-100). Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije - sekcija za varovanje zdravja žensk.
- Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (2004). *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
- Matoh, J. (oktober 2010). Pobude za ustvarjanje priložnosti društev in klubov za širitev športnih programov. V Berčič H. (ur.), *Zbornik 8. kongresa športne rekreacije* (str. 32-34). Ljubljana: Olimpijski komite Slovenije - Združenje športnih zvez.

McAlpine, L. in Thow, M. (2001). Awareness of pelvic floor exercises in school levators. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 89, 3-5.

Medenično dno - steber stabilnosti in moči! (23. 6. 2014). Brez osnove medeničnega dna ne gre. Pridobljeno iz <http://funkcionalnotelo.blogspot.com/2011/04/medenicno-dno-steber-stabilnosti-in.html>

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2012). *Modernizacija pokojninskega sistema (ZPIZ-2)*. Pridobljeno iz http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NJ_TsglLTmMJ:www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/word/dpd/modernizacija_pokojninskega_sistema_ZPIZ-2.doc+&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si

»Moj krožnik« Ministrstva za kmetijstvo (2010). Pridobljeno iz <http://www.choosemyplate.gov>

MUZ. (19. 3. 2013). Postojna mlade zadrži doma. *Primorske novice*. Pridobljeno iz <http://www.primorske.si/Primorska/Srednja-Primorska/Postojna-mlade-zadrzi-doma.aspx>

Občina Postojna. (2004). Wikipedija. Prosta enciklopedija. Pridobljeno iz http://en.wikipedia.org/wiki/File:Obcine_postojna.png

Občina Postojna. (2013). *Občina Postojna*. Pridobljeno iz <http://www.postojna.si/podrocje.aspx?id=2519>

Pečjak, V. (1998). *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Bled: samozaložba in Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Pečjak, V. (2007). *Psihologija staranja*. Bled: samozaložba.

Petruša, L. in Remec, M. (2010). *V zdravju je moč: veselo na delo! Promocija zdravja in telesne dejavnosti na delovnem mestu*. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo.

Pokorn, D. (1998). *Gorivo za zmagovalce: prehrana športnika in rekreativca*. Ljubljana: Forma 7.

Poredoš, P. (september 2004). Zdravstveni problemi starostnikov. V *Referatu, predstavljenem leta 2004 na simpoziju XI. kongresa in 141. letni skupščini slovenskega zdravniškega društva*. Izvleček je pridobljen iz http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st4-10/st4-10.htm

Pori, M., Pori, P. in Sila, B. (2010). Ali starost vpliva na izbor najbolj priljubljenih športno-rekreativnih dejavnosti? *Šport*, 58(1/2), 112–114

Pori, P., Pori, M., Jakovljevič, M. in Ščepanovič, D. (2011). *Zdrava vadba (A, B, C)*. Ljubljana: Športna unija Slovenije.

- Požarnik, H. (1981). *Umetnost staranja: leta, predsodki in dejstva*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Radinović, K. (2010). *Šport za starostnike* (diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport). Pridobljeno iz <http://www.fsp.uni-lj.si/cobiss/diplome/Diploma22054600RadinovicKatjusa.pdf>
- Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Sapsford, R. (1998). The pelvic floor and its related organs. V Sapsford, R. (ur.), J. Bullock-Saxton (ur.), Markwell, S. (ur.). *Women's health. A textbook for physiotherapists* (str. 220- 46). London: WB Saunders Company Ltd.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika (2000). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Pridobljeno iz http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=Starost+&hs=1
- Statistični urad Republike Slovenije (2011). *Sloveniji za 20. rojstni dan*. Pridobljeno iz www.stat.si/Brdo2011/doc/KarmenHren.ppt
- Statistični podatki za občino Postojna. (2011). *Statistični urad Republike Slovenije*. Pridobljeno iz <http://www.stat.si/obcinevstevilkah/Vsebina.aspx?leto=2013&id=126>
- Statistični urad Republike Slovenije (2012). *Socioekonomske značilnosti prebivalstva, Slovenija, 1. januar 2012 – končni podatki*. Pridobljeno iz http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5411.
- Statistični urad Republike Slovenije (2014). *Slovenske občine v številkah*. Pridobljeno iz <http://www.stat.si/obcinevstevilkah/?leto=2014>.
- Svetina, N. (2011). *Zdravstvena nega žensk s stresno urinsko inkontinenco - študija primera*. (diplomsko delo, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice). Pridobljeno iz http://www.vszn-je.si/uploads/news/id1200/EDiploma_Svetina_Nevenka.pdf
- Ščepanović, D. (2003). Trening mišic medeničnega dna. *Obzornik zdravstvene nege*, 37, 125-131. Pridobljeno iz <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-25-QtFkQoJ:www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-EJGQXA09/369dd32e-c6d1-4af6-aaff-e2996ddc9462/PDF+&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si>
- Ščepanović, D. (2010). Konzervativna obravnavanja motenega delovanja medeničnega dna pri odraslih osebah. *Rehabilitacija*, 9(1), 40-47. Pridobljeno iz http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2010_No1_p40-47.pdf
- Ščepanović, D. in Hlebš, S. (2003). Zavedanje pomena vaj za mišice medeničnega dna med slovenskimi srednješolskimi mladostniki. *Fizioterapija*, 11(1), 75-86.

- Šelb-Šemrl, J. (2003). Koristi gibalno športne dejavnosti za starejše. V *Zborniku 4. Slovenskega kongresa športne rekreacije* (str. 55-60). Terme Čatež: Olimpijski komite Slovenije.
- Šimunič, B. (2012). Sodobne smernice dimenzioniranja športne vadbe. V *Kakovostna športna vadba z roko v roki z zdravo prehrano*. Izvleček, pridobljen iz http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XtRcoJZ1PsIJ:www.zrs.upr.si/media/uploads/files/KVAK%25202-e%2520prirocnik-za%2520oblikovanje%2520in%2520PDF_301012.pdf+&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si
- Šušteršič, O. (1996). Vpliv debelosti, konstitucije in fizičnega dela na pojav urinske inkontinence pri ženski. *Obzornik zdravstvene nege*, 30(3/4), 119-125. Pridobljeno iz <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-4KKZ5UYP/>
- Thomas, T. M. (1984). Epidemiology of nicturion disorders. V *Stanton SL ed. Clinical Gynecologic Urology* (str. 35-44). St. Louis, Toronto: The C. V. Mosby Company.
- Tkavc, S. (2004). *Gibalne sposobnosti v povezavi s športno dejavnostjo in nekaterimi morfološkimi značilnostmi ter struktura motivov pripadnikov stalne sestave Slovenske vojske* (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- TNS Opinion & Social (november, 2006). Health and Food. V *Special Eurobarometer 246(64.3)*, 11-15. Brussels: European Commission.
- Tomori, M. (2000). Duševne koristi telesne dejavnosti. V Turk, J. (ur.), *Lepota gibanja tudi za zdravje* (str. 60-70). Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije.
- Tušek-Bunc, K. (2004). Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o urinski inkontinenci. V Židanik, S., Tušek Bunc, K. (ur.). *Medicinsko tehnični pripomočki* (str. 36-44). Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Univerza za tretje življenjsko obdobje. (23. 3. 2013). *Center vseživljenjskega učenja Notranjsko-kraške regije*. Pridobljeno iz http://www.cvzu-krasno.si/si/predstavitev_cvzu_krasno/dejavnosti_cvzu/univerza_za_tretje_zivljensko_obdobje/
- Uradni list Republike Slovenije (2013). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev*. Pridobljeno iz <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200872&stevilka=3163>
- Uršič-Zupan, M. (19. 3. 2013). Postojna mlade zadrži doma. *Primorske novice*. Pridobljeno iz <http://www.primorske.si/Primorska/Srednja-Primorska/Postojna-mlade-zadrzi-doma.aspx>

- Vauhnik, R. (1998). *Prisotnost simptomov in poznavanje stresne urinske inkontinence pri mladih, zdravih, telesno aktivnih dekletih* (diplomska naloga). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Vodeb, R. (2001). Koncept "mane" v športu - šport kot mana in zdravje kot mana. *Teorija in praksa*, 38, 290-306. Pridobljeno iz <http://dk.fdv.uni-lj.si/tip/tip20012Vodeb.PDF>
- Wilson, P. D., Bø, K., Nygaard, I. in drugi (2002). Conservative treatment in women. V Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S. in drugi (ur.). *Incontinence*. Plymouth: Plymouthbridge Distributors (str. 571-624), Plymouth, United Kingdom.
- World Health Organization (2014). *BMI classification*. Pridobljeno iz http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- World Health Organization (2014). Physical Activity and Older Adults. Pridobljeno iz http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/
- Zaletel Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
- Zaletel Kragelj, L., Fras, Z., Maučec Zakotnik, J. (2004). *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije*. III, zdravstvena stanja. Ljubljana: CINDI Slovenija.
- Završnik, J. in Pišot, R. (2005). *Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov*. Koper: založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstvenoraziskovalno središče inštitut za kineziološke raziskave.

7. PRILOGE

7.1 PRILOGA 1: Anketni vprašalnik

Anketni vprašalnik, namenjen naključno izbranim upokojenkam Občine Postojna:

Spoštovani!

Sem Ava Slejko, absolventka Fakultete za šport v Ljubljani. Pred mano je le še priprava diplomskega dela. Tema moje diplomske naloge je raziskati povezanost indeksa telesne mase, športne dejavnosti in drugih dejavnikov z urinsko inkontinenco pri upokojenkah v občini Postojna.

Prosim Vas, da mi pomagate in si vzamete nekaj časa za priložena vprašanja, saj mi s tem pomembno pomagate pri pisanju diplomske naloge. **Anketa je anonimna, rezultati bodo uporabljeni izključno za namene izdelave diplomskega dela.**

Za vaše sodelovanje in dragoceni čas se Vam že vnaprej zahvaljujem.

Pri spodaj navedenih vprašanjih obkrožite ali napišite ustrezen odgovor.

1. Spol?
 - Moški
 - Ženski
2. Leto rojstva? 19____.
3. Napišite svojo telesno višino? _____ cm.
4. Koliko tehtate? _____ kg.
5. Izobrazba (obkrožite izbrani odgovor)?
 - Nedokončana osnovna šola
 - Osnovna šola.
 - Srednja šola.
 - Višja ali visoka strokovna šola.
 - Univerzitetna izobrazba.
 - Magisterij, doktorat
 - Drugo (Vpišite.) _____.
6. Koliko časa ste upokojeni? _____ let _____ mesecev (na primer 1 leto 6 mesecev).

7. Ali ste telesno dejavni (kjerkoli)?
- Ne morem biti zaradi bolezni
 - Ne morem biti zaradi invalidnosti
 - Kljub omejitvam sem telesno dejavna
 - Nisem telesno dejavna in nimam omejitev
 - Sem telesno dejavna in nimam omejitev
8. Koliko dni na teden ste v povprečju telesno dejavni? _____dni.
9. Koliko ur na teden ste telesno dejavni? _____ur_____minut.
10. S katero telesno dejavnostjo se najraje ukvarjate (napišite jo)?_____.
11. Zanima nas, koliko ste telesno dejavni. Prosimo vas, da odgovorite na vprašanja, tudi če zase menite, da niste telesno dejavni.
Koliko dni ste v zadnjem tednu (v zadnjih 7. dneh) hodili vsaj 10 minut skupaj? Pri tem mislimo na hojo doma, ko greste z enega na drug kraj, ali kakršnokoli hojo, ko hodite samo za sprostitev, šport in rekreacijo v prostem času (Prosimo, obkrožite in vpišite).
- 1 Nisem hodil 10 min skupaj
2 Hodil sem _____ dni v tednu
Koliko časa skupaj ste v takih dneh običajno hodili?
_____ ur _____ minut na dan
12. Ali ste član kakšnega športnega društva?
- Da (Katerega? _____)
 - Ne
13. Ali se s športno-rekreativno dejavnostjo ukvarjate organizirano ali neorganizirano?
- Organizirano
 - Neorganizirano
14. Ali ste se v mladosti tekmovalno ukvarjali s športom?
- Da (Katerim? _____)
 - Ne
15. Ali kadite (obkroži)?
- Da (Koliko cigaret dnevno pokadite? _____)
 - Ne

- Kadila sem včasih

16. Koliko skodelic kave pijete dnevno?

- Nič
- 1-2
- Več kot 3

17. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje (obkroži)?

- Zelo dobro
- Dobro
- Srednje
- Slabo
- Zelo slabo

18. Ali ste že slišali, da obstajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna (obkroži)?

- Da
- Ne

19. Iz katerega vira ste slišali za vaje mišic medeničnega dna (obkroži)?

- Radio, televizija ali tiskani mediji
- Strokovna literatura
- Predavanja
- Pri zdravniku
- Nikjer nisem slišal

20. Ali veste, kako se pravilno izvaja vaje za krepitev mišic medeničnega dna (obkroži)?

- Da
- Ne

21. Kako se prepričate, da vaje za krepitev mišic medeničnega dna izvajate pravilno (obkroži en odgovor)?

- Kot bi želeli spodbuditi curek urina
- Kot bi želeli zadržati curek urina
- Kot bi želeli urinirati
- Kot bi želeli krčiti mišice trebuha
- Ne vem

22. V katerem starostnem obdobju naj bi začeli izvajati vaje za krepitev mišic medeničnega dna (obkroži)?

- Od 3 do 12 let
- Od 12 do 20 let
- Od 20 do 40 let

- Od 40 do 60 let

23. Ali sami izvajate vaje za krepitev mišic medeničnega dna (obkroži)?

- Da
- Ne

24. Kako pogosto Vam nehote uhaja urin?

- Nikoli
- 1x tedensko ali manj
- 2-3-krat na teden
- Dnevno
- Večkrat dnevno
- Ves čas

25. Koliko urina Vam uide?

- Nič
- Majhna količina
- Zmerna količina
- Velika količina

26. Vrsta inkontinence?

- Urin mi ne uhaja
- Stresna (*uhajanje urina ob telesnem naporu, kašljanju, kihanju*)
- Urgentna (*nenadno nehoteno uhajanje urina, ki se pojavi po predhodni hudi potrebi po uriniranju*)
- Mešana (*kombinacija stresne in urgentne inkontinence*)
- Overflow inkontinenca (*sečnik je pri tem vedno prepoln - čezrobno uhajanje - seč v sečnem mehurju kronično zastaja*)

27. Ocenite, kako močno nehoteno uhajanje urina moti vaš vsakdanjik (po spodnji lestvici od 0 do 10)?

(sploh me ne moti) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (zelo me moti)

Hvala za sodelovanje!