



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
FACULTY OF MEDICINE



Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής
Τ.Θ. 1393, 71409 Ηράκλειο, Κρήτη
Τηλ:2810394600, Φαξ:2810394606

Clinic of Social and Family Medicine
P.O Box 1393, Heraklion, Crete, Greece
Tel:+302810394600, Fax:+302810394606

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Η ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ

ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΚΑΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ

ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΑΝΥΦΑΝΤΑΚΗ

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

Τμήμα Ιατρικής

Ηράκλειο, Μάιος 2010

Επιβλέπων:

Χρήστος Λιονής, Καθηγητής,
Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Συνεπιβλέποντες:

Αναστάσιος Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Φραγκίσκος Σοφράς, Καθηγητής,
Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

1. Χρήστος Λιονής, Καθηγητής
2. Φραγκίσκος Σοφράς, Καθηγητής
3. Αναστάσιος Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής
4. Χρυσούλα Λεμονίδου, Καθηγήτρια
5. Αθηνά Καλοκαιρινού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
6. Ιωάννης Ματαλιωτάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής
7. Νικόλαος Τζανάκης, Επίκουρος Καθηγητής Επιδημιολογίας-Δημόσιας
Υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

Ευχαριστίες

Περίληψη-Abstract

1. Εισαγωγή

1.1 Γενικά για την ακράτεια ούρων στη γυναίκα

1.1.1 Ορισμός και τύποι ακράτειας

1.1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

1.1.3 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ακράτειας

1.1.4 Συνέπειες της ακράτειας

1.1.5 Αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών Υγείας

1.1.6 Βασική αξιολόγηση γυναικών με ακράτεια στην Π.Φ.Υ.

1.1.7 Θεραπεία συμπεριφοράς

1.1.8 Ο ρόλος του/της νοσηλεύτη/τριας στη διαχείριση της ακράτειας

1.1.9 Κατάσταση στην Ελλάδα

1.2 Αναγκαιότητα της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα

1.3 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

1.4 Σημασία για την επιστήμη

2. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι

2.1 Πληθυσμός, χρόνος και τόπος διεξαγωγής της μελέτης

2.2 Ορισμοί

2.3 Εργαλεία

2.4 Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά του ερωτηματολογίου I-QoL

2.4.1 Μετάφραση

2.4.2 Προσαρμογή στα Ελληνικά

2.5 Έγκριση και συγκατάθεση

2.6 Ανάλυση δεδομένων

3. Αποτελέσματα

3.1 Συχνότητα ακράτειας ούρων και δημογραφικά χαρακτηριστικά γυναικών

3.2 Προσαρμογή του I-QOL στα Ελληνικά

3.3 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής

3.4 Εκπαίδευση μαιών και νοσηλευτριών της Π.Φ.Υ.

4. Συζήτηση

4.1 Κύρια ευρήματα

4.2 Επιπολασμός και χαρακτηριστικά της ακράτειας

5. Περιορισμοί της μελέτης

6. Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Κλινική εκτίμηση Kegel

Ερωτηματολόγιο για την ακράτεια

Διάγραμμα ούρησης

Δοκιμασία πάνας

Επανεκπαίδευση κύστεως

Επανεκπαίδευση μυών πυελικού εδάφους

Ενημερωτικό φυλλάδιο γυναικών με ακράτεια

Ερωτηματολόγιο I-QoL

Δημοσίευση

Πρόλογος

«Δεν έχω ζητήσει ποτέ βοήθεια για το πρόβλημά μου... Ντρέπομαι να το πω... Αλλωστε, δεν υπάρχει θεραπεία». Τα λόγια αυτά τα ακούει κανείς πολύ συχνά εάν αποφασίσει να ασχοληθεί με γυναίκες που αντιμετωπίζουν ακράτεια ούρων. Πρόκειται για ένα σύνθημα πρόβλημα το οποίο, συχνά, συνοδεύεται από σημαντικές ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις, παρ' όλα αυτά αντιμετωπίζεται σιωπηλά, τόσο από τους ασθενείς, όσο και από τους επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι τελευταίοι, εξαιτίας - κυρίως - της ανεπαρκούς ενημέρωσής τους, αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τη σοβαρότητα του προβλήματος κι έτσι δεν προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στις γυναίκες αυτής της κατηγορίας. Τόσο η έλλειψη υποδομών, όσο και Υπηρεσιών από το ελληνικό σύστημα, ακόμη και για συμβουλευτική στις γυναίκες με ακράτεια, επιδεινώνει το πρόβλημα, που συχνά συνοδεύεται από οικονομικό κόστος.

Η ιδέα για τη μελέτη του μεγέθους της ακράτειας ούρων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κατατέθηκε από τον αείμνηστο Αντιπρύτανη Άγγελο Κρανίδη και συνεχίστηκε από τον Αναπληρωτή Καθηγητή Χρήστο Λιονή και την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, που ανέλαβε την υποστήριξη της παρούσας διατριβής, με στόχο την εκτίμηση της επίδρασης που μπορεί να έχει η ακράτεια ούρων στην ποιότητα ζωής των γυναικών. Στο πλαίσιο αυτό, εντάχθηκε και η υλοποίηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με κύριο στόχο την κατανόηση του ουσιαστικού ρόλου τους, όχι μόνο στον εντοπισμό των γυναικών με ακούσια απώλεια ούρων, αλλά και στην αξιολόγηση και συντηρητική αντιμετώπιση της ακράτειας. Επιδίωξη του προγράμματος ήταν οι υγειονομικοί να ενημερωθούν τόσο για την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων συντηρητικής αντιμετώπισης της ακράτειας, όσο και για την αξία της συνεργασίας Ιατρών και Μαιών/Νοσηλευτριών, με στόχο την επίτευξη συνεργασίας της γυναίκας.

Ευχαριστίες

Η παρούσα διδακτορική διατριβή ολοκληρώθηκε χάρη στην ενίσχυση και συμπαράσταση ανθρώπων προερχόμενων ή όχι από τον ακαδημαϊκό χώρο, στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου.

Ευχαριστώ, από καρδιάς, τον Καθηγητή κ. Χρήστο Λιονή, επιβλέποντα της παρούσας διατριβής, για τη διαρκή καθοδήγηση, το συντονισμό και τις ευγενείς υποδείξεις του στο σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης εργασίας. Κυρίως όμως τον ευχαριστώ για τη συνεχή διδασκαλία και γνώση που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης.

Επίσης ευχαριστώ θερμά:

Τον Καθηγητή κ. Φραγκίσκο Σοφρά, για την ουσιαστική και θερμή υποστήριξη που παρείχε τόσο κατά τη εκπόνηση της διατριβής, όσο και κατά τη συγγραφή της ερευνητικής εργασίας.

Τον Αναπληρωτή Καθηγητή Αναστάσιο Φιλαλήθη, για τις υποδείξεις και τα σχόλια του στην τελική διαμόρφωση του κειμένου και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της διατριβής.

Τον κ. Θανάση Αλεγκάκη, για την σημαντική βοήθεια στην στατιστική ανάλυση και για την καθοδήγησή του στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Τους Διευθυντές, τις Μαίες και τους Νοσηλευτές των Κ.Υ., που συμμετείχαν στη μελέτη, για την υποστήριξή τους στη συλλογή των δεδομένων.

Την κ. Αναστασία Ραπίδη, Ιατρό Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, για την πολύτιμη συνεργασία της στην εκπαίδευση των επαγγελματιών ΠΦΥ στη διαχείριση της ακράτειας και στη συγγραφή του σχετικού εγχειριδίου.

Την κ. Άντα Μαρκάκη, για τις πολύτιμες συμβουλές της στη συγγραφή της ερευνητικής εργασίας.

Την κ. Πηνελόπη Ντζιλέπη, Δ/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΠαΓΝΗ, για την υποστήριξη της ερευνητικής μου προσπάθειας.

Το κ. Γιώργο Δασκαλόπουλο, Επ. Α' Ουρολογικής Κλινικής ΠαΓΝΗ, για τη βοήθειά του στη συλλογή των δεδομένων από το Ιατρείο Ακράτειας.

Τον κ. Ζερβουδάκη Νίκο για τις φιλολογικές του παρεμβάσεις στο κείμενο.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την ουσιαστική της συμπαράσταση, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ακράτεια των ούρων αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα με έκδηλες ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες. Πολλές μελέτες διεθνώς αναφέρουν μειωμένη ποιότητα ζωής (QoL) στις γυναίκες με ακράτεια ούρων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Στόχοι:

- α. Εκτίμηση της συχνότητας της ακράτειας των ούρων στις γυναίκες 35-65 ετών, που επισκέπτονται, για οποιοδήποτε λόγο, τα Κέντρα Υγείας αγροτικών περιοχών της Κρήτης.
- β. Εκτίμηση του επιπολασμού της ακράτειας στις γυναίκες 36-65 ετών, που κατοικούν στην ευρύτερη περιοχή των υπό μελέτη κέντρων Π.Φ.Υ.
- γ. Διερεύνηση ύπαρξης σταθμισμένου εργαλείου για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γυναικών με ακράτεια ούρων, το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα μετά από διαδικασία μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής και στάθμισης.
- δ. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών 36-65 ετών με ακράτεια.
- ε. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών 35-65 ετών με ακράτεια, που επισκέπτονται τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας για το πρόβλημά τους.
- στ. Εκτίμηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.
- ζ. Ανάπτυξη εργαλείων και εκπαίδευση των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Κρήτης σε δεξιότητες σχετικά με τη διαχείριση της γυναικείας ακράτειας ούρων.

Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι: Το δείγμα αποτέλεσαν γυναίκες με ακράτεια από 5 επιλεγμένες μονάδες Π.Φ.Υ. στην Κρήτη και από το εξωτερικό ιατρείο ακράτειας του ΠαΓΝΗ. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με το ειδικό για την ακράτεια

ερωτηματολόγιο I-QoL (Incontinence Quality of Life), το οποίο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ελληνικά.

Αποτελέσματα: Από τις 282 γυναίκες, που επισκέφτηκαν για οποιοδήποτε λόγο την Π.Φ.Υ., οι 125 (44.3%) ανέφεραν ακράτεια ούρων, ενώ 38 γυναίκες επισκέφτηκαν το ιατρείο ακράτειας του ΠαΓΝΗ. Οι γυναίκες από την Π.Φ.Υ. εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής [I-QoL Mean (SD):81,8 (20,6)] σε σχέση με αυτές που αναζητούν βοήθεια από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας [I-QoL Mean (SD):45,9 (26,2)], ($p<0.001$). Από την πολυπαραγοντική ανάλυση, προέκυψε ότι η μέτρια ακράτεια ($B=-12,015$ $p=0,002$), η σοβαρή ακράτεια ($B=-30,656$ $p<0,001$) και η Δευτεροβάθμια Φροντίδα ($B=-19,105$ $p<0,001$) αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες που σχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής.

Δεκατέσσερις Μαιές και 4 Νοσηλεύτριες από 2 περιφερειακά ιατρεία και 10 Κ.Υ. της Κρήτης παρακολούθησαν 4 σεμινάρια συνολικής διάρκειας 12 ωρών για τη διαχείριση της ακράτειας ούρων των γυναικών στην Π.Φ.Υ. (Σεπτέμβριος-Μάρτιος 2002). Στα πλαίσια της εκπαίδευσης των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, διαμορφώθηκαν στα Ελληνικά, μετά από χορήγηση άδειας από τους συγγραφείς, κάποια εργαλεία (διάγραμμα ούρησης, δοκιμασία πάνας 24 ωρών, επανεκπαίδευση κύστεως, επανεκπαίδευση πυελικού εδάφους) και συγγράφηκε ένα εγχειρίδιο για τη διαχείριση της ακράτειας στην Π.Φ.Υ.

Συμπέρασμα: Η ακράτεια αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα στις γυναίκες που επισκέπτονται την ΠΦΥ με αρνητικές συνέπειες για την ποιότητα ζωής τους. Εκτός από τη σοβαρότητα της ακράτειας, η αναζήτηση βοήθειας στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας αρνητικής συσχέτισης με την ποιότητα ζωής, εγείροντας ερωτηματικά σχετικά με το ρόλο προσωπικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής.

Συντομογραφίες

Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Δ.Φ.Υ.: Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Κ.Υ.: Κέντρα Υγείας

Π.Ι.: Περιφερειακά Ιατρεία

ICS: International Continence Society

I-QoL: Incontinence-Quality of Life

ALB: Avoidance and Limiting Behavior

PI: Psychosocial Impact

SE: Social Embarrassment

Abstract

Introduction: Urinary incontinence (UI) a common condition among women has an adverse effect on patients' daily lives. Numerous studies have identified reduced health-related quality of life (QoL) in patients with UI.

Aim: The aim of this study was to assess QoL in women with UI from primary health care (PHC) settings.

Targets:

- a. Estimation of UI prevalence in women 35-65 years old visiting for any reason selected PHC centers in Crete.
- b. Estimation of UI prevalence in women 35-65 years old who reside permanently in the catchment areas of the targeted PHC centers.
- c. Exploration of the applicability of a standardized, international tool assessing QoL in Greek incontinent women, following instrument translation, cultural adaptation and validation.
- d. Estimation of QoL in women 35-65 years old visiting for any reason the selected PHC centers in Crete.
- e. Estimation of QoL in women 35-65 years old visiting an outpatient-clinic of a secondary health care setting for UI.
- f. Exploration of factors related to QoL among incontinent women.
- g. Development of tools and training of PHC professionals for assessing and managing UI in women

Methods: Incontinent women from 5 PHC centers and one outpatient clinic were studied. For assessing quality of life, the Incontinence Quality of Life (I-QoL) questionnaire was translated and validated into Greek.

Results: A total of 125 (44.3%) out of 282 women from the PHC group in Greece reported having UI, whereas another 38 incontinent women visited for that reason the

secondary care outpatient clinic. There was significant difference between those two groups regarding I-QoL total and subscale scores, with women from the Greek community-based group having the highest score. Mean I-QoL total score of women visiting PHC centers and the secondary care outpatient clinic was 81.8 (SD:20.6) and 45.9 (SD:26.2) respectively, ($p<0.001$). Impaired QoL was significantly associated with moderate incontinence ($B=-12.015$ $p=0.002$), severe incontinence ($B=-30.656$ $p<0.001$) and seeking secondary care ($B=-19.105$ $p<0.001$).

Fourteen midwives and 4 nurses from 12 PHC centers of Crete attended a training program for urinary incontinence. This program was divided in 3 thematic units that were presented in 4 seminars with total duration of 12 hours (September to March 2002). This effort concluded in the collection of educational material, translation into Greek (with author's permission) and development of tools and a handbook for the assessment and management of female UI in PHC settings.

Conclusion: Urinary incontinence is a frequent problem for women visiting PHC centers affecting negatively their quality of life. Besides incontinence severity, seeking secondary care emerged as another essential predictor of impaired quality of life, suggesting that other personal, social and cultural factors may also play an important role.

1. Εισαγωγή

1.1 Γενικά για την ακράτεια ούρων στη γυναίκα

1.1.1 Ορισμός και τύποι ακράτειας

Σύμφωνα με το προηγούμενο ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Εγκράτειας (International Continence Society-ICS), ακράτεια ούρων είναι η μη ηθελημένη απώλεια ούρων, η οποία μπορεί να αποδειχθεί αντικειμενικά και είναι τόσο σοβαρή, ώστε να δημιουργεί προβλήματα υγιεινής και κοινωνικής συναναστροφής.¹ Το 2002 ο ICS επαναδιατύπωσε τον ορισμό της ακράτειας ως «...οποιοδήποτε παράπονο από τον ασθενή για ακούσια απώλεια ούρων».²

Σύμφωνα με τον τελευταίο ορισμό του ICS, ως ακράτεια προσπάθειας (σύμπτωμα) (stress urinary incontinence) ορίζεται το παράπονο για διαφυγή ούρων σε άσκηση ή προσπάθεια ή πτάρνισμα ή βήχα.² Η επιτακτική ακράτεια (urge urinary incontinence) ορίζεται ως το παράπονο για ακούσια απώλεια ούρων, η οποία συνοδεύεται ή εμφανίζεται αμέσως μετά από επείγουσα επιθυμία για ούρηση.² Η μικτή ακράτεια ορίζεται ως το παράπονο για ακούσια απώλεια ούρων, που σχετίζεται με επείγουσα επιθυμία για ούρηση και με άσκηση, προσπάθεια, πτάρνισμα ή βήχα. Ως συνεχής ακράτεια ορίζεται το παράπονο για συνεχή απώλεια ούρων.²

Οι παραπάνω ορισμοί αφορούν στο σύμπτωμα της ακούσιας απώλειας ούρων και όχι στη διάγνωση της ακράτειας μετά από ουροδυναμικό έλεγχο. Συχνά το ένα σύμπτωμα υπερισχύει και είναι περισσότερο ενοχλητικό σε σχέση με το άλλο. Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων είναι σημαντική για το σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης.²

Η επιτακτική ακράτεια συνήθως, αλλά όχι πάντα, χαρακτηρίζεται από ακούσιες συσπάσεις του εξωστήρα (υπερκινητικός εξωστήρας). Οι ανεξέλεγκτες συσπάσεις του εξωστήρα μπορεί να προκαλούν ακράτεια με ή χωρίς επιτακτική επιθυμία προς ούρηση ή να προκαλούν έπειξη προς ούρηση που δεν συνοδεύεται από απώλεια ούρων. Η υπερκινητικότητα του εξωστήρα μπορεί να οφείλεται σε νευρολογική βλάβη, ύπαρξη φλεγμονής, όγκων ή λίθων ή να είναι ιδιοπαθής. Όταν η αιτία είναι κάποια νευρολογική βλάβη, τότε η υπερκινητικότητα του εξωστήρα ονομάζεται νευρογενής.²

1.1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η ακράτεια είναι ένα συχνό πρόβλημα στις γυναίκες. Τα αποτελέσματα μελετών για τον επιπολασμό της ακράτειας στην κοινότητα (σύμφωνα με τον τελευταίο ορισμό του ICS) ποικίλλουν και μας δίνουν ποσοστά 10-57%.³⁻¹⁷ Αν και ο ορισμός της "σοβαρής ακράτειας" ποικίλλει στις διάφορες μελέτες, ο επιπολασμός της είναι λιγότερο μεταβλητός και κυμαίνεται μεταξύ 3-17%.^{13, 18-21} Η μεγάλη διακύμανση που συναντάται στα αποτελέσματα, πιθανώς, οφείλεται σε:

- διαφορές στο χρονικό διάστημα που ερωτώνται οι γυναίκες αν έχουν αντιμετωπίσει ακούσια απώλεια ούρων (τελευταίοι 12 μήνες, τελευταίες 4 εβδομάδες, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα)
- διαφορετικές μεθόδους δειγματοληψίας (ολόκληρος πληθυσμός της κοινότητας, τυχαίο δείγμα από τον πληθυσμό της κοινότητας, γυναίκες που επισκέπτονται τις Υπηρεσίες Υγείας)
- διαφορετικό τρόπο επικοινωνίας με τους ερωτηθέντες (επιστολή, τηλεφωνική συνέντευξη, συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο)
- ποικιλία των ηλικιακών ομάδων

Η ακράτεια προσπάθειας και η μικτή αποτελούν τις συνηθέστερες μορφές στις γυναίκες.^{10, 11, 13, 22-24} Στις νεότερες ηλικίες επικρατεί η ακράτεια προσπάθειας, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες επικρατεί η μικτή και η επιτακτική.^{4, 23, 25, 26}

Η δήλωση του ασθενούς, στις επιδημιολογικές μελέτες, ως μέσο για τη διάγνωση και κατηγοριοποίηση της ακράτειας ούρων έχει αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού. Σύμφωνα με τον Sandvik και συν., οι οποίοι μέτρησαν την εγκυρότητα της μεθόδου αυτής, έχοντας ως κριτήριο (gold standard) τον ουροδυναμικό έλεγχο, ο επιπολασμός της "μικτής ακράτειας" υπερεκτιμάται και ένα ποσοστό από αυτές τις περιπτώσεις είναι ουσιαστικά "ακράτεια προσπάθειας".²⁷ Ωστόσο, η ανάπτυξη απλών ερωτηματολογίων για το διαχωρισμό του τύπου της ακράτειας δίνει καλούς δείκτες ευαισθησίας και ειδικότητας για την επιτακτική και την ακράτεια προσπάθειας.^{28, 29}

Η σοβαρότητα της ακράτειας ποικίλλει ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους. Έτσι, η αναλογία περιπτώσεων σοβαρής ακράτειας είναι πολύ μικρότερη στις γυναίκες με ακράτεια προσπάθειας, συγκριτικά με την επιτακτική ή μικτή.¹³

1.1.3 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ακράτειας

Από τους παράγοντες κινδύνου, οι συχνότερα αναφερόμενοι στη βιβλιογραφία είναι η ηλικία, το βάρος σώματος και οι κυήσεις.³⁰

· *Ηλικία-Εμμηνόπαυση*

Ο επιπολασμός της ακράτειας αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και φαίνεται να παρουσιάζει δύο αιχμές. Η πρώτη κατά την 5^η δεκαετία και η δεύτερη μετά την 8^η δεκαετία της ζωής.^{3, 6, 7, 31} Στην ουροδόχο κύστη, στην ουρήθρα και στους μυς του πυελικού εδάφους υπάρχουν υποδοχείς οιστρογόνων, οι οποίοι, μετά την

εμμηνόπαυση, αρχίζουν να μειώνονται. Οι ιστοί, με την πάροδο του χρόνου, ατροφούν. Η πτώση των οιστρογόνων συνεχίζεται για πολλά χρόνια μετά την εμμηνόπαυση κι έτσι είναι αβέβαιο αν η αύξηση της ακράτειας οφείλεται στην πτώση των οιστρογόνων ή στη διαδικασία της γήρανσης.^{13, 20}

· *Δείκτης μάζας σώματος*

Έχει βρεθεί θετική συσχέτιση της ακράτειας και του δείκτη σωματικής μάζας.³² Πιθανότατα αυτό συμβαίνει λόγω του ότι η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση επιδεινώνει την ακράτεια προσπάθειας, αν και αναφέρεται αυξημένη συχνότητα υπερκινητικής κύστης σε παχύσαρκες γυναίκες.^{22, 31}

· *Κυήσεις*

Η επιβάρυνση του πυελικού εδάφους, κατά τη διάρκεια της κύησης, και η βλάβη των μυών και νεύρων της περιοχής κατά τον τοκετό ευθύνονται για την εμφάνιση ακράτειας. Η εμφάνιση ακράτειας ούρων, κατά τη διάρκεια της κύησης, φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για την ύπαρξη ακράτειας 5 έτη μετά τον τοκετό. Περίπου το 30% των νέων μητέρων, μετά από φυσιολογικό τοκετό, θα εμφανίσουν ακράτεια ούρων.³³ Η καισαρική τομή φαίνεται να είναι μερικώς προστατευτική.³⁴ Ο αριθμός των κυήσεων έχει επίσης συσχετισθεί με την εμφάνιση ακράτειας. Αυτή η συσχέτιση, πάντως, φαίνεται να υποχωρεί ή και να εξαφανίζεται με την αύξηση της ηλικίας.^{20, 23,}

35

· *Υστερεκτομή.*³⁶

· *Κάπνισμα.*³⁶

· Φυλή:

Οι λευκές γυναίκες εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα ακράτειας προσπάθειας σε σχέση με τις μαύρες.³¹

· *Κινητικές ή γνωστικές διαταραχές.*³⁶

· *Κάθε ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει βλάβη στη νεύρωση των οργάνων που εμπλέκονται στην ούρηση (τραυματισμός σπονδυλικής στήλης ή πυελικού πλέγματος, περιφερική πολυνευροπάθεια του σακχαρώδους διαβήτη, αγγειακή εγκεφαλική νόσος, νόσος Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.λπ.).*^{31, 37}

Πολλοί παράγοντες, που προκαλούν ή επιδεινώνουν την ακράτεια, είναι δυνητικά αναστρέψιμοι, όπως δυσκοιλιότητα, φλεγμονή, υπερβολική παραγωγή ούρων (π.χ. μη ελεγχόμενος διαβήτης, υπερασβεστιαμία, αυξημένο υπόλειμμα ούρων, λήψη ουσιών).³⁸

1.1.4 Συνέπειες της ακράτειας

Ποιότητα ζωής

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής είναι πολύπλευρος, περιλαμβάνει αντικειμενικά και υποκειμενικά στοιχεία και αναφέρεται σε διαστάσεις της σωματικής λειτουργίας, των ρόλων και της κοινωνικής, πνευματικής και συναισθηματικής ζωής.³⁹

Η αρνητική επίδραση της ακράτειας στην ποιότητα ζωής των γυναικών έχει μελετηθεί εκτεταμένα διεθνώς.⁴⁰⁻⁴⁶ Οι κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες μπορεί να είναι έκδηλες, οδηγώντας το άτομο σε περιορισμούς στην κοινωνική ζωή,

αμηχανία, απομόνωση, αυξημένο άγχος και κατάθλιψη.⁴⁷⁻⁵⁰ Οι γυναίκες αναφέρουν συχνά συναισθήματα μειωμένης αυτοεκτίμησης και απώλειας αυτοελέγχου, περιορίζουν τις σωματικές τους δραστηριότητες και αποφεύγουν τα μέρη με δύσκολη πρόσβαση σε τουαλέτα.^{40, 41, 51} Μείζων κατάθλιψη σχετίζεται με την, μέσης ή μεγάλης βαρύτητας, ακράτεια των ούρων.^{52, 53} Επιπλέον, στις ηλικιωμένες γυναίκες η ακράτεια είναι πιθανό να οδηγήσει σε άρνηση από το οικογενειακό περιβάλλον και απόφαση ιδρυματοποίησης.^{20, 41}

Η σοβαρότητα της ακράτειας αποτελεί τον παράγοντα που εμφανίζει την ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής.^{42, 54} Στη μελέτη "PURE", οι συγγραφείς προτείνουν τη χρήση του δείκτη σοβαρότητας του Sandvik ως ένδειξη για τις συνέπειες της ακράτειας στις γυναίκες, όταν η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι δύσκολη στην καθημερινή πρακτική.^{54, 55}

Σε αντίθεση με τη σοβαρότητα της ακράτειας, η συσχέτιση της ποιότητας ζωής με την ηλικία δεν είναι τόσο σταθερή. Στις μελέτες, όπου αναφέρεται τέτοια συσχέτιση, η πιθανότητα να δηλώσουν οι γυναίκες ενόχληση από την απώλεια ούρων μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας.^{40, 42, 55-57} Τέλος, η γνήσια ακράτεια προσπάθειας δείχνει να επηρεάζει λιγότερο τις γυναίκες σε σχέση με τους άλλους τύπους.⁴⁴

Το κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας και την ποιότητα ζωής.⁵⁸⁻⁶⁰ Η δυνητική επίδραση παραγόντων, όπως η κουλτούρα, οι προσωπικοί στόχοι και εμπειρίες, καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια, δεν έχει μελετηθεί ακόμα επαρκώς.

Οικονομικό κόστος

Το οικονομικό κόστος στον τομέα της Υγείας διαιρείται στο άμεσο και το έμμεσο. Το άμεσο περιλαμβάνει την αμοιβή αυτών που παρέχουν τη φροντίδα, του χώρου νοσηλείας, των φαρμάκων, των πανών ή άλλων βοηθητικών μέσων για την ακράτεια. Το έμμεσο είναι αυτό που προέρχεται από την απουσία ή μειωμένη απόδοση στην εργασία. Για την ακράτεια ούρων, το άμεσο κόστος σε δολάρια για το έτος 1995 εκτιμάται στο μέγεθος των \$16.3 δις. (12.4 δις. για τις γυναίκες και \$3.8 δις. για τους άνδρες) .⁶¹

1.1.5 Αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Έλλειψη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την ακράτεια

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται έλλειψη Υπηρεσιών Υγείας στους ασθενείς με ακράτεια.⁶²⁻⁶⁴ Στους επαγγελματίες Υγείας υπάρχει η πεποίθηση πως πρόκειται για φυσική συνέπεια της ηλικίας, των τοκετών και της εμμηνόπαυσης, για την οποία υπάρχει μειωμένη πιθανότητα θεραπείας. Έτσι, αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν το ψυχολογικό ή κοινωνικό αντίκτυπο που μπορεί να έχει η ακράτεια στους πάσχοντες. Αυτή η στάση οδηγεί σε παθητική αντιμετώπιση του προβλήματος, με αποτέλεσμα η δυνατότητα εντοπισμού των ασθενών με ακράτεια ούρων να μένει αναξιοποίητη.⁶²⁻⁶⁴ Περιορισμένο ποσοστό ασθενών με ακράτεια αναγνωρίζεται από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δηλώνουν αδυναμία να διαχειριστούν την ακράτεια, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.⁶³⁻⁶⁵ Ως εκ τούτου, συχνά η αντιμετώπιση του ασθενούς με ακράτεια είναι υποβαθμισμένη και μεταφράζεται ως συμβουλή για αγορά πάνας.⁶⁶

Αναζήτηση βοήθειας από τις Υπηρεσίες Υγείας

Η αντιμετώπιση της ακράτειας από ένα μεγάλο αριθμό γυναικών είναι κοινή: προτιμούν να μη μιλούν γι' αυτήν. Έτσι, περίπου οι μισές από τις γυναίκες, που αναφέρουν πως η ακράτεια τις ενοχλεί, θα μιλήσουν με κάποιον επαγγελματία Υγείας για το πρόβλημά τους.^{67, 68} Οι φτωχές προσδοκίες των γυναικών σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές, καθώς και η αμηχανία που αισθάνονται είναι δύο σημαντικοί παράγοντες, υπεύθυνοι για την απομόνωση από τις Υπηρεσίες Υγείας.^{68, 69} Συχνά οι γυναίκες θεωρούν ότι η ακράτεια είναι φυσική συνέπεια της ηλικίας και των τοκετών για την οποία είναι ντροπή να συζητούν και πιστεύουν πως μπορούν να την αντιμετωπίσουν μόνες.⁷⁰

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η αυξημένη σοβαρότητα, η μεγάλη διάρκεια των συμπτωμάτων της ακράτειας, καθώς και η χαμηλή ποιότητα ζωής είναι παράγοντες που θα οδηγήσουν τη γυναίκα να ζητήσει βοήθεια από κάποιον επαγγελματία.⁶⁵

1.1.6 Βασική αξιολόγηση γυναικών με ακράτεια στην Π.Φ.Υ.

Ο εντοπισμός των γυναικών με ακράτεια είναι το πρώτο και σημαντικότερο βήμα. Δεδομένης της άρνησης των γυναικών να αναζητήσουν βοήθεια, οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα πρέπει να ρωτούν τις ασθενείς τους αν χάνουν ούρα χωρίς τη θέλησή τους.^{71, 72}

Στη συνέχεια, για την αρχική διαχείριση της ακράτειας, συστήνεται, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες που ανακοινώθηκαν το 2005 (3rd International Consultation on Incontinence), η λήψη ουρολογικού και γυναικολογικού ιστορικού, κλινική εξέταση, ανάλυση ούρων, εκτίμηση του υπολείμματος ούρησης, συμπλήρωση διαγράμματος ούρησης, καθώς και εκτίμηση της σοβαρότητας της ακράτειας και της

ποιότητας ζωής με προσαρμοσμένα ερωτηματολόγια. Συστήνεται επίσης προαιρετικά η αντικειμενική επίδειξη της διαρροής με τη δοκιμασία του βήχα ή με τη δοκιμασία πάνας. Ο ουροδυναμικός έλεγχος δεν συστήνεται για την αρχική αξιολόγηση των ασθενών, εκτός εάν υπάρχει δυσκολία κατάταξης της ακράτειας ή πρόκειται να χρησιμοποιηθούν επεμβατικές μέθοδοι θεραπείας.⁷²

Ιστορικό

Η λήψη του ιστορικού είναι εξαιρετικά σημαντική και μπορεί να δώσει πληροφορίες για τον τύπο και το βαθμό, καθώς και για πιθανές αιτίες της ακράτειας. Πρέπει λοιπόν απαραίτητα ληφθούν πληροφορίες που αφορούν σε:

Γυναικολογικό ιστορικό: μας δίνει πληροφορίες για παράγοντες κινδύνου της ακράτειας, όπως είναι ο αριθμός και το είδος των τοκετών, και η εμμηνόπαυση.⁷³

Ουρολογικό ιστορικό: το προέχον σύμπτωμα της απώλειας ούρων μάς δίνει πληροφορίες για τον τύπο και το βαθμό της ακράτειας. Έτσι, η ξαφνική και έντονη επιθυμία για ούρηση, που συνδυάζεται με ακούσια απώλεια ούρων, φαίνεται να είναι σύμπτωμα ευαίσθητο και ειδικό για τη διάγνωση της επιτακτικής ακράτειας.²⁹ Η απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια προσπάθειας είναι σύμπτωμα με μέτρια ειδικότητα αλλά υψηλή ευαισθησία για τη διάγνωση της ακράτειας προσπάθειας. Όταν ένα άτομο αρνείται ότι παρουσιάζει απώλεια ούρων σε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, είναι απίθανο να έχει ακράτεια προσπάθειας.^{29, 74}

Τα συμπτώματα από το ουροποιητικό παρέχουν στοιχεία για πιθανές - φλεγμονώδους, αποφρακτικής ή νευρολογικής φύσεως - αιτίες ακράτειας. Σύμφωνα με τον ICS, χωρίζονται σε συμπτώματα πόνου (δυσουρία, έπειξη προς ούρηση), συμπτώματα κατά τη διάρκεια της αποθήκευσης (συχνουρία, νυκτουρία), κατά τη διάρκεια της ούρησης (καθυστέρηση έναρξης της ούρησης, έντονη προσπάθεια για

έναρξη της ούρησης, χαμηλή ροή, διακοπτόμενη ούρηση) και αμέσως μετά την ούρηση (αίσθηση ανεπαρκούς κένωσης της κύστης, ακούσια απώλεια ούρων αμέσως μετά το τέλος της ούρησης). Ως συχνουρία ορίζεται το παράπονο του ασθενούς ότι πηγαίνει συχνά στην τουαλέτα για να ουρήσει κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ ως νυκτουρία ορίζεται το παράπονο του ασθενούς ότι χρειάζεται να ξυπνήσει τη νύχτα, μία ή περισσότερες φορές, για να ουρήσει. Η ούρηση τη νύχτα αξιολογείται ως παθολογικό σύμπτωμα μόνο αν η επιθυμία για ούρηση αφυπνίσει τον ασθενή και όχι αν πηγαίνει τακτικά να ουρήσει, εφόσον δεν κοιμάται.⁷⁵

Επιπλέον, από το ουρολογικό ιστορικό, λαμβάνουμε πληροφορίες για πρόσφατες λοιμώξεις ή άλλες παθήσεις του ουροποιητικού, που θα μπορούσαν να αποτελούν αναστρέψιμο αίτιο ακράτειας ούρων.

Ιστορικό άλλων νοσημάτων: η ύπαρξη αρρυθμιστου σακχαρώδους διαβήτη μπορεί να προκαλέσει ακράτεια ούρων μέσω της πολυουρίας ή της περιφερικής νευροπάθειας. Επίσης, είναι σημαντικός ο εντοπισμός νοσημάτων ή βλαβών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αντανακλαστικό τόξο της ούρησης στο νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο.⁷³

Ιστορικό προηγούμενων επεμβάσεων ή ακτινοβολίας στην περιοχή: τυχόν τραυματισμοί ή συμφύσεις στην περιοχή μπορεί να προκαλέσουν ακράτεια ούρων.⁷³

Λήψη ουσιών: διάφορες ουσίες είναι πιθανό να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν την ακράτεια, μέσω της δράσης τους στο ουροποιητικό. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες από αυτές και η δράση τους⁷⁶:

- Οπιούχα αναλγητικά, αντιχολινεργικά: Κατακράτηση ούρων και ακράτεια από υπερπλήρωση, λόγω αναστολής της κινητικότητας της κύστεως.
- Αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά, κατασταλτικά: Στην ακράτεια συμβάλλει η αντιχολινεργική και κατασταλτική τους δράση.

- Διουρητικά: Προκαλούν μεγάλη και ξαφνική εκροή ούρων μέσα στην κύστη, διεγείροντας συσπάσεις του εξωστήρα.
- Καφεΐνη, αλκοόλη: Πιθανή επιδείνωση ακράτειας λόγω της διουρητικής τους δράσης.
- Νικοτίνη: Προκαλεί αύξηση της συσταλτικότητας του εξωστήρα.
- Α-αδρενεργικοί αγωνιστές: Προκαλούν αύξηση του τόνου της ουρήθρας, κατακράτηση ούρων και ακράτεια από υπερπλήρωση.
- Α-αδρενεργικοί ανταγωνιστές: Προκαλούν μείωση του τόνου της ουρήθρας που οδηγεί σε πτώση της ενδοουρηθρικής πίεσης και διαφυγή ούρων.
- Αναστολείς διαύλων ασβεστίου: Προκαλούν μείωση της συσταλτικότητας του εξωστήρα, κατακράτηση ούρων και ακράτεια από υπερπλήρωση.
- Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης: Η χρήση τους αποτελεί αίτιο χρόνιου βήχα και επιδείνωσης της ακράτειας από προσπάθεια.

Κλινική εξέταση

Στις γυναίκες, που αναφέρουν απώλεια ούρων, είναι βασική η διενέργεια κλινικής εξέτασης για την ανίχνευση καταστάσεων που πιθανόν να σχετίζονται με την ακράτεια, η οποία περιλαμβάνει:^{31, 73}

- Υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (Kg/m^2)
- Εξέταση της κοιλιάς για την ανίχνευση τυχόν χειρουργικών τομών, μαζών, υγρού, κ.λπ.
- Γυναικολογική εξέταση για την ανίχνευση ατροφικών αλλαγών του κολπικού βλεννογόνου, ύπαρξης παθολογικών κολπικών εκκρίσεων ή ούρων, όγκων και πρόπτωσης των οργάνων της πυέλου.³¹

- *Εκτίμηση της σύσπασης των μυών του πυελικού εδάφους.* Με δακτυλική εξέταση ή με τη χρήση ειδικών οργάνων μέτρησης γίνεται εκτίμηση της συσταλτικής ικανότητας των μυών του πυελικού εδάφους (Παράρτημα Ι) ⁷⁷
- *Εκτίμηση της νεύρωσης των οργάνων της πύελου.* Εξετάζεται ο τόνος του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού σε ηρεμία και, μετά από εντολή, το βολβοσηραγγώδες αντανακλαστικό, το αντανακλαστικό του πρωκτού και το αντανακλαστικό του βήχα. ³¹

Διάγραμμα ούρησης

Η περιγραφή των συμπτωμάτων από την ασθενή συχνά απέχει από την πραγματικότητα. ⁷⁸ Το διάγραμμα ούρησης είναι ένα εργαλείο που συμπληρώνουν οι ασθενείς στο σπίτι τους και από το οποίο παίρνουμε πολύτιμες πληροφορίες για τις συνήθειες λήψης υγρών και ούρησης, καθώς και για την ποσότητα των διαρροών.

Αποτελεί το μοναδικό τρόπο αξιολόγησης της λειτουργικής χωρητικότητας της κύστεως και θαυμάσιο μηχανισμό θετικής ανατροφοδότησης για τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της επανεκπαίδευσης κύστεως. Μέσα από τη διαδικασία καταγραφής των προσλαμβανόμενων υγρών και των ουρήσεων, οι ασθενείς συνειδητοποιούν το ρόλο των συνηθειών τους στην ακράτεια και ρυθμίζουν τη λήψη υγρών προς όφελός τους, μαθαίνουν να παρεμβάλλουν μεγαλύτερο διάστημα μεταξύ των ουρήσεων και να αυξάνουν σιγά σιγά τον όγκο της κάθε ούρησης. ⁷⁹

Συνεργώντας στη διάγνωση, διάφοροι τύποι διαγραμμάτων ούρησης σχετίζονται με συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις ⁷³ (Πίνακας 1)

Στην ακράτεια προσπάθειας παρατηρείται αυξημένος μέσος όγκος ούρησης και αυξημένος μέγιστος όγκος ούρησης, η επικάλυψη όμως ασθενών και υγιών είναι

μεγάλη.⁸⁰ Στην επιτακτική ακράτεια παρατηρείται αυξημένη συχνότητα ουρήσεων κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, μειωμένος μέγιστος όγκος ούρησης και μειωμένος μέσος όγκος ούρησης, αλλά και εδώ η επικάλυψη είναι μεγάλη.⁸¹

Σημαντική παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν είναι η συμμόρφωση του ασθενούς, η οποία μειώνεται όσο αυξάνεται η αναζήτηση πληροφοριών και η διάρκεια καταγραφής.⁸² Από τον ICS προτείνεται η καταγραφή διάρκειας 3 ημερών, η οποία φαίνεται ότι συνδυάζει υψηλή αξιοπιστία με ικανοποιητική συμμόρφωση του ασθενούς.⁷³

Πίνακας 1: Ενδεικτικοί τύποι διαγράμματος ούρησης

<i>Φυσιολογικοί όγκοι, Αυξημένη συχνότητα</i>	Ενδεικτικό αυξημένης λήψης υγρών η οποία μπορεί να οφείλεται σε επιλογή του ασθενούς ή σε συγκεκριμένη παθολογία (άποιος διαβήτης, σακχ. διαβήτης).
<i>Μειωμένοι, σταθεροί όγκοι κάθε ούρησης, μέρα και νύχτα</i>	Ενδεικτικό ενδοκυστικής παθολογίας (κυστίτιδα, κακοήθεια).
<i>Μειωμένοι, ποικίλοι όγκοι κάθε ούρησης, μέρα και νύχτα</i>	Ενδεικτικό αστάθειας εξωστήρα.
<i>Φυσιολογικός πρώτος πρωινός όγκος και μειωμένοι ποικίλοι όγκοι κατά τη διάρκεια της ημέρας</i>	Αυτός ο τύπος συνήθως είναι ενδεικτικός ψυχοσωματικής αιτίας συχνουρίας. Ο ασθενής κοιμάται καλά και ουρεί έναν φυσιολογικό ή και αυξημένο όγκο μόλις ξυπνήσει, αλλά κατά τη διάρκεια της ημέρας ουρεί μικρούς όγκους. Τον βλέπουμε συχνά σε ασθενείς με ακράτεια προσπάθειας οι οποίοι προσπαθούν να διατηρούν άδεια την κύστη τους για να αποφύγουν τυχόν διαρροή.
<i>Νυκτερινή πολουρία</i>	Φυσιολογική ή μειωμένη συχνότητα και φυσιολογικοί όγκοι κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά τη νύχτα αυξημένη συχνότητα με παραγωγή όγκου που ξεπερνά το 20-33% των ούρων 24/ώρου. Αυτός ο τύπος είναι κλασσικός συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας ή ανωμαλιών της αντιδιουρητικής ορμόνης, αλλά συχνά είναι ιδιοπαθής.

Δοκιμασία πάνας 24 ωρών

Η δοκιμασία πάνας (pad-test) χρησιμοποιείται για την αντικειμενική εκτίμηση της απώλειας ούρων, ζυγίζοντας το βάρος της πάνας πριν και μετά τη χρήση. Η δοκιμασία μπορεί να είναι βραχείας διάρκειας (<1, 1, 2 ώρες) που συνήθως γίνεται

στο ιατρείο κάτω από σταθερές συνθήκες και μεγάλης διάρκειας (24 ώρες ή περισσότερο) που γίνεται στο σπίτι. Η βραχείας διάρκειας συστήνεται για την ακράτεια προσπάθειας, ενώ η μακράς διάρκειας για την ακράτεια προσπάθειας και την επιτακτική.

Σχετικά με την αύξηση του βάρους, αναφέρεται μεγάλη επικάλυψη των τιμών στη βιβλιογραφία και έτσι είναι δύσκολος ο ορισμός συγκεκριμένων ορίων για την επιβεβαίωση της ακράτειας.^{83, 84} Επιπλέον, η πληθώρα διαφορετικών δοκιμασιών κάνει δύσκολη τη σύγκριση των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τη διαγνωστική ακρίβεια των δοκιμασιών πάνας και, για το λόγο αυτό, η χρήση τους προτείνεται κυρίως για ερευνητικούς σκοπούς και προαιρετικά στην καθημερινή πρακτική.^{73, 84}

Εργαστηριακός έλεγχος

Ανάλυση ούρων: Σύμφωνα με τον ICS, η γενική ούρων με ανάλυση ιζήματος ή ταινία εμβάπτισης αποτελεί βασική εξέταση στην αξιολόγηση της ακράτειας για τον εντοπισμό αιματουρίας, γλυκοζουρίας, πυουρίας και βακτηριουρίας. Τα παραπάνω ευρήματα θα θέσουν την υποψία συνοδών παθολογικών καταστάσεων που πιθανόν να προκαλούν ή να επιδεινώνουν την ακράτεια.^{73, 83}

Υπόλειμμα ούρησης: Η μέτρηση του υπολείμματος ούρων αποτελεί απαραίτητη εξέταση σε όλες τις γυναίκες που αναφέρουν προβλήματα ούρησης.^{73, 83} Ως υπόλειμμα ούρησης ορίζεται το ποσό των ούρων που μένει στην κύστη μετά από μία "αντιπροσωπευτική" ούρηση και μετριέται με υπέρηχο ή καθετηριασμό.⁷³ Η ούρηση θα πρέπει να γίνει σε όσο το δυνατόν πιο "κανονικές" συνθήκες για τη γυναίκα (π.χ. όχι ούρηση σε όρθια στάση) και βεβαίως τη στιγμή που η κύστη είναι "επαρκώς" γεμάτη (τουλάχιστον με 200 ml). Μετά από τέτοια "ιδανική" ούρηση, υπόλειμμα

μικρότερο των 50 ml θεωρείται φυσιολογικό, ενώ μεγαλύτερο των 200 ml θεωρείται παθολογικό. Μέτρηση του υπολείμματος ούρησης περισσότερες της μίας φορές οδηγεί σε πιο ασφαλή συμπεράσματα.⁷³

Εκτίμηση της ποιότητας ζωής

Ο βαθμός που η ακράτεια επηρεάζει τη γυναίκα δεν μπορεί να εκτιμηθεί μόνο από τη σοβαρότητα ή τη συχνότητα της απώλειας ούρων, γι' αυτό η μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί βασικό στοιχείο της αξιολόγησης της ακράτειας και της θεραπευτικής επιλογής.^{73, 83}

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων γίνεται είτε με άμεση ερώτηση σχετικά με τη γνώμη τους πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, είτε με τη χρήση γενικών ή ειδικών για την ακράτεια εργαλείων μέτρησης, τα οποία συμπληρώνονται από τον ασθενή ή τον επαγγελματία Υγείας. Τα γενικά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως σε μελέτες για άτομα με ακράτεια, έχουν όμως την τάση να μην είναι ευαίσθητα στις αλλαγές της σοβαρότητας της ακράτειας.⁸⁵ Τα ειδικά για την ακράτεια ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν για να υπερπηδήσουν αυτό το εμπόδιο (Incontinence-Quality of Life, King's Health Questionnaire, Incontinence Impact Questionnaire, Urogenital distress Inventory, Sickness Impact Profile, Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire).⁸⁶⁻⁹⁰ Αποτελούνται από διάφορες υποκατηγορίες, όπως "περιορισμό ρόλων", "κοινωνική αμηχανία", "ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις", "συναισθηματική επιβάρυνση" κ.λπ. Η συννοσηρότητα είναι δυνατόν να επηρεάσει την εκτίμηση της ποιότητας ζωής τόσο των γενικών, όσο και των ειδικών εργαλείων μέτρησης και θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν σε συγκρίσεις πληθυσμών.⁹¹

1.1.7 Θεραπεία συμπεριφοράς

Οι κυριότερες μέθοδοι αντιμετώπισης της ακράτειας ούρων είναι η θεραπεία συμπεριφοράς (επανεκπαίδευση κύστεως και πυελικού εδάφους), η φαρμακευτική και η χειρουργική θεραπεία. Τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα των θεραπευτικών επιλογών θα πρέπει να συζητηθούν με τον ασθενή, ώστε αυτός να αποφασίσει ποια θεραπεία προτιμά. Ως γενικός κανόνας, η πρώτη επιλογή θα πρέπει να είναι η λιγότερο επεμβατική, με τις λιγότερες δυνατές επιπλοκές.

Για πολλούς τύπους ακράτειας, η θεραπεία συμπεριφοράς πληροί αυτά τα κριτήρια, αφού στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών και δεν περιορίζει τυχόν μελλοντικές θεραπευτικές επιλογές.^{72, 92}

Επανεκπαίδευση κύστεως

Η εγκράτεια είναι ένα επίκτητο χαρακτηριστικό που μαθαίνεται κατά τη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας. Η κύστη του βρέφους, σε συγκεκριμένους όγκους ούρων, συσπάται αυτόματα και αδειάζει. Με την πάροδο του χρόνου, ο φλοιός του εγκεφάλου εκπαιδεύεται να αναχαιτίζει το αντανακλαστικό κέντρο της ούρησης στο νωτιαίο μυελό και έτσι προκύπτει ο έλεγχος της ούρησης.⁹³

Η επανεκπαίδευση κύστεως είναι μία εκπαιδευτική διαδικασία για την επανάκτηση του ελέγχου της κύστης στους ενήλικες και έχει ως στόχο τη σταδιακή επιμήκυνση του χρονικού διαστήματος μεταξύ της επιθυμίας για ούρηση και της ούρησης. Συστήνεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της επιτακτικής και μικτής ακράτειας στις γυναίκες^{72, 92} και αποτελείται από:^{94, 95}

Ενημέρωση του ασθενή πάνω στους μηχανισμούς εγκράτειας και ακράτειας: Η ενημέρωση του ασθενούς κατέχει πάντα κεντρικό ρόλο στα προγράμματα επανεκπαίδευσης κύστεως. Συνήθως συνδυάζει προφορικές με γραπτές πληροφορίες που αναφέρονται στη φυσιολογία και παθοφυσιολογία του κατώτερου ουροποιητικού. Είναι σημαντική η κατανόηση από τον ασθενή του ρόλου του εγκεφάλου, της κύστης, της ουρήθρας και των μυών του πυελικού εδάφους στη διαδικασία της ούρησης και της εγκράτειας.

Πρόγραμμα καθορισμένων διαστημάτων μεταξύ των ουρήσεων: Ζητείται από τον ασθενή να αναχαιτίσει ή να αντισταθεί στην έντονη επιθυμία για ούρηση και να καθυστερήσει την ώρα της ούρησης. Αρχικά δίνεται στον ασθενή ένα μεσοδιάστημα ουρήσεων που, ανάλογα με τις συνήθειές του, κυμαίνεται μεταξύ 30 λεπτών και 2 ωρών. 5-10 λεπτά είναι μία λογική περίοδος χάριτος στα μεσοδιαστήματα που ορίζονται κάθε φορά. Προοδευτικά το μεσοδιάστημα επιμηκύνεται κατά 15-30 λεπτά την εβδομάδα, ανάλογα με τις επιδόσεις του ασθενούς. Επιτυχία του προγράμματος θεωρείται ο ασθενής να πηγαίνει κάθε 3-4 ώρες στην τουαλέτα. Το πρόγραμμα δεν ισχύει τις ώρες του ύπνου. Αν δεν υπάρξει καμία βελτίωση μετά από 3-6 εβδομάδες επανεκπαίδευσης, ο ασθενής θα πρέπει να επαναξιολογηθεί.^{72, 92}

Στρατηγικές ελέγχου της ξαφνικής και έντονης επιθυμίας προς ούρηση: Χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές χαλάρωσης και ελέγχου της έπειξης προς ούρηση. Οι ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια έντονης επιθυμίας προς ούρηση για τη καταστολή των συσπάσεων της κύστης.

Καταγραφή των ουρήσεων και των απωλειών ούρων σε διάγραμμα ούρησης:
Συμπληρώνοντας ένα απλό διάγραμμα ούρησης κατά τη διάρκεια του προγράμματος, ο ασθενής συνειδητοποιεί τις συνήθειες ούρησής του και αξιολογεί την πρόοδό του, ενώ ο κλινικός αξιολογεί τη συμμόρφωση και την πρόοδο του ασθενούς.

Συστάσεις αλλαγής συνηθειών: Ο θεραπευτής μπορεί να προτείνει στον ασθενή μείωση του σωματικού βάρους και κάποιες αλλαγές στη δίαιτα ή στη λήψη υγρών (π.χ. μείωση της λήψης καφεΐνης ή μείωση των πόσιμων υγρών πριν από το νυχτερινό ύπνο). Η ελαχιστοποίηση των λαμβανόμενων υγρών από τον ασθενή προκειμένου να μειώσει τις διαρροές δεν βοηθά και μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερα προβλήματα (π.χ. συμπύκνωση ούρων και επιδείνωση δυσουρικών ενοχλήσεων, δυσκοιλιότητα).⁹⁶

Θετική ενίσχυση από τον θεραπευτή: Ο υπεύθυνος υγειονομικός πρέπει να παρακολουθεί την πρόοδο του ασθενή, να τον ενθαρρύνει και να επαναπροσδιορίζει το πρόγραμμα επανεκπαίδευσης, ανάλογα με τις ανάγκες του, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.⁹²

Οι σκοποί της επανεκπαίδευσης κύστεως είναι η επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων των ουρήσεων, η βελτίωση της ικανότητας ελέγχου της επιθυμίας προς ούρηση, αύξηση της χωρητικότητας της κύστης και ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς πάνω στον έλεγχο της κύστης του.⁷²

Οι μελέτες της αποτελεσματικότητας ποικίλων προγραμμάτων επανεκπαίδευσης ούρησης σε γυναίκες με ακράτεια αναφέρουν σημαντική βελτίωση στη συχνότητα ούρησης και απωλειών ούρων, καθώς και στην ποιότητα ζωής.⁹⁷⁻¹⁰⁰ Το πρόβλημα εντοπίζεται στη διαφοροποίηση της διάρκειας και των υπόλοιπων συνιστωσών των

προγραμμάτων, των ομάδων μελέτης, καθώς και των κριτηρίων αποτελεσματικότητας, με αποτέλεσμα η σύγκριση των δεδομένων να είναι δύσκολη.¹⁰¹

Εκπαίδευση μυών πυελικού εδάφους

Η εκπαίδευση μυών πυελικού εδάφους αποτελεί μία τεχνική σύσπασης και χαλάρωσης των μυών του πυελικού εδάφους, με στόχο την ενδυνάμωση των σφιγκτηριακών και στηρικτικών δομών της κύστεως και της ουρήθρας.¹⁰²

Οι γραμμωτοί μύες πυελικού εδάφους αποτελούνται από τις μυϊκές ίνες τύπου I και II. Οι μυϊκές ίνες τύπου I είναι υπεύθυνες για τη σύσπαση μικρής δύναμης και μεγάλης διάρκειας, είναι δηλαδή υπεύθυνες για τη διατήρηση μιας διαρκούς τονικής σύσπασης των μυών του πυελικού εδάφους. Έτσι στηρίζεται η κύστη και η ουρήθρα, και διατηρείται υψηλή η ενδοουρηθρική πίεση. Οι μυϊκές ίνες τύπου II παράγουν μεγάλης δύναμης και μικρής διάρκειας σύσπαση. Έτσι, σε απότομη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, οι μυϊκές ίνες τύπου II θα συσπαστούν αντανακλαστικά προσφέροντας.¹⁰³⁻¹⁰⁵

- επιπλέον στήριξη του αυχένα της ουροδόχου κύστεως και της ουρήθρας, και πρόληψη της πτώσεώς τους σε χαμηλότερο επίπεδο.
- σύσπαση της ουρήθρας, με αποτέλεσμα την αύξηση της ενδοουρηθρικής πίεσης.
- πίεση της ουρήθρας πάνω στην ηβική σύμφυση, με αποτέλεσμα τη μηχανική αύξηση της ενδοουρηθρικής πίεσης.

Η συστηματική εφαρμογή ασκήσεων ενδυνάμωσης και των δύο τύπων μυϊκών ινών θα οδηγήσει σε αύξηση του τόνου των μυών του πυελικού εδάφους και

ισχυροποίηση της αντανακλαστικής σύσπασης των μυών σε απότομες αυξήσεις της ενδοκοιλιακής πίεσης.¹⁰³⁻¹⁰⁵

Παρόλο που οι τυχαιοποιημένες μελέτες εμφανίζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις στις ομάδες των γυναικών με ακράτεια, στις συνιστώσες των προγραμμάτων εκπαίδευσης (διάρκεια, αριθμός συσπάσεων, επαναλήψεις, χρήση συμπληρωματικών μέσων κ.λπ.) και στα κριτήρια αποτελεσματικότητας, από την υπάρχουσα πληροφορία φαίνεται πως τα προγράμματα εκπαίδευσης μυών πυελικού εδάφους εμφανίζουν ποσοστά θεραπείας και βελτίωσης της ακράτειας έως 85%, καθώς και βελτίωση της ποιότητας ζωής¹⁰⁶⁻¹⁰⁹, και συστήνονται ως πρώτη γραμμής επιλογή για την αντιμετώπιση της ακράτειας προσπάθειας, της μικτής αλλά και της επιτακτικής.^{72, 92, 110} Η εφαρμογή της εκπαίδευσης των μυών του πυελικού εδάφους, στην αντιμετώπιση της αστάθειας του εξωστήρα και της επιτακτικής ακράτειας, στηρίζεται στην παρατήρηση της αντανακλαστικής καταστολής των συσπάσεων του εξωστήρα κατά την ηλεκτρική διέγερση των μυών του πυελικού εδάφους.¹¹¹

Βασικά σημεία εφαρμογής και επιτυχίας ενός προγράμματος εκπαίδευσης των μυών του πυελικού εδάφους είναι:

*Η ενημέρωση του ασθενή, ο οποίος θα πρέπει να κατανοήσει την αιτία της ακράτειας, τη θέση των μυών του πυελικού εδάφους, το σκοπό της εκπαίδευσης των μυών και να επιτύχει την απομόνωση των μυών πυελικού εδάφους και τη σύσπασή τους.*¹¹²

Η ικανότητα των γυναικών να εφαρμόζουν σωστά τις ασκήσεις. Η διδασκαλία των ασκήσεων θα πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με δακτυλική εκτίμηση της σύσπασης των μυών, έτσι ώστε ο υγειονομικός να οδηγήσει την ασθενή στον εντοπισμό των μυών που πρέπει να συσπαστούν. Το πρόγραμμα αρχίζει μόνο όταν ο υγειονομικός που παρακολουθεί την ασθενή είναι σίγουρος ότι η εφαρμογή των ασκήσεων γίνεται

σωστά.^{112, 113} Συμπληρωματικά μέσα, όπως οι κολπικοί κώνοι ή το περινεόμετρο,¹⁰⁸ μπορεί να βοηθήσουν στη διδασκαλία των ασκήσεων και στην ενθάρρυνση του ασθενούς, αλλά η συστηματική χρήση τους δε συστήνεται.^{72, 92}

*Η συνεργασία του ασθενή, που, για να εξασφαλιστεί, ουσιαστικό ρόλο παίζει η ποιότητα της σχέσης του με τον θεραπευτή. Η συνεχής ενθάρρυνση και παρακίνηση του ασθενούς από τον θεραπευτή είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία του προγράμματος.*¹¹⁴

Η εφαρμογή του προγράμματος τουλάχιστον για 3 μήνες, με ελάχιστο αριθμό συσπάσεων την ημέρα τις 28-30.^{72, 92}

1.1.8 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ή μαίας στη διαχείριση της ακράτειας.

Η ακράτεια αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα και έτσι είναι απαραίτητη η διεπιστημονική προσέγγιση κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης και θεραπείας. Στο πλαίσιο αυτό, η παρουσία εκπαιδευμένων νοσηλευτών ή μαιών στη διαχείριση της ακράτειας μπορεί να προσφέρει λύση στο πρόβλημα της υποβάθμισης και της μη αντιμετώπισης του ζητήματος. Η νοσηλεύτρια και η μαία, που εργάζονται στην κοινότητα, είναι αποδεκτοί από τους ασθενείς και βρίσκονται στην ιδανική θέση να εντοπίσουν την ακράτεια στις γυναίκες που επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας.¹¹⁵ Η αξιολόγηση, καθώς και η εκπαίδευση του ασθενούς και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, με σκοπό τον περιορισμό των συνεπειών τους στην κοινωνική ζωή, αποτελούν συνιστώσες του γενικού, αλλά και ειδικότερου, ρόλου των νοσηλευτών στην Π.Φ.Υ.

Όπως φαίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, η αξιολόγηση της ακράτειας και η εφαρμογή προγραμμάτων συντηρητικής αντιμετώπισης από ειδικευμένη νοσηλεύτρια της Π.Φ.Υ., είναι αποτελεσματικές στην ελάττωση ή εξαφάνιση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.¹¹⁶⁻¹¹⁹ Η βασική κατανόηση των τύπων, των παραγόντων κινδύνου και των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της ακράτειας αποτελεί τις ελάχιστες γνώσεις που είναι απαραίτητες στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έρχεται σε επαφή με ασθενείς με ακράτεια στην κοινότητα.¹²⁰

1.1.9 Κατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η πληροφορία σχετικά με το μέγεθος του προβλήματος στην κοινότητα είναι περιορισμένη. Όπως προκύπτει από έρευνα του Σπυρόπουλου Ε. και συν. σε άνδρες και γυναίκες που συχνάζουν σε ΚΑΠΗ, το 25,5% των ανδρών και το 45.1% των γυναικών δηλώνουν κάποιας μορφής ακράτεια.¹²¹ Επίσης σύμφωνα με πιλοτική μελέτη στον πληθυσμό της Κρήτης, από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής και την Ουρολογική Κλινική του Πα.Γ.Ν.Η, το 27,5% των γυναικών 35-75 ετών, που επισκέφθηκαν ιατρεία 2 μονάδων Π.Φ.Υ. στην Κρήτη, δηλώνουν ακράτεια.¹²² Τέλος, σε μία πρόσφατη μελέτη του Λιάπη Α. και συν., φαίνεται πως το 27% των γυναικών 20-80 ετών αστικών και αγροτικών περιοχών της Ελλάδος αναφέρουν ακράτεια ούρων.¹²³

1.2 Αναγκαιότητα της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα

Φαίνεται από την υπάρχουσα πληροφορία ότι οι γυναίκες στις αγροτικές περιοχές της Κρήτης δεν προσφεύγουν συχνά στις ιατρικές υπηρεσίες, αν και βιώνουν τις αρνητικές συνέπειες της ακράτειας, ενώ οι επαγγελματίες Υγείας δεν φαίνεται να αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα του προβλήματος αυτού. Δεν υπάρχει ενιαία στρατηγική αναγνώρισης του προβλήματος στην Π.Φ.Υ., ούτε και πρωτόκολλο

διερεύνησης και θεραπευτικής αντιμετώπισής του. Το πρόβλημα έγκειται στην έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών που στελεχώνουν τα Κ.Υ., αλλά και ενημέρωσης του κοινού.

Με βάση τα παραπάνω, κρίθηκε αναγκαία η διενέργεια μελέτης με τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- α. Πόσο συχνή είναι η ακράτεια των ούρων στις γυναίκες 35-65 ετών που επισκέπτονται την Π.Φ.Υ.;
- β. Πόσο συχνή είναι η γυναικεία ακράτεια ούρων στις περιοχές ευθύνης των κέντρων Π.Φ.Υ.;
- γ. Ποιο εργαλείο θα μπορούσε να μετρήσει την ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων στην Ελλάδα;
- δ. Πόσο επηρεάζει η ακράτεια την ποιότητα ζωής των γυναικών;
- ε. Ποια είναι η ποιότητα ζωής στις γυναίκες 35-65 ετών που αναζητούν ιατρική βοήθεια για την ακράτεια;
- στ. Ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής;
- ζ. Θα μπορούσαν να αναπτυχθούν εργαλεία και να εφαρμοσθεί ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση της γυναικείας ακράτειας ούρων στην Π.Φ.Υ.;

1.3 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της ακράτειας ούρων στην ποιότητα της ζωής των γυναικών στην Π.Φ.Υ., καθώς και η ανάπτυξη εργαλείων για τη διαχείρισή της.

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα, οι **στόχοι** της μελέτης ήταν:

- α. Εκτίμηση της συχνότητας της ακράτειας ούρων στις γυναίκες 35-65 ετών που επισκέπτονται, για οποιοδήποτε λόγο, τα Κέντρα Υγείας αγροτικών περιοχών της Κρήτης.

- β. Εκτίμηση του επιπολασμού της ακράτειας στις γυναίκες 36-65 ετών που κατοικούν στην ευρύτερη περιοχή των υπό μελέτη κέντρων Π.Φ.Υ.
- γ. Διερεύνηση ύπαρξης σταθμισμένου εργαλείου για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γυναικών με ακράτεια ούρων, το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα μετά από διαδικασία μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής και στάθμισης.
- δ. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια.
- ε. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών 35-65 ετών που επισκέπτονται τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας για το πρόβλημά τους.
- στ. Εκτίμηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.
- ζ. Ανάπτυξη εργαλείων και εκπαίδευση των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Κρήτης σε δεξιότητες σχετικά με τη διαχείριση της γυναικείας ακράτειας ούρων.

1.4 Σημασία για την επιστήμη

Η ανάδειξη του μεγέθους του προβλήματος της ακράτειας στην Π.Φ.Υ. από την παρούσα μελέτη μπορεί να οδηγήσει στην κατανόηση της αναγκαιότητας ανάπτυξης σχετικών δομών στις Υπηρεσίες Υγείας. Η ανάπτυξη και προσαρμογή εργαλείων, απαραίτητων για τη διαχείριση της ακράτειας, και η εκπαίδευση των επαγγελματιών της Π.Φ.Υ. μπορούν να οδηγήσουν στην εντατικοποίηση του εντοπισμού των γυναικών με ακράτεια και αντίστοιχη προσαρμογή των υπηρεσιών που παρέχονται.

Τέλος, η γνώση, σχετικά με την επίδραση της ακράτειας στην ποιότητα ζωής των γυναικών και τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτή, μπορεί να διευκολύνει την επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης.

2. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι

2.1 Πληθυσμός, χρόνος και τόπος διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο Οκτώβριος έως Νοέμβριος του 2003 σε 4 Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και 1 Περιφερειακό Ιατρείο (Π.Ι.) δύο νομών της Κρήτης (Ηρακλείου και Ρεθύμνου). Τα συγκεκριμένα Κ.Υ. επιλέχθηκαν σε σύνολο 14 Κ.Υ. του νησιού και εξυπηρετούν συνολικά πληθυσμό 67.869 ατόμων, σύμφωνα με την απογραφή του 2001.

Στη μελέτη συμμετείχαν όλες οι γυναίκες 35-65 ετών, που, κατά τη διάρκεια ενός χρονικού διαστήματος 5 συνεχόμενων ημερών, επισκέφθηκαν, για οποιοδήποτε λόγο, τα επιλεγμένα Κέντρα Υγείας στην Κρήτη. Οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν αν χάνουν ούρα χωρίς τη θέλησή τους. Όσες απάντησαν «ναι», θεωρήθηκαν ότι έχουν ακράτεια ούρων, σύμφωνα με τον ορισμό του ICS.²

Ερωτηματολόγιο για την ύπαρξη, τα συμπτώματα και τη βαρύτητα της απώλειας ούρων εστάλη σε όλες τις γυναίκες 35-65 ετών, μόνιμες κατοίκους 3 κοινοτήτων του νομού Ρεθύμνου, τον Απρίλιο του 2005. Η επιλογή αυτών των κοινοτήτων έγινε με βάση τη δυνατότητα των Αρχών να μας δώσουν τον πλήρη κατάλογο με τις γυναίκες μόνιμες κατοίκους και την ηλικία τους. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιείχε στοιχεία σχετικά με την ηλικία των γυναικών, τον τύπο και τη σοβαρότητα της ακράτειας. Μαζί με το ερωτηματολόγιο εστάλη φάκελος επιστροφής και γραμματόσημο, με σκοπό την αύξηση της ανταπόκρισης.

Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε για κάθε γυναίκα με ακράτεια και για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το διεθνώς σταθμισμένο ερωτηματολόγιο I-QoL (Incontinence-Quality of Life).¹²⁴

Όλες οι γυναίκες 35-65 ετών με ακράτεια ούρων, που επισκέφτηκαν το τμήμα ακράτειας του εξωτερικού ιατρείου της Ουρολογικής κλινικής του Πα.Γ.Ν.Η για διάστημα 3 μηνών (Ιανουάριος-Μάρτιος 2005), συμμετείχαν στη μελέτη ως ομάδα σύγκρισης από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα. Η συλλογή δεδομένων έγινε όπως και στην Π.Φ.Υ.

Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, διαμορφώθηκαν στα Ελληνικά, μετά από χορήγηση άδειας από τους συγγραφείς, και αναπτύχθηκαν εκ νέου κάποια εργαλεία για τη διαχείριση της ακράτειας. Επίσης, θεωρήθηκε αναγκαία η συγγραφή ενός εγχειριδίου με οδηγίες για τους υγειονομικούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που θα εκπαιδεύονταν στο πρόγραμμα.

2.2 Ορισμοί

Ο τύπος της ακράτειας ταξινομήθηκε με βάση την περιγραφή των γυναικών για τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανιζόταν η απώλεια των ούρων, όπως παρακάτω: (1) ακράτεια προσπάθειας = απώλεια ούρων σε οποιαδήποτε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης (βήχας, γέλιο, πτάρνισμα κ.λπ.), (2) επιτακτική ακράτεια = απώλεια ούρων που συνοδεύεται ή ακολουθεί επιτακτική ανάγκη για ούρηση και (3) μικτή ακράτεια = συμπτώματα επιτακτικής και ακράτειας προσπάθειας.⁷⁵ Όταν οι γυναίκες περιέγραφαν συμπτώματα διαφορετικά από τα παραπάνω (π.χ. νυκτουρία, συνεχή απώλεια ούρων, μη αίσθηση της απώλειας), τότε η ακράτεια οριζόταν ως «μη ταξινομημένη».

2.3 Εργαλεία

Ερωτηματολόγιο, που περιελάμβανε κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, συμπτώματα ακράτειας, συχνότητα αναζήτησης ιατρικής βοήθειας και εκτίμησης της σοβαρότητας της ακράτειας, συμπληρώθηκε για όλες τις γυναίκες (Παράρτημα II).

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων υπολογίστηκε με το δείκτη σοβαρότητας της ακράτειας του Sandvick.¹⁸ Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας την αναφερόμενη συχνότητα απώλειας ούρων (4 επίπεδα) με την ποσότητα της απώλειας ούρων (2 επίπεδα). Ο δείκτης που προκύπτει ταξινομεί την ακράτεια ως ελαφριά (1-2), μέτρια (3-4) ή σοβαρή (6-8) και έχει σταθμιστεί έναντι της δοκιμασίας πάνας 24 ωρών.¹²⁵

Τα εργαλεία που διαμορφώθηκαν στα Ελληνικά ή αναπτύχθηκαν εκ νέου στο πλαίσιο της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ΠΦΥ αναφέρθηκαν εκτενώς στην εισαγωγή και είναι το διάγραμμα ούρησης (Παράρτημα III), η δοκιμασία πάνας 24 ωρών (Παράρτημα IV), η επανεκπαίδευση κύστεως (Παράρτημα V), η επανεκπαίδευση πυελικού εδάφους (Παράρτημα VI) και ένα ενημερωτικό φυλλάδιο για τις γυναίκες (Παράρτημα VII).

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο I-QoL (Παράρτημα VIII).¹²⁴ Το I-QoL είναι ένα εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, ειδικό για άτομα με ακράτεια ούρων, το οποίο σχεδιάστηκε να περιλαμβάνει τις σπουδαιότερες ανησυχίες που σχετίζονται με τα συμπτώματα της ακράτειας. Χρειάζεται, δε, περίπου 5 λεπτά για να συμπληρωθεί από τον ασθενή. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις σχετικές με τα πεδία: αποφυγή και περιορισμός δραστηριοτήτων (ALB-8 ερωτήσεις), ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (PI-9 ερωτήσεις) και κοινωνική αμηχανία (SE-5 ερωτήσεις). Κάθε μια από τις ερωτήσεις δίνει τη δυνατότητα 5

απαντήσεων με εύρος από «καθόλου» έως «εξαιρετικά». Το εύρος της βαθμολογίας των απαντήσεων κυμαίνεται από 0 (χαμηλή ποιότητα ζωής) έως 100 (εξαιρετική ποιότητα ζωής). Το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν, ώστε, σε περίπτωση που ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολίες, να έχει τη βοήθεια του εξεταστή. Το εργαλείο αυτό έχει δείξει υψηλούς δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας, και έλαβε τον υψηλότερο βαθμό κατευθυντήριας οδηγίας για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με ακράτεια (International Consultation on Incontinence).^{72, 89}

Για τους σκοπούς της μελέτης, το I-QOL μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από την υποψήφια και την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε συνεργασία με την HRA (Health Research Associates, INC). Η Ελλάδα ήταν μία από τις 15 χώρες που συμμετείχαν στην πολυκεντρική διακρατική μελέτη στάθμισης του εργαλείου.¹²⁶

2.4 Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά του ερωτηματολογίου I-QOL

2.4.1 Μετάφραση

Η μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά έγινε με βάση τα κριτήρια μετάφρασης του Medical Outcomes Trust,¹²⁷ μετά τη χορήγηση άδειας από τους δημιουργούς του εργαλείου. Δύο ανεξάρτητοι δίγλωσσοι επαγγελματίες Υγείας, που διαμένουν στην Ελλάδα, μετέφρασαν το ερωτηματολόγιο από τα Αγγλικά στα Ελληνικά (first and second forward translation) και κατέληξαν σε μία σύμφωνη μετάφραση (Reconciled Greek Wording). Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος ποιότητας, δηλαδή μετάφραση στην αγγλική γλώσσα της ελληνικής εκδοχής (backward translation) από αγγλόφωνο μεταφραστή που δεν γνώριζε το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο, με σκοπό την επιβεβαίωση πως η ελληνική εκδοχή είναι, όντως, όμοια με την αγγλική, γλωσσικά

και εννοιολογικά. Έπειτα, από την εισαγωγή των επισημάνσεων και διορθώσεων στο κείμενο, η τελική μετάφραση του εργαλείου ήταν έτοιμη για την πιλοτική μελέτη (cognitive debriefing interviews).

Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε σε 5 γυναίκες με ακράτεια ούρων με σκοπό την επιβεβαίωση της κατανόησής του από τον ασθενή και την ανίχνευση πιθανών προβλημάτων, αμφιβολιών ή λανθασμένων ερμηνειών των ερωτήσεων. Η πιλοτική μελέτη οδήγησε στην αντικατάσταση κάποιων λέξεων και το εργαλείο ήταν έτοιμο για την προσαρμογή του στα Ελληνικά.

2.4.2 Προσαρμογή στα Ελληνικά

Οι γυναίκες, που επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας της Νεάπολης Λασιθίου για 10 εργάσιμες ημέρες (Μάιος 2002), ερωτήθηκαν αν χάνουν ούρα χωρίς τη θέλησή τους. Όσες απάντησαν θετικά, συμμετείχαν στην στάθμιση του ερωτηματολογίου. Κάθε μία συμπλήρωσε το I-QoL αρχικά και 3 εβδομάδες μετά. Ο τύπος της ακράτειας (προσπάθειας, επιτακτική, μικτή) και η σοβαρότητα (ελαφριά, μέτρια, σοβαρή) ταξινομήθηκε σύμφωνα με την περιγραφή των γυναικών για τα συμπτώματα και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συμβαίνει η απώλεια ούρων.

2.5 Έγκριση και συγκατάθεση

Όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν προφορική συγκατάθεση μετά από ενημέρωσή τους για συμμετοχή στη μελέτη. Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Αρ. Πρωτ:11480, 01/02/05) και από το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης (Αρ. Πρωτ: 985, 24/01/05)

2.6 Ανάλυση δεδομένων

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μορφή μέσης τιμής (σταθερή απόκλιση), ενώ οι διακριτές μεταβλητές σαν ποσοστά. Οι διαφορές μεταξύ των βαθμολογιών του I-QoL ανάμεσα σε 2 ομάδες εξετάστηκαν με t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Η σχέση πολλαπλών παραγόντων με τη βαθμολογία του I-QoL εκτιμήθηκε με ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression analyses), μετά από προσαρμογή, για την ηλικία, τον αριθμό παιδιών, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, τον τύπο και την σοβαρότητα ακράτειας, και τον τόπο δειγματοληψίας. Η μελέτη δέχθηκε ως στατιστικώς σημαντικά τα αποτελέσματα με $p < 0,05$. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (έκδοση 15,0).

3. Αποτελέσματα

3.1 Συχνότητα ακράτειας ούρων και δημογραφικά χαρακτηριστικά γυναικών

Τα επιλεγμένα Κ.Υ. στην Κρήτη επισκέφθηκαν 286 γυναίκες. Από τις 282 (98,6%), που δέχθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, οι 125 (44,3%) δήλωσαν ότι χάνουν ούρα χωρίς τη θέλησή τους. Η ηλικία είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες με ακράτεια ($n=125$, Mean:54,1 έτη SD:7,9) σε σχέση με αυτές που δηλώνουν ότι δε χάνουν ποτέ ούρα χωρίς τη θέλησή τους ($n=157$, Mean:51,3 έτη SD:9,2), ($p=0,009$). Το ιατρείο ακράτειας του ΠαΓΝΗ επισκέφθηκαν 38 γυναίκες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ομάδων μελέτης φαίνονται στον πίνακα 2.

Η κατανομή των τύπων και η σοβαρότητα της ακράτειας παρουσιάζουν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (Πίνακας 2). Στις γυναίκες, που επισκέπτονται την Π.Φ.Υ., η μικτή ακράτεια αποτελεί το συχνότερο τύπο (44,8 έναντι 26,3%, $p<0,001$), ακολουθούμενη από την ακράτεια προσπάθειας (39,2%, έναντι 18,4%, $p=0,003$), ενώ οι γυναίκες, που επισκέπτονται το νοσοκομείο, εμφανίζουν ως συνηθέστερο τύπο την "μη ταξινομημένη" ακράτεια (36.8% έναντι 6.4%, $p<0.001$).

Σχετικά με τη σοβαρότητα, 97,4% των γυναικών στο νοσοκομείο είχαν μέτρια ή σοβαρή ακράτεια, εμφανίζοντας την υψηλότερη βαθμολογία στο δείκτη σοβαρότητας [mean(SD): 6,5(2,0) έναντι 3,1(2,1), $p<0,001$] (Πίνακας 2). Οι γυναίκες στην κοινότητα έχουν άλλη γνώμη σχετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους. Παρά τα αποτελέσματα από το δείκτη σοβαρότητας (μέτρια ή σοβαρή ακράτεια: 54,4%), μόνο το 25,4% θεωρεί τα συμπτώματά τους μέτρια ή σοβαρά, ενώ στο νοσοκομείο το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο (83,7%, $p<0,001$). Απουσιάζουν δεδομένα σχετικά με το δείκτη σοβαρότητας από μία γυναίκα (0,8%)

στη Δ.Φ.Υ. και σχετικά με την αυτοεκτίμηση της σοβαρότητας από 3 γυναίκες (2,4%) στην Π.Φ.Υ. και 1 γυναίκα (2,6%) στη Δ.Φ.Υ.

Στην Π.Φ.Υ. μόνο 12 (9,9%), από τις 121 γυναίκες που μας απάντησαν, είχαν αναζητήσει στο παρελθόν βοήθεια από τις Υπηρεσίες Υγείας.

Για τη μελέτη του επιπολασμού στην κοινότητα, εστάλησαν ερωτηματολόγια σε 510 γυναίκες, από τις οποίες απάντησαν 77, δίνοντας πολύ μικρό ποσοστό ανταπόκρισης (15%).

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος, τύπος και σοβαρότητα ακράτειας

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Π.Φ.Υ. n=125	Ιατρείο ακράτειας ΠαΓΝΗ n=38	P
Ηλικία mean ±SD	54.1 ± 7.9	57.3 ± 7.9	p<0.001
Οικογενειακή κατάσταση v (%)			
Ελεύθερη	1 (0.8%)	2 (5.3%)	p=0.007
Παντρεμένη	120 (96.0%)	34 (89.5%)	
Διαζευγμένη-Χήρα	4 (3.2%)	2 (5.3%)	
Παιδιά v (%)			
0	2 (1.6%)	5 (13.2%)	p<0.001
1	9 (7.2%)	2 (5.3%)	
2	53 (42.4%)	15 (39.5%)	
3	33 (26.4%)	10 (26.3%)	
>=4	28 (22.4%)	6 (15.8%)	
Μορφωτικό επίπεδο* v (%)			
Δημοτικό	101 (80.8%)	27 (71.0%)	p=0.025
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	22 (17.6%)	7 (18.5%)	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	1 (0.8%)	4 (10.5%)	
Επάγγελμα* v (%)			
Οικιακά	70 (56%)	16 (42.1%)	p<0.001
Κτηνοτρόφος-Αγρότης	34 (27.2%)	12 (31.6%)	
Υπάλληλος γραφείου	20 (16%)	10 (26.3%)	
Τύπος ακράτειας v(%)			
Προσπάθειας	49 (39.2%)	7 (18.4%)	0.003
Επιτακτική	12 (9.6%)	7 (18.4%)	0.139
Μικτή	56 (44.8%)	10 (26.3%)	<0.001
Μη ταξινομημένη	8 (6.4%)	14 (36.8%)	<0.001
Έτη από την έναρξη της ακράτειας Mean (SD)	7,9 (8,2)	9,3 (9,5)	0,370
Αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας το τελευταίο έτος			
Ποτέ	109 (87,2%)	–	–
Τουλάχιστον μία φορά	12 (9,6%)	–	–
Δείκτης σοβαρότητας του Sanvick Mean ±SD	3,1 ± 2,1	6,5 ± 2,0	<0,001
Median (Range)	3,0 (1-8)	8,0 (1-8)	<0,001
Σοβαρότητα Ακράτειας (Sandvik)* v (%)			
Ελαφριά	56 (44.8%)	1 (2,6%)	<0,001
Μέτρια	48 (38.4%)	10 (26,3%)	0,357
Σοβαρή	20 (16%)	27 (71,1%)	<0,001
Αυτοεκτίμηση σοβαρότητας ακράτειας v (%)			
Ελαφριά	91 (74,6%)	6 (16,2%)	<0,001
Μέτρια	26 (21,3%)	13 (35,1%)	<0,001
Σοβαρή	5 (4,1%)	18 (48,6%)	<0,001

*Από την ομάδα της Π.Φ.Υ. λείπουν στοιχεία σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο v=1 (0,8%), το επάγγελμα v=1 (0,8%), τη σοβαρότητα της ακράτειας v=1 (0,8%) και την αυτοεκτίμηση σοβαρότητας v=3 (2,4%), ενώ από την ομάδα του ΠαΓΝΗ λείπουν στοιχεία σχετικά με την αυτοεκτίμηση σοβαρότητας v=1 (2,6%)

3.2 Προσαρμογή του I-QOL στα Ελληνικά

Πενήντα δύο γυναίκες ηλικίας 40-78 ετών [Mean(SD):61(11,5)] απάντησαν θετικά στην ερώτηση για ακούσια απώλεια ούρων και συμμετείχαν στη στάθμιση του ερωτηματολογίου. Ο τύπος της ακράτειας ταξινομήθηκε ως εξής: ακράτεια προσπάθειας $n=18$ (34,6%), επιτακτική ακράτεια $n=7$ (13,4%), μικτή ακράτεια $n=23$ (44,2%) και "μη ταξινομημένη" ακράτεια $n=4$ (7,7%). Σχετικά με την αυτοεκτίμηση της σοβαρότητας, 31 γυναίκες (59,6%) θεωρούν την ακράτειά τους ελαφριά και οι υπόλοιπες 21 γυναίκες (40,4%) μέτρια ή σοβαρή.

Σχετικά με την αξιοπιστία του εργαλείου, μετρήθηκε η εσωτερική συνάφεια και η επαναληπτικότητα.

- Αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας – internal consistency reliability: εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Η παράμετρος αυτή εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's alpha¹²⁸ ο οποίος αποδυναμώνεται όταν κάποια από τα στοιχεία της κλίμακας έχουν χαμηλό βαθμό συσχέτισης με τις υπόλοιπες ερωτήσεις της. Αποδεκτές θεωρούνται τιμές ανώτερες από 0,70. Οι τιμές του Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο μας έδειξαν πολύ καλή εσωτερική συνάφεια και οι επιμέρους ερωτήσεις μπορούν να συνδυαστούν για μία τελική βαθμολογία (Πίνακας 3).
- Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων - test/retest reliability: Εξετάζει το βαθμό που οι μετρήσεις του εργαλείου είναι σταθερές σε εξωτερικούς παράγοντες. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων εκτιμήθηκε με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από κάθε γυναίκα πριν και μετά το πέρας 3 εβδομάδων. Η σχέση των απαντήσεων των ερωτηματολογίων μετρήθηκε με το συντελεστή συσχέτισης

intraclass (intraclass correlation coefficient- ICC) για τον οποίο αποδεκτές θεωρούνται τιμές ίσες ή μεγαλύτερες από 0,70.¹²⁹ Οι τιμές του ICC ($\geq 0,90$) επιβεβαιώνουν τη σταθερότητα του εργαλείου στο χρόνο (Πίνακας 3).

Σχετικά με την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, εξετάστηκε η διακρίνουσα εγκυρότητα-discriminant/known groups validity, η οποία εξετάζει κατά πόσο το εργαλείο είναι σε θέση να διαχωρίσει 2 ή περισσότερες ομάδες που θεωρητικά θα πρέπει να δώσουν διαφορετική βαθμολογία. Σε αυτή την ανάλυση η διακρίνουσα εγκυρότητα του I-QoL εκτιμήθηκε σε σχέση με τη σοβαρότητα της ακράτειας (ελαφριά, μέτρια, σοβαρή). Όπως αναμενόταν, η βαθμολογία του I-QOL ήταν σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες που ανέφεραν ήπια ακράτεια, σε σχέση με αυτές που ανέφεραν μέτρια ή σοβαρή ακράτεια, με συντελεστή συσχέτισης eta-squared =0,509, ($p < 0,001$) (Πίνακας 4).

Πίνακας 3: Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων και εσωτερική συνάφεια I-QOL

	Συνολικό I-QoL	ALB ¹	PI ²	SE ³
Επαναληπτικότητα (Intraclass Correlation Coefficient)	0.93	0.91	0.94	0.95
Εσωτερική συνάφεια (Cronbach's alpha)	0.93	0.80	0.92	0.84

¹ALB= Αποφυγή και περιορισμός δραστηριοτήτων

²PI= Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

³SE= Κοινωνική αμηχανία

Πίνακας 4: Διακρίνουσα εγκυρότητα για το I-QOL

	Σοβαρότητα ακράτειας*			eta-squared**	p
	Ελαφριά (v=27)	Μέτρια (v=11)	Σοβαρή (v=5)		
Συνολική βαθμολογία I-QoL (Mean, SD)	89.6 (9.3)	68.3 (17.5)	52.0 (21.7)	0,509	<0,001

*9 γυναίκες δεν απάντησαν στην ερώτηση για τη σοβαρότητα της ακράτειας

** συντελεστής συσχέτισης

Η Ελλάδα παρουσίασε την υψηλότερη βαθμολογία του I-QoL σε σχέση με τις υπόλοιπες 14 χώρες [Mean (SD):80,2(9,6)]. Πιθανόν αυτό να ήταν αποτέλεσμα της πιο ήπιας μορφής ακράτειας, αφού περίπου το 60% των γυναικών από το δείγμα στην Ελλάδα θεωρεί την ακράτειά του ήπια.

3.3 Εκτίμηση της ποιότητα ζωής

Τα αποτελέσματα των μετρήσεων της ποιότητας ζωής αναφέρονται στη βαθμολογία του συνολικού I-QOL ή των επιμέρους τμημάτων του. Όπως αναμενόταν, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία του I-QoL ανάμεσα στις δύο ομάδες, με την ομάδα της Π.Φ.Υ. να εμφανίζει καλύτερη ποιότητα ζωής από την ομάδα της Δ.Φ.Υ. [I-QoL, Mean (SD): 81,8 (20,6) έναντι 45,9 (26,2) p<0,001]. Οι διαφορές αυτές παραμένουν και όταν εξετάζονται οι υποκατηγορίες του I-QoL (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Μέση τιμή (SD) συνολικής βαθμολογίας και υποκατηγοριών του I-QOL των ομάδων μελέτης

Βαθμολογία I-QOL (mean, SD)	Π.Φ.Υ.* n=122	Δ.Φ.Υ. n=38	p
Συνολική βαθμολογία	81.8 (20.6)	45.9 (26.2)	< 0.001
ALB¹	80.1 (20.7)	48.5 (28.1)	< 0.001
PI²	87.1 (20.6)	51.3 (31.4)	< 0.001
SE³	75.0 (26.4)	31.9 (25.9)	< 0.001

¹ALB= Αποφυγή και περιορισμός δραστηριοτήτων

²PI= Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

³SE= Κοινωνική αμηχανία

* n=3 γυναίκες (2.4%) από την Π.Φ.Υ. δε συμπλήρωσαν το I-QOL.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση, με σκοπό την ανίχνευση συσχετίσεων μεταξύ της ποιότητας ζωής και τόπου δειγματοληψίας (Π.Φ.Υ.-Δ.Φ.Υ.), ηλικίας, επαγγέλματος, οικογενειακής κατάστασης, μορφωτικού επιπέδου, τύπου ακράτειας, σοβαρότητας ακράτειας (δείκτη σοβαρότητας), αυτοεκτίμησης σοβαρότητας. Η συσχέτιση βρέθηκε στατιστικά σημαντική στους παρακάτω παράγοντες: τόπο δειγματοληψίας ($p < 0,001$), ηλικία ($p \geq 0.034$), τύπο, σοβαρότητα και αυτοεκτίμηση σοβαρότητας της ακράτειας ($p < 0,001$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Μονοπαραγοντική ανάλυση συνόλου και υποκατηγοριών I-QoL

	I-QOL (Mean, SD)			
	Σύνολο	ALB	PI	SE
Ηλικία				
35-50 (ν=39)	83,26 (19,49)	81,96 (18,35)	88,49 (21,74)	75,92 (26,11)
51-65 (ν=121)	70,15 (28,13)	69,50 (27,75)	75,50 (29,19)	61,58 (33,0)
P	0,034	0,037	0,045	0,065
Οικ. κατάσταση				
Αγαμη (ν=3)	58,33 (36,93)	59,38 (24,80)	59,26 (50,49)	55,00 (39,69)
Έγγαμη (ν=151)	73,94 (26,76)	73,12 (26,63)	79,34 (27,44)	65,53 (31,91)
Διαζευγμένη-Χήρα (ν=6)	63,96 (25,74)	64,06 (15,40)	70,37 (33,32)	52,25 (34,41)
P	0,421	0,487	0,362	0,531
Επάγγελμα				
Οικιακά (ν=86)	74,84 (26,59)	74,56 (25,35)	79,03 (28,46)	67,74 (31,63)
Άλλο (ν=74)	71,45 (27,23)	70,15 (27,29)	78,15 (27,79)	61,45 (32,39)
P	0,428	0,291	0,845	0,217
Μορφωτικό επίπεδο				
Κανένα ή Δημοτικό (ν=127)	72,20 (27,59)	71,17 (27,83)	77,52 (28,11)	64,29 (32,66)
Δευτεροβάθμια ή Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ν=33)	77,38 (23,76)	77,75 (18,55)	82,87 (27,90)	66,93 (29,88)
P	0,325	0,201	0,331	0,674
Τύπος ακράτειας				
Προσπάθειας (ν=56)	86,87 (18,06)	87,61 (15,13)	90,75 (18,93)	78,72 (26,24)
Επιτακτική (ν=19)	70,11 (29,95)	71,81 (26,00)	72,37 (34,16)	63,34 (36,16)
Μικτή (ν=66)	71,48 (24,94)	67,78 (25,41)	78,88 (25,68)	64,05 (28,40)
Μη ταξινομημένη (ν=19)	42,57 (25,28)	45,23 (28,52)	48,25 (28,99)	28,08 (26,64)
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Σοβαρότητα ακράτειας				
Ελαφριά (ν=56)	92,26 (9,05)	89,79 (10,63)	96,63 (10,72)	88,34 (14,65)
Μέτρια (ν=56)	75,40 (22,66)	75,20 (21,72)	79,94 (25,81)	67,55 (26,30)
Σοβαρή (ν=47)	47,64 (25,60)	48,24 (26,46)	55,14 (28,62)	33,15 (27,33)
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αυτοεκτίμηση σοβαρότητας της ακράτειας				
Ελαφριά (ν=97)	88,29 (13,63)	86,26 (15,19)	93,43 (12,06)	82,30 (19,55)
Μέτρια (ν=39)	62,95 (19,68)	62,07 (19,97)	71,24 (23,37)	49,44 (25,71)
Σοβαρή (ν=23)	28,73 (20,86)	33,29 (25,21)	30,07 (23,30)	19,00 (23,95)
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ακρίβεια αυτοεκτίμησης				
Ακριβώς ή υπερεκτίμηση σοβαρότητας (ν=96)	71,47 (30,93)	70,61 (29,70)	76,11 (32,76)	64,49 (35,38)
Υποεκτίμηση σοβαρότητας (ν=61)	76,40 (18,90)	75,37 (19,97)	83,44 (17,33)	65,36 (26,40)
P	0,265	0,272	0,109	0,870

Ακολούθησε πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με το I-QoL ως εξαρτημένη μεταβλητή και ανεξάρτητες μεταβλητές τον τόπο δειγματοληψίας, την ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, τον τύπο και τη σοβαρότητα της ακράτειας. Η Δ.Φ.Υ., ως τόπος δειγματοληψίας ($B=-19,105$ $p<0,001$), καθώς και η μέτρια ($B=-12,015$ $p=0,002$) και η σοβαρή ακράτεια ($B=-30,656$ $p<0,001$) είναι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών. Η ακράτεια προσπάθειας εμφανίζει μία τάση θετικής συσχέτισης με το σύνολο του I-QoL ($B=6,606$ $p=0,058$) και την υποκατηγορία ALB ($B=6,647$ $p=0,003$). Οι δείκτες συσχέτισης φαίνονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7: Συντελεστές συσχέτισης για το I-QoL και τις υποκατηγορίες του

Σύνολο I-QoL	B	95% Κατώτερο ΔΕ	95% Ανώτερο ΔΕ	P
Δευτεροβάθμια φροντίδα	-19,10	-27,26	-10,94	<0.001
Ακράτεια προσπάθειας	6,60	0,23	13,44	0,058
Μέτρια ακράτεια	-12,01	-19,38	-4,64	0,002
Σοβαρή ακράτεια	-30,65	-40,00	-21,30	<0.001
ALB				
Δευτεροβάθμια φροντίδα	-15,05	-3,75	-6,72	<0.001
Ακράτεια προσπάθειας	10,64	3,65	17,63	0,003
Μέτρια ακράτεια	-9,31	-16,84	-1,78	0,016
Σοβαρή ακράτεια	-27,79	-37,35	-18,23	<0.001
PI				
Δευτεροβάθμια φροντίδα	-21,02	-30,35	-11,69	<0.001
Μέτρια ακράτεια	-13,30	-21,46	-5,14	0,002
Σοβαρή ακράτεια	-29,78	-39,65	-19,91	<0.001
SE				
Δευτεροβάθμια φροντίδα	-21,60	-31,12	-12,07	<0.001
Μέτρια ακράτεια	-17,31	-25,64	-8,98	<0.001
Σοβαρή ακράτεια	-43,16	-53,24	-33,08	<0.001

Όταν προστεθεί στην ανάλυση ο παράγοντας "αυτοεκτίμηση σοβαρότητας", τότε αρνητική συσχέτιση με το I-QoL εμφανίζουν οι παράγοντες "μέτρια ακράτεια" ($B=-10,01$, $p=0,001$), "σοβαρή ακράτεια" ($B=-18,69$, $p=0,001$) και "αυτοεκτίμηση

σοβαρότητας" ($B=-21,19$, $p<0,001$), ενώ η συσχέτιση με τη Δ.Φ.Υ. δεν παραμένει ($p=0,09$). Τα παραπάνω ισχύουν και για τις υποκατηγορίες του I-QoL. Επιπλέον, η ακράτεια προσπάθειας εμφανίζει θετική συσχέτιση με την υποκατηγορία ALB ($B=9,03$, $p=0,05$) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Συντελεστές συσχέτισης για το I-QoL και τις υποκατηγορίες του, μετά την εισαγωγή του παράγοντα "αυτοεκτίμηση σοβαρότητας" στην ανάλυση

Σύνολο I-QOL	B	95% Κατώτερο ΔΕ	95% Ανώτερο ΔΕ	P
Μέτρια ακράτεια	-10,01	-15,76	-4,26	0,001
Σοβαρή ακράτεια	-18,69	-26,27	-11,11	<0,001
Αυτοεκτίμηση σοβαρότητας	-21,19	-25,57	-16,81	<0,001
ALB				
Ακράτεια προσπάθειας	9,03	2,70	15,36	0,05
Μέτρια ακράτεια	-6,60	-13,12	-0,08	0047
Σοβαρή ακράτεια	-16,72	-25,25	-8,20	<0,001
Αυτοεκτίμηση σοβαρότητας	-19,01	-23,46	-14,55	<0,001
PI				
Μέτρια ακράτεια	-9,42	-11,94	-2,90	0,005
Σοβαρή ακράτεια	-14,10	-22,41	-5,79	<0,001
Αυτοεκτίμηση σοβαρότητας	-25,41	-29,97	-20,85	<0,001
SE				
Μέτρια ακράτεια	-13,77	-21,15	-6,40	<0,001
Σοβαρή ακράτεια	-29,20	-38,89	-19,50	<0,001
Αυτοεκτίμηση σοβαρότητας	-19,81	-25,42	-14,19	<0,001

3.4 Εκπαίδευση Μαιών και Νοσηλευτριών της Π.Φ.Υ.

Δεκατέσσερις Μαίες και 4 Νοσηλευτές από 2 Π.Ι. και 10 Κ.Υ της Κρήτης παρακολούθησαν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση της ακράτειας ούρων των γυναικών στην Π.Φ.Υ. (Σεπτέμβριος 2001-Μάρτιος 2002). Εκπαιδευτές ήταν μία ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, με ειδικό ενδιαφέρον στη νευρογενή κύστη και στις δυσλειτουργίες πυελικού εδάφους, και η υποψήφια διδάκτωρ. Η συνολική διάρκεια του προγράμματος ήταν 12 ώρες και αποτελούνταν από τα παρακάτω 4 σεμινάρια:

1^ο σεμινάριο: Ανατομία και φυσιολογία κατώτερου ουροποιητικού, τύποι ακράτειας ούρων

2^ο σεμινάριο: Δοκιμασίες πυελικού εδάφους, δοκιμασία πάνας, διάγραμμα ούρησης

3^ο σεμινάριο: Τεχνικές αποκατάστασης κατώτερου ουροποιητικού (επανεκπαίδευση κύστεως και μυών πυελικού εδάφους, επανατροφοδότηση, ηλεκτρική διέγερση).

4^ο σεμινάριο: Πρακτική εξάσκηση στη χρήση του περινεόμετρου του διαγράμματος ούρησης, καθώς και στις ασκήσεις των μυών πυελικού εδάφους.

Στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος, ολοκληρώθηκε η συγγραφή εγχειριδίου το οποίο περιγράφει, εν συντομία, τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο η/ο Νοσηλεύτρια/της ή η/ο Μαία/ευτής θα διαχειριστεί τη γυναίκα που θα επισκεφθεί το Κ.Υ. και θα παραπονεθεί πως «...χάνει ούρα, χωρίς να το θέλει». Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει βασικές γνώσεις ανατομίας και φυσιολογίας του κατώτερου ουροποιητικού, καθώς και επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την ακράτεια ούρων στις γυναίκες. Στη συνέχεια, περιγράφονται οι απαραίτητες ενέργειες για την εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της ακράτειας, καθώς και για την αντιμετώπισή της με επανεκπαίδευση κύστεως και μυών πυελικού εδάφους, ενώ δίδεται ένας αλγόριθμος διαχείρισης της ακράτειας. Τα παραρτήματα στο τέλος του εγχειριδίου περιέχουν εργαλεία-βοηθήματα για τον υγειονομικό της Π.Φ.Υ.

4. Συζήτηση

4.1 Κύρια ευρήματα

Όπως αναμενόταν, η επίδραση της ακράτειας στην ποιότητα ζωής είναι ηπιότερη στις γυναίκες από την Π.Φ.Υ., σε σχέση με τις γυναίκες που επισκέπτονται το ιατρείο ακράτειας. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με αυτά δύο ευρωπαϊκών μελετών σε 1.573 γυναίκες με ακράτεια από την κοινότητα⁴⁴ και 9.487 από τη Δ.Φ.Υ.,¹³⁰ όπου η μέση τιμή του I-QoL ήταν 80,2 (SD:18,0) και 57,7 (SD:23,4) αντιστοίχως.

Κατά τη μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του I-QoL,¹²⁶ η Ελλάδα παρουσίασε την υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις υπόλοιπες 14 χώρες, δημιουργώντας έτσι ερωτηματικά για το αν η καλύτερη ποιότητα ζωής συνδεόταν με τον χαρακτηρισμό της ακράτειας ως ήπιας από την πλειοψηφία των γυναικών. Το παραπάνω αποτέλεσμα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο συχνότερος λόγος για τον οποίο οι γυναίκες δεν ανέφεραν το πρόβλημά τους στο γιατρό ήταν η αξιολόγηση της ακράτειας ως μη σημαντικού προβλήματος, σύμφωνα με πιλοτική μελέτη από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης,¹²² οδήγησαν στην καταγραφή των παραγόντων "αυτοεκτίμηση σοβαρότητας" και "δείκτης σοβαρότητας του Sandvick", για να ελέγξουμε με την παρούσα μελέτη τη συμμετοχή του καθενός στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής.

Η μέτρια ή σοβαρή ακράτεια (δείκτης σοβαρότητας) αποτελούν παράγοντες που συνδέονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής. Η αρνητική σχέση της σοβαρότητας της ακράτειας με την ποιότητα ζωής έχει τεκμηριωθεί σε προηγούμενες μελέτες, όπου χρησιμοποιήθηκαν ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής ατόμων με ακράτεια^{42, 54, 131}. Στη μελέτη PURE οι συγγραφείς αναφέρουν το δείκτη

σοβαρότητας (Sandvik) ως "τον πιο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της βαθμολογίας του I-QoL" και προτείνουν τη χρήση του ως ενδεικτική για τις επιπτώσεις της ακράτειας στην ποιότητα ζωής, όταν η μέτρηση της τελευταίας δεν είναι εφικτή.

Η εισαγωγή στη πολυπαραγοντική ανάλυση της παραμέτρου "αυτοεκτίμηση σοβαρότητας" την ανέδειξε ως ανεξάρτητο παράγοντα συσχέτισης με την ποιότητα ζωής, εξουδετερώνοντας τη συσχέτιση με τη Δ.Φ.Υ. Επομένως, όχι μόνο η σοβαρότητα της ακράτειας, αλλά και το μέγεθός της, όπως το εκτιμά η ίδια η γυναίκα, αναδεικνύονται ως παράγοντες καθορισμού της ποιότητας ζωής, η υποβάθμιση της οποίας - πιθανόν - να οδηγεί τις γυναίκες σε αναζήτηση επιστημονικής βοήθειας¹³².

Οι κοινωνικές δομές και ο προσωπικός προσανατολισμός σε θέματα υγείας φαίνεται να επηρεάζουν ποικιλοτρόπως τη βαρύτητα που αποδίδει κάποιος σε ένα σύμπτωμα¹³³⁻¹³⁵. Επιπροσθέτως, η εκτίμηση ενός ατόμου για την κατάσταση της υγείας του αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εκτίμησης για την ποιότητα ζωής του¹³⁶. Η συσχέτιση της αυτοεκτίμησης της υγείας με την ποιότητα ζωής αναφέρεται σε πολλές μελέτες, προερχόμενες από διαφορετικές κουλτούρες ανά το κόσμο¹³⁷⁻¹⁴¹. Σε πρόσφατη μελέτη στη Φιλανδία, η "καλή" ποιότητα ζωής, συγκρινόμενη με τη "μέτρια ή κακή", συσχετίστηκε με διπλάσια πιθανότητα αυτοαξιολόγησης της υγείας ως "καλή" (CI 1.45–2.82, $p < 0,001$) από ηλικιωμένες γυναίκες¹³⁸. Παράλληλα, η ποιότητα ζωής αναδείχθηκε ως ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης της 10ετούς αυτοεκτίμησης της υγείας σε πληθυσμό ανδρών και γυναικών 20-35 ετών, στη Σουηδία¹³⁷. Ομοίως και στη Γερμανία, όπου η ποιότητα ζωής 1.119 γυναικών, πριν και μετά την εμμηνόπαυση, συσχετίστηκε με την προσωπική αξιολόγηση της υγείας τους¹⁴¹, ενώ σε μελέτη 1.900 ενηλίκων 40-70 ετών στην Κορέα η πολυπαραγοντική

ανάλυση ανέδειξε την αυτοεκτίμηση της υγείας ως παράγοντα συσχέτισης με την ποιότητα ζωής¹³⁹. Στις Η.Π.Α. η βαθμολογία του εργαλείου για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής 6.067 εφήβων και φοιτητών διέφερε σημαντικά στις διάφορες κατηγορίες αυτοαξιολόγησης της υγείας¹⁴⁰.

Για την περαιτέρω ανάδειξη των παραπάνω θεμάτων προέκυψε η πρόσφατη συνεργασία μας με την Τουρκία, με σκοπό τη σύγκριση της ποιότητας ζωής γυναικών με ακράτεια από την Π.Φ.Υ. των δύο χωρών και τον προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με το I-QoL. Η Ελλάδα παρουσίασε την υψηλότερη βαθμολογία στο I-QoL [Mean (SD): 81.8 (20.6), έναντι 64.6 (23.3), $p < 0.001$], ενώ η Τουρκία, ως τόπος διαμονής, εμφάνισε ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής ($B = -12.6$, $p = 0.001$) ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα ($B = -22.7$, $p < 0.001$ για τη σοβαρή ακράτεια) και τον τύπο της ακράτειας ($B = 6,8$, $p = 0.026$ για την ακράτεια προσπάθειας) (Παράρτημα ΙΧ)¹⁴². Έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ο ρόλος της ακράτειας ούρων ως ισχυρός ανασταλτικός παράγοντας για τις γυναίκες στην εκτέλεση της τελετουργικής διαδικασίας για την καθαριότητα πριν και κατά τη διάρκεια της μουσουλμανικής προσευχής.^{15, 143-145}

Τα παραπάνω ευρήματα στηρίζουν την αρχική υπόθεση της ανάμειξης κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια. Πέρα όμως από τις υποθέσεις αυτές, απαιτείται περισσότερη έρευνα, με σχεδιασμό επικεντρωμένο στην ανάδειξη των στοιχείων εκείνων που συνθέτουν και διαφοροποιούν το βαθμό που η απώλεια ούρων επηρεάζει τη συναισθηματική και κοινωνική ζωή μιας γυναίκας.

Τέλος, η ακράτεια προσπάθειας φαίνεται να έχει μία τάση θετικής συσχέτισης με την ποιότητα ζωής. Το παραπάνω εύρημα συνάδει με τα αποτελέσματα μιας μελέτης

1.573 γυναικών από 4 χώρες της Ε.Ε., όπου η βαθμολογία του I-QoL ήταν μικρότερη στις γυναίκες με επιτακτική και "μη ταξινομημένη" ακράτεια⁴⁴. Αυτό φαίνεται λογικό, αφού στην ακράτεια προσπάθειας η απώλεια ούρων συμβαίνει σε συνθήκες που το άτομο μπορεί να προβλέψει και να ελέγξει μερικώς, ενώ στην επιτακτική ακράτεια η απώλεια ούρων δεν είναι τόσο προβλεπόμενη. Επιπλέον, η «μη ταξινομημένη» ακράτεια περιλαμβάνει απώλεια ούρων, που μπορεί να είναι είτε συνεχής, είτε χωρίς "προειδοποίηση" και πιθανόν περισσότερο αγχωτική.

4.2 Επιπολασμός και χαρακτηριστικά της ακράτειας

Σύμφωνα με τη μελέτη μας, το 44,3% των γυναικών που επισκέπτονται για οποιοδήποτε λόγο τα Κέντρα Π.Φ.Υ. στην Κρήτη επισημαίνουν ότι χάνουν ούρα χωρίς τη θέλησή τους. Ανάλογες μελέτες σε γυναίκες που επισκέπτονται την Π.Φ.Υ. δίδουν παρόμοια ποσοστά^{19, 146-149}. Ακράτεια ούρων αναφέρεται από ποσοστό 36%, 43% και 45,5% των γυναικών που επισκέπτονται για οποιοδήποτε λόγο την Π.Φ.Υ. στο Ισραήλ¹⁴⁹, στις Η.Π.Α. (Michigan)¹⁹ και στην Αγγλία¹⁴⁷ αντιστοίχως. Το γεγονός ότι οι γυναίκες, που δήλωσαν ακράτεια, ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ήταν αναμενόμενο, αφού η επίπτωση της ακράτειας αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας^{20, 150}.

Η μικτή ακράτεια αποτελεί το συχνότερο τύπο, ακολουθούμενη από την ακράτεια προσπάθειας στο δείγμα μας από την Π.Φ.Υ. Η ταξινόμηση έγινε σύμφωνα με τις δηλώσεις των γυναικών για τα συμπτώματά τους και έτσι δεν μπορεί να αποκλεισθεί κάποιο ποσοστό σφάλματος. Εντούτοις, τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με άλλες μελέτες στην κοινότητα, όπου η ακράτεια προσπάθειας και η μικτή αναφέρονται ως οι συχνότεροι τύποι, ακολουθεί η επιτακτική και ένα μικρό ποσοστό "μη ταξινομημένης" ακράτειας^{13, 23, 147, 151, 152}. Στη μεγάλη μελέτη EPICONT οι μισές

γυναίκες ανέφεραν ακράτεια προσπάθειας, 36% μικτή, 11% επιτακτική και 3% "μη ταξινομημένης" ακράτεια.¹³ Ομοίως, σε πρόσφατη ελληνική μελέτη επιπολασμού, όπου χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα 2.000 γυναικών 20-80 ετών, η ακράτεια προσπάθειας και η μικτή αποτελούν τους συχνότερους τύπους (44% και 41% αντιστοίχως), ενώ ακολουθεί η επιτακτική (11%) και η "μη ταξινομημένη" ακράτεια (4%)¹²³.

Σχετικά με τη σοβαρότητα της ακράτειας στις γυναίκες που επισκέφθηκαν την Π.Φ.Υ., διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στηρίζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία, αφού μελέτες όπου χρησιμοποιήθηκε ο ίδιος δείκτης σοβαρότητας (Sandvik) αναφέρουν ποσοστά επιπολασμού της σοβαρής ακράτειας 18-27%^{6, 13, 18}.

Στη μελέτη μας η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος από τη Δ.Φ.Υ. παρουσίασε μέτρια ή σοβαρή ακράτεια (97,4%), άρα η αυξημένη σοβαρότητα, ενδεχομένως, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που οδηγεί τις γυναίκες στις Υπηρεσίες Υγείας^{65, 68, 153, 154}. Παρ' όλα αυτά, απ' ό,τι φαίνεται, οι γυναίκες στην Ελλάδα σπάνια αναζητούν βοήθεια για την ακράτεια, αφού περίπου 1 από τις 10 γυναίκες, που επισκέφθηκαν την Π.Φ.Υ., είχαν αναφέρει στο παρελθόν το πρόβλημά τους σε κάποιον επαγγελματία Υγείας. Η απροθυμία αναζήτησης βοήθειας είναι ένα εύρημα που αναφέρεται διεθνώς, με ποσοστά 14-38% των γυναικών με ακράτεια να επισκέπτονται τις Υπηρεσίες Υγείας για το πρόβλημά τους^{68, 153, 155, 156}. Επομένως, η συστηματική αναζήτηση ακούσιας απώλειας ούρων, σε κάθε γυναίκα που επισκέπτεται την Π.Φ.Υ., έχει μεγάλη αξία στον εντοπισμό των ασθενών.

Δυστυχώς, η ανταπόκριση των γυναικών, μόνιμων κατοίκων αγροτικών περιοχών της Κρήτης, στο δοθέν ερωτηματολόγιο ήταν απογοητευτική (15%). Ως εκ τούτου, δεν

ήταν δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τον επιπολασμό και τα χαρακτηριστικά της ακράτειας στην ευρύτερη κοινότητα.

5. Περιορισμοί της μελέτης

Η επιλογή των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν έγινε τυχαία, αλλά βασίστηκε στην ύπαρξη εθελοντικής συνεργασίας των μαιών και νοσηλευτών. Έτσι, δεν μπορεί να αποκλεισθεί η ύπαρξη συστηματικού σφάλματος κατά τη δειγματοληψία. Παρ' όλα αυτά, στη μελέτη συμμετείχαν όλες οι γυναίκες που επισκέφθηκαν τα επιλεγμένα Κέντρα Υγείας. Έτσι, αν και το δείγμα μας μπορεί να θεωρηθεί δείγμα ευκολίας, είναι όμως αντιπροσωπευτικό των γυναικών που επισκέπτονται τα Κ.Υ. και εξυπηρέτησε τον κύριο στόχο της μελέτης, που ήταν η εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος στην Π.Φ.Υ. Δεν ήταν σκοπός της συγκεκριμένης δειγματοληψίας η εκτίμηση του επιπολασμού της ακράτειας στην κοινότητα, κάτι το οποίο θα χρειαζόταν πιο ακριβή μεθοδολογία. Η ταξινόμηση των τύπων της ακράτειας βασίστηκε στην αναφορά των γυναικών και όχι σε ουροδυναμικό έλεγχο, με αποτέλεσμα κάποιος βαθμός λανθασμένης διάγνωσης να είναι πιθανός. Στοιχεία συννοσηρότητας, τα οποία πιθανόν να επηρεάζουν τη βαθμολογία του I-QoL, δεν αναζητήθηκαν.

6. Συμπεράσματα

Η ακράτεια αποτελεί συχνό πρόβλημα των γυναικών που επισκέπτονται την Π.Φ.Υ., για το οποίο σπάνια αναζητούν βοήθεια. Έτσι, η συστηματική αναζήτηση των αιτιών της ακούσιας απώλειας ούρων, κατά τη λήψη ιστορικού, έχει μεγάλη αξία στον εντοπισμό των ασθενών.

Η ακράτεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής, στη διαμόρφωση της οποίας φαίνεται να συμμετέχουν, εκτός από τη σοβαρότητα, προσωπικοί και κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες, ο ρόλος των οποίων δεν έχει διερευνηθεί.

Εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης των επαγγελματιών Π.Φ.Υ., κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη διαχείριση της ακράτειας των γυναικών στην κοινότητα.

Βιβλιογραφία

1. Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, et al. Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol Urodyn* 1997; 16(3):149-51.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(1):116-26.
3. Anger JT, Saigal CS, Litwin MS. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol* 2006; 175(2):601-4.
4. Ueda T, Tamaki M, Kageyama S, et al. Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *Int J Urol* 2000; 7(3):95-103.
5. Sze EH, Jones WP, Ferguson JL, et al. Prevalence of urinary incontinence symptoms among black, white, and Hispanic women. *Obstet Gynecol* 2002; 99(4):572-5.
6. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med* 2005; 165(5):537-42.
7. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, et al. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn* 2000; 19(3):259-71.
8. Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004; 93(3):324-30.
9. Andersson G, Johansson JE, Garpenholt O, Nilsson K. Urinary incontinence--prevalence, impact on daily living and desire for treatment: a population-based study. *Scand J Urol Nephrol* 2004; 38(2):125-30.
10. Ballester A, Minguez M, Herreros B, et al. Prevalence of silent fecal and urinary incontinence in women from the town of Teruel. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97(2):78-86.
11. Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol* 2000; 37(1):30-5.
12. Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study. *BJU Int* 1999; 83(7):760-6.
13. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol* 2000; 53(11):1150-7.
14. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes T, et al. Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(4):467-72.
15. Saleh N, Bener A, Khenyab N, et al. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? *Maturitas* 2005; 50(1):58-65.
16. Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(1):74-80.

17. Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107(2):201-4.
18. Sandvik H, Hunnskaar S, Seim A, et al. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47(6):497-9.
19. Lagace EA, Hansen W, Hickner JM. Prevalence and severity of urinary incontinence in ambulatory adults: an UPRNet study. *J Fam Pract* 1993; 36(6):610-4.
20. Milsom I, Ekelund P, Molander U, et al. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993; 149(6):1459-62.
21. Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg H, Riphagen F. Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 43(3):229-34.
22. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991; 146(5):1255-9.
23. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82(3):327-38.
24. O'Brien J, Austin M, Sethi P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *Bmj* 1991; 303(6813):1308-12.
25. Hampel C, Wienhold D, Benken N, et al. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997; 32 Suppl 2:3-12.
26. Hampel C, Wienhold D, Benken N, et al. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997; 50(6A Suppl):4-14; discussion 15-7.
27. Sandvik H, Hunnskaar S, Vanvik A, et al. Diagnostic classification of female urinary incontinence: an epidemiological survey corrected for validity. *J Clin Epidemiol* 1995; 48(3):339-43.
28. Bradley CS, Rovner ES, Morgan MA, et al. A new questionnaire for urinary incontinence diagnosis in women: development and testing. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(1):66-73.
29. Brown JS, Bradley CS, Subak LL, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Ann Intern Med* 2006; 144(10):715-23.
30. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25(4):723-46.
31. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006; 367(9504):57-67.
32. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunnskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *Bjog* 2003; 110(3):247-54.
33. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol* 2001; 97(3):350-6.
34. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunnskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348(10):900-7.
35. Hunnskaar S, BK, Clark A., Lapitan MC., Nelson R., Sillen U., Thom D. Epidemiology of faecal and urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *In*

- Abrams P. CL, Khoury S., Wein A., ed. 3rd International Consultation on Incontinence. Plymouth, UK: Health Publication Ltd, 2005. pp. 1589-1630.
36. Hunskar S BK, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, Thom D. Epidemiology of faecal and urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *In* Abrams P CL, Khoury S, Wein A, ed. 3rd International Consultation on Incontinence. Plymouth, UK: Health Publication Ltd, 2005. pp. 1589-1630.
 37. Black NA, Griffiths JM, Pope C, et al. Sociodemographic and symptomatic characteristics of women undergoing stress incontinence surgery in the UK. *Br J Urol* 1996; 78(6):847-55.
 38. Fantl J.A ND, Colling J, DeLancey JOL, Keeys C, Loughery B Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical practice guideline, No. 2, 1996 Update. APCPR publication No. 96-0682. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, 1996
 39. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *Bmj* 1998; 316(7130):542-5.
 40. Fultz NH, Burgio K, Diokno AC, et al. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(5):1275-82.
 41. Miner PB, Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126(1 Suppl 1):S8-13.
 42. Saadoun K, Ringa V, Fritel X, et al. Negative impact of urinary incontinence on quality of life, a cross-sectional study among women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL cohort. *Neurourol Urodyn* 2006; 25(7):696-702.
 43. Cheater FM, Baker R, Gillies C, et al. The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: a cross-sectional cohort study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(3):339-51.
 44. Papanicolaou S, Hunskar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU Int* 2005; 96(6):831-8.
 45. van der Vaart CH, de Leeuw JR, Roovers JP, Heintz AP. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int* 2002; 90(6):544-9.
 46. Hampel C, Artibani W, Espuna Pons M, et al. Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: a qualitative review of the literature. *Eur Urol* 2004; 46(1):15-27.
 47. Bogner HR, Gallo JJ, Sammel MD, et al. Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3):489-95.
 48. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, et al. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int* 2006; 97(1):96-100.
 49. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol* 2004; 45(5):642-8; discussion 648.
 50. Hagglund D, Ahlstrom G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs* 2007; 16(10):1946-54.
 51. Fultz NH, Fisher GG, Jenkins KR. Does urinary incontinence affect middle-aged and older women's time use and activity patterns? *Obstet Gynecol* 2004; 104(6):1327-34.

52. Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol* 2005; 106(3):585-92.
53. Stach-Lempinen B, Hakala AL, Laippala P, et al. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn* 2003; 22(6):563-8.
54. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, et al. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol* 2006; 50(4):818-25.
55. Monz B, et al. Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *Eur Urol* 2007; 51:1073-1082.
56. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int* 2003; 92(7):731-5.
57. Oh SJ, Hong SK, Son H, et al. Quality of life and disease severity in Korean women with stress urinary incontinence. *Urology* 2005; 66(1):69-73.
58. Achat H, Kawachi I, Levine S, et al. Social networks, stress and health-related quality of life. *Qual Life Res* 1998; 7(8):735-50.
59. H. L. Social networks and self-rated health: a cross-cultural examination among older Israelis. *J Aging Health* 2006; 18(3):335-58.
60. Melchior M BL, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Soc Sci Med*. 2003; 56(8):1817-30.
61. Wilson L, Brown JS, Shin GP, et al. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001; 98(3):398-406.
62. Monz B, Hampel C, Porkess S, et al. A description of health care provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe -- a five-country comparison. *Maturitas* 2005; 52 Suppl 2:S3-12.
63. Penning-van Beest FJ, Sturkenboom MC, Bemelmans BL, Herings RM. Undertreatment of urinary incontinence in general practice. *Ann Pharmacother* 2005; 39(1):17-21.
64. Shaw C, Atwell C, Wood F, et al. A qualitative study of the assessment and treatment of incontinence in primary care. *Fam Pract* 2007; 24(5):461-7.
65. Shaw C, Das Gupta R, Williams KS, et al. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU Int* 2006; 97(4):752-7.
66. Albers-Heitner P, Berghmans B, Nieman F, et al. How do patients with urinary incontinence perceive care given by their general practitioner? A cross-sectional study. *Int J Clin Pract* 2008; 62(3):508-15.
67. Diokno AC, Burgio K, Fultz NH, et al. Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *Am J Manag Care* 2004; 10(2 Pt 1):69-78.
68. Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, et al. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health (Larchmt)* 2003; 12(7):687-98.
69. Koch LH. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(6):e39-44.
70. MacKay K, Hemmett L. Needs assessment of women with urinary incontinence in a district health authority. *Br J Gen Pract* 2001; 51(471):801-4.
71. Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of

- barriers to the use of community continence services. *Fam Pract* 2004; 21(6):689-96.
72. Abrams P, Andersson K, Brubaker L, et al. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and faecal incontinence. *In* Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. 3rd International Consultation on Incontinence Plymouth, UK Health Publication Ltd, 2005.
 73. Abrams P AK, Brubaker LT, Cardozo L, Cottenden A, Denis L Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and faecal incontinence. *In* Abrams P CL, Khoury S, Wein A, ed. 3rd International Consultation on Incontinence Plymouth, UK Health Publication Ltd, 2005. pp. 1589-1630.
 74. Jackson S. Female urinary incontinence--symptom evaluation and diagnosis. *Eur Urol* 1997; 32 Suppl 2:20-4.
 75. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003; 61(1):37-49.
 76. Steele AC, Kohli N, Mallipeddi P, Karram M. Pharmacologic causes of female incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10(2):106-10.
 77. Dougherty MC, Bishop KR, Mooney RA, et al. Variation in intravaginal pressure measurements. *Nurs Res* 1991; 40(5):282-5.
 78. McCormack M, Infante-Rivard C, Schick E. Agreement between clinical methods of measurement of urinary frequency and functional bladder capacity. *Br J Urol* 1992; 69(1):17-21.
 79. Abrams P, Klevmark B. Frequency volume charts: an indispensable part of lower urinary tract assessment. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1996; 179:47-53.
 80. Siltberg H, Larsson G, Victor A. Frequency/volume chart: the basic tool for investigating urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1997; 166:24-7.
 81. Fink D, Perucchini D, Schaer GN, Haller U. The role of the frequency-volume chart in the differential diagnostic of female urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(3):254-7.
 82. Gordon D, Groutz A. Evaluation of female lower urinary tract symptoms: overview and update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13(5):521-7.
 83. Ghoniem G, Stanford E, Kenton K, et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(1):5-33.
 84. Martin JL, Williams KS, Abrams KR, et al. Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. *Health Technol Assess* 2006; 10(6):1-132, iii-iv.
 85. Paick JS, Kim SW, Oh SJ, Ku JH. A generic health-related quality of life instrument, the Medical Outcomes Study Short Form-36, in women with urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 130(1):18-24.
 86. Hunskaar S, Vinsnes A. The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(4):378-82.
 87. Jackson S, Donovan J, Brookes S, et al. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996; 77(6):805-12.
 88. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, et al. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact

- Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Contenance Program in Women (CPW) Research Group. *Qual Life Res* 1994; 3(5):291-306.
89. Naughton MJ, Donovan J, Badia X, et al. Symptom severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126(1 Suppl 1):S114-23.
 90. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, et al. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* 1996; 47(1):67-71; discussion 71-2.
 91. Heit M, Blackwell L, Ouseph R. Comorbidities affect the impact of urinary incontinence as measured by disease-specific quality of life instruments. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16(1):6-11; discussion 11.
 92. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006.
 93. Fantl JA, Wyman JF, Harkins SW, Hadley EC. Bladder training in the management of lower urinary tract dysfunction in women. A review. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(3):329-32.
 94. Payne CK. Behavioral therapy for overactive bladder. *Urology* 2000; 55(5A Suppl):3-6; discussion 14-6.
 95. Wyman JF, Fantl JA. Bladder training in ambulatory care management of urinary incontinence. *Urol Nurs* 1991; 11(3):11-7.
 96. Fantl JA, Newman D, Colling J, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical practice guideline, No. 2, 1996 Update. APCPR publication No. 96-0682. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, 1996
 97. Yoon HS, Song HH, Ro YJ. A comparison of effectiveness of bladder training and pelvic muscle exercise on female urinary incontinence. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(1):45-50.
 98. Dougherty MC, Dwyer JW, Pendergast JF, et al. A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women. *Res Nurs Health* 2002; 25(1):3-13.
 99. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *Jama* 1991; 265(5):609-13.
 100. Lagro-Janssen AL, Debruyne FM, Smits AJ, van Weel C. The effects of treatment of urinary incontinence in general practice. *Fam Pract* 1992; 9(3):284-9.
 101. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(1):CD001308.
 102. Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15(2):76-84.
 103. Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, Bump RC. Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. Contenance Program for Women Research Group. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(4):999-1007.
 104. Zanetti MR, Castro Rde A, Rotta AL, et al. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo Med J* 2007; 125(5):265-9.

105. Bo K. Pelvic Floor Muscle Exercise for the Treatment of Stress Urinary Incontinence: An Exercise Physiology Perspective. *International Urogynecology Journal* 1995; 2(6):282-291.
106. Alewijnse D, Metsemakers JF, Mesters IE, van den Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2003; 22(4):284-95.
107. Kafri R, Langer R, Dvir Z, Katz-Leurer M. Rehabilitation vs drug therapy for urge urinary incontinence: short-term outcome. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(4):407-11.
108. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *Bmj* 1999; 318(7182):487-93.
109. Lagro-Janssen TL, Debruyne FM, Smits AJ, van Weel C. Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41(352):445-9.
110. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44(1):47-63.
111. de Groat WC, Fraser MO, Yoshiyama M, et al. Neural control of the urethra. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2001(207):35-43; discussion 106-25.
112. Sampsel CM. Behavioral intervention for urinary incontinence in women: evidence for practice. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45(2):94-103.
113. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(2):322-7; discussion 327-9.
114. Alewijnse D, Mesters IE, Metsemakers JF, van den Borne BH. Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. *Patient Educ Couns* 2002; 48(2):147-60.
115. Wells M. The role of the nurse in urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14(2):335-54.
116. Borrie MJ, Bawden M, Speechley M, Klooseck M. Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Cmaj* 2002; 166(10):1267-73.
117. Williams KS, Assassa RP, Cooper NJ, et al. Clinical and cost-effectiveness of a new nurse-led continence service: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005; 55(518):696-703.
118. Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *Bmj* 2001; 323(7313):593-6.
119. Du Moulin MF, Hamers JP, Paulus A, et al. Effects of introducing a specialized nurse in the care of community-dwelling women suffering from urinary incontinence: a randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34(6):631-40.
120. Ravalli R, Brettschneider N. Nursing assessment and management strategies for urinary incontinence. *J Endourol* 1996; 10(3):297-300.
121. Σπυρόπουλος Ε, Μπορούνης Μ, Θεοδώρου Σ. Το πρόβλημα της ακράτειας ούρων στους ηλικιωμένους. *Ιατρική* 1993; 70:247-55.

122. Lionis C, Vlachonikolis L, Bathianaki M, et al. Urinary incontinence, the hidden health problem of Cretan women: report from a primary care survey in Greece. *Women Health* 2000; 31(4):59-66.
123. Liapis A, Bakas P, Liapi S, et al. Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009.
124. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, et al. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology* 1999; 53(1):71-6.
125. Sandvik H, Espuna M, Hunnskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17(5):520-4.
126. Bushnell DM, Martin ML, Summers KH, et al. Quality of life of women with urinary incontinence: cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Qual Life Res* 2005; 14(8):1901-13.
127. Medical, Outcomes, Trust:. Trust introduces new translation criteria. *Medical Outcomes. Trust Bulletin* 1997; 5:1-4.
128. Cronbach LF. Coefficient alpha and the internal structure of tests *Psychometrika* 1951; 16:297-334.
129. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures *Controlled Clin Trials* 1991; 12:142s-158s.
130. Monz B, Pons ME, Hampel C, et al. Patient-reported impact of urinary incontinence--results from treatment seeking women in 14 European countries. *Maturitas* 2005; 52 Suppl 2:S24-34.
131. Ozerdogan N, Beji NK, Yalcin O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58(3):145-50.
132. Yu HJ, Wong WY, Chen J, Chie WC. Quality of life impact and treatment seeking of Chinese women with urinary incontinence. *Qual Life Res* 2003; 12(3):327-33.
133. Suchman E. Health orientation and medical care. *Am J Public Health* 1966; 56:97-105.
134. Litwin H. Social networks and self-rated health: a cross-cultural examination among older Israelis. *J Aging Health* 2006; 18(3):335-58.
135. Melchior M, Berkman L, Niedhammer I, et al. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Soc Sci Med.* 2003; 56(8):1817-30.
136. Zullig KJ, Valois RF, Drane JW. Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:64.
137. Vaez M, Ponce de Leon A, Laflamme L. Health-related determinants of perceived quality of life: a comparison between first-year university students and their working peers. *Work* 2006; 26(2):167-77.
138. Sirola J, Tuppurainen M, Rikkonen T, et al. Correlates and predictors of self-rated health and ambulatory status among elderly women - Cross-sectional and 10 years population-based cohort study. *Maturitas* 2009.
139. Han MA, Ryu SY, Park J, et al. [Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D in some rural adults]. *J Prev Med Public Health* 2008; 41(3):173-80.
140. Zullig KJ. Creating and using the CDC HRQOL healthy days index with fixed option survey responses. *Qual Life Res* 2010.

141. Schwarz S, Volzke H, Alte D, et al. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in pomerania (SHIP). *Menopause* 2007; 14(1):123-34.
142. Anifantaki S, Filiz TM, Alegakis A, et al. Does urinary incontinence affect quality of life of Greek women less severely? A cross-sectional study in two Mediterranean settings. *Qual Life Res* 2009; 18(10):1311-9.
143. Rizk DE, Shaheen H, Thomas L, et al. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in United Arab Emirates women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10(3):160-5.
144. Sange C, Thomas L, Lyons C, Hill S. Urinary incontinence in Muslim women. *Nurs Times* 2008; 104(25):49-52.
145. van den Muijsenbergh ME, Largo Janssen TA. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *Br J Gen Pract* 2006 56(533):945-9.
146. J[\, Bretones Alcaraz JJ, del Pino y Pino MD, et al. [Urinary incontinence in adult women: a descriptive study of a rural population]. *Aten Primaria* 1997; 20(1):45-8.
147. Shaw C, Gupta RD, Bushnell DM, et al. The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract* 2006; 23(5):497-506.
148. Simeonova Z, Bengtsson C. Prevalence of urinary incontinence among women at a Swedish primary health care centre. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8(4):203-6.
149. Vinker S, Kaplan B, Nakar S, et al. Urinary incontinence in women: prevalence, characteristics and effect on quality of life. A primary care clinic study. *Isr Med Assoc J* 2001; 3(9):663-6.
150. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(2):339-45.
151. Hunskar S, Burgio K, Diokno A, et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology* 2003; 62(4 Suppl 1):16-23.
152. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Can Fam Physician* 2005; 51:84-5.
153. Hannestad YS, Rortveit G, Hunskar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20(2):102-7.
154. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res* 2004; 13(8):1381-90.
155. Hagglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(11):1051-5.
156. O'Donnell M, Lose G, Sykes D, et al. Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *Eur Urol* 2005; 47(3):385-92; discussion 392.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα I

Κλινική εκτίμηση Kegel

Ο εξεταστής φορά γάντια και με τα δύο δάχτυλα (δείκτης και μέσος) εισέρχεται 4-6 εκ. μέσα στον κόλπο. Εξηγεί στη γυναίκα πώς θα πρέπει, όταν της το ζητήσει, να συσπάσει τον πρωκτό και τον κόλπο της (όπως, όταν θέλει να σταματήσει την ούρηση) όσο δυνατώτερα και για όσο περισσότερο χρόνο μπορεί. Για να αποφευχθεί η σύσπαση άλλων μυϊκών ομάδων, το χέρι του θεραπευτή τοποθετείται χαμηλά στην κοιλιά και τα χέρια της γυναίκας στους γλουτούς. Η σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους βαθμολογείται ως εξής:

0 : καμία σύσπαση

1/5: ίχνη σύσπασης για λιγότερο από 1''

2/5: ελάχιστη σύσπαση μεγαλύτερη του 1'' και μικρότερη των 3''

3/5: μέτρια σύσπαση για 4'' - 6'' για 3 επαναλήψεις

4/5: ισχυρή σύσπαση για 7-9'' για 4-5 επαναλήψεις

5/5: ισχυρή σύσπαση για 10'' για 4-5 επαναλήψεις

Μέτρηση σύσπασης των περικοιλιακών μυών με τη χρήση περινεόμετρου

Ο εξεταστής λέει στη γυναίκα να χαλαρώσει τους μύες του κόλπου και μετρά την πίεση σε χαλάρωση (Ρχαλ.). Στη συνέχεια, της ζητά να ξεκινήσει τη σύσπαση των μυών του κόλπου και να χαλαρώσει, όταν της ζητηθεί. Η όλη διαδικασία αποτελείται από 10 συσπάσεις που διαρκούν 10'' η κάθε μία. Ανάμεσα σε 2 συσπάσεις η γυναίκα χαλαρώνει για 10''. Καταγράφεται η μεγαλύτερη πίεση που μετρήθηκε από τις 10 συσπάσεις (Ρμεγ). Αφαιρούμε τη Ρχαλ από τη Ρμεγ. και καταγράφουμε το αποτέλεσμα.

Παράρτημα Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 35 - 65 ΕΤΩΝ

Κωδικός αριθμός

Ημερομηνία

Κ.Υ. ή Π.Ι.

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα : Επώνυμο : Πατρώνυμο:

Στοιχεία γέννησης:

Έτος: μήνας : ημέρα : φύλο: τόπος:

Τόπος διαμονής:

Τηλέφωνο: Ασφαλιστικός οργανισμός:

Οικ. κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμ. Χήρα

Προστ. μέλος , Παιδιά

Μόρφωση: Καμία , Δημ. , Γυμν. , Λύκειο , Τεχνική σχολή ,
ΤΕΙ , ΑΕΙ

Επάγγελμα: Αγρότης , Κτην/φος , Αγρ. Κτην. , Υπ. Δημοσ.

Υπ. Ιδιωτικ. , Έμπορος , Εργάτης , Οικιακά , Μαθ. Σπουδ. ,

Άνεργη , Συνταξ. , Προηγ. Επαγ. , Άλλο Αναφέρατε

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Πρώτη έμμηνος ρύση : (έτος)

Εμμηνόπαυση: (έτος)

Αριθμός τοκετών: Φυσιολογικοί: Καισαρ. Τομές
Από πότε έχετε προβλήματα ακράτειας;

Πόσες επισκέψεις σε ιατρό κάνατε τον τελευταίο χρόνο για να θεραπεύσετε τα προβλήματα ούρησης ή ακράτειας;

Χάνετε ούρα όταν βήχετε, φταρνίζεστε, τρέχετε, περπατάτε, πηδάτε ή όταν κάνετε κάποια άλλη συγκεκριμένη δραστηριότητα;

Χάνετε τον έλεγχο της κύστης σας πριν να πάτε στο μπάνιο; Ναι Όχι

Χάνετε ούρα σε στιγμές που δεν συνδέονται με κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα ή ανάγκη για να πάτε στο μπάνιο;

Έχετε συνεχή απώλεια ούρων χωρίς να μένουν καθόλου ούρα στην κύστη;
Ναι Όχι

Σας ξυπνάει τη νύχτα η επιθυμία για ούρηση; Ναι Όχι
Εάν ναι, πόσες φορές;

Δείκτης σοβαρότητας της διαρροής (Sandvik)

Τους τελευταίους τρεις μήνες πόσο συχνά είχατε απώλεια ούρων, ακόμη και μικρό ποσό χωρίς τη θέληση σας;

1. Όχι περισσότερο από μία φορά το μήνα
2. Δύο ή περισσότερες φορές το μήνα
3. Μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
4. Κάθε μέρα και / ή νύχτα

Τα ούρα που χάνετε κάθε φορά είναι:

1. Σταγόνες ή λίγα (δημιουργούν απλώς λίγη υγρασία ή βρέχουν τα εσώρουχα)
 2. Περισσότερα (κυλούν στους μηρούς ή βρέχουν το πάτωμα)
- (Ο δείκτης σοβαρότητας της διαρροής υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας τις απαντήσεις των 2 παραπάνω ερωτήσεων)

Πώς θα περιγράφατε τη σοβαρότητα των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς σας;

- 1 ΗΠΙΑ
- 2 ΜΕΤΡΙΑ
- 3 ΣΟΒΑΡΗ

Παράρτημα ΙΙΙ

Πώς θα συμπληρώσετε το διάγραμμα ούρησης

Αυτός ο πίνακας θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε γιατί έχετε δυσκολία να «κρατήσετε» τα ούρα σας ή γιατί πηγαίνετε πολύ συχνά στην τουαλέτα.

Συμπληρώστε αυτόν τον πίνακα για δύο ημέρες.

Η πρώτη μέρα αρχίζει τη στιγμή που ξυπνάτε και σηκώνεστε από το κρεβάτι για να ξεκινήσετε τις δραστηριότητές σας. Αν νιώσετε πως μία από αυτές τις ημέρες δεν ήταν αντιπροσωπευτική των συνηθειών σας, μπορείτε να συμπληρώσετε το διάγραμμα και τρίτη ημέρα.

Για να μας δώσετε μία ακριβή εικόνα των συμπτωμάτων σας, θα πρέπει στο φύλλο του διαγράμματος να σημειώνετε την ποσότητα των υγρών που πίνετε και 4 πράγματα κάθε φορά που πηγαίνετε στην τουαλέτα ή χάνετε ούρα:

- Την ώρα (π.χ. 10:30 π.μ.)
- Την ποσότητα των ούρων
- Αν χάσατε κάποια ούρα και περίπου την ποσότητα αυτών
- Αν κάτι ιδιαίτερο προκάλεσε την απώλεια ούρων (π.χ βήχας, γέλιο, ξαφνική και έντονη επιθυμία για ούρηση κ.λπ.)

Ευχαριστούμε για τη βοήθεια!

Παράρτημα IV

Οδηγίες για τη δοκιμασία πάνας 24 ωρών

Αυτή η δοκιμασία θα μας βοηθήσει να μετρήσουμε τον ακριβή όγκο των ούρων που χάνετε σε διάστημα 24 ωρών.

Συμπληρώστε τον πίνακα που σας δόθηκε για μία ημέρα.

Θα αρχίσετε τη συμπλήρωση του πίνακα το πρωί που θα σηκωθείτε απ' το κρεβάτι σας και θα σταματήσετε την ίδια ώρα το επόμενο πρωί.

Πριν φορέσετε την πάνα, τη ζυγίζετε και γράφετε το βάρος της στον πίνακα, κάτω από την ένδειξη "*πριν τη χρήση*". Όταν βγάλετε την πάνα, την ξαναζυγίζετε και γράφετε το βάρος της κάτω από την ένδειξη "*μετά τη χρήση*".

Είναι σημαντικό να ζήσετε αυτή την ημέρα όπως κάθε άλλη και να μην αποφεύγετε συνηθισμένες δραστηριότητες επειδή πιστεύετε ότι σας κάνουν να χάνετε ούρα. Έτσι, θα μας δώσετε πολύτιμες πληροφορίες για το πρόβλημά σας.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία

ΦΥΛΛΟ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΠΑΝΑΣ 24 ΩΡΩΝ

Όνομα

24/ωρο καταγραφής: Από/..... Ωρα έως/..... Ωρα

Βάρος πανών (γρ.)

	Πριν τη χρήση	Μετά τη χρήση	Αύξηση βάρους (συμπληρώνεται από τον υγειονομικό)
1^η πάνα			
2^η			
3^η			
4^η			
5^η			
6^η			
7^η			
8^η			
9^η			
10^η			
11^η			
12^η			
Συνολική αύξηση βάρους (γρ.)			

Παράρτημα V

Επανεκπαίδευση κύστεως

Φύλλο οδηγιών για τους ασθενείς

Η εκπαίδευση κύστεως έχει ως στόχο να αυξήσει την ποσότητα των ούρων που μπορεί να κρατήσει η κύστη σας και να μειώσει τις φορές που πηγαίνετε στην τουαλέτα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μπορεί ακόμα να μειώσει την έντονη επιθυμία για ούρηση και τις φορές που χάνετε ούρα.

Οδηγίες

- Αδειάστε τη κύστη σας το πρωί, μόλις σηκωθείτε απ' το κρεβάτι.
- Πηγαίνετε στην τουαλέτα μόνο τις συγκεκριμένες ώρες που έχουν ορισθεί, ακόμη και αν δεν έχετε επιθυμία για ούρηση. Το πρόγραμμα αυτό θα το ακολουθείτε απ' το πρωί που ξυπνάτε έως το βράδυ που πηγαίνετε για ύπνο. Κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου πηγαίνετε στην τουαλέτα όταν εσείς το θεωρείτε απαραίτητο.
- Αν η επιθυμία για ούρηση εμφανιστεί πριν την ώρα που πρέπει να πάτε στην τουαλέτα, σταματήστε ό,τι κάνετε, χαλαρώστε παίρνοντας αργές και βαθιές ανάσες, και σφίξτε τους μυς του πυελικού εδάφους πολλές φορές και γρήγορα χωρίς να τους αφήνετε να χαλαρώσουν τελείως. Αυτή η τεχνική θα σας βοηθήσει να μειώσετε την επιθυμία για ούρηση και να κρατήσετε τα ούρα σας. Αν, παρ' όλα αυτά, η επιθυμία για ούρηση δεν υποχωρεί, πηγαίνετε στην τουαλέτα, ουρήστε και μετά συνεχίστε το πρόγραμμα. Όταν ακολουθείτε το πρόγραμμα με επιτυχία, θα αυξάνουμε τα διαστήματα μεταξύ των ουρήσεων κατά 15 λεπτά κάθε εβδομάδα. Επιτυχία του προγράμματος θεωρείται να μπορείτε να πηγαίνετε κάθε 3-4 ώρες στην τουαλέτα, χωρίς να χάνετε ούρα.
- Θα έχετε «καλές» και «κακές» μέρες. Όσο ακολουθείτε το πρόγραμμα, οι «καλές» μέρες θα αυξάνονται. Η συστηματική εφαρμογή των ασκήσεων των

μυών του πυελικού εδάφους θα σας βοηθήσει πολύ και θα χρειαστούν περίπου 6-12 εβδομάδες για να πετύχετε το στόχο σας.

- Είναι πολύ σημαντικό να κρατάτε ένα ημερολόγιο κατά τη διάρκεια της προσπάθειάς σας αυτής, ώστε να μπορούμε να βλέπουμε την πρόοδό σας.

Καλή επιτυχία!

University of California, San Francisco, Women's Continence Center

www.ucsf.edu/wcc/print_bladdertraining.html Δημοσιεύεται μετά από άδεια

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΥΓΡΩΝ

1. Αν είστε παχύσαρκη, προσπαθήστε να χάσετε βάρος.
2. Η υπερβολική κατανάλωση, όπως και η υπερβολική μείωση των πόσιμων υγρών δεν βοηθούν στην αντιμετώπιση της ακράτειας και μπορεί να δημιουργήσουν περισσότερα προβλήματα. Πίνετε 6-8 ποτήρια νερό την ημέρα. Αν έχετε προβλήματα με την κύστη σας κατά τη διάρκεια της νύχτας, μπορείτε να ελαχιστοποιήσετε τα υγρά που πίνετε το βράδυ.
3. Ελαχιστοποιήστε ή μειώστε τις τροφές ή τα υγρά που ερεθίζουν την κύστη και έχουν διουρητική δράση (καφές, τσάι, κόκα-κόλα, αλκοόλ, σοκολάτα). Αν έχετε προβλήματα με την κύστη σας κατά τη διάρκεια της νύχτας, αποφύγετε την κατανάλωση των παραπάνω τροφών και υγρών το βράδυ.
4. Η νικοτίνη ερεθίζει την ουροδόχο κύστη και μπορεί να επιδεινώσει την ακράτεια. Ο χρόνιος βήχας απ' το κάπνισμα χειροτερεύει την κατάσταση. Διακόψτε ή μειώστε το κάπνισμα.
5. Η δυσκοιλιότητα μπορεί να είναι επιβαρυντικός παράγοντας για την ακράτεια. Προσπαθήστε να κινείστε, να πηγαίνετε τακτικά στην τουαλέτα και να καταναλώνετε επαρκείς ποσότητες φυτικών ινών και υγρών.

Παράρτημα VI

Επανεκπαίδευση μυών πυελικού εδάφους

Οδηγίες για τις γυναίκες με ακράτεια ούρων

Εκπαίδευση μυών πυελικού εδάφους

Γυμνάζοντας τους μυς του πυελικού εδάφους για 5 λεπτά 3 φορές την ημέρα μπορείτε να επιτύχετε μεγάλη διαφορά στον έλεγχο της κύστης σας.

Οδηγίες

✓ ***Βρείτε τους σωστούς μυς***

Φανταστείτε ότι την ώρα που ουρείτε προσπαθείτε να σταματήσετε τα ούρα να βγουν έξω. Οι μυς που σφίγγετε, τότε, είναι οι σωστοί μυς που πρέπει να γυμνάσετε.

✓ ***Μην σφίγγετε άλλους μυς ταυτόχρονα***

Μη σφίγγετε την κοιλιά σας, τους γλουτούς ή τα πόδια σας.

✓ ***Μην κρατάτε την αναπνοή σας***

Αναπνέετε κανονικά κατά τη διάρκεια των ασκήσεων.

✓ **Επαναλαμβάνετε τις ασκήσεις 3 φορές την ημέρα**

✓ **Προλάβετε τα «ατυχήματα»**

Αν χάνετε ούρα με κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα, τότε μάθετε να σφίγγετε τους μυς του πυελικού εδάφους ακριβώς πριν από αυτή. Π.χ. πριν να φταρνιστείτε, να γελάσετε ή να σηκώσετε βάρος, «σφίξτε» τους μυς του πυελικού εδάφους και κρατήστε το «σφίξιμο» μέχρι το τέλος της δραστηριότητας.

Αν νιώσετε ξαφνική επιθυμία για ούρηση, σταματήστε ό,τι κάνετε, χαλαρώστε παίρνοντας αργές και βαθιές ανάσες και σφίξτε τους μυς του πυελικού εδάφους δυνατά πολλές φορές και γρήγορα, χωρίς να τους αφήνετε να χαλαρώσουν τελείως. Αφού καταλάβετε ότι έχει μειωθεί η επιθυμία για ούρηση, πηγαίνατε στην τουαλέτα κάνοντας ταυτόχρονα τις ασκήσεις Αυτή η τεχνική θα σας βοηθήσει να μειώσετε την επιθυμία για ούρηση και να κρατήσετε τα ούρα σας.

Σιγά-σιγά θα μειώσετε τα ατυχήματα.

✓ **Να έχετε υπομονή**

Μην παραιτείστε. Είναι μόνο 5 λεπτά 3 φορές την ημέρα. Θα νιώσετε διαφορά στον έλεγχο της ούρησής σας μετά από 10-12 εβδομάδες.

✓ **Κάνετε τις ασκήσεις σε 3 θέσεις**

Το πρωί κάνετε τις ασκήσεις ξαπλωμένη και στη συνέχεια σε όρθια και καθιστή θέση.

Χρησιμοποιώντας και τις 3 θέσεις κάνετε τους μυς σας δυνατότερους.

Ξαπλωμένη κάτω με την πλάτη ίσια ή με ένα μαξιλάρι στο κεφάλι, τα γόνατα αρχικά τεντωμένα και μετά λυγισμένα και τα πόδια ελαφρώς χωριστά. Αν θέλετε, βάζετε και ένα μαξιλάρι κάτω από τα γόνατά σας.

Όρθια δίπλα σε μία καρέκλα ή έναν πάγκο, με τα πόδια στο άνοιγμα των ώμων και τα γόνατα αρχικά τεντωμένα και μετά ελαφρώς λυγισμένα. Στηρίζετε με το ένα χέρι σε μία καρέκλα ή σε ένα πάγκο.

Καθιστή σε ένα σταθερό κάθισμα με την πλάτη αρχικά ίσια και μετά ελαφρώς σκυμμένη εμπρός, τα χέρια να ακουμπούν στους μηρούς, τα γόνατα ελαφρώς χωριστά και τα πέλματα να ακουμπούν το πάτωμα.

Στην αρχή ίσως να μην μπορείτε να κρατήσετε τη σύσπαση για αρκετά δευτερόλεπτα. Κρατήστε την όσο μπορείτε και προσπαθήστε, όσο περνούν οι μέρες, να φτάσετε το στόχο που σας ζητείται.

Είναι πολύ σημαντικό μετά από κάθε σύσπαση να χαλαρώνετε για 10 δευτερόλεπτα, πριν προχωρήσετε στην επόμενη.

Καλή επιτυχία!

<http://www.seekwellness.com/incontinence/treatments3.htm#kegel>

<http://www.universityobgyn.com/kegal.htm>

Δημοσιεύεται μετά από άδεια

1^η εβδομάδα

***Πρωί: ξαπλωμένη
Μεσημέρι: όρθια
Βράδυ: καθιστή***

Ενδυνάμωση

Σφίξτε τους μυς του πυελικού εδάφους όσο πιο δυνατά μπορείτε και μένοντας σε αυτή τη θέση μετρήστε μέχρι το 10 (10 δευτερόλεπτα).
Χαλαρώστε τους μυς σας για 10 δευτερόλεπτα.
Επαναλάβετε 12 φορές.

2^η εβδομάδα

Πρωί: ξαπλωμένη

Μεσημέρι: όρθια

Βράδυ: καθιστή

Ενδυνάμωση

Σφίξτε τους μυς του πυελικού εδάφους όσο πιο δυνατά μπορείτε και μένοντας σε αυτή τη θέση μετρήστε μέχρι το 10 (10 δευτερόλεπτα).

Χαλαρώστε τους μυς σας για 10 δευτερόλεπτα.

Επαναλάβετε 7 φορές.

Αντοχή

Σφίξτε μέτρια τους μυς του πυελικού εδάφους και μένοντας σε αυτή τη θέση μετρήστε μέχρι το 20 (20 δευτερόλεπτα).

Χαλαρώστε τους μυς σας για 10 δευτερόλεπτα.

Επαναλάβετε 5 φορές.

Επειδή οι μυς σας είναι αδύναμοι, αρχικά δεν θα μπορείτε με σαφήνεια να τους συσπάσετε με διαφορετική ένταση. Όσο όμως προχωρά η ενδυνάμωση, αυτό θα γίνεται δυνατό.

3^η - 4^η εβδομάδα

Πρωί: ξαπλωμένη

Μεσημέρι: όρθια

Βράδυ: καθιστή

Ενδυνάμωση

Σφίξτε τους μυς του πυελικού εδάφους όσο πιο δυνατά μπορείτε και μένοντας σε αυτή τη θέση μετρήστε μέχρι το 10 (10 δευτερόλεπτα).

Χαλαρώστε τους μυς σας για 10 δευτερόλεπτα.

Επαναλάβετε 6 φορές.

Αντοχή

Σφίξτε μέτρια τους μυς του πυελικού εδάφους και μένοντας σε αυτή τη θέση μετρήστε μέχρι το 20 (20 δευτερόλεπτα).

Χαλαρώστε τους μυς σας για 10 δευτερόλεπτα.

Επαναλάβετε 4 φορές.

Αντανακλαστικότητα

Κάντε 4 γρήγορες και δυνατές συσπάσεις. (Είναι σημαντικό να χαλαρώνετε εντελώς ανάμεσα στις συσπάσεις).

Χαλαρώστε.

Επαναλάβετε 10 φορές.

Πρωί
Ξαπλωμένη



Γόνατα τεντωμένα

Ενδυνάμωση X 3 φορές
Αντοχή X 2 φορές
Αντανακλαστικότητα X 5 φορές

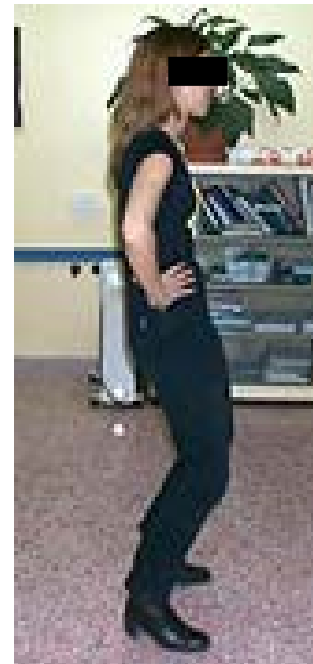


Γόνατα λυγισμένα

Ενδυνάμωση X 3 φορές
Αντοχή X 2 φορές
Αντανακλαστικότητα X 5 φορές



Απόγευμα
Όρθια



Γόνατα τεντωμένα

Ενδυνάμωση X 3 φορές
Αντοχή X 2 φορές
Αντανακλαστικότητα X 5 φορές

Γόνατα λυγισμένα

Ενδυνάμωση X 3 φορές
Αντοχή X 2 φορές
Αντανακλαστικότητα X 5 φορές

Βράδυ
Καθιστή



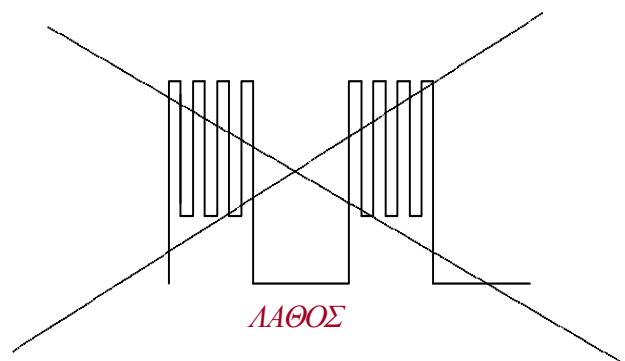
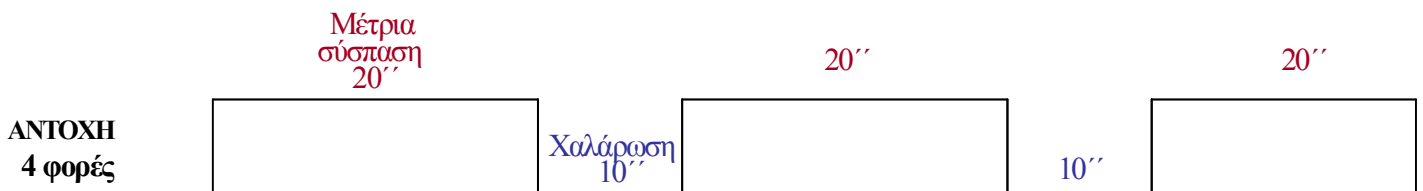
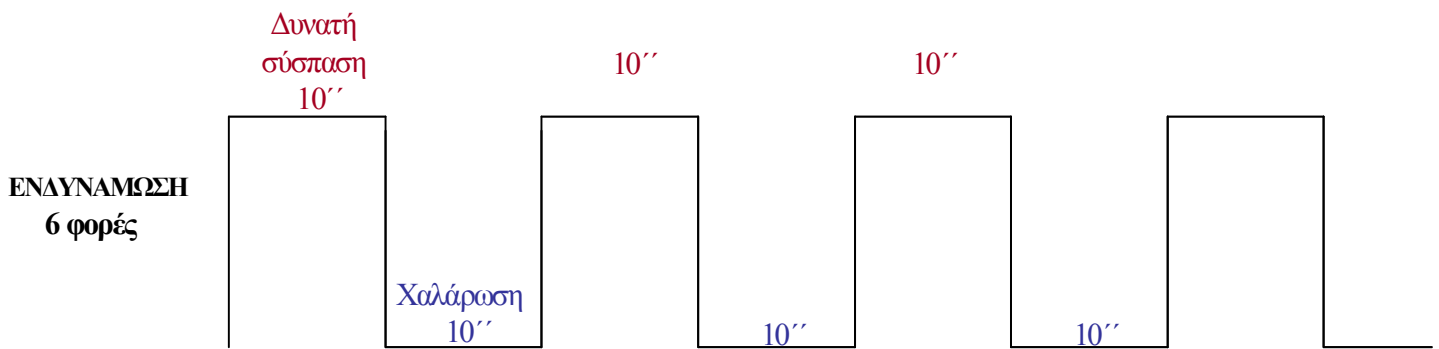
Πλάτη ίσια

Ενδυνάμωση X 3 φορές
Αντοχή X 2 φορές
Αντανακλαστικότητα X 5 φορές



Πλάτη σκουμμένη

Ενδυνάμωση X 3 φορές
Αντοχή X 2 φορές
Αντανακλαστικότητα X 5 φορές



Παράρτημα VII

Ακράτεια ούρων στις γυναίκες

Ενημερωτικό Φυλλάδιο

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η ακράτεια των ούρων είναι ένα πρόβλημα αρκετά συχνό. 27,5% των γυναικών των αγροτικών περιοχών της Κρήτης, αναφέρουν απώλεια ούρων χωρίς τη θέληση τους. Στις γυναίκες 35-75 ετών οι πιο συνηθισμένες μορφές ακράτειας είναι:

Ακράτεια από προσπάθεια

Η απώλεια ούρων εμφανίζεται κατά τη διάρκεια κάποιας προσπάθειας όπως το γέλιο, ο βήχας, το πτάρνισμα, ο χορός, η γυμναστική, το σήκωμα βάρους, το περπάτημα, η αλλαγή θέσης



Επιτακτική ακράτεια

Σε αυτή τη περίπτωση έχουμε ξαφνική και έντονη επιθυμία για ούρηση η οποία συνοδεύεται από απώλεια ούρων.

Μικτή ακράτεια

Η απώλεια των ούρων συμβαίνει με συνδυασμό συμπτωμάτων από τις δύο παραπάνω κατηγορίες.



Πηγή εικόνων: SCA. Hygiene Products
www.sca.com

Δημοσίευση μετά από άδεια

Τα ούρα μαζεύονται μέσα σε ένα μυ σαν μπαλόνι , που λέγεται **ουροδόχος κύστη**.

Από τη **κύστη** τα ούρα φεύγουν προς τα έξω, μέσω ενός σωλήνα που ονομάζεται **ουρήθρα**.

Οι **μυς του πυελικού εδάφους** στηρίζουν τη κύστη και την **ουρήθρα** και κρατούν την **ουρήθρα** κλειστή.

Με τα **νεύρα** στέλνονται σήματα από την **κύστη** στον εγκέφαλο και από τον εγκέφαλο στη **κύστη**. Όταν η **κύστη** είναι «μισογεμάτη» στέλνει το πρώτο σήμα στον εγκέφαλο ότι πρέπει να αδειάσει. Έτσι αν θέλουμε να ουρήσουμε οι **μυς του πυελικού εδάφους** ανοίγουν για να «απελευθερώσουν» τα ούρα, ενώ αν δεν θέλουμε, παραμένουν κλειστοί για να τα «κρατήσουν».

Όταν οι μυς αυτοί χαλαρώσουν, (π.χ. τοκετός, παχυσαρκία), η **κύστη** πέφτει χαμηλά και η **ουρήθρα** δεν κλείνει ερμητικά. Έτσι χάνετε ούρα σε στιγμές που δε θέλετε.

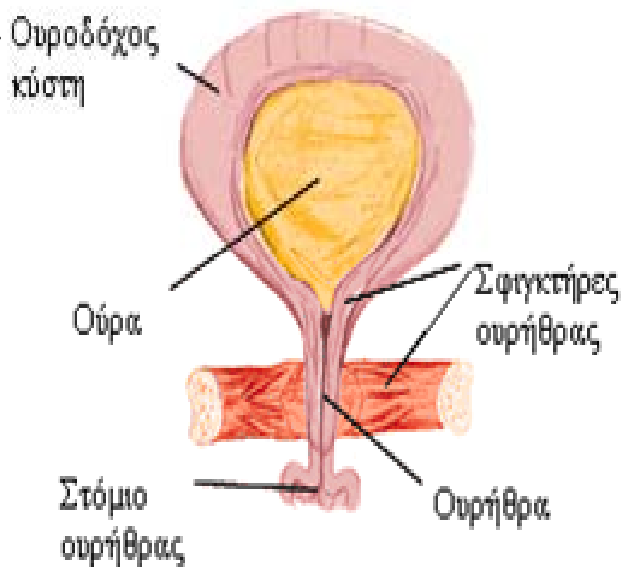


Ουροδόχος κύστη, ουρήθρα και μυς του πυελικού εδάφους

(Πηγή: National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. Δημοσίευση μετά από άδεια)

Με την επανεκπαίδευση ούρησης και μυών πυελικού εδάφους, μπορείτε να βελτιώσετε τον έλεγχο της ούρησης σας και να κάνετε τους μύς σας δυνατότερους και ικανούς να στηρίξουν τη κύστη και να κλείσουν ερμητικά την ουρήθρα σας.

Οι έρευνες δείχνουν πως το 50-80% από τις γυναίκες με ακράτεια, που εφάρμοσαν στο σπίτι τους την επανεκπαίδευση ούρησης και μυών πυελικού εδάφους, παρουσίασαν θεραπεία ή βελτίωση της απώλειας ούρων.



Ισχυρό πυελικό έδαφος κρατά ερμητικά κλειστή την ουρήθρα

(Πηγή: National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. Δημοσίευση μετά από άδεια)

Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών με ακράτεια αντιμετωπίζει συναισθήματα ντροπής και αμηχανίας και δεν ζητά βοήθεια από τις ιατρικές υπηρεσίες. Στο χώρο της υγείας δεν έχει θέση η προκατάληψη.



Συνεργαστείτε με τις υπηρεσίες υγείας της περιοχής σας για τη διάγνωση του τύπου και του βαθμού της απώλειας ούρων. Σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση για τη θεραπεία της ακράτειας.

Παράρτημα VIII

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΓΡΑΨΤΕ ΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ημερομηνία Μήνας Έτος

PARTICIPANT ID:

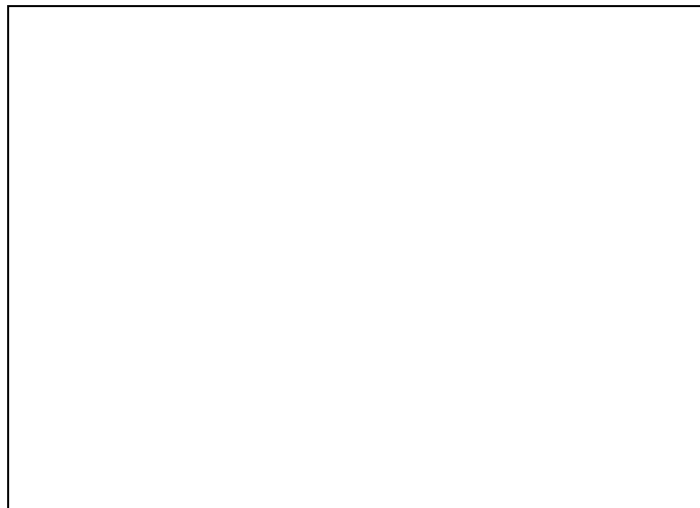
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΟ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΕΛΙΔΕΣ ΘΑ ΒΡΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ ΑΠΟ
ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ (ΔΙΑΦΥΓΗ ΟΥΡΩΝ ΟΤΑΝ ΕΞΕΙΣ ΔΕΝ
ΤΟ ΘΕΛΕΤΕ).

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΤΑΙΡΙΑΖΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΣΕ ΣΑΣ
ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΩΡΑ ΚΑΙ ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΑΣ.

ΑΝ ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΣΙΓΟΥΡΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΜΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ
ΔΩΣΤΕ ΤΗ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙΤΕ. **ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΩΣΤΕΣ Η
ΛΑΘΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ.**

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ.



Τα συναισθήματά σας

(Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησής σας)

1. Ανησυχώ μήπως δεν μπορέσω να φτάσω εγκαίρως στην τουαλέτα

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

2. Ανησυχώ για το βήχα ή το πτάρνισμα εξαιτίας των προβλημάτων ούρησης ή ακράτειάς μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

3. Πρέπει να προσέχω όταν πρόκειται να σηκωθώ όρθια από τη θέση που κάθομαι εξαιτίας των προβλημάτων που έχω με την ούρηση ή την ακράτειά μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

4. Ανησυχώ για το πού είναι οι τουαλέτες σε νέα μέρη.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

5. Αισθάνομαι θλιμμένη εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

(Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησής σας)

6. Εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου, δεν αισθάνομαι ελεύθερη να φύγω από το σπίτι μου για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

7. Αισθάνομαι εκμηδενισμένη επειδή τα προβλήματα της ούρησης ή της ακράτειάς μου με εμποδίζουν να κάνω αυτά που θέλω.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

8. Ανησυχώ μήπως οι άλλοι μυρίσουν ούρα πάνω μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

9. Τα προβλήματα της ούρησης ή της ακράτειάς μου είναι πάντα στο μυαλό μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

10. Είναι σημαντικό για μένα να κάνω συχνές επισκέψεις στην τουαλέτα.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

(Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησής σας)

11. Εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου, είναι σημαντικό να σχεδιάζω το κάθε τι προηγουμένως.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

12. Ανησυχώ ότι τα προβλήματα της ούρησης ή της ακράτειάς μου θα γίνουν χειρότερα όσο μεγαλώνω.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

13. Δυσκολεύομαι να έχω μια νύχτα καλού ύπνου εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

14. Ανησυχώ μήπως βρεθώ σε αμηχανία ή ντροπιαστώ εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

15. Τα προβλήματα της ούρησης ή της ακράτειάς μου με κάνουν να αισθάνομαι πως δεν είμαι ένα υγιές πρόσωπο.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

(Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησής σας)

16. Τα προβλήματα της ούρησης ή της ακράτειάς μου με κάνουν να αισθάνομαι ανήμπορη να βοηθήσω τον εαυτό μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

17. Ευχαριστιέμαι λιγότερο τη ζωή μου εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

18. Ανησυχώ για το ότι βρέχομαι από τα ούρα μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

19. Αισθάνομαι ότι δεν έχω έλεγχο πάνω στην κύστη μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

20. Πρέπει να προσέχω τι και πόσο πίνω εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου.

1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
2 ΑΡΚΕΤΑ
3 ΜΕΤΡΙΑ
4 ΛΙΓΟ
5 ΚΑΘΟΛΟΥ

(Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησής σας)

21. Τα προβλήματα της ούρησης ή της ακράτειας περιορίζουν τις επιλογές του ντυσίματός μου.

- 1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
- 2 ΑΡΚΕΤΑ
- 3 ΜΕΤΡΙΑ
- 4 ΛΙΓΟ
- 5 ΚΑΘΟΛΟΥ

22. Ανησυχώ για τη σεξουαλική επαφή εξαιτίας των προβλημάτων της ούρησης ή της ακράτειάς μου.

- 1 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ
- 2 ΑΡΚΕΤΑ
- 3 ΜΕΤΡΙΑ
- 4 ΛΙΓΟ
- 5 ΚΑΘΟΛΟΥ

Παράρτημα ΙΧ