



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Τίτλος: Αξιολόγηση εκπαιδευτικής ταινίας για την ακράτεια ούρων
σε ασθενείς και υγιείς**

Πέτρος Κ. Γεωργόπουλος
Ιατρός, Ειδικευόμενος Β' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Βασίλειος Τζώρτζης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Απόστολος Αποστολίδης, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας-Νευροουρολογίας ΑΠΘ
Δημήτριος Χατζηχρήστου, Καθηγητής Ουρολογίας –Ανδρολογίας ΑΠΘ

Λάρισα, 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Title: Evaluation of audiovisual educational material on urinary incontinence in incontinent and healthy subjects

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Περίληψη | 4 |
| Abstract | 5 |
| Γενικό Μέρος | 6 |
| Εισαγωγή | 6 |
| Ορισμός της ακράτειας ούρων και οι διάφοροι τύποι | 6 |
| Επιδημιολογία ακράτειας ούρων | 7 |
| Επιπολασμός της ακράτειας ούρων | 7 |
| Παράγοντες κινδύνου | 9 |
| Επιδημιολογία της ακράτειας ούρων στον ελληνικό πληθυσμό | 13 |
| Ακράτεια ούρων και ποιότητα ζωής | 13 |
| Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ακράτειας ούρων | 13 |
| Οικονομικές επιπτώσεις της ακράτειας ούρων | 14 |
| Αναζήτηση φροντίδας υγείας ασθενών με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα | 19 |
| Αναζήτηση φροντίδας υγείας: Γενικές αρχές | 19 |
| Αναζήτηση φροντίδας υγείας από ασθενείς με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό | 20 |
| Χρήση εκπαιδευτικών μέσων για την ενημέρωση ασθενών με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα | 22 |
| Ειδικό Μέρος | 24 |
| Σκοπός | 24 |
| Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος | 25 |
| Τόπος διεξαγωγής και πληθυσμός μελέτης | 25 |
| Επιλογή ερωτηματολογίων μελέτης | 25 |
| Εκπαιδευτική ταινία | 27 |
| Τρόπος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου | 28 |
| Ανάλυση αποτελεσμάτων | 28 |
| Μέγεθος δείγματος | 29 |
| Αποτελέσματα | 29 |
| Συζήτηση | 37 |
| Συμπεράσματα | 40 |
| Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο | 41 |

Περίληψη

Τίτλος: Αξιολόγηση εκπαιδευτικής ταινίας για την ακράτεια ούρων σε ασθενείς και υγιείς

Σκοπός: Η αξιολόγηση ενημερωτικής ταινίας σχετικής με την ακράτεια των ούρων σε υγιείς και ασθενείς καθώς και της ικανοποίησης αυτών από την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας.

Μέθοδος: Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν ενήλικες που ενδιαφέρονταν να ενημερωθούν για την ακράτεια ούρων. Ως εργαλείο αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο μέσω του οποίου αξιολογήθηκε η ακράτεια ούρων, τα συμπτώματα ούρησης των ασθενών, η ενημερωτική ταινία και η παρεχόμενη υπηρεσία. Η άντληση των ατόμων έγινε με δύο τρόπους, μέσω διαδικτυακών ερωτηματολογίων μετά την παρακολούθηση της ταινίας στην ιστοσελίδα του Ινστιτούτου Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων (ΙΜΟΠ) του ΑΠΘ (www.imop.gr) και μέσω εκδήλωσης με θέμα την ενημέρωση για την ακράτεια ούρων.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν 171, γυναίκες 132 (77,2%) και άνδρες 39 (22,8%). Ο μέσος όρος της ηλικίας ανερχόταν στα 55,88 χρόνια. Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ταινίας ήταν $29,72 \pm 3,397$ (μέγιστο 35). Δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην συνολική αξιολόγηση τη ταινίας μεταξύ εγκρατών και ακρατών όπως και μεταξύ των δύο φύλων. Στις επιμέρους παραμέτρους, οι ασθενείς βαθμολόγησαν την ταινία ως λιγότερο ενημερωτική σε σχέση με τους υγιείς ($p=0,01$), ενώ τα άτομα που είχαν συμπληρώσει έως και 6 χρόνια εκπαίδευσης αξιολόγησαν χαμηλότερα την ευκολία θέασης (4,12 έναντι 4,42) και ακρόασης (4,02 έναντι 4,41) της ταινίας και βαθμολόγησαν την ταινία ως λιγότερο κατανοητή, σε σχέση με αυτούς με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης. Από την ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούσαν την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη υπηρεσία προκύπτει πως ο μέσος όρος της βαθμολογίας ήταν $27,82 \pm 3,08$ (μέγιστο 32).

Συμπεράσματα: Το οπτικοακουστικό αυτό μέσο φαίνεται να αποτελεί κατάλληλο εκπαιδευτικό εργαλείο για την ενημέρωση ασθενών και υγείων, ανεξαρτήτως φύλου. Ωστόσο, μέσω των αποτελεσμάτων υποδηλώνεται η αναγκαιότητα μερικής απλούστευσης του μέσου, με στόχο την πλήρη κατανόησή του από άτομα κάθε μορφωτικού επιπέδου και ηλικίας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην δημιουργία στρατηγικών ενημέρωσης για θέματα που αφορούν την ακράτεια ούρων.

Λέξεις κλειδιά: οπτικοακουστικό μέσο, αξιολόγηση, ακράτεια ούρων, εκπαιδευτική ταινία

Abstract

Title: Evaluation of audiovisual educational material on urinary incontinence in incontinent and healthy subjects

Objective: Evaluation of audiovisual material on urinary incontinence in incontinent and healthy subjects and assessment of subject's satisfaction with health service.

Materials and method: The study population comprised adults who responded to an urinary incontinence awareness invitation either via the web or via public geriatric health services. The study tool included the ICIQ-UI short form questionnaire to identify and evaluate the urinary incontinence symptoms, the IPSS questionnaire to assess the lower urinary tract symptoms and questionnaires to assess the audiovisual material and the overall satisfaction of the subjects. Participants watched the video and completed the study questionnaires either through the website of the Institute for the Study of Urological Diseases (www.imop.gr), or following an awareness event about the urinary incontinence organised by a public service for senior citizens.

Results: Of the 171 participants, 132 were women (77.2%) and 39 men (22.8%). The mean age was 55.88 years. The total score of the material evaluating questionnaire was 29.72 ± 3.397 (max 35). There was no statistically significant difference between incontinent and healthy subjects, as well between men and women. Concerning the separate domains of the questionnaire, incontinent subjects evaluated the material as less informative than the healthy subjects ($p=0.01$), and participants with ≤ 6 years of education rated lower the ability to watch and listen to the video than those with ≥ 6 years of education. The mean satisfaction of the participants from the overall service they received was 27.82 ± 3.08 (max 32)

Conclusion: The audiovisual material of the study seems to be an appropriate educational video to inform incontinent and healthy subjects, men and women, about urinary incontinence. However, this educational material needs adjustment aiming to become more appealing to individuals with lower level of education and older age. The results of the study are potentially useful for urinary incontinence awareness strategies.

Key words: urinary incontinence, audiovisual material, evaluation, educational material

Γενικό Μέρος

Εισαγωγή

Η ακράτεια ούρων αποτελεί συχνό πρόβλημα που αφορά όλες τις ηλικίες, όλους τους πολιτισμούς και τις φυλές¹. Αφορά περισσότερο τις γυναίκες, δεν αποτελεί απειλητική για την ζωή κατάσταση αλλά επηρεάζει ψυχολογικά, φυσικά, κοινωνικά και οικονομικά τόσο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον, επιβαρύνοντας σημαντικά τις ιατρικές και τις κοινωνικές υπηρεσίες².

Ορισμός της ακράτειας ούρων και οι διάφοροι τύποι

Σύμφωνα με την Διεθνή Κοινότητα Εγκράτειας, ακράτεια ούρων ορίζεται οποιαδήποτε ακούσια αποβολή ούρων και αποτελεί τόσο πρόβλημα υγιεινής του πάσχοντος όσο και κοινωνικό^{3,4}. Σε κάθε περίπτωση ακράτειας ούρων σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συχνότητα της απώλειας, η σοβαρότητα, οι προδιαθεσικοί παράγοντες, ο κοινωνικός αντίκτυπος, η επίδραση στην υγιεινή και ποιότητα ζωής του ασθενούς, τα μέτρα που χρησιμοποιεί για την διαφυγή αυτή, και το εάν αναζητεί βοήθεια για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

Ακράτεια από προσπάθεια: είναι η ακούσια αποβολή ούρων κατά την άσκηση, τον βήχα ή το φτέρνισμα καθώς και σε οποιαδήποτε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, χωρίς συνοδό επιθυμία ούρησης ή σύσπασης του εξωστήρα μυ της κύστης.

Ακράτεια επιτακτικού τύπου: είναι η ακούσια απώλεια ούρων που συνοδεύεται από επιτακτική ανάγκη για ούρηση. Μπορεί να εμφανιστεί με διαφορετικές μορφές συμπτωμάτων από μικρή απώλεια μεταξύ των ουρήσεων έως πλήρη διαφυγή ούρων και κένωση της κύστης. Ασθενείς αναφέρουν επίταση των συμπτωμάτων στο κρύο, στη θέση τρεχούμενου νερού ή κατά την προσπάθεια ξεκλειδώματος της εξώπορτας (latch key incontinence).

Ακράτεια μικτού τύπου: είναι η ακούσια αποβολή ούρων συνοδευόμενη από επιτακτικότητα όπως επίσης και κατά την άσκηση, το βήχα ή το φτέρνισμα. Δηλαδή, συνυπάρχουν οι δύο προαναφερθέντες τύποι ακράτειας.

Συνεχής ακράτεια είναι η συνεχή διαφυγή ούρων.

Ακράτεια από υπερπλήρωση συμβαίνει στην περίπτωση διαφυγής ούρων λόγω υπερπλήρωσης της ουροδόχου κύστης. Μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις νευρολογικών παθήσεων, άτονης κύστης λόγω αναισθησίας, χρήση οπιοειδών ή υποκυστικού κωλύματος⁵.

Επιδημιολογία ακράτειας ούρων

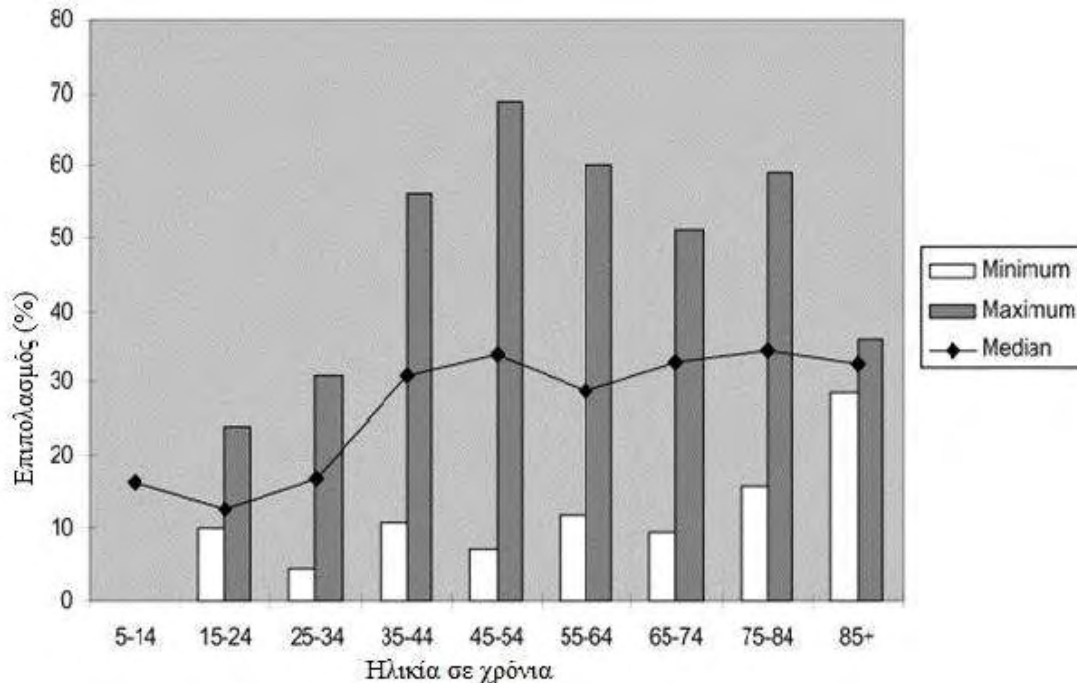
Επιπολασμός της ακράτειας ούρων

Η ακράτεια ούρων αποτελεί συχνή κατάσταση, ωστόσο ο επιπολασμός της νόσου ποικίλει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων μελετών. Μια ανασκόπηση 35 μελετών (μία από Βόρεια Αμερική, 8 από Ασία, 13 από Ευρώπη, μία από Αφρική και 3 από Αυστραλία) έδειξε πως ο μέσος όρος του επιπολασμού της ακράτειας ούρων, συμπεριλαμβανομένων όλων των τύπων και οποιασδήποτε βαρύτητας, είναι 27,6% στις γυναίκες και κυμαίνεται από 4,8% έως 58,4%, και 10,5% στους άνδρες (εύρος 1%-34,1%)¹. Το μεγάλο εύρος αυτό των τιμών παρατηρείται εξαιτίας των δειγμάτων που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε μελέτη και των διαφορετικών τρόπων αξιολόγησης της ακράτειας. Ενώ κάποιες μελέτες χρησιμοποίησαν ως κριτήριο ένταξης την απώλεια ούρων μια φορά εβδομαδιαίως ή συχνότερα, άλλες συμπεριέλαβαν ασθενείς που βίωσαν έστω και μια φορά ακράτεια ούρων⁶. Ο επίσημος ορισμός της ακράτειας, ως οποιαδήποτε απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ασθενών, δυσχεραίνοντας την ανάλυση αποτελεσμάτων μεγάλων επιδημιολογικών μελετών³.

Δεν υπάρχει ισχυρή ένδειξη διαφορετικού επιπολασμού μεταξύ των Δυτικών χωρών. Η σύγκριση δεδομένων διαφορετικών χωρών παρουσίασε δυσκολία εξαιτίας διαφορών στην γλώσσα, την κουλτούρα, των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν αλλά και σημαντικών κοινωνικών διαφορών. Οι Hunskaar *et al* εκτίμησαν τον επιπολασμό της ακράτειας ούρων σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Ην. Βασίλειο, Γερμανία και Ισπανία), σε δείγμα 17.080 γυναικών με μέσο όρο ηλικίας 46,3 έτη (18-99ετών) διαπιστώνοντας ότι το 35% περίπου των γυναικών υποφέρει από την πάθηση. Τα ποσοστά μεταξύ των χωρών Γαλλίας, Γερμανίας και Ην. Βασιλείου δεν διέφεραν σημαντικά (41%-44%) με εξαίρεση την Ισπανία (23%). Το χαμηλό αυτό ποσοστό πιθανολογήθηκε ότι οφείλεται στην διαφορετική κουλτούρα των γυναικών της Ισπανίας, που αποκρύπτουν το πρόβλημα λόγω ντροπής και πεποίθησης πως η ακράτεια είναι αναπόφευκτη με την πρόοδο της ηλικίας⁷, χωρίς όμως να υποστηρίζεται από ερευνητικά δεδομένα. Μια άλλη μελέτη στον Νορβηγικό πληθυσμό έδειξε πως 25% ανέφεραν ακράτεια και το 7% σημαντικό βαθμό⁸. Τέλος οι Kinchen *et al.* σε μελέτη στον αμερικάνικο πληθυσμό διαπίστωσαν πως το ποσοστό ακράτειας ανερχόταν στο 37% των γυναικών, τιμή λίγο μικρότερη των χωρών της Ευρώπης⁹.

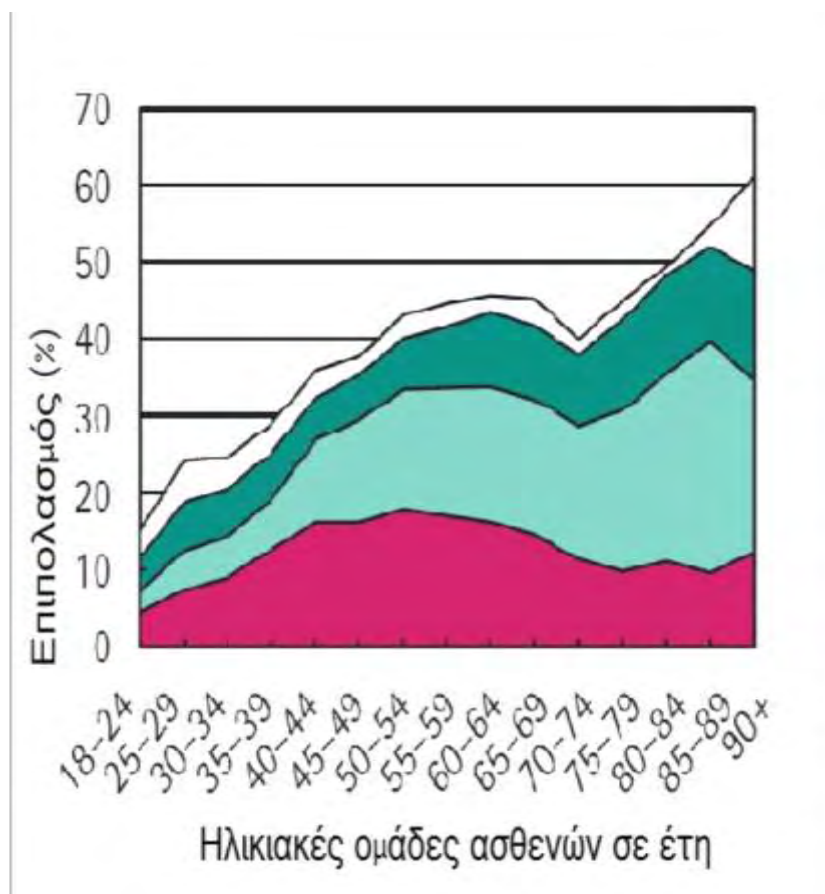
Ο επιπολασμός οποιασδήποτε μορφής ακράτειας ούρων αυξάνει προοδευτικά από την 2^η δεκαετία της ζωής των ασθενών έως και την 8^η, παρουσιάζοντας δύο εξάρσεις, μία την 5^η δεκαετία (33%) και μια άλλη την 8^η δεκαετία της ζωής (34%) **(Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.Εικόνα 1)**¹. Στις ηλικίες μεταξύ 50-79 ετών, παρατηρείται σταθεροποίηση του ποσοστού και

μια μικρή μείωση στις ηλικίες 70 – 74 ετών. Η αιτία αυτής της μείωσης δεν έχει ξεκαθαριστεί και ίσως είναι συνδεδεμένη με ορμονικούς παράγοντες και μείωση της φυσικής δραστηριότητας στις ηλικίες αυτές⁷.



Εικόνα 1. Επιπολασμός ακράτειας ούρων σε σχέση με την ηλικία⁷

Η σχέση ηλικίας και τύπου ακράτειας φαίνεται στην Εικόνα 2. Ο συχνότερος τύπος μεταξύ όλων των γυναικών είναι η ακράτεια από προσπάθεια. Μια μετα-ανάλυση των Hampel et al., που περιελάμβανε 48 μελέτες έδειξε πως το ποσοστό της ακράτειας από προσπάθεια ανέρχεται στο 49% των γυναικών με ακράτεια, καθώς το 29% και 22% ανέφεραν ακράτεια μικτού τύπου και επιτακτικού τύπου, αντίστοιχα¹⁰. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψιν ουροδυναμικές μελέτες, η ακράτεια από προσπάθεια υποεκτιμάται στις έρευνες που πραγματοποιούνται με την βοήθεια αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, ενώ η μικτού τύπου ακράτεια υπερεκτιμάται. Οι Sandvik et al. βρήκαν ότι χρησιμοποιώντας ουροδυναμική εκτίμηση της ακράτειας, το σχετικό ποσοστό της ακράτειας από προσπάθεια αυξήθηκε από 51% σε 77%, ενώ η αντίστοιχη μεταβολή για την μικτού τύπου ακράτεια ήταν από 39% στο 11%¹¹. Η ακράτεια προσπαθείας συμβαίνει κυρίως σε γυναίκες νεαρής και μέσης ηλικίας με τα μεγαλύτερα ποσοστά την 5^η δεκαετία της ζωής, καθώς μειώνεται σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας^{7,9,12}. Εμφανής είναι η μείωση στην 6^η δεκαετία. Η αιτία αυτής της μεταβολής δεν είναι γνωστή¹³. Αντίθετα, η ακράτεια μικτού τύπου φαίνεται συχνότερη σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας.



Εικόνα 2. Τύπος ακράτειας ούρων σε σχέση με την ηλικία (κοκκινο-τύπου προσπαθείας, ανοιχτό πράσινο - μικτού τύπου, πράσινο - επιτακτικού τύπου, άσπρο - άλλου τύπου)⁷.

Παράγοντες κινδύνου

1. Ηλικία

Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει θετική συσχέτιση ηλικίας και ακράτειας ούρων. Με την αύξηση της ηλικίας παρατηρούνται μεταβολές τόσο στο τοίχωμα της κύστης όσο και στις δομές της πυέλου, χωρίς αυτό να ενισχύει το γεγονός ότι η ακράτεια είναι αναπόφευκτη με την ηλικία¹⁴. Νοσήματα συχνά σε μεγάλες ηλικίες όπως σακχαρώδης διαβήτης, άνοια, κινητικές δυσκολίες, μπορούν να επηρεάσουν τους μηχανισμούς εγκράτειας. Σε γυναίκες νεαρής και μέσης ηλικίας συχνότερος τύπος ακράτειας εμφανίζεται η ακράτεια προσπαθείας, ενώ η επιτακτική ακράτεια και η ακράτεια μικτού τύπου παρουσιάζει άνοδο μετά την ηλικία των 50⁸.

2. Εγκυμοσύνη και αριθμός τοκετών

Ακράτεια ούρων αναφέρεται συχνά από γυναίκες κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης και κυρίως κατά το 3ο τρίμηνο της κύησης, αλλά τις περισσότερες φορές αυτοπεριορίζεται και υφίεται μετά τον τοκετό. Για κάποιες γυναίκες η ακράτεια παραμένει και καθίσταται ως χρόνια^{15,16,17}. Η πλειοψηφία των μελετών αποδεικνύει συσχέτιση ακράτειας και βαθμού τοκετών. Κάποιες εξ αυτών αναφέρουν τον πρώτο τοκετό ως μοναδική επίδραση στην μετέπειτα ακράτεια ούρων, με τους επόμενους τοκετούς να συνεισφέρουν λίγο έως καθόλου σε αυτήν την κατάσταση. Ενώ άλλες φανερώνουν αύξηση του κινδύνου ακράτειας αναλογικά με την αύξηση του αριθμού τοκετών¹⁸. Η επίδραση της διαδικασίας του τοκετού ως παράγοντα κινδύνου για την ακράτεια ούρων είναι δύσκολο να διαχωριστεί από την επίδραση της εγκυμοσύνης ως συμπαράγοντα. Πιθανοί μηχανισμοί με τους οποίους ο φυσιολογικός τοκετός μπορεί να οδηγήσει σε ακράτεια είναι ο τραυματισμός του αιδοϊκού νεύρου και η καταστροφή μέρους του συνδετικού ιστού του πυελικού εδάφους εξαιτίας της αυξημένης τάσης κατά την διάρκεια του τοκετού¹⁹. Μια προσέγγιση του θέματος είναι η σύγκριση γυναικών με ακράτεια που υπέστησαν καισαρική και αυτών με φυσιολογικό τοκετό. Αυξημένο ποσοστό ακράτειας παρατηρήθηκε στην ομάδα του φυσιολογικού τοκετού, κυρίως της ακράτειας από προσπάθεια, στις περισσότερες από τις μελέτες¹⁸. Ωστόσο η μελέτη των Borello-France et al. έδειξε πως η καισαρική δεν προστατεύει τις ασθενείς από τις παθήσεις του πυελικού εδάφους²⁰.

3. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αποτελεί αποδεδειγμένο παράγοντα πρόκλησης ή επιδείνωσης της ακράτειας ούρων. Πιστεύεται πως η αύξηση βάρους, αυξάνει την τάση των διαφόρων ιστών της πύελου χρονίως, προκαλώντας εξασθένηση του τόνου των μυών, διαταραχές των νεύρων του πυελικού εδάφους οδηγώντας σε ακράτεια¹⁸. Κάποιες έρευνες βρήκαν πως η κεντρική παχυσαρκία (Body Mass Index, BMI), σχετίζεται ισχυρά με την ακράτεια ούρων. Ενώ το γεγονός ότι η παχυσαρκία αυτή συνδέεται και με την ακράτεια επιτακτικού τύπου, δημιουργείται η σκέψη ότι στον μηχανισμό της ακράτειας ίσως πρέπει να αναζητηθούν και άλλοι παθοφυσιολογικοί δρόμοι^{21,18}.

4. Ορμόνες

Τα οιστρογόνα φαίνεται να επηρεάζουν το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα επιδρώντας στον αριθμό και την ευαισθησία των α-αδρενεργικών υποδοχέων. Δρουν τροφοδοτώντας την ανάπτυξη του βλεννογόνου της ουρήθρας, του υποβλεννογόνιου χιτώνα και του κολλαγόνου του πυελικού εδάφους. Μετά την εμμηνόπαυση, λόγω απώλειας την δράσης αυτής των οιστρογόνων παρατηρούνται μεταβολές στις λείες μυϊκές ίνες, στην αγγειακή κυκλοφορία στην περιοχή και στον συνδετικό ιστό με αποτέλεσμα την διαταραχή του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας. Αν και κάποιοι ερευνητές έδειξαν πως η

θεραπεία αντικατάστασης με οιστρογόνα ήταν αποτελεσματική στην ακράτεια προσπαθείας, η πλειοψηφία των μελετών αναφέρει μικρή ή καμία βελτίωση των συμπτωμάτων όταν αυτά χορηγούνται συστηματικά ή τοπικά²².

5. Εθνικότητα και φυλή

Σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερευνών διαπιστώνεται πως οι γυναίκες της λευκής φυλής εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα ακράτεια ούρων και κυρίως ακράτεια κατά την προσπάθεια. Όσο αφορά στους άλλους τύπους ακράτειας, οι περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά ακράτειας επιτακτικού τύπου και μικτού μεταξύ των δύο φυλών¹⁸. Ωστόσο, η πρόσφατη έρευνα BACH έδειξε υψηλά ποσοστά μικτού τύπου ακράτειας μεταξύ των γυναικών της μαύρης φυλής, ενώ η μελέτη EPI παρουσίασε υψηλά ποσοστά επιτακτικής ακράτειας σε αυτόν το πληθυσμό²³.

6. Υστερεκτομή

Η υστερεκτομή αποτελεί από τις πιο συχνές μείζονες επεμβάσεις σε γυναίκες στον δυτικό κόσμο. Πολλές γυναίκες εντοπίζουν την έναρξη της ακράτειας μετά από υστερεκτομή, αλλά κάποιες μικρές τυχαιοποιημένες μελέτες έδειξαν αντίθετα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα μεγάλων μελετών παρατήρησης παρουσιάζουν αυξημένη αιτιολογική σχέση υστερεκτομής και ακράτειας αν και ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί¹⁸.

7. Δίαιτα

Στα πλαίσια διερεύνησης των διαιτητικών συνηθειών των ασθενών με ακράτεια ούρων, κάποιοι παράγοντες όπως ο καφές, το αλκοόλ και τα ανθρακούχα αναψυκτικά, έχουν ενοχοποιηθεί ότι επιδεινώνουν την ακράτεια¹⁸. Στη μεγάλη μελέτη EPINCONT βρέθηκε αύξηση του μικτού τύπου ακράτειας μετά από κατανάλωση καφέ και μείωση του ποσοστού της ακράτειας από προσπάθεια⁸. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται και θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης τσαγιού και ακράτειας προσπαθείας και μικτού τύπου ενώ στην μελέτη Leicester MRC δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ των δύο²⁴. Επιπροσθέτως, αξιοσημείωτη είναι και η επίδραση των ανθρακούχων ποτών στην αύξηση της ακράτειας από προσπάθεια ενώ παρατηρείται μείωση της υπερδραστικής κύστης με την κατανάλωση ψωμιού, πατάτας και λαχανικών²⁴.

8. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται στενά με τους άλλους παραγόντες κινδύνου όπως τον αριθμό τοκετών, το BMI, τον σακχαρώδη διαβήτη, την κατάθλιψη, το κάπνισμα και την εμμηνόπαυση.

Ασθενείς υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αναζήτησης ιατρικής βοήθειας για την ακράτεια ούρων αλλά υπάρχουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα για άμεση συσχέτιση κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ακράτειας ούρων¹⁸.

9. Κάπνισμα

Ένας από τους παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται για την ακράτεια ούρων είναι το κάπνισμα. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν αιτιολογική συσχέτιση, σύμφωνα με τις οποίες οι πρώην καπνιστές έχουν ενδιάμεσο κίνδυνο για ακράτεια ούρων σε σχέση με τους καπνιστές και τους μη καπνιστές, με σχέση δόσοεξαρτώμενη. Ωστόσο το πλήθος των προοπτικών μελετών δεν αναδεικνύουν αιτιολογική σχέση καπνίσματος και ακράτειας, με αποτέλεσμα να απομακρυνόμαστε από την αρχική θεώρηση¹⁸.

10. Φυσική δραστηριότητα

Είναι ξεκάθαρο πως έντονη φυσική δραστηριότητα (γυμναστική, τραμπολίνο κτλ) επιδεινώνει τυχόν υπάρχουσα ακράτεια από προσπάθεια, όμως τέτοιου είδους δραστηριότητα αποφεύγεται από τις ασθενείς. Οι περισσότερες μελέτες αναδεικνύουν βελτίωση της ακράτειας μετά από φυσική δραστηριότητα και κυρίως μέσω επίδρασης της άσκησης στο σωματικό βάρος. Η επίδραση αυτή όταν μετρηθεί λαμβάνοντας υπόψιν το βάρος των ασθενών εξασθενεί παραμένοντας όμως θετική¹⁸.

11. Συνοσηρότητα: Σακχαρώδης διαβήτης, λοιμώξεις ουροποιητικού, άνοια, κατάθλιψη

Αρκετές έρευνες αναφέρουν πως η ακράτεια ούρων είναι πιο συχνή μεταξύ γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2 σε σχέση με γυναίκες με φυσιολογικές τιμές σακχάρου, με τη βαρύτητα της ακράτειας να εξαρτάται από την διάρκεια νόσησης από τον σακχαρώδη διαβήτη. Οι οξείες ουρολοιμώξεις, από την άλλη μεριά, αποτελούν αιτία παροδικής ακράτειας ούρων αλλά προσοχή απαιτείται στον συσχετισμό τους με τη χρόνια ακράτεια ούρων. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν την πρόκληση ακράτειας από ουρολοιμώξη, όσο και ουρολοιμώξης εξαιτίας ακράτειας ούρων. Στην μελέτη Leicester MRC βρέθηκε πως το ιστορικό κυστίτιδας συνδυάζεται με ακράτεια από προσπάθεια (OR 1,9) αλλά και με υπερδραστήρια κύστη (OR 2,1) σε γυναίκες ηλικίας >40 ετών.

Όσον αφορά την άνοια, αν και υπήρχαν μελέτες που δεν αναδείκνυαν συσχέτιση, η αιτιολογική της σχέση με την ακράτεια ούρων είναι σχεδόν βέβαιη¹⁸. Μια μεγάλη μελέτη από την Αυστραλία με 12.432 γυναίκες έδειξε ισχυρή σχέση άνοιας και ακράτειας ούρων (OR 2,34)²⁵. Τέλος υπάρχουν παράγοντες όπως η δυσκοιλιότητα, η κατάθλιψη και οι κινητικές δυσκολίες που αν και υπάρχουν μελέτες που τους ενοχοποιούν δεν έχει αποδειχθεί η αιτιολογική σχέση τους¹⁸.

Επιδημιολογία της ακράτειας ούρων στον ελληνικό πληθυσμό

Ο επιπολασμός της ακράτειας ούρων στον γυναικείο ελληνικό πληθυσμό στις ηλικίες 20-80 ετών βρέθηκε 27%. Ανάλογα με τον τύπο της ακράτειας ούρων, ακράτεια από προσπάθεια μετρήθηκε να έχει το 44% των γυναικών με ακράτεια, μικτού τύπου ακράτεια το 41% και μόλις 4% οποιοδήποτε άλλο είδος ακράτειας. Η ακράτεια από προσπάθεια ήταν ο συχνότερος τύπος ακράτειας με στατιστικώς σημαντική διαφορά στον γενικό πληθυσμό και στα ηλικιακά γκρουπ των 20-39ετών και 40-59 ετών, καθώς στις ηλικίες 60-80 πιο πιθανός τύπος είναι η μικτού τύπου ακράτεια. Αντίστοιχα αποτελέσματα καταγράφηκαν σε μελέτη που διεξάχθηκε σε ασθενείς που είτε νοσηλεύονταν για διάφορες παθήσεις είτε επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία ενός Γενικού Νοσοκομείου, και άρα ήταν αντιπροσωπευτική αυτών που αναζητούν ιατρική βοήθεια. Στην μελέτη αυτή 23% των ερωτηθέντων γυναικών έναντι 8,9% των ερωτηθέντων αντρών έπασχαν από κάποιο βαθμό ακράτειας ούρων²⁶. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών με ακράτεια, δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά υγιών και ασθενών παρά μόνο μόνο στις εργαζόμενες γυναίκες που φάνηκε ότι μειώθηκε η ποιότητα ζωής τους²⁷.

Ακράτεια ούρων και ποιότητα ζωής

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ακράτειας ούρων

Η ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ακράτειας ούρων έχουν τεκμηριωθεί μέσω αρκετών μελετών. Πολλοί ακρατείς ασθενείς βιώνουν συναισθήματα ντροπής για την πάθησή τους και αποφεύγουν κοινωνικές δραστηριότητες. Αναφέρουν πως η ακράτεια ούρων τους εμποδίζει στο να συναντηθούν με άλλους ανθρώπους, να κάνουν τα απαραίτητα ψώνια και να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες²⁸. Επιπλέον γυναίκες με ακράτεια ή συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις υγιείς από σεξουαλική δυσλειτουργία²⁹. Αξιοσημείωτη είναι και η αυξημένη νοσηρότητα σε ψυχιατρικές παθήσεις (άγχος, κατάθλιψη) μεταξύ των γυναικών και γυναικών με ακράτεια³⁰. Οι Nygaard et al. έδειξαν ότι γυναίκες με σοβαρή ακράτεια ούρων ήταν 80% πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη καθώς σε περιπτώσεις μικρής ή μέτριας βαρύτητας της νόσου ο κίνδυνος κατάθλιψης ήταν 40% συγκριτικά με εγκρατείς γυναίκες³¹. Η ακράτεια ακόμα συνδέεται με συναισθήματα λύπης και μοναξιάς ενώ γυναίκες με απώλεια ούρων εβδομαδιαίως ή περισσότερο αντιλαμβάνονται την πάθηση ως ενοχλητική σε σχέση με αυτές που χάνουν ούρα σπανιότερα.

Όσον αφορά σε έρευνα που έγινε στον ανδρικό πληθυσμό, ο βαθμός ενόχλησης από συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού σχετιζόταν με την βαρύτητα των συμπτωμάτων, την προσωπική αντίληψη του ασθενούς και την κοινωνική τους επίδραση. Αισθήματα ντροπής και άγχους αποδείχθηκαν στενά συνδεδεμένα με τα συμπτώματα³². Επίσης η ύπαρξη επιτακτικού τύπου ακράτειας αποτελεί το σύμπτωμα που θλίβει περισσότερο τους άνδρες αν και συμβαίνει σπάνια³³.

Οικονομικές επιπτώσεις της ακράτειας ούρων

Όταν ένας ασθενής με ακράτεια ούρων προσέρχεται σε κάποιο ιατρείο για την αναζήτηση βοήθειας, ήδη έχει υποβληθεί σε προσωπικά κόστη για μια προσωρινή αντιμετώπιση της κατάστασης, όπως σερβιέτες, πάνες και έξοδα πλυντηρίου. Στη συνέχεια στον ή στην ασθενή, μετά την επίσκεψη στον ειδικό, θα συσταθούν διαγνωστικές εξετάσεις, θα χορηγηθεί ενδεχομένως κάποια μορφή συντηρητικής θεραπείας (π.χ. φαρμακοθεραπεία) και ίσως προταθεί και χειρουργική αντιμετώπιση. Τα παραπάνω αποτελούν το κόστος θεραπείας. Σε μερικές περιπτώσεις, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς, μπορεί να συνυπάρχει ουρολοιμώξη, κυστεοκίλη ή να συμβούν πτώσεις εξαιτίας της ακράτειας ούρων κατά την πορεία προς την τουαλέτα. Στις περιπτώσεις αυτές αναφερόμαστε στο κόστος των συνεπειών της ακράτειας¹⁸.

Από την σκοπιά του ασθενούς, τα περισσότερα έξοδα προέρχονται από την καθημερινή και μακροχρόνια αγορά προϊόντων φροντίδας (π.χ. σερβιέτες, πάνες) και τα έξοδα αυτά διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, στην Σουηδία και την Ισπανία, η κρατική ασφάλιση καλύπτει τα καθημερινά έξοδα φροντίδας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το κράτος χορηγεί επιδοτήσεις, σύμφωνα με την ηλικία του ασθενούς, για την αγορά πάνας. Στην Γερμανία και στην Ισπανία, τα έξοδα για πάνες αποζημιώνονται μετά την συνταγογράφησή τους από γιατρό. Στην Αυστραλία, ασθενείς χαμηλού εισοδήματος μπορούν να αιτηθούν αποζημίωσης για τα έξοδα πάνας αλλά οι ασθενείς υψηλού εισοδήματος αναγκάζονται να πληρώσουν. Στις ΗΠΑ, τέτοιου είδους προϊόντα σπάνια καλύπτονται και συνήθως είναι υψηλού κόστους¹⁸.

Το ύψος επιδότησης του ασθενούς για τη θεραπεία της ακράτειας ούρων διαφέρει σημαντικά ανά χώρα, αναλόγως του ασφαλιστικού συστήματος. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν το εθνικό σύστημα υγείας και όλες οι υπηρεσίες, επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, και χειρουργικές θεραπείες παρέχονται δωρεάν στον ασθενή. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα απαιτούν ένα μικρό μέρος χρηματικής συμμετοχής του ασθενούς. Στην Αυστραλία, το 70% των ασθενών έχουν κρατική ασφάλιση, ομοίως με το Ηνωμένο Βασίλειο και το υπόλοιπο ποσοστό διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Στις ΗΠΑ περίπου 48 εκατομμύρια Αμερικανοί στερούνται κάποιας ασφάλειας, ενώ το κράτος καλύπτει ασφαλιστικά μόνο τους ασθενείς χαμηλού εισοδήματος, ασθενείς άνω των 65 ετών και

αυτούς με αναπηρία¹⁸. Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας γίνεται αντιληπτό πως μια συνολική εκτίμηση του κόστους αποτελεί δύσκολο εγχείρημα.

Σε πρόσφατη μελέτη, ασθενείς που αντιμετώπιζαν την ακράτεια συντηρητικά το μέσο κόστος των εξόδων, που αφορούσαν τα βοηθήματα ακράτειας (πάνες, σερβιετάκια κτλ) όπως και έξοδα πλυντηρίου και καθαριότητας, ανερχόταν στα 7,76\$±14\$ ανά εβδομάδα και αυξανόταν με την αύξηση της συχνότητας των απωλειών ούρων. Το μέσο κόστος μειώθηκε κατά 23% για κάθε μείωση 7 επεισοδίων ακράτειας την εβδομάδα όπως και για κάθε απώλεια 5kg του σωματικού βάρους³⁴. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε πως οι ασκήσεις πυελικού εδάφους (περισσότερες από 4 επισκέψεις), η αλλαγή του τρόπου ζωής και τοποθέτηση ταινίας TVT για την ακράτεια ούρων αποτελεί την αποτελεσματικότερη και συνάμα φθηνότερη στρατηγική αντιμετώπισης της ακράτειας ούρων³⁵. Τέλος σε μια έρευνα που συνέκρινε την θεραπεία με αντιχολινεργικά φάρμακα και θεραπεία με αλλαντική τοξίνη τύπου Α (Botox), η θεραπεία με Botox ήταν ακριβότερη (4.400\$) από την θεραπεία με αντιχολινεργικά (2.560\$) με αποτελεσματικότερη όμως την χρήση Botox³⁶. Επίσης σε γερμανική μελέτη ασθενών με νευρογενή κύστη και ακράτεια παρατηρήθηκε μείωση του κόστους για πάνες από 2,1€ σε 1,05€, και μείωση του κόστους για φάρμακα για ουρολοιμώξεις από 162€ ετησίως σε 80€, όταν χρησιμοποιήθηκε η θεραπεία του Botox³⁷.

Το κόστος της νόσου κατά την διάρκεια ζωής του ασθενούς συνολικά αποτελεί αντικείμενο των πρόσφατων μελετών. Οι Wu et al. μελέτησαν τις χαμένες εργατοώρες των γυναικών με υπερδραστήρια κύστη. Οι γυναίκες αυτές εμφάνισαν 15% περισσότερες μέρες αποχής από την εργασία τους σε σχέση με υγιείς. Αυτό αντιστοιχούσε σε 4,4 περισσότερες μέρες εκτός εργασίας με συνολική ετήσια οικονομική επιβάρυνση 1220\$ ανά εργαζόμενο ασθενή³⁸. Σε μια μελέτη που έγινε σε 5 ευρωπαϊκές χώρες υπολογίστηκε ότι τα ετήσια κατά κεφαλήν έξοδα των ασθενών με υπερδραστήρια κύστη ανέρχονται στο ποσό των 269-706€ ενώ όταν η νόσος συνδυάζεται με κατάθλιψη το κόστος αυξάνει στα 609-1170€³⁹. Το συνολικό κόστος της θεραπείας της υπερδραστήριας κύστης σε 6 χώρες, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, υπολογίστηκε 3,9 δισεκατομμύρια ευρώ ανά έτος, με επιπλέον κόστος 4,7 δισεκατομμύρια ανά έτος για νοσήλεια σε ιδρύματα, και 1,1 δισεκατομμύρια ευρώ για χαμένες εργατοώρες. Συμπερασματικά το ολικό κόστος για τα 25 εκατομμύρια ασθενείς με υπερδραστήρια κύστη σε αυτές τις χώρες είναι 9,7 δισεκατομμύρια ευρώ⁴⁰ (Πίνακας 1, Πίνακας 2).

| | Κόστη (σε €) | | | | | | |
|---|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| | Η.Β | Καναδά | Γερμανία | Ιταλία | Ισπανία | Σουηδία | Σύνολο |
| Ιατρική συνταγογράφηση θεραπειάς για συμπτώματα ουροποιητικού | 33 | 62 | 81 | 91 | 35 | 89 | 391 |
| Χρήση πάνας ακράτειας | 48 | 56 | 66 | 102 | 102 | 80 | 454 |
| Κλινική κατάθλιψη | 204 | 118 | 251 | 82 | 82 | 197 | 934 |
| Διαγνωστικά | 5 | 5 | 3 | 1 | 1 | 34 | 49 |
| Ιατρικές επισκέψεις | 225 | 129 | 31 | 32 | 49 | 184 | 650 |
| Σύνολο | 515 | 370 | 432 | 297 | 255 | 584 | 2,453 |
| Έξοδα συνεπειών | | | | | | | |
| Ουρολομώξεις | 6 | 7 | 11 | 5 | 3 | 21 | 53 |
| Δερματικές Λοιμώξεις | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 10 | 22 |
| Κατάγματα | 4 | 9 | 6 | 2 | 3 | 4 | 28 |
| Σύνολο | 13 | 19 | 21 | 9 | 7 | 35 | 104 |
| Άλλα κόστη | | | | | | | |
| Νοσηλεία σε ίδρυμα για άτομα >60 ετών | 381 | 385 | 1038 | 1580 | 30 | 562 | 3.976 |

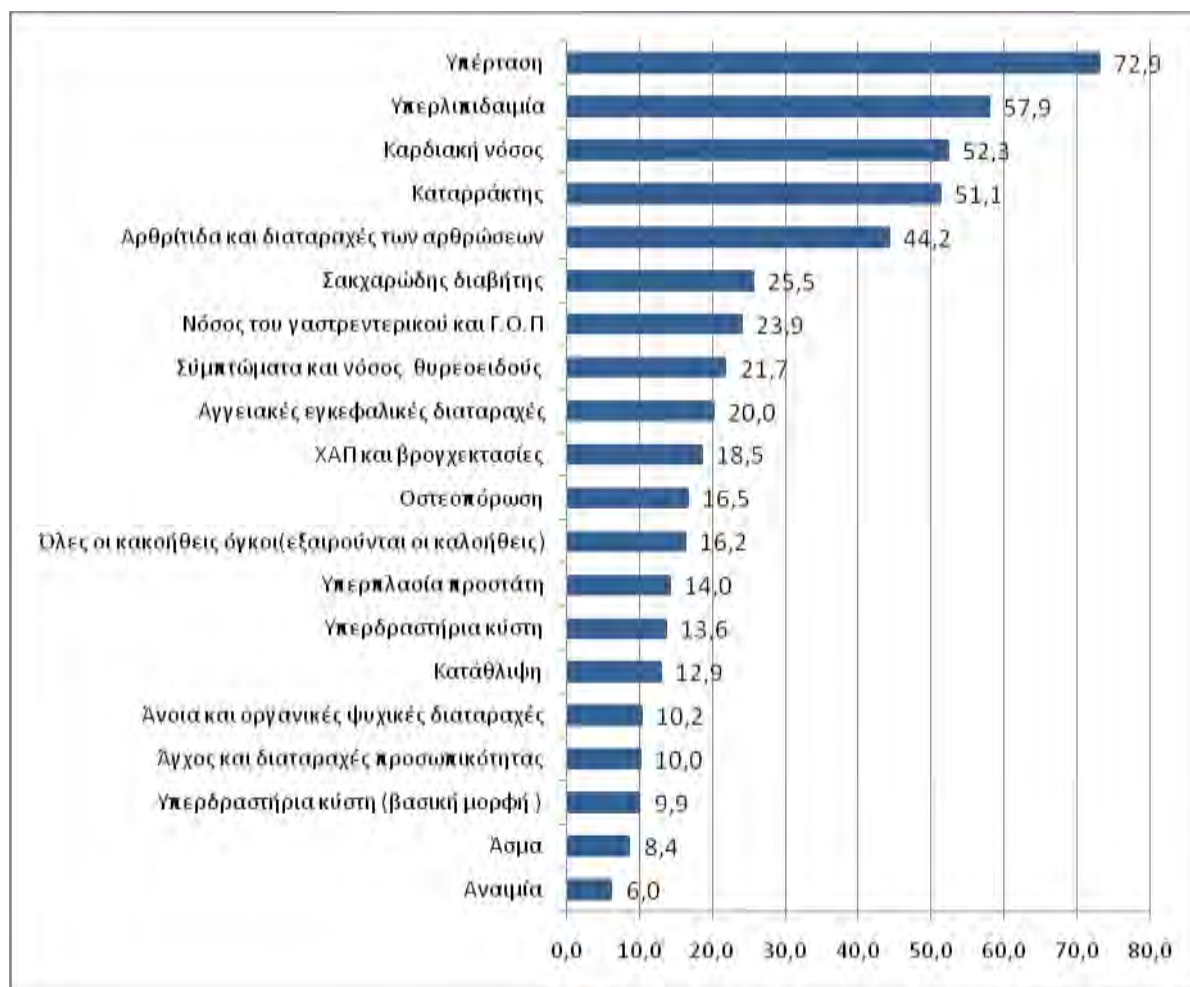
Πίνακας 1. Εκτιμώμενο ετήσιο κόστος ανά ασθενή με υπερδραστήρια κύστη

| | | Κόστη €(εκατομμύρια) | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|----------------|-------------|
| | | ΥΚ ² χωρίς ακράτεια | ΥΚ με ακράτεια | ΥΚ Συνολικά |
| Χώρα | Καναδάς | 127,3 | 251,8 | 379,1 |
| | Γερμανίας | 648,7 | 543,3 | 1192,0 |
| | Ιταλία | 282,7 | 289,6 | 572,3 |
| | Ισπανία | 194,9 | 171,8 | 366,7 |
| | Σουηδία | 126,5 | 206,5 | 332,9 |
| | H.B | 412,9 | 594,5 | 1.007,4 |
| Κόστη | Συνολικά κόστη | 1.729,9 | 2.057,6 | 3.850,5 |
| | Συνολικό κόστος νοσηλείας σε ίδρυμα | M.K. ¹ | 4.668,6 | 4.668,6 |
| | Συνολική απώλεια παραγωγικότητας | 857,8 | 237,8 | 1.095,6 |
| Εξαιρούνται τα νοσηλευτικά κατ'οίκον και τα κόστη παραγωγικότητας | | | | |
| ¹ Μη κοστολογημένα | | | | |
| ² Υπερδραστήρια Κύστη | | | | |

Πίνακας 2. Συνολική οικονομική επιβάρυνση της υπερδραστήριας κύστης σε 6 Δυτικές χώρες

Η Εικόνα 3 δείχνει τον επιπολασμό της υπερδραστήριας κύστης (Υ.Κ) συγκρινόμενη με άλλες χρόνιες καταστάσεις. Η επίπτωση της Υ.Κ στην ομάδα άνω των 65 ετών, ήταν 9-14%

Αποτελέσματα από μία μελέτη που χρησιμοποίησε παγκόσμια δεδομένα, το συνολικό κόστος για την υπερδραστήρια κύστη ήταν 1.8-3.9 δισεκατομμύρια δολάρια ανά έτος. Λαμβάνοντας υπόψη τις συνέπειες της ακράτειας, η ομάδα της υπερδραστήριας κύστης είχε συχνότερη εμφάνιση συμβαμάτων όπως πτώσεις (46% έναντι 34%, RR=1.4), λοιμώξεις ουροποιητικού (42% έναντι 17%, RR=2.4) κατάθλιψη (21% έναντι 12% , RR:1.8) (p<0.001)¹⁸.



Εικόνα 3. Επιπολασμός (%) ακράτειας ούρων και άλλων χρόνιων παθήσεων

Συμπερασματικά, γίνεται φανερή η σημαντική οικονομική επιβάρυνση της ακράτειας ούρων, τόσο στον ασθενή ατομικά όσο και στο εκάστοτε σύστημα υγείας και κράτος. Δημιουργώντας έτσι επιτακτική την ανάγκη για λήψη μέτρων σε όλες τις βαθμίδες της πρόληψης, στην διάγνωση και αντιμετώπισή της. Πρωταρχικά όμως η επένδυση στην ενημέρωση των ασθενών μπορεί να διακόψει το δαπανηρό μονοπάτι της καθυστερημένης διάγνωσης, της παρατεταμένης θεραπείας και των λάθως επιλογών.

Αναζήτηση φροντίδας υγείας ασθενών με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα

Αναζήτηση φροντίδας υγείας: Γενικές αρχές

Η σχέση μεταξύ ατόμου και συστήματος υγείας είναι πολυσύνθετη και αφορά το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον του ατόμου καθώς και την κοινωνία. Η έρευνα στον τομέα της αναζήτησης φροντίδας υγείας αναλύει τα μονοπάτια και τα βήματα που απαιτούνται ώστε ένα άτομο να αποφασίσει και να έρθει σε επαφή με το σύστημα υγείας. Επίσης μπορεί να συμπεριλαμβάνει τις αιτίες και τους καθοριστικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που λήφθηκε η απόφαση. Το άτομο θεωρείται ότι λειτουργεί αυτόνομα, αλλά αυτό είναι σπάνιο μιας και το ίδιο είναι μέλος μιας κοινωνίας που ασκεί επιρροή στις επιλογές του⁴¹.

Μεγάλος αριθμός παραγόντων παίζουν ρόλο στην αναζήτηση φροντίδας υγείας, όπως η αδυναμία αναγνώρισης του κινδύνου ή του προβλήματος, η ελλιπής γνώση για τον κίνδυνο ή το πρόβλημα, η δυσκολία στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας, η πεποίθηση ότι η θεραπεία είναι αναποτελεσματική, ακριβή ή μακροχρόνια⁴¹. Έρευνα που διεξάχθηκε σε διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες έδειξε σημαντικές διαφορές στην αναζήτηση φροντίδας υγείας, με το 43,5% των ατόμων που ζουν στις νότιες ευρωπαϊκές χώρες να αναζητούν φροντίδα υγείας στις περιπτώσεις δυνατού πονόλαιμου, σοβαρού πονοκεφάλου, σοβαρών αϋπνιών, σοβαρών οσφυαλγιών, σε αντίθεση με το 18% αυτών που ζουν στην Σκανδιναβία, 17,25% αυτών που ζουν στην Ανατολική Ευρώπη και 13,3% των Αγγλοσαξόνων. Γενικά, οι άνθρωποι με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο τείνουν να επισκέπτονται συχνότερα τον γιατρό όταν αντιμετωπίζουν πρόβλημα⁴².

Όσον αφορά στον πληθυσμό των μεταναστών, η αναζήτηση φροντίδας υγείας επηρεάζεται σημαντικά από πιθανά προβλήματα γλώσσας, κοινωνικής απομόνωσης, έλλειψη οικονομικών πόρων για θεραπεία, έλλειψη ιατρικής κάλυψης, άγνοια για την ύπαρξη κοινωνικών παροχών που μπορούν να λάβουν και αίσθημα προσωπικής αποτυχίας στην αντιμετώπιση οικογενειακών υποχρεώσεων. Συνυπολογίζοντας τα παραπάνω, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν πλήθος δυσκολιών στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας συγκριτικά με τους γηγενείς⁴¹.

Η στάση του ασθενούς απέναντι στην ασθένεια έχει ως αποτέλεσμα τρεις τύπους αναζήτησης φροντίδας υγείας: Τους ασθενείς που αντιδρούν έντονα στα συμπτώματά τους και αναζητούν βοήθεια πρώιμα, τους ασθενείς που αντιδρούν καταλλήλως στα συμπτώματα και αυτούς που καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας. Μελέτες έχουν δείξει πως οι ασθενείς που αντιδρούν στα συμπτώματα υπέρμετρα συνήθως δεν έχουν επαρκή γνώση για τα συμπτώματά τους, ο φόβος του καρκίνου αποτελεί κυρίως την

πυροδότηση της αντίδρασης και παρουσιάζουν υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας. Οι ασθενείς που αντιδρούν ομαλά στην εμφάνιση των συμπτωμάτων κυρίως είναι σωστά ενημερωμένοι ασθενείς, με κάποιο βαθμό φόβου για πιθανή διάγνωση καρκίνου και εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας. Οι ασθενείς που θα καθυστερήσουν στην αναζήτηση φροντίδας είναι συνήθως ανενημέρωτοι για τα συμπτώματα που εμφανίζουν, κυριεύονται από φόβο και τείνουν να αγνοούν τα συμπτώματα αν και τα αναγνωρίζουν⁴¹.

Όσον αφορά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων, υπάρχουν ασθενείς με ανάγκη φροντίδας που δεν αναζητούν βοήθεια. Οι αιτίες που σχετίζονται με αυτό είναι η κοινωνική απομόνωση και απόσυρση (αποσύρονται από την κοινωνία και προετοιμάζονται να πεθάνουν), η παράτηση από την αναζήτηση βοήθειας, οι χαμηλές προσδοκίες («τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάσταση» κυρίως από τους ασθενείς με κατάθλιψη ή ακράτεια), η υποβάθμιση του προβλήματος (από ντροπή στην περίπτωση της ακράτειας ούρων, η πεποίθηση ότι η πάθηση αποτελεί φυσική εξέλιξη της ηλικίας, έλλειψη πληροφόρησης (κυρίως για το που πρέπει να απευθυνθούν), αποτυχία των υπηρεσιών υγείας (δυσκολία πρόσβασης) και το κόστος. Συμπερασματικά διαφαίνεται πως ότι αποτελεί πρόβλημα για έναν εξωτερικό παρατηρητή, δεν γίνεται αντιληπτό το ίδιο και από έναν ηλικιωμένο⁴¹.

Αναζήτηση φροντίδας υγείας από ασθενείς με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό

Μεγάλες αποκλείσεις εμφανίζουν τα ποσοστά αναζήτησης φροντίδας υγείας σε άνδρες και γυναίκες με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό, μεταξύ 9,2% και 53,1% των ανδρών και 8,2% με 50% των γυναικών αναζήτησαν ιατρική συμβουλή για τα συμπτώματά τους. Αυτό ίσως αντανακλά και το μεγάλο εύρος τιμών του επιπολασμού των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό (28-41% άνδρες αναφέρουν μέτρια και σοβαρά συμπτώματα, ενώ οι γυναίκες 13-37,4%). Σημαντικά λιγότερες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τα συμπτώματα αυτά στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Ωστόσο, σημαντικά περισσότερες μελέτες αναφέρονται στην αναζήτηση φροντίδας υγείας σε γυναίκες με ακράτεια από ότι στους άνδρες, με ποσοστά 12-53% στις γυναίκες και 55-69% στους άνδρες⁴¹.

Το ποσοστό των ασθενών, ανεξαρτήτου φύλου, που αναζητούν θεραπεία για την ακράτεια ούρων είναι 37,6-50%. Ωστόσο, μικρός αριθμός των μελετών στοχεύουν στην σύγκριση των δύο φύλων στην αναζήτηση θεραπείας, που αν και μικρός δείχνει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Σε πρόσφατη έρευνα, 45% των γυναικών και 22% των ανδρών που υπέφεραν από ακράτεια ούρων, αναζήτησαν βοήθεια για το πρόβλημά τους, αποτέλεσμα που έρχεται αντίθετο με άλλη μελέτη που δείχνει πως οι γυναίκες αναζήτησαν λιγότερο συχνά βοήθεια σε σχέση με τους άνδρες^{43,44}. Σε μια ελληνική έρευνα, οι Apostolidis et al. έδειξαν πως άνδρες και γυναίκες αναζήτησαν ιατρική συμβουλή για συμπτώματα από το κατώτερο

ουροποιητικό σε παρόμοια ποσοστά (27,9% έναντι 23,7%). Αυξημένα ποσοστά παρουσίαζαν οι άνδρες με την άνοδο της ηλικίας και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων⁴⁵.

Η ακράτεια ούρων στην αναζήτηση φροντίδας υγείας δεν έχει μελετηθεί ξεχωριστά. Οι διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι μεταξύ των ασθενών με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό, η συνύπαρξη ακράτειας ούρων αυξάνει την πιθανότητα αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Το ίδιο συμβαίνει και σε ασθενείς με υπερδραστήρια κύστη και ακράτεια ούρων.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι συχνή μεταξύ ανδρών και γυναικών με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό και ακράτεια ούρων με τις δυο καταστάσεις να αλληλοεπικαλύπτονται. Επιπλέον, τα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό και η ακράτεια ούρων έχουν αναγνωριστεί ως σημαντική προγνωστικοί παράγοντες της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε άνδρες και γυναίκες και η θεραπεία τους βελτιώνει την σεξουαλική υγεία των ασθενών. Ωστόσο η επίδραση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στην αναζήτηση φροντίδας υγείας σε ασθενείς με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό δε έχει μελετηθεί ακόμα, όπως επίσης και η επίδραση των βοηθημάτων ακράτειας στην εικόνα του εαυτού, την σεξουαλική λειτουργία και την αναζήτηση φροντίδας υγείας⁴¹.

Σήμερα, οι πιο συχνόι παράγοντες σχετιζόμενοι με την αναζήτηση βοήθειας για τα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό είναι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (αξιολογούμενη από το IPSS-International Prostate Symptom Score), ο βαθμός ενόχλησης των συμπτωμάτων, η ηλικία και η επίδραση διαφόρων παραγόντων σχετικών με την ποιότητα ζωής. Τα συμπτώματα αποθήκευσης για καιρό θεωρούνταν περισσότερο ενοχλητικά από τα συμπτώματα κένωσης, ωστόσο πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι τα συμπτώματα κένωσης ίσως έχουν αγνοηθεί σαν παράγοντες αναζήτησης θεραπείας. Η ένταση των συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού αποτελεί τον πιο κατανοητό προγνωστικό παράγοντα αναζήτησης θεραπείας, αλλά η ενόχληση από τα συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού έχει βρεθεί να έχει μεγαλύτερη επίδραση, και θα μπορούσε πιθανόν να εξηγήσει την ποικιλία στην αναζήτηση θεραπείας μεταξύ των ασθενών με παρόμοια βαθμολογία στο IPSS. Μελέτη δείχνει ότι η πλειοψηφία των ασθενών αναγνωρίζουν ως σημαντικό την εκτίμηση τόσο της συχνότητας όσο και του βαθμού ενόχλησης των συμπτωμάτων, με τον βαθμό ενόχλησης να αποτελεί τον κύριο παράγοντα, μαζί με τον φόβο για τον καρκίνο και την λοίμωξη της ουροδόχου κύστης, στην αναζήτηση θεραπείας. Πληθυσμιακές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η ενόχληση των συμπτωμάτων σχετίζεται με την αναζήτηση θεραπείας ακόμη και μετά την ύφεσή τους. Η φυλή και η εθνικότητα, τα οποία εμφανίζουν να επιδρούν τόσο στον βαθμό ενόχληση των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό όσο και στην αναζήτηση θεραπείας, απαιτούν περαιτέρω έρευνα μιας και σχετίζονται με βιοιατρικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς τομείς. Έτσι, καθώς οι πολυφυλετικές και οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες αναπτύσσονται παγκοσμίως, περισσότερες μελέτες απαιτούνται να εξερευνήσουν την επίδραση του φυλετικού και του εθνικού παράγοντα στην λήψη απόφασης για την αναζήτηση φροντίδας υγείας⁴¹.

Για την περαιτέρω ερμηνεία της ποικιλομορφίας στην αναζήτηση φροντίδας υγείας μεταξύ των ασθενών με παρόμοια ένταση συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό ή παρόμοια ενόχληση, σχεδιάστηκε μελέτη για την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αναζήτηση παροχής υγείας. Πλήθος ψυχοκοινωνικών παραγόντων έχει αναφερθεί ότι σχετίζεται με την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Οι συμβουλές από τρίτους ή οι πληροφορίες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, βρέθηκε να αποτελούν τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες στην αναζήτηση. Η ντροπή που νιώθουν οι ασθενείς, οι προσωπικές πεποιθήσεις για το πρόβλημα και οι στάσεις ως προς την χρήση της υπηρεσίας υγείας, ίσως είναι αυτά που διαμορφώνουν το πρότυπο αναζήτησης θεραπείας και στα δύο φύλλα. Ζώντας με ντροπή, με διαταραγμένη σεξουαλική ζωή και με ανάγκη απομάκρυνσης από τους άλλους, τα άτομα διαμορφώνουν μια νοσηρή κατάσταση. Άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επιδρούν στην αναζήτηση βοήθειας και προσδιορίστηκαν σε μελέτες που αφορούσαν την ακράτεια, είναι η αίσθηση του εαυτού, το ψυχολογικό στρες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως οι προτιμήσεις ρόλων και η αντίληψη του πόνου. Αυτοί οι παράγοντες είναι ικανοί να επηρεάσουν τις προσωπικές σχέσεις των ατόμων και χρησιμοποιούνται στη δημιουργία στρατηγικών προσέλευσης του κοινού⁴¹.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την αναζήτηση φροντίδας υγείας, είναι αυτοί που επιδρούν στην σχέση ασθενούς και υπηρεσιών υγείας. Η έλλειψη υπηρεσιών υγείας ειδικών για τους ασθενείς με ακράτεια ούρων, συνδέεται άμεσα με την κινητοποίηση των ασθενών αυτών για αναζήτηση βοήθειας, μιας και οι περισσότεροι ασθενείς με ακράτεια που δεν αναζητούν θεραπεία, δεν γνωρίζουν την ύπαρξη ειδικών υπηρεσιών για την νόσο τους. Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που έδειξαν ότι ακρατείς ασθενείς που ζουν σε περιοχή με εξειδικευμένη υπηρεσία για την ακράτεια, επιλέγουν να μην αναζητήσουν βοήθεια από τους ειδικούς⁴¹.

Χρήση εκπαιδευτικών μέσων για την ενημέρωση ασθενών με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα.

Σε παλαιότερες έρευνες παρατηρήθηκε ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών αδυνατούν να κατανοήσουν τις πληροφορίες των επιστημόνων υγείας⁴⁶, και προτιμούν απλά ενημερωτικά μέσα έναντι των σύνθετων και πολύπλοκων ακόμα και σε άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου^{47,48}. Τα ενημερωτικά φυλλάδια συχνά χρησιμοποιούνται για να πληροφορήσουν τους ασθενείς για τις μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας. Τέτοια μέσα είναι χρήσιμα όταν μπορούν να διαβαστούν και να κατανοηθούν από τους ασθενείς και είναι προσαρμοσμένα στο επίπεδο εκπαίδευσής τους. Η δημιουργία αποτελεσματικών εκπαιδευτικών υλικών μπορεί να επιτευχθεί με τη χρησιμοποίηση στρατηγικών που αποσκοπούν στην κατανόηση των ασθενών, στην χρηστικότητα του μέσου, στην επικέντρωσή του στο μήνυμα, και στην κινητοποίηση των ασθενών. Απαραίτητη είναι η πιστοποίηση του μέσου, μια διαδικασία ελέγχου της

ποιότητας και μια τεχνική που βοηθά στο να διασφαλιστεί ότι το υλικό είναι κατάλληλο για το κοινό στο οποίο απευθύνεται, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ασθενών και εύκολα κατανοητό⁴⁷.

Η χρήση του διαδικτύου ως μέσο αναζήτησης ιατρικής πληροφορίας αυξάνεται συνεχώς. Μελέτες έδειξαν πως το 55% με 80% των ενηλίκων αναζητούν ιατρικές πληροφορίες στο διαδίκτυο. Η στάση των επαγγελματιών υγείας ποικίλει, με κάποιους να ενθαρρύνουν τους ασθενείς σε αυτήν την αναζήτηση και κάποιους άλλους να θεωρούν τις πληροφορίες ανακριβείς. Μεγάλη σύγχυση παρατηρείται και από τη μεριά των ασθενών, αναφέροντας ως πιο συχνές ανησυχίες την ακρίβεια και την αξιοπιστία της πληροφόρησης. Δύο πλεονεκτήματα του διαδικτύου, η άμεση προσβασιμότητα και η ευκολία δημοσίευσης, έχουν οδηγήσει στην ευρεία διακύμανση της ποιότητας των διαθέσιμων πληροφοριών. Επίσης, οι εταιρίες εμφανίζουν μεγάλη παραγωγικότητα σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και τους οργανισμούς υγείας στην διάδοση των διαδικτυακών ιατρικών πληροφοριών⁴⁹.

Στη μελέτη των Kamran P. Sajadi et al. αξιολογήθηκε η ιατρική πληροφορία που παρέχεται στο διαδίκτυο και αφορά τις παθήσεις της γυναικείας πύελου σύμφωνα με το Health on the Net. Το Health On the Net (HON) είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που εδράζεται στην Γενεύη και σκοπό έχει την αξιολόγηση και πιστοποίηση των διαφόρων ιατρικών ιστοσελίδων που παρέχουν πληροφόρηση. Τα περισσότερα από τα αποτελέσματα της αναζήτησης δεν ήταν πιστοποιημένα. Συγκεκριμένα τα ποσοστά πιστοποίησης για πληροφορίες σχετικές με την ακράτεια ούρων, την πρόπτωση οργάνων και την υπερδραστήρια κύστη ήταν 29%, 27% και 27% αντίστοιχα. Οι ιστοσελίδες στο 44% επιχορηγούνταν από εμπορικές εταιρίες, 30% ανήκαν σε ουρολόγους, 16% σε κυβερνητικούς/εκπαιδευτικούς οργανισμούς, 9% σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και 1% σε δικηγορικές εταιρίες. Πιο πιθανή πιστοποίηση της ιατρικής πληροφορίας βρέθηκε να έχουν οι σελίδες των μη κερδοσκοπικών εταιριών και των κυβερνητικών οργανισμών σε σχέση με τις σελίδες των εμπορικών εταιριών και των ουρολόγων (p 0,036)⁴⁹.

Σε μια άλλη μελέτη, αξιολογήθηκε το περιεχόμενο το σχετικό με την ακράτεια που παρουσιάζεται στα 3 πλέον δημοφιλή κοινωνικά δίκτυα (Facebook, Twitter, YouTube). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 40% του περιεχομένου αυτού παρείχε ιατρική πληροφόρηση και διέφερε μεταξύ των ιστοσελίδων (13% στο Facebook, 60% στο Twitter) με αποτέλεσμα να διαφαίνεται η ανεπάρκεια των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στην παροχή χρήσιμου υλικού ενημέρωσης για την ακράτεια ούρων⁵⁰. Συμπερασματικά, η πιθανότητα των ασθενών με ακράτεια ούρων να αναζητήσουν πληροφόρηση στα κοινωνικά δίκτυα είναι αυξημένη, ωστόσο μικρό ποσοστό της αναζήτησης αυτής θα αναδείξει χρήσιμες πληροφορίες, με μικρή πιθανότητα να έχουν δημιουργηθεί από επαγγελματίες υγείας ή σχετικούς οργανισμούς, η πλειοψηφία προέρχεται από εμπορικές εταιρίες.

Ειδικό Μέρος

Σκοπός

Ο σκοπός του προτεινόμενου ερευνητικού προγράμματος είναι η αξιολόγηση ενημερωτικής ταινίας σχετικής με την ακράτεια των ούρων σε ασθενείς και υγιείς καθώς και της ικανοποίησης από την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας. Στοχεύει να αναδείξει αν μπορεί η ταινία να βοηθήσει στην ενημέρωση για το πρόβλημα της ακράτειας, αν μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπισή της, αν έχουν χρησιμοποιηθεί οι κατάλληλες εικόνες και εάν η αφήγηση εξηγεί επαρκώς το πρόβλημα. Παράλληλα αξιολογείται εάν η υπηρεσία υγείας που παρασχέθηκε κάλυψε τις ανάγκες των ασθενών.

Ο πρωταρχικός στόχος της μελέτης είναι η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής ταινίας για την ακράτεια ούρων σύμφωνα με την τιμή της συνολικής βαθμολογίας των ερωτήσεων που αφορούν την αξιολόγηση αυτή.

Δευτερεύοντες στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η αξιολόγηση του μέσου όρου των απαντήσεων που αφορούν την ερώτηση για την συνολική αξιολόγηση της ταινίας
2. Η αξιολόγηση του μέσου όρου των απαντήσεων που αφορούν την ερώτηση για την αξιολόγηση της ενημέρωσης που παρέχει η ταινία για την ακράτεια ούρων
3. Η αξιολόγηση του μέσου όρου των απαντήσεων που αφορούν την ερώτηση για την αξιολόγηση της συμβολή της ταινίας στην αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων
4. Η αξιολόγηση του μέσου όρου των απαντήσεων που αφορούν την ερώτηση για την αξιολόγηση της πρόκλησης ενδιαφέροντος για την ταινία
5. Η αξιολόγηση του μέσου όρου των απαντήσεων που αφορούν την ερώτηση για την αξιολόγηση της κατανόησης της ταινίας
6. Η αξιολόγηση του μέσου όρου των απαντήσεων που αφορούν την ερώτηση για την αξιολόγηση της θέασής της
7. Η αξιολόγηση του μέσου όρου των απαντήσεων που αφορούν την ερώτηση για την αξιολόγηση της ακρόασής της
8. Σύγκριση της μέσης τιμής της βαθμολογίας και των επιμέρους ερωτήσεων για την αξιολόγηση της ταινίας μεταξύ των υγιών και των ασθενών καθώς
9. Σύγκριση της μέσης τιμής της βαθμολογίας και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν την αξιολόγηση της ταινίας μεταξύ ανδρών και γυναικών
10. Συσχέτιση ηλικίας και των αποτελεσμάτων αξιολόγησης της ταινίας
11. Συσχέτιση χρόνων εκπαίδευσης και των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης της ταινίας

12. Συσχέτιση IPSS score και των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης της ταινίας
13. Συσχέτιση ICIQ-UI και των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης της ταινίας
14. Συσχέτιση αξιολόγησης της ικανοποίησης των ατόμων και της αξιολόγησης της ταινίας
15. Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ατόμων από την παρεχόμενη υπηρεσία

Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Τόπος διεξαγωγής και πληθυσμός μελέτης

Η άντληση των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη έγινε με τέσσερις διαφορετικές διαδικασίες.

- Η ταινία ενσωματώθηκε στην ιστοσελίδα του Ινστιτούτου Ουρολογικών Παθήσεων (ΙΜΟΠ) του ΑΠΘ (www.imop.gr) και μετά την προβολή της ο ενδιαφερόμενος καλούνταν να απαντήσει στο σχετικό ερωτηματολόγιο για την αξιολόγησή της, αφού προηγουμένως είχε ενημερωθεί για το σκοπό του προγράμματος. Η διαδικασία διήρκησε 2 μήνες, από 1 Φεβρουαρίου του 2013 έως 31 Μαρτίου του 2013.
- Μέσω εκδήλωσης με θέμα «Ακράτεια Ούρων» σε κλειστό θέατρο Δήμου της Θεσσαλονίκης (Δήμος Συκεών) . Κατόπιν προβολής της ταινίας στο κοινό, συνέχισε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων με την βοήθεια επιστημόνων υγείας. Η συμμετοχή των ατόμων ήταν εθελοντική μετά από ανοιχτή πρόσκληση που εξηγούσε τους σκοπούς του προγράμματος

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν ενήλικες (Έλληνες ή ξένοι υπήκοοι γνώστες της ελληνικής γλώσσας) που ενδιαφέρονταν να ενημερωθούν για την ακράτεια ούρων. Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη πληρούσαν τα εξής κριτήρια:

- Ηλικία άνω των 18 ετών
- Ικανότητα κατανόησης προφορικού λόγου
- Ικανότητα κατανόησης γραπτού λόγου
- Ικανότητα γραφής

Ενώ αποκλείονταν άτομα με προβλήματα ακοής, όρασης ή νοητικής ικανότητας σε βαθμού που καθιστούσε αδύνατη την παρακολούθηση της ταινίας.

Επιλογή ερωτηματολογίων μελέτης

Χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη ένα εργαλείο αξιολόγησης, αποτελούμενο από 5 ενότητες (52 ερωτήσεις), μέσω του οποίου αξιολογούνται η ακράτεια ούρων, τα συμπτώματα ούρησης των ασθενών, αξιολογείται η ενημερωτική ταινία, και η παρεχόμενη υπηρεσία, ενώ τέθηκαν ερωτήσεις για δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο Παράρτημα.

Τα δημογραφικά στοιχεία στα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες ήταν η μόνιμη κατοικία (πόλη, κομώπολη, χωριό), το φύλο, η ηλικία, το βάρος, το ύψος, αν γεννήθηκαν στην Ελλάδα ή όχι, η οικογενειακή κατάστασή τους, αν έχουν παιδιά, τα χρόνια εκπαίδευσης και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έλαβαν, και τέλος η παρούσα εργασιακή κατάσταση. Δεν ζητήθηκε κανένα προσωπικό στοιχείο διατηρώντας την πλήρη ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Η αξιολόγηση της ακράτειας ούρων έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου ICIQ-UI short form της International Consultation on Incontinence και παρέχει σύντομη και σημαντική εκτίμηση της επίδρασης των συμπτωμάτων της ακράτειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Το εργαλείο χρησιμοποιείται διεθνώς από γενικούς γιατρούς και ουρολόγους τόσο στις πρωτοβάθμιες όσο και στις δευτεροβάθμιες δομές υγείας για τον έλεγχο της ακράτειας, πυροδοτώντας την συζήτηση μεταξύ γιατρών και ασθενών. Αποτελείται από 4 ερωτήσεις που αξιολογούν την συχνότητα της ακράτειας, την ποσότητα της απώλειας, την επίδραση στην καθημερινότητα και τον τύπο της ακράτειας. Μέγιστο αποτέλεσμα είναι το 21, ενώ ασθενείς με αποτέλεσμα άνω του 0 θεωρούνται ακρατείς. Επιπλέον αποτελεί και κατάλληλο εργαλείο για την έρευνα στο τομέα της ακράτειας μιας και είναι εύκολα αυτοσυμπληρούμενο από τους ασθενείς, έχοντας υψηλή εγκυρότητα και πολύ καλή αξιοπιστία με Cronbach's alpha συντελεστή που υπερβαίνει το 0,7⁵¹. Το Διεθνές Συμβούλιο Ακράτειας (International Consultation on Incontinence - ICI) το χαρακτήρισε με βαθμό σύστασης A (Grade of Recommendation A). Τέλος προστέθηκαν και ερωτήσεις που αφορούν τον βαθμό ενόχλησης των ασθενών από την ακράτεια, την αναζήτηση βοήθειας και ερωτήσεις σχετικά με την θεραπεία και το χρονικό διάστημά της.

Τα συμπτώματα ούρησης των ασθενών αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο IPSS (International Prostate Symptom Score), σχεδιασμένο για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό. Αξιολογεί 7 διαφορετικές παραμέτρους: το αίσθημα ατελούς κένωσης, την συχνότητα των ουρήσεων, την διακεκομμένη ούρηση, την ροή των ούρων, την δυσκολία ούρησης και την νυχτουρία. Επιπλέον, υπάρχει ερώτηση για την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Οι απαντήσεις κυμαίνονται σε κλίμακα από το 1(ποτέ) έως το 5 (σχεδόν πάντα) με μέγιστο αποτέλεσμα το 35. Σύμφωνα με τον Αμερικάνικη Ουρολογική Εταιρεία τα συμπτώματα των ασθενών αναλόγως του αποτελέσματος κατατάσσονται σε ήπια για συνολική βαθμολογία 0-7, μέτρια για συνολική βαθμολογία 8-19 και σοβαρά για συνολική βαθμολογία 20-35. Η Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή (International Scientific Committee - SCI), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization-WHO) και η Διεθνής Ένωση Κατά του Καρκίνου (International Union Against Cancer - UICC) συστήνουν τη χρήση μιας και μόνο

ερώτησης για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Το ερωτηματολόγιο IPSS αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης των συμπτωμάτων ούρησης με συντελεστή Cronbach's Alpha υψηλό (0,86), αποδεικνύοντας αρκετά αυξημένη συνάφεια και υψηλή αξιοπιστία στο test-retest ($r=0,92$). Συμπερασματικά αποτελεί κατάλληλο εργαλείο αξιολόγησης των συμπτωμάτων καθότι είναι αυτοσυμπληρούμενο και δεν απαιτεί κατάλληλα εκπαιδευμένου συνεντεύκτη⁵². Στο τέλος της ενότητας αυτής προστέθηκαν ερωτήσεις που αφορούν τον βαθμό ενόχλησης από τα συμπτώματα και την αναζήτηση βοήθειας για τα συμπτώματα αυτά.

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ταινίας είναι βασισμένο στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση ταινίας σχετικής με την φυσική δραστηριότητα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη⁵³. Περιελάμβανε 8 ερωτήσεις, οι πρώτες αφορούσαν την συνολική αξιολόγηση της ταινίας, την ενημέρωση που παρείχε για την ακράτεια, την συμβολή στην αντιμετώπισή της, το ενδιαφέρον που προκάλεσε, την ευκολία ακρόασης και θέασης όπως και το πόσο κατανοητή ήταν. Η τελευταία ήταν ερώτηση ανοιχτού τύπου, ζητώντας από τον ερωτώμενο να αναφέρει το κύριο μήνυμα της ταινίας. Αξιολογεί όλες της παραμέτρους ενός οπτικοακουστικού μέσου, όπως η ταινία σε μια κλίμακα μεταξύ 1 έως 5. Η συνολική βαθμολογία των απαντήσεων κυμαίνεται μεταξύ 5 και 35. Απομένει η αξιολόγηση των ψυχομετρικών παραμέτρων του εργαλείου.

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ικανοποίησης των πελατών από την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας βασίστηκε στο CSQ-8 (Client Satisfaction Scale), ένα διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο μέτρησης της γενικής ικανοποίησης ασθενών με υψηλό Cronbach Alpha (0,91)⁵⁴. Η ελληνική του μετάφραση έγινε πρόσφατα από τους δημιουργούς του. Αποτελείται από 8 ερωτήσεις με απαντήσεις που διαρθρώνονται σε κλίμακα 1 έως 4. Το άθροισμα των απαντήσεων μπορεί να κυμανθεί από 8 έως 32. Το μεγαλύτερο άθροισμα δηλώνει και μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης.

Ως κατάλληλα προς αξιολόγηση θεωρήθηκαν τα ερωτηματολόγια με ποσοστό απαντημένων ερωτήσεων σχετικών με την αξιολόγηση της ταινίας >50%. Στα διαδικτυακά ερωτηματολόγια προαπαιτούνταν η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων αξιολόγησης της ταινίας για την υποβολή του ερωτηματολογίου.

Εκπαιδευτική ταινία

Η ταινία, διάρκειας 24 λεπτών, δημιουργήθηκε από το Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών παθήσεων στοχεύοντας στην ενημέρωση του κοινού για την ακράτεια ούρων. Αφορά στην επεξήγηση της πάθησης και των τύπων της, στην κλινική εικόνα, στις μεθόδους διάγνωσης και αντιμετώπισης των διάφορων τύπων ακράτειας καθώς και προσωπικές μαρτυρίες ασθενών που αναζήτησαν και έλαβαν θεραπεία. Περιλαμβάνει εικόνες ανατομίας του ουροποιητικού συστήματος και αφήγηση. Για τις μαρτυρίες των

πραγματικών ασθενών τηρήθηκαν όλες οι νομικές διαδικασίες, όπως ορίζονται από την Εθνική νομοθεσία και την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

Τρόπος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Κατά την εκδήλωση με θέμα την ακράτεια ούρων, η απάντηση του ερωτηματολογίου ακολουθούσε την προβολή της ταινίας και συμπληρώνονταν με την παρουσία επιστήμονα υγείας που συμμετείχε και γνώριζε τόσο την διαδικασία όσο και την χρήση του ερωτηματολογίου. Ο χρόνος που απαιτούνταν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 15 λεπτά.

Στην διαδικτυακή διαδικασία κατόπιν προβολής της ταινίας, οι συμμετέχοντες αφού ενημερώνονταν για τον σκοπό του προγράμματος, παραπέμπονταν στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης. Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης δημιουργήθηκε μέσω του προγράμματος Google Docs (docs.google.com), σε πλήρη ταύτιση των ερωτήσεων και της μορφής των απαντήσεων με αυτό που διανέμονταν σε έντυπη μορφή (Παράρτημα). Στο τέλος παρέχονταν στοιχεία επικοινωνίας για οποιαδήποτε σχόλια ή απορίες. Μετά την υποβολή του ερωτηματολογίου, οι απαντήσεις συλλέγονταν σε αρχείο τύπου excel.

Ανάλυση αποτελεσμάτων

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20. Για την ανάλυση των πρωταρχικών στόχων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι της περιγραφικής στατιστικής.

- Μέτρηση κεντρικής τάσης: Μέσος όρος, διακύμανση, τυπική απόκλιση

Για την ανάλυση των δευτερευόντων στόχων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι της αναλυτικής στατιστικής

- t-test ανεξάρτητα δείγματα
- συσχέτιση με τον συντελεστή Kendall tau (τ)
- one way ANOVA

Ο συντελεστής συσχέτισης τ του Kendall ενδείκνυται

- Όταν μια από τις δύο μεταβλητές που εξετάζουμε είναι διατάξιμη
- Εναλλακτικός του συντελεστή συσχέτισης Pearson όταν τα δεδομένα παρουσιάζουν ασυμμετρία
- Όταν οι δύο μεταβλητές είναι κατηγορικές αλλά μπορούν να διαταχθούν
- Μετρά το βαθμό συμφωνίας μεταξύ δύο ποσοτικών ή διατάξιμων μεταβλητών
- Όρια: $-1 \leq \text{kendall's tau} \leq 1$

Ο συντελεστής συσχέτισης τ του Kendall μοιάζει με τον συντελεστή ρ του Spearman ως προς το ότι υπολογίζεται με βάση την τάξη μεγέθους των παρατηρήσεων και όχι με βάση τις παρατηρήσεις αυτές καθαυτές και, επιπλέον, η κατανομή του δεν εξαρτάται από την κατανομή των μεταβλητών X και Y , όταν αυτές είναι ανεξάρτητες και συνεχείς. Το κύριο πλεονέκτημα του μέτρου αυτού σε σχέση με το μέτρο ρ του Spearman είναι ότι τείνει στην κανονική κατανομή σχετικά γρήγορα. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι η προσέγγιση της κατανομής του συντελεστή τ από την κανονική κατανομή είναι καλύτερη από την αντίστοιχη προσέγγιση της κατανομής του συντελεστή ρ του Spearman, όταν αληθεύει η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών X και Y .

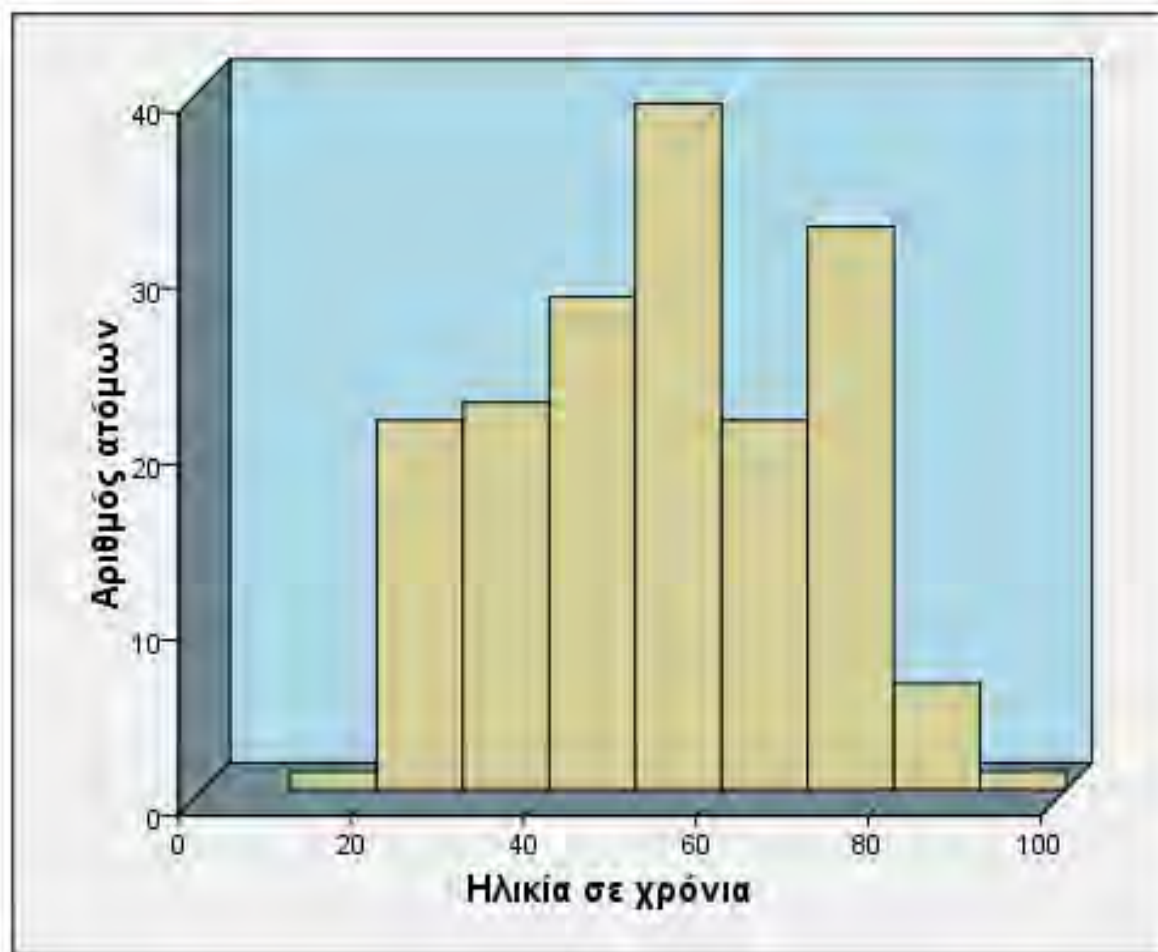
Μέγεθος δείγματος

Λόγω έλλειψης προηγούμενων μελετών στο συγκεκριμένο θέμα, και λόγω ότι δεν αναμενόταν διαφορά στην αξιολόγηση μεταξύ ασθενών και υγιών θεωρήθηκε πως ένα δείγμα εκατό ατόμων θα ήταν επαρκές για την αξιοπιστία των στατιστικών αποτελεσμάτων της μελέτης. Επιπλέον, σε μια πρώτη ανάλυση των δεδομένων των εκατό πρώτων ερωτηματολογίων, επαληθεύτηκε η αρχική υπόθεση με αποτέλεσμα την θεώρηση του δείγματός μας ως επαρκές.

Αποτελέσματα

Το σύνολο των ατόμων που παρακολούθησαν την ταινία και απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν 171. Ο αριθμός των γυναικών ήταν 132 (77,2%), ενώ ο αριθμός των ανδρών που συμμετείχαν 39 (22,8%). Ο μέσος όρος της ηλικίας ανερχόταν στα 55,88 χρόνια, με ελάχιστη ηλικία τα 19 χρόνια και μέγιστη τα 90 χρόνια (**Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.** Εικόνα 4).

Όσο αφορά στη μόνιμη κατοικία, το 94,7% ζούσε σε αστική περιοχή και το 92,4% είχε γεννηθεί στην Ελλάδα. Περίπου το 58% των ατόμων δήλωσαν στην ερώτηση για τη παρούσα οικογενειακή κατάσταση ότι είναι έγγαμοι, ενώ στο ερώτημα που αφορούσε την εργασιακή κατάσταση το 31,6% ανέφεραν ότι ήταν συνταξιούχοι και το 6,5% άνεργοι. Η ανάλυση του δείγματος ως προς τα χρόνια εκπαίδευσης των συμμετεχόντων έδειξε πως το 25,4% αυτών είχαν συμπληρώσει ≤ 6 χρόνια εκπαίδευσης (Δημοτικό) και περίπου οι μισοί (47,3%) είχαν συμπληρώσει ≤ 12 χρόνια εκπαίδευσης, το 32,4% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ και το υπόλοιπο ποσοστό κατατάσσονταν στις υπόλοιπες βαθμίδες της εκπαίδευσης (Πίνακας 3).



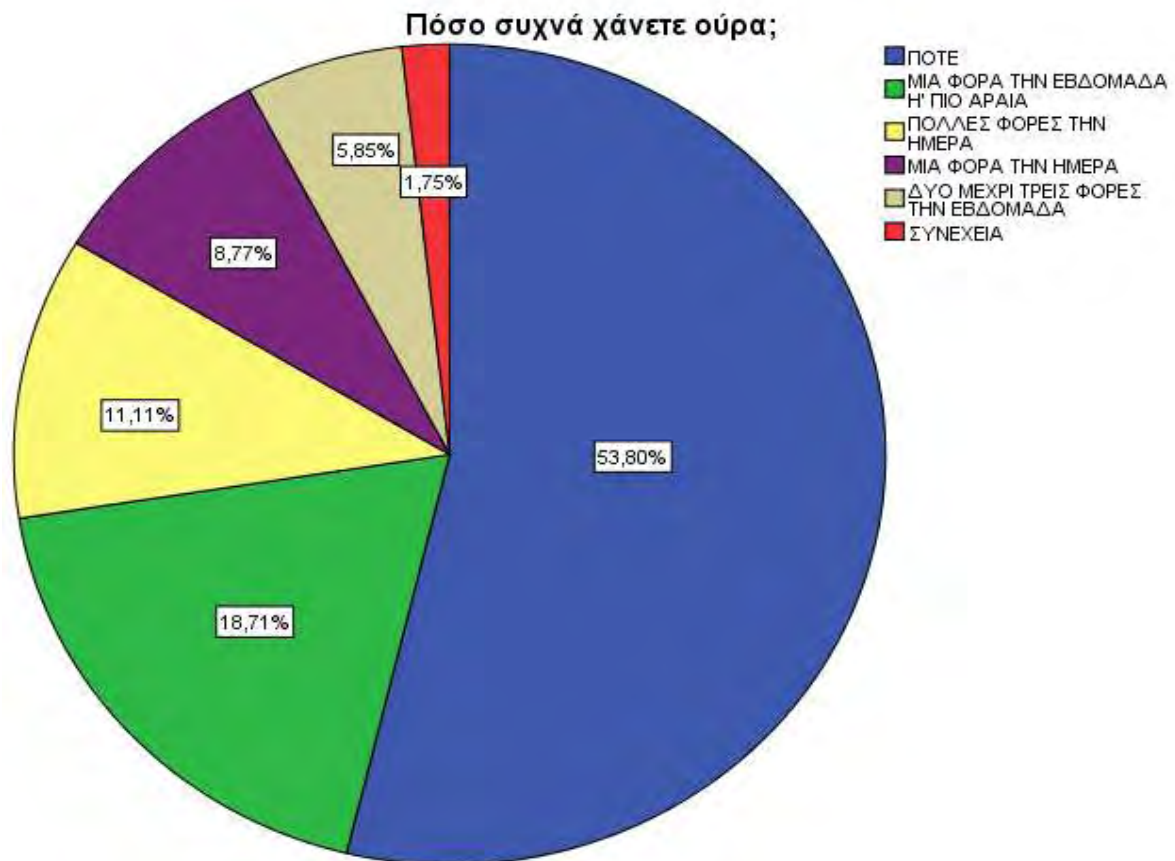
Εικόνα 4. Ιστόγραμμα ηλικίας συμμετεχόντων

Ο αριθμός των ατόμων που σύμφωνα με το ICIQ-UI short form είχαν ακράτεια ήταν 80 (47,3%). Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των ερωτηθέντων (24,56%) έκανε ούρα εβδομαδιαίως μία ή περισσότερες φορές, το 19,87% έκανε ούρα καθημερινά, ενώ το 1,75% είχαν συνεχή ακράτεια (**Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.**Εικόνα 5). Όσο αφορά στην ποσότητα ούρων, μόνο το 2,9% έκανε μεγάλη ποσότητα ούρων και το μεγαλύτερο ποσοστό (34,1%) έκανε μικρή ποσότητα ούρων.

| Επίπεδο Εκπαίδευσης | Αριθμός ατόμων | Ποσοστά (%) | Αθροιστικά ποσοστά (%) |
|---------------------|----------------|-------------|------------------------|
| ΚΑΝΕΝΑ | 5 | 2,9 | 2,9 |
| ΔΗΜΟΤΙΚΟ | 39 | 22,8 | 25,7 |
| ΓΥΜΝΑΣΙΟ | 9 | 5,3 | 31,0 |
| ΛΥΚΕΙΟ | 27 | 15,8 | 46,8 |
| ΤΕΧΝΙΚΟ ΛΥΚΕΙΟ | 2 | 1,2 | 48,0 |
| ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ | 10 | 5,8 | 53,8 |
| ΤΕΙ | 17 | 9,9 | 63,7 |
| ΑΕΙ | 38 | 22,2 | 86,0 |
| ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ | 19 | 11,1 | 97,1 |
| ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ | 5 | 2,9 | 100,0 |
| Σύνολο | 171 | 100,0 | |

Πίνακας 3. Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ταινίας ήταν $29,72 \pm 3,397$ με το εύρος των αποτελεσμάτων να κυμαίνεται μεταξύ 22 και 35. Από τα δεδομένα προκύπτει ο Πίνακας 4 στον οποίο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της ταινίας σε όλους τους ερωτηθέντες. Αναλύοντας, βρέθηκε ότι στην ερώτηση που αφορούσε την συνολική αξιολόγηση της ταινίας ο μέσος όρος των απαντήσεων ήταν 4,52, ο μεγαλύτερος μέσος όρος από όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν την αξιολόγηση. Στις επιμέρους ερωτήσεις υψηλότερο μέσο όρο απαντήσεων παρουσίασε η ερώτηση «Πόσο εύκολο ήταν να την καταλάβετε» ($4,37 \pm 0,69$) και η ερώτηση «πόσο σας βοήθησε να ενημερωθείτε για την ακράτεια» ($4,37 \pm 0,65$). Ο χαμηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σας βοήθησε στην αντιμετώπιση της ακράτειας» ($3,67 \pm 1,25$)



Εικόνα 5. Η συχνότητα απώλειας ούρων των συμμετεχόντων

Κατά την σύγκριση της αξιολόγησης της ταινίας μεταξύ ακρατών (ICIQ score ≥ 1) και εγκρατών (ICIQ score < 1) προκύπτει ότι δεν υπάρχει διαφορά στατιστικώς σημαντική μεταξύ των δύο ομάδων τόσο στο συνολικό σκορ όσο και στις επιμέρους ερωτήσεις. Εξάιρεση αποτελεί η ερώτηση που αφορά τον βαθμό της ενημέρωσης που παρείχε η ταινία. Φάνηκε πως οι ασθενείς με ακράτεια ούρων βαθμολόγησαν την ταινία ως λιγότερο ενημερωτική σε σχέση με τους υγιείς ($p=0,01$) (Πίνακας 5).

Στην σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο φύλων, δεν προέκυψε καμιά στατιστικώς σημαντική διαφορά. Για παράδειγμα στην ερώτηση που αφορά την συνολική αξιολόγηση της ταινίας οι άνδρες την αξιολόγησαν με μέσο όρο 4,46 ενώ οι γυναίκες με 4,54, διαφορά μη σημαντική ($p=0,412$). Επίσης στην ανάλυση συσχέτισης των μεταβλητών ηλικία και αξιολόγηση της ταινίας με τον συντελεστή Kendall's tau (τ), βρέθηκε ήπια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας και του βαθμού ενημέρωσης της ταινία ($\tau= -0,144$ με $p=0,02$) όπως επίσης και του βαθμού κατανόησης της ταινίας ($\tau= -0,229$ με $p=0,00$).

| Ερωτήσεις αξιολόγησης ταινίας | Μi n | Μax | Μέσος όρος | Σταθερή απόκλιση |
|---|---------|-----|---------------|---------------------|
| ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΤΗΝ ΤΑΙΝΙΑ | 3 | 5 | 4,52 | 0,535 |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΑΒΕΤΕ | 2 | 5 | 4,37 | 0,688 |
| ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΑΤΕΙΑ | 1 | 5 | 4,37 | 0,651 |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΔΕΙΤΕ | 1 | 5 | 4,34 | 0,778 |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΕΤΕ | 1 | 5 | 4,31 | 0,794 |
| ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ ΚΕΝΤΡΙΣΕ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΣΑΣ | 1 | 5 | 4,14 | 0,779 |
| ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ | 1 | 5 | 3,67 | 1,251 |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ | 22 | 35 | 29,72 | 3,397 |

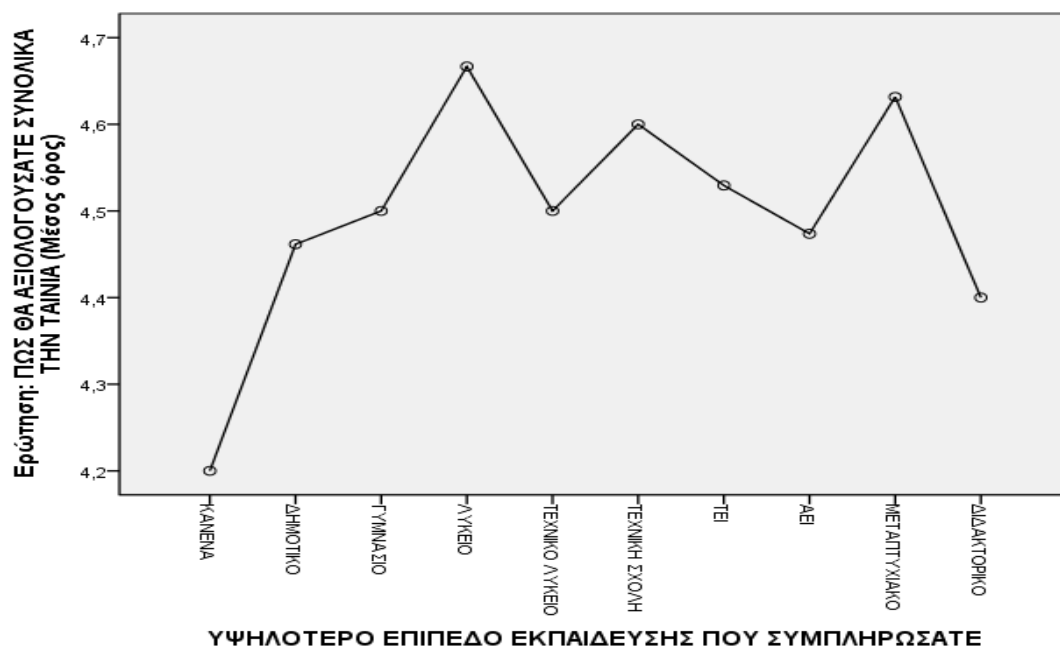
Πίνακας 4. Αξιολόγηση της ταινίας από τους συμμετέχοντες

Σχετικά με τα χρόνια εκπαίδευσης και την αξιολόγηση της ταινίας, η μελέτη έδειξε πως ο μέσος όρος των απαντήσεων στην ερώτηση για το εάν κατανόησαν, αυτών που είχαν συμπληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης, ήταν μικρότερος, στατιστικώς σημαντικά, σε σχέση με τον αντίστοιχο στα άτομα που έλαβαν περισσότερα χρόνια εκπαίδευση (3,91 έναντι 4,53, $p=0,00$). Το ίδιο φάνηκε και στις ερωτήσεις που αφορούσαν στην ικανότητα θέασης και ακρόασης της ταινίας. Οι συμμετέχοντες που είχαν συμπληρώσει μέχρι 6 έτη εκπαίδευσης αξιολόγησαν χαμηλότερα την ευκολία θέασης (4,12 έναντι 4,42) και ακρόασης (4,02 έναντι 4,41) της ταινίας σε σχέση με αυτούς με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης στατιστικώς σημαντικά. Ωστόσο, στην ερώτηση που αξιολογεί συνολικά την ταινία δεν παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (**Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.** Εικόνα 6).

| Ερωτήσεις αξιολόγησης της εκπαιδευτικής ταινίας: | ICIQ | Αριθμός ατόμων | Μέσος όρος | Στατιστική σημαντικότητα |
|---|----------|----------------|------------|--------------------------|
| ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΤΗΝ ΤΑΙΝΙΑ | ≥ 1 | 80 | 4,54 | p=0,80 |
| | < 1 | 89 | 4,52 | |
| ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΑΤΕΙΑ | ≥ 1 | 80 | 4,24 | p=0,01 |
| | < 1 | 89 | 4,49 | |
| ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ | ≥ 1 | 79 | 3,62 | p=0,67 |
| | < 1 | 88 | 3,70 | |
| ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ ΚΕΝΤΡΙΣΕ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΣΑΣ | ≥ 1 | 79 | 4,18 | p=0,53 |
| | < 1 | 89 | 4,10 | |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΑΒΕΤΕ | ≥ 1 | 80 | 4,28 | p=0,73 |
| | < 1 | 88 | 4,47 | |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΔΕΙΤΕ | ≥ 1 | 80 | 4,35 | p=0,99 |
| | < 1 | 89 | 4,35 | |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΕΤΕ | ≥ 1 | 80 | 4,29 | p=0,62 |
| | < 1 | 89 | 4,35 | |

Πίνακας 5. Σύγκριση αξιολόγησης της ταινίας μεταξύ ακρατών και εγκρατών (t-test ανεξάρτητων δειγμάτων)

Κατά την ανάλυση με one way ANOVA προέκυψε πως το συνολικό σκορ της αξιολόγησης της ταινίας δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Στατιστικώς σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε στο μέσο όρο των απαντήσεων της ερώτησης που αφορούσε την κατανόηση της ταινίας στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης. Βρέθηκε ότι τα άτομα που ολοκλήρωσαν το Δημοτικό αξιολόγησαν χαμηλότερα την κατανόηση της ταινίας σε σχέση με τους αποφοίτους ΤΕΙ, ΑΕΙ ή μεταπτυχιακών προγραμμάτων (p=0,019, p=0,001, p=0,000 αντίστοιχα) (Πίνακας 6, Πίνακας 7, **Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.** Εικόνα 6)



Εικόνα 6. Διάγραμμα συνολικής αξιολόγησης της ταινίας και επιπέδου εκπαίδευσης συμμετεχόντων

| Επίπεδο εκπαίδευσης | Μέσος όρος σκορ αξιολόγησης της ταινίας | Τυπική απόκλιση | Minimum | Maximum |
|---------------------|---|-----------------|---------|---------|
| ΚΑΝΕΝΑ | 28,80 | 2,588 | 25 | 32 |
| ΔΗΜΟΤΙΚΟ | 28,82 | 3,186 | 22 | 35 |
| ΓΥΜΝΑΣΙΟ | 30,00 | 3,780 | 25 | 35 |
| ΛΥΚΕΙΟ | 30,52 | 3,501 | 23 | 35 |
| ΤΕΧΝΙΚΟ ΛΥΚΕΙΟ | 31,00 | 5,657 | 27 | 35 |
| ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ | 29,50 | 3,689 | 23 | 35 |
| ΤΕΙ | 30,35 | 3,570 | 22 | 35 |
| ΑΕΙ | 29,39 | 3,413 | 22 | 35 |
| ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ | 31,00 | 3,383 | 24 | 35 |
| ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ | 28,40 | 1,949 | 25 | 30 |
| Σύνολο | 29,72 | 3,397 | 22 | 35 |

Πίνακας 6. Μέσος όρος σκορ αξιολόγησης ταινίας στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης

Επιπλέον η αξιολόγηση της ταινίας αναλύθηκε ως προς την συσχέτισή της με το IPSS score, το ICIQ score όπως επίσης και με το CSQ score. Δεν αποδείχθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ή μη μεταξύ των IPSS score και του ICIQ score. Ενώ η αξιολόγηση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη υπηρεσία σχετίζεται μετρίως θετικά με την συμβολή της ταινίας στην αντιμετώπιση της ακράτειας ($\tau=+0,416$ $p<0,01$) αλλά και με την συνολική αξιολόγηση της ταινίας ($\tau=+0,378$ $p<0,01$).

Από την ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούσαν την αξιολόγηση της παρεχόμενης υπηρεσίας προκύπτει πως ο μέσος όρος του σκορ του CSQ8 ήταν $27,82\pm 3,08$ με μέγιστο το 32. Όσο αφορά στις επιμέρους απαντήσεις του ερωτηματολογίου, τα αποτελέσματα καταγράφονται στον Πίνακα 8. Το μεγαλύτερο μέσο όρο συγκεντρώνουν οι απαντήσεις στην ερώτηση για τον βαθμό ικανοποίησης από την βοήθεια που παρασχέθηκε μέσω της υπηρεσίας.

| Ερωτήσεις | Χρόνια εκπαίδευσης | Αριθμός ατόμων | Μέσος όρος | Στατιστική σημαντικότητα |
|---|--------------------|----------------|------------|--------------------------|
| ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΤΗΝ ΤΑΙΝΙΑ | ≥ 7 | 125 | 4,55 | p=0,36 |
| | < 7 | 43 | 4,47 | |
| ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΑΤΕΙΑ | ≥ 7 | 125 | 4,41 | p=0,18 |
| | < 7 | 43 | 4,26 | |
| ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ | ≥ 7 | 124 | 3,59 | p=0,23 |
| | < 7 | 42 | 3,86 | |
| ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ ΚΕΝΤΡΙΣΕ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΣΑΣ | ≥ 7 | 124 | 4,10 | p=0,33 |
| | < 7 | 43 | 4,23 | |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΑΒΕΤΕ | ≥ 7 | 124 | 4,53 | p=0,00 |
| | < 7 | 43 | 3,91 | |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΔΕΙΤΕ | ≥ 7 | 125 | 4,42 | p=0,029 |
| | < 7 | 43 | 4,12 | |
| ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΗΤΑΝ ΝΑ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΕΤΕ | ≥ 7 | 125 | 4,41 | p=0,006 |
| | < 7 | 43 | 4,02 | |

Πίνακας 7. Σύγκριση της αξιολόγησης της ταινίας μεταξύ ατόμων με <7 χρόνια εκπαίδευσης και αυτών με περισσότερα ή ίσα του 7.

| Ερωτήσεις αξιολόγησης παρεχόμενης υπηρεσίας: | Min | Max | Μέσος όρος | Τυπική απόκλιση |
|---|-----|-----|------------|-----------------|
| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ | 3 | 4 | 3,74 | 0,442 |
| ΣΕ ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΚΑΛΥΨΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΑΣ | 1 | 4 | 3,28 | 0,754 |
| ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΕΙΣΤΕ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΟΥ ΛΑΒΑΤΕ | 1 | 4 | 3,82 | 0,440 |
| ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ | 1 | 4 | 3,50 | 0,794 |
| ΓΕΝΙΚΑ, ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΟΥ ΛΑΒΑΤΕ | 1 | 4 | 3,81 | 0,478 |
| ΘΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΣΑΣΤΑΝ ΞΑΝΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ | 1 | 4 | 3,29 | 0,550 |
| ΛΑΒΑΤΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ | 1 | 4 | 3,17 | 0,499 |
| ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ | 3 | 4 | 3,74 | 0,442 |

Πίνακας 8. Αποτελέσματα των ερωτήσεων που αφορούν την αξιολόγηση της παρεχόμενης υπηρεσίας

Συζήτηση

Στην έως τώρα δημοσιευθείσα βιβλιογραφία δεν αναφέρεται αξιολόγηση εκπαιδευτικής ταινίας σχετικής με την ακράτεια ούρων, ενώ μελέτες έδειξαν την ανεπάρκεια του διαδικτύου στην πληροφόρηση του κοινού^{49,50}. Η μόνη αξιολόγηση ενημερωτικού υλικού που αφορά την ακράτεια ούρων, ασχολήθηκε με την αξιολόγηση διαδικτυακού υλικού σχετικού με τις παθήσεις του πυελικού

εδάφους, φανερώνοντας ότι τα περισσότερα από τα αποτελέσματα της αναζήτησης στο διαδίκτυο δεν ήταν πιστοποιημένα⁴⁹.

Αν και η επιλογή του δείγματος της μελέτης δεν έγινε με στατιστικά αντιπροσωπευτικό τρόπο του πληθυσμού, ωστόσο τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από άτομα όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης και όλων των ηλικιακών ομάδων (>18 ετών). Επιπλέον τα δημογραφικά δεδομένα της παρούσας μελέτης, που αφορούν στο επίπεδο εκπαίδευσης και στην ηλικία, είναι παραπλήσια με δεδομένα έρευνας ειδικών εξωτερικών ιατρείων δύο ελληνικών πανεπιστημιακών νοσοκομείων (Λάρισα, Θεσσαλονίκη) γεγονός που ενισχύουν την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος σε σχέση με τον πληθυσμό που αναζητά βοήθεια για το πρόβλημα της ακράτειας ούρων⁵⁵. Τα αποτελέσματα έδειξαν αρκετά υψηλή βαθμολογία στην αξιολόγηση της ταινίας (29,72 με μέγιστο 35). Επιπλέον, φάνηκε διαμέσου των επιμέρους ερωτημάτων πως η ταινία αξιολογήθηκε συνολικά ως «πολύ καλή» (4,52 με μέγιστο το 5), ήταν αρκετά κατανοητή (4,37 με μέγιστο το 5) από το σύνολο των ερωτηθέντων και τους ενημέρωσε επαρκώς (4,37 με μέγιστο το 5). Καθώς αποτελεί οπτικοακουστικό μέσο, αξιολογήθηκε το πόσο εύκολο ήταν να την δουν και να την ακούσουν οι συμμετέχοντες όπως επίσης και πόσο πολύ κέντρισε το ενδιαφέρον τους. Η μελέτη έδειξε πως η θέασή της και η ακρόασή της αξιολογήθηκε ως αρκετά καλή και κέντρισε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των θεατών. Υψηλά, αλλά χαμηλότερα σε σύγκριση με τις άλλες ερωτήσεις αξιολογήθηκε η συμβολή της στην αντιμετώπιση της πάθησης. Το αποτέλεσμα αυτό εξηγεί το σκοπό για τον οποίο δημιουργήθηκε η ταινία, που είναι η ενημέρωση και η επαγρύπνηση. Δεν παρέχει συμβουλές διαχείρισης των συμπτωμάτων αλλά ευαισθητοποιεί και ενημερώνει το κοινό στο θέμα της ακράτειας ούρων. Το συμπέρασμα αυτό διαφαίνεται από τις απαντήσεις στην ερώτηση ανοιχτού τύπου «ποιο είναι το κύριο μήνυμα που λάβατε από την ταινία» που τέθηκε, με τις εξής απαντήσεις:

- Η ακράτεια ούρων αντιμετωπίζεται, δεν αποτελεί σημείο γήρανσης αλλά πάθηση με δυνατότητα θεραπείας.
- Καταρχήν είναι πλήρως ενημερωτική. Το μήνυμα που έλαβα είναι ότι σε γενικές γραμμές όλα αντιμετωπίζονται.
- Για μένα που δεν έχω πρόβλημα ήταν καθαρά ενημερωτικό και ενδιαφέρον.
- Αν και προσωπικά δεν αντιμετωπίζω πρόβλημα ακράτειας, ωστόσο ήταν αρκετά ενδιαφέρουσες οι πληροφορίες που έλαβα, καθώς, αν στο μέλλον αντιμετωπίσω εγώ ή κάποιο οικείο πρόσωπο παρόμοια κατάσταση θα γνωρίζω τι πρέπει να κάνω και πως να ενεργήσω ώστε να μην παρατείνεται το πρόβλημα, Ειδικά για ένα τέτοιο θέμα όπως αυτό της ακράτειας όπου ακόμα και σήμερα υπάρχει ελάχιστη έως καθόλου πληροφόρηση και αντιμετωπίζεται από πολλούς ως ένα θέμα ταμπού.
- Ταυτοποίησα τον τύπο ακράτειας που με απασχολεί.
- Καλά γραφικά, ωραία παρουσίαση

Για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων λήφθηκαν υπόψη και στοιχεία από την μελέτη που χρησιμοποιήθηκε πρωταρχικώς το ερωτηματολόγιο⁵³. Σύμφωνα με αυτή την μελέτη παρόμοια αποτελέσματα χαρακτηρίστηκαν ως πολύ υψηλά, προτείνοντας την χρήση ταινίας ως κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό για την ενημέρωση και εκπαίδευση των ενδιαφερομένων. Την δυνατότητα χρήσης εκπαιδευτικής ταινίας ως κατάλληλου μέσου για την ενημέρωση ασθενών, κατέδειξε και η μελέτη που αφορούσε στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης για το μελάνωμα⁵⁶. Επιπρόσθετα, υπεροχή της εκπαιδευτικής ταινίας έναντι του γραπτού ενημερωτικού υλικού φάνηκε και στην μελέτη για την πρόληψη των πτώσεων σε ηλικιωμένους⁵⁷. Σε αντίθεση με τα παραπάνω βρίσκεται η έρευνα μεταξύ των ατόμων με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου που αναφέρουν ως προτιμότερο μέσο ενημέρωσης τα βιβλία (73%), τα ενημερωτικά φυλλάδια (25%) και τελευταίες τις βιντεοταινίες (20%). Το 90% αυτών πιστεύει πως όταν το εκπαιδευτικό υλικό είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ασθενών τότε είναι χρήσιμο, ενώ το 35% πιστεύει πως η γνώση της σοβαρότητας της νόσου ίσως αυξήσει το άγχος⁵⁸.

Στην σύγκριση της αξιολόγησης μεταξύ υγιών και ασθενών δεν παρατηρήθηκε στατικώς σημαντική διαφορά, καθιστώντας το εκπαιδευτικό μέσο ως κατάλληλο τόσο για ενημέρωση των ατόμων με απώλεια ούρων όσο και μεταξύ αυτών που δεν νοσούν. Αυτό συνέβη στην πλειοψηφία των παραμέτρων αξιολόγησης, συμπεριλαμβανομένου της κατανόησης και του ενδιαφέροντος για το παρουσιαζόμενο θέμα. Εξαιρέση αποτέλεσε η ενημέρωση που παρείχε η ταινία. Με μια μικρή διαφορά αλλά στατιστικά σημαντική, οι υγιείς αξιολόγησαν την ταινία ως πιο ενημερωτική σε σχέση με τους ασθενείς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως οι ακρατές θεώρησαν ως μη ενημερωτική την ταινία (4,24 με μέγιστο το 5). Το αποτέλεσμα μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως ένα ποσοστό των συμμετεχόντων είχαν αναζητήσει βοήθεια για την ακράτεια ούρων και επομένως οι πάσχοντες έχοντας λάβει κάποιου είδους ενημέρωση περί της ακράτειας ούρων κατά την διαδικασία της επαφής με τον επαγγελματία υγείας, την διαδικασία της διάγνωσης της νόσου ή την παράθεση από τον ειδικό των θεραπευτικών επιλογών, αναζητούσαν πιθανώς πιο εξειδικευμένη και λεπτομερή ενημέρωση επί του θέματος από την ταινία. Στοχεύοντας σε αυτή την λεπτομερή περιγραφή, ο αρχικός στόχος δημιουργίας του εκπαιδευτικού μέσου για ενημέρωση του κοινού, εξαλείφεται. Από την άλλη, τα άτομα που δεν αναζήτησαν ιατρική βοήθεια, ίσως υποαξιολόγησαν την ενημερωτική αξία της ταινίας, στα πλαίσια προσδοκίας για προσωποποιημένη αντιμετώπιση του προβλήματος μέσω επαφής με τον επαγγελματία υγείας.

Στη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο φύλων δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις παραμέτρους, καθιστώντας την ταινία ικανή για την ενημέρωση τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών. Αν και η ακράτεια εμφανίζεται σε μικρότερο ποσοστό στον ανδρικό πληθυσμό, αξιολογήθηκε ως ενημερωτική, επαρκώς κατανοητή και υψηλού ενδιαφέροντος.

Όσο αφορά στην αξιολόγηση μεταξύ των διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη συνολική αξιολόγηση. Περιορισμοί τίθενται μεταξύ των αποφοίτων δημοτικού και των ατόμων ψηλότερου μορφωτικού επιπέδου στην κατανόηση της ταινίας,

στην θέασή της και στην ακρόασή της. Μεταξύ των ατόμων που είχαν συμπληρώσει 6 χρόνια εκπαίδευσης βρέθηκε η ταινία λιγότερο κατανοητή, ενισχύοντας τα αποτελέσματα παλαιότερων μελετών για την ανάγκη απλούστερων μέσων ενημέρωσης^{46,47,48}. Ωστόσο, η ηλικία των ατόμων που είχαν συμπληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης ήταν κατά μέσο όρο $69,86 \pm 1,34$ έτη, πολύ μεγαλύτερη αυτών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ($46,68 \pm 1,31$ έτη) αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα προβλημάτων όρασης, ακοής, προσοχής και απομνημόνευσης.

Τέλος, στην αξιολόγηση της παρεχόμενης υπηρεσίας καταγράφηκε υψηλή βαθμολογία, απεικονίζοντας την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την υπηρεσία που έλαβαν. Αντίστοιχα, σε μελέτη ασθενών που ενημερώθηκαν κατά την προεγχειρητική αναισθησιολογική εκτίμηση μέσω εκπαιδευτικής ταινίας, παρατηρήθηκαν επίσης αρκετά υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με ενημερωτικά φυλλάδια ή την άμεση συνέντευξη⁵⁹. Επίσης η παρούσα μελέτη έδειξε ότι μεταξύ των ασθενών που πιστεύουν ότι θα ωφεληθούν στην αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων, η παρεχόμενη υπηρεσία έλαβε υψηλότερη βαθμολόγηση, γεγονός που υποδηλώνει πως η αξιολόγηση της υπηρεσίας σχετίζεται με τον καλύτερο έλεγχο της νόσου από τους ασθενείς.

Περιορισμοί τίθενται κατά την επιλογή του εργαλείου αξιολόγησης εκπαιδευτικής ταινίας. Στο χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο δεν έχουν αναλυθεί οι ψυχομετρικές παράμετροι, με αποτέλεσμα να μην έχει αναλυθεί η αξιοπιστία του και η εγκυρότητά του στην αξιολόγηση τέτοιου υλικού. Από τα δεδομένα της παρούσας μελέτης μετρήθηκε η εσωτερική συνάφεια του εργαλείου αυτού μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος μετρήθηκε 0,705 (τιμές μεγαλύτερες του 0,7 θεωρούνται ένδειξη ικανοποιητικής εσωτερικής συνάφειας)⁶⁰. Αυτό αποτελεί ένδειξη ικανοποιητικής εσωτερικής συνάφειας, με μεγαλύτερη συνάφεια κατά την εξαίρεση της ερώτησης «Πόσο σας βοήθησε στην αντιμετώπιση της ακράτειας» (0,772). Απομένει, λοιπόν η διερεύνηση και των άλλων ψυχομετρικών παραμέτρων για την θέσπισή του ως κατάλληλο εργαλείο μέτρησης της αξιολόγησης εκπαιδευτικών ταινιών.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το οπτικοακουστικό υλικό για την ακράτεια ούρων που χρησιμοποιήθηκε, φαίνεται να αποτελεί κατάλληλο εκπαιδευτικό εργαλείο για την ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και των υγείων, ανεξαρτήτως φύλου. Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στα αποτελέσματα κάποιων ερωτήσεων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και την ηλικία των συμμετεχόντων υποδηλώνει την αναγκαιότητα μερικής απλούστευσης του μέσου, με στόχο την πλήρη κατανόησή της από άτομα κάθε μορφωτικού επιπέδου και ηλικίας. Επίσης η χρήση της ταινίας από τις υπηρεσίες υγείας, πιθανώς να επηρεάζει θετικά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην δημιουργία στρατηγικών ενημέρωσης για θέματα που αφορούν την ακράτεια ούρων.

Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

Αξιολόγηση εκπαιδευτικής ταινίας για την ακράτεια των ούρων

A. Δημογραφικά στοιχεία

1. ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΠΟΛΗ.....[1].
ΚΩΜΟΠΟΛΗ.....[2]
ΧΩΡΙΟ.....[3]
2. ΦΥΛΟ Α ____ [1] ____ Θ ____ [2] ____
3. ΗΛΙΚΙΑ ____ χρόνια
4. ΒΑΡΟΣ ____ κιλά
5. ΥΨΟΣ __, ____ μέτρα
6. Γεννηθήκατε στην Ελλάδα;
1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ
7. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση?
1- Έγγαμη-ος _____
2- Συζείτε _____
3- Διαζευγμένη-ος / σε διάσταση _____
4- Χήρα-ος _____
5- Ελεύθερη-ος, ποτέ δεν παντρευτήκατε
6- Μόνη-ος _____
7- Άλλο _____

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

8. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Εάν ναι,

α. Πόσα αγόρια _____

β. Πόσα κορίτσια _____

9. Πόσα χρόνια εκπαίδευσης έχετε συμπληρώσει (συνολικά); -----

10. Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε συμπληρώσει?

| | |
|----|-----------------------|
| 1 | Κανένα |
| 2 | Δημοτικό |
| 3 | Γυμνάσιο |
| 4 | Λύκειο |
| 5 | Τεχνικό Λύκειο |
| 6 | Τεχνική Σχολή |
| 7 | ΤΕΙ |
| 8 | ΑΕΙ |
| 9 | Μεταπτυχιακές σπουδές |
| 10 | Διδακτορικό |

11. Ποια από τις παρακάτω κατηγορίες περιγράφει καλύτερα την παρούσα εργασιακή σας κατάσταση;

1- Εργάζεστε στον δημόσιο τομέα

2- Εργάζεστε στον ιδιωτικό τομέα

3- Εργάζεστε σε δική σας δουλειά

4- Άνεργη-ος με εισοδήματα

5- Άνεργη-ος, ψάχνετε για δουλειά

6- Σύνταξη αναπηρίας

7- Συνταξιούχος

8- Οικιακά

9- Φοιτήτρια-ης

10- Άλλο (συμπεριλαμβανομένου του εθελοντισμού) _____

B. Αξιολόγηση ακράτειας ούρων

Πολλοί άνθρωποι κάποιες φορές χάνουν ούρα ΠΑΡΑ ΤΗ ΘΕΛΗΣΗ ΤΟΥΣ. Προσπαθούμε να δούμε πόσοι χάνουν ούρα και πόσο τους ενοχλεί αυτό. Σας παρακαλούμε να μας απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις με βάση το πώς ήσασταν τις ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ.

1. Πόσο συχνά χάνετε ούρα;; (επιλέξτε μία απάντηση)

| | | |
|---|--------------------------|---|
| Ποτέ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Συνήθως μία φορά την εβδομάδα ή πιο αραιά | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Δυο μέχρι τρεις φορές την εβδομάδα | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Συνήθως μία φορά την ημέρα | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Πολλές φορές την ημέρα | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Συνέχεια | <input type="checkbox"/> | 5 |

2. Πόσα ούρα χάνετε συνήθως; (ανεξάρτητα αν χρησιμοποιείτε σερβιέτα ή όχι) (σημειώστε ένα κουτάκι)

| | | |
|-----------------|--------------------------|---|
| Καθόλου | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Μικρή ποσότητα | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Μέτρια ποσότητα | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Μεγάλη ποσότητα | <input type="checkbox"/> | 6 |

3. Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η ακράτεια την καθημερινή σου ζωή;

Βάλτε σε κύκλο ένα αριθμό από το 0 (δεν επηρεάζει καθόλου) μέχρι το 10 (επηρεάζει πάρα πολύ)

| | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Καθόλου | | | | | | | | | | πάρα πολύ |

4. Γενικά, πόσο ενοχλητική ήταν η ακράτεια κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα;

Καθόλου ενοχλητική 0 Λίγο ενοχλητική 1 Αρκετά ενοχλητική 2 Πολύ ενοχλητική 3

5. Αν ήταν να περάσετε την υπόλοιπη ζωή σας με την ακράτεια, όπως είναι τώρα, πώς θα αισθανόσασταν;

Ευτυχής 0 Ευχαριστημένος 1 Ικανοποιημένος 2 Ουδέτερα 3 Μη ικανοποιημένος 4 Δυσανεστημένος 5 Δυστυχής 6

6. Πότε χάνετε ούρα; (σημειώστε το ανάλογο κουτάκι)

Ποτέ- δεν χάνω ούρα

χάνω ούρα πριν προλάβω να πάω στην τουαλέτα

χάνω ούρα με τον βήχα ή το φτάρνισμα

χάνω ούρα στον ύπνο

χάνω ούρα όταν γυμνάζομαι ή δουλεύω

χάνω ούρα αφού ουρήσω κανονικά

χάνω ούρα χωρίς φανερή αιτία

χάνω ούρα συνεχώς

7. Φοράτε βοήθημα για την ακράτεια; Ναι _____ Όχι _____

Εάν ναι, τί φοράτε;

α. Σερβιετάκι _____

β. Σερβιέτα _____

γ. Πάνα _____

δ. Πάνα-βρακάκι _____

8. Αν φοράτε κάποιο από τα παραπάνω για την ακράτεια, πόσα χρησιμοποιείτε την ημέρα;

(σημειώστε στο κατάλληλο κουτάκι)

1

2 έως 3

πάνω από 3

9. Έχετε επισκεφτεί ποτέ κάποιον γιατρό επειδή έχετε ακράτεια;

- ___ [1] Δεν αναζήτησα θεραπεία,
 ___ [2] Αναζήτησα και έλαβα θεραπεία,
 ___ [3] Αναζήτησα αλλά δεν έλαβα θεραπεία

10. Εάν έχετε κάνει κάποια θεραπεία για την ακράτεια, ποιά ήταν;

- ___ [1] Χειρουργείο
 ___ [2] Φάρμακα
 ___ [3] Ασκήσεις
 ___ [4] Άλλο

11. Εάν έχετε πάρει κάποιο φάρμακο για την ακράτεια, πόσο καιρό το πήρατε;

- ___ 1 έως 3 μήνες
 ___ 4 έως 6 μήνες
 ___ 6 μήνες – 1 χρόνο
 ___ πάνω από 1 χρόνο

12. Τί θα περιμένατε από ένα φάρμακο για την ακράτεια;

- ___ πλήρη θεραπεία
 ___ βελτίωση που να επιτρέπει να μπορείτε να κινείστε ελεύθερα εκτός σπιτιού
 ___ βελτίωση που να επιτρέπει να χρησιμοποιείτε μία πάνα ή σερβιέτα την ημέρα
 ___ βελτίωση που να επιτρέπει να μπορείτε να έρθετε σε επαφή με τον σύντροφο/σύζυγο

13. Για πόσο καιρό θα δεχόσασταν να παίρνετε καθημερινά ένα φάρμακο για την ακράτεια αν με αυτό τον τρόπο παραμένετε τελείως στεγνή-ος;

- ___ μέχρι 3 μήνες
 ___ μέχρι 6 μήνες
 ___ μέχρι 1 χρόνο
 ___ συνέχεια

Γ. Αξιολόγηση προβλημάτων ούρησης

Θα σας ρωτήσω μια σειρά ερωτήσεων για κάποιες εμπειρίες που μπορεί να έχετε ή να μην έχετε και αφορούν την υγεία του ουροποιητικού.

| Κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα: | Ποτέ | Ελάχιστα | Λίγες φορές | Αρκετές φορές | Πολλές φορές | Σχεδόν πάντα |
|---|------|----------|-------------|---------------|--------------|--------------|
| 1. Αισθανθήκατε ότι δεν άδειασε η κύστη μετά την ούρηση; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Έπρεπε να ουρήσετε και πάλι μετά από δύο ώρες; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Έπρεπε να σταματήσετε και να ξαναρχίσετε αρκετές φορές; (διακεκομμένη) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Πόσο συχνά σας ήταν δύσκολο να (κρατηθείτε) αναστείλετε την ούρηση από τη στιγμή που νιώσατε την ανάγκη να ουρήσετε; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Πόσο συχνά παρατηρήσατε μείωση στην ροή των ούρων; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Υπήρχε δυσκολία στην ούρηση; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Δ. Αξιολόγησης της εκπαιδευτικής ταινίας για την ακράτεια των ούρων

Στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώστε την απάντησή σας

1. Πώς θα αξιολογούσατε συνολικά την ταινία;

| | | | | |
|------|-----------|--------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Κακή | Ανεπαρκής | Μέτρια | Καλή | Πολύ καλή |

2. Πόσο σας βοήθησε να ενημερωθείτε για την ακράτεια;

| | | | | |
|---------|------|--------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ |

3. Πόσο σας βοήθησε στην αντιμετώπιση της ακράτειας;

| | | | | |
|---------|------|--------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ |

4. Πόσο πολύ κέντρισε το ενδιαφέρον σας;

| | | | | |
|---------|------|--------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ |

5. Πόσο εύκολο ήταν να την καταλάβετε;

| | | | | |
|---------|------|--------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ |

6. Πόσο εύκολο ήταν να την δείτε;

| | | | | |
|---------|------|--------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ |

7. Πόσο εύκολο ήταν να την ακούσετε;

| | | | | |
|---------|------|--------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ |

8. Ποιο είναι το κύριο μήνυμα που λάβατε από την ταινία;

.....
.....
.....

Ε . Αξιολόγηση παρεχόμενης υπηρεσίας

Βοηθήστε μας να βελτιώσουμε την υπηρεσία μας απαντώντας σε μερικές ερωτήσεις για τη βοήθεια που λάβατε. Μας ενδιαφέρει η ειλικρινής σας άποψη, είτε θετική είτε αρνητική. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Επιπλέον, είναι ευπρόσδεκτα τα σχόλια και οι προτάσεις σας. Εκτιμούμε τη βοήθειά σας και σας ευχαριστούμε πολύ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ, ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΑΣ

1. Πως θα αξιολογούσατε την υπηρεσία που λάβατε;

| | | | |
|--------|------|---------------|-----------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Άριστη | Καλή | Ικανοποιητική | Ανεπαρκής |

2. Λάβατε το είδος της υπηρεσίας που επιθυμούσατε;

| | | | |
|------------------|-------------|------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Όχι, σίγουρα όχι | Όχι ακριβώς | Ναι γενικά | Σίγουρα ναι |

3. Σε τι βαθμό κάλυψε τις ανάγκες σας η υπηρεσία μας;

| | | | |
|--|---|--|---|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Έχουν καλυφθεί σχεδόν όλες μου οι ανάγκες</i> | <i>Έχουν καλυφθεί οι περισσότερες από τις ανάγκες μου</i> | <i>Έχουν καλυφθεί μερικές μόνο από τις ανάγκες μου</i> | <i>Δεν έχει καλυφθεί καμία ανάγκη μου</i> |

4. Αν κάποιος φίλος σας έχρηζε παρόμοιας βοήθειας, θα προτεινάτε σ' εκείνον-η την υπηρεσία μας;

| | | | |
|--------------|----------------|------------|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Όχι, σίγουρα | Όχι δεν νομίζω | Νομίζω ναι | Ναι |

όχι

οποσδήποτε

5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε σχετικά με την βοήθεια που λάβατε;

| | | | |
|----------------|-------------|---------------|-------------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| <i>Καθόλου</i> | <i>Λίγο</i> | <i>Μέτρια</i> | <i>Πολύ</i> |

6. Σας έχουν βοηθήσει οι υπηρεσίες που λάβατε να αντιμετωπίσετε πιο αποτελεσματικά τα προβλήματά σας;

| | | | |
|----------------|-------------|---------------|-------------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| <i>Καθόλου</i> | <i>Λίγο</i> | <i>Μέτρια</i> | <i>Πολύ</i> |

7. Γενικά, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υπηρεσία που λάβατε;

| | | | |
|----------------|-------------|---------------|-------------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| <i>Καθόλου</i> | <i>Λίγο</i> | <i>Μέτρια</i> | <i>Πολύ</i> |

8. Αν αναζητούσατε βοήθεια ξανά, θα απευθυνόσασταν στην ίδια υπηρεσία;

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| <i>Όχι, σίγουρα όχι</i> | <i>Όχι δεν το νομίζω</i> | <i>Νομίζω ναι</i> | <i>Σίγουρα ναι</i> |

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας.

Όλες οι πληροφορίες που δώσατε θα παραμείνουν

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ.**Βιβλιογραφία**

-
- ¹ Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A (2003) Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Obstet Gynecol* 82:327–338
- ² Cheater FM, Castleden CM: *Epidemiology and classification of urinary incontinence. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000, 14(2):183-205.
- ³ Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A: *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.
- ⁴ Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, Fischer J, Hull T, Nygaard I, Weidner AC: *The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001, 12(3):178-186.
- ⁵ Miller SW, Miller MS: *Urological disorders in men: urinary incontinence and benign prostatic hyperplasia. J Pharm Pract* 2011, 24(4):374-385.
- ⁶ Milsom I: *Epidemiology of Stress, Urgency, and Mixed Incontinence: Where Do the Boundaries Cross? European Urology Supplements* 2006, 5(16):842-848.
- ⁷ Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. *The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Int* 2004; 93:324–30
- ⁸ Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S: *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. Journal of Clinical Epidemiology* 2000, 53(11):1150-1157.
- ⁹ Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, Bump R, Obenchain R. *Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. J Womens Health* 2003;12:687–98
- ¹⁰ Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersman C, Thüroff JW. *Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. Urology* 1997;50(Suppl 6A):4–14.

-
- ¹¹ Sandvik H, Hunskaar S, Vanvik A, Bratt H, Seim A, Hermstad R. Diagnostic classification of female urinary incontinence: an epidemiological survey corrected for validity. *J Clin Epidemiol* 1995;48: 339–43.
- ¹² Lose G: *The Burden of Stress Urinary Incontinence*. *European Urology Supplements* 2005, 4(1):5-10.
- ¹³ Møller LA, Lose G, Jørgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40–60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:298–305.
- ¹⁴ Sandvik, H., Seim, A., Vanvik, A. et al.: A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn*, 19: 137, 2000
- ¹⁵ Burgio, K. L., Zyczynski, H., Locher, J. L. et al.: Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol*, 102: 1291, 2003
- ¹⁶ Hvidman, L., Foldspang, A., Mommsen, S. et al.: Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82: 556, 2003
- ¹⁷ Viktrup, L., Lose, G.: The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 185: 82, 2001
- ¹⁸ Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. *5th International Consultation on Incontinence*, 5th Edition, Paris, 2012
- ¹⁹ Handa, V. L., Harris, T. A., Ostergard, D. R.: Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 88: 470, 1996
- ²⁰ Borello-France, D., Burgio, K. L., Richter, H. E. et al.: Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*, 108: 863, 2006
- ²¹ Waetjen, L. E., Liao, S., Johnson, W. O. et al.: Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol*, 165: 309, 2007
- ²² Hextall A: Oestrogens and lower urinary tract function. *Maturitas* 2000, 36(2):83-92.
- ²³ Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DA, Patel DL, Fultz NH, Miller JM, et al. Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. *J. Urol.* 2008 Apr.;179(4):1455–1460.
- ²⁴ Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int.* 2003 Jul.;92(1):69–77.

-
- ²⁵ Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. *Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. Age Ageing. 2009 May;38(3):333–8; discussion 251.*
- ²⁶ Χατζημουρατίδης Κ, Μωυσίδης Κ., Αποστολίδης Α., Σαλπυγγίδης Γ., Κυράνα Π. Σ, Χατζηχρήστου Δ.. *Συνύπαρξη συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού (luts), ακράτειας ούρων και σεξουαλικών προβλημάτων: αποτελέσματα από τη μελέτη HOPES (Hospitalized and Outpatients' Profile and Expectation Study). Περιλήψεις 19ου Πανελληνίου Ουρολογικού Συνεδρίου, 2008*
- ²⁷ Liapis A, Bakas P, Liapi S, Sioutis D, Creatsas G: *Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. Int Urogynecol J 2010, 21(2):217-222.*
- ²⁸ Hampel C, Artibani W, Espuna Pons M, Haab F, Jackson S, Romero J, Gavart S, Papanicolaou S: *Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: a qualitative review of the literature. Eur Urol 2004, 46(1):15-27.*
- ²⁹ Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Deho F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P 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):642-648; discussion 648.*
- ³⁰ Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, Aiyer LP: *The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. BJU Int 2009, 103 Suppl 3:4-11.*
- ³¹ Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. *Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. Obstet Gynecol 2003;101:149–56.*
- ³² Glover L, Gannon K, McLoughlin J, Emberton M. *Men's experiences of having lower urinary tract symptoms: factors relating to bother. BJU Int. 2004 Sep;94(4):563-7.*
- ³³ Engström G, Walker-Engström ML, Henningsohn L, Lööf L, Leppert J. *Prevalence of distress and symptom severity from the lower urinary tract in men: a population-based study with the DAN-PSS questionnaire. Fam Pract. 2004 Dec;21(6):617-22.*
- ³⁴ Subak LL, Pinto AM, Wing RR, et al. *Decrease in urinary incontinence management costs in women enrolled in a clinical trial of weight loss to treat urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2012: In Press, May 2012*
- ³⁵ Imamura M, Abrams P, Bain C, et al. *Systematic review and economic modelling of the effectiveness and costeffectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technol Assess. 2010;14:1-188*

-
- ³⁶ Wu JM, Siddiqui NY, Amundsen CL, Myers ER, Havrilesky LJ, Visco AG. Cost-Effectiveness of Botulinum Toxin A Versus Anticholinergic Medications for Idiopathic Urge Incontinence. *The Journal of Urology*. 2009; 181:2181-6
- ³⁷ Wefer B, Ehlken B, Bremer J, et al. Treatment outcomes and resource use of patients with neurogenic detrusor overactivity receiving botulinum toxin A (BOTOX) therapy in Germany. *World J Urol*. 2009; 28:385-90
- ³⁸ Wu EQ, Birnbaum H, Marynchenko M, Mareva M, Williamson T, Mallett D. Employees with overactive bladder: work loss burden. *J Occup Environ Med*. 2005; 47:439-46
- ³⁹ Reeves P, Irwin D, Kelleher C, et al. The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. *Eur Urol*. 2006; 50:1050-7
- ⁴⁰ Irwin DE, Mungapen L, Milsom I, Kopp Z, Reeves P, Kelleher C. The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU Int*. 2009; 103:202-9
- ⁴¹ Apostolidis A, de Nunzio C, Tubaro A. What determines whether a patient with LUTS seeks treatment? *ICI-RS 2011. Neurourol Urodyn*. 2012 Mar;31(3):365-9.
- ⁴² Grosse Frie K, Eikemo TA, von dem Knesebeck O. Education and self-reported health care seeking behaviour in European welfare regimes: Results from the European Social Survey. *Int J Public Health* 2010;55:217–20.
- ⁴³ Cetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:659–64.
- ⁴⁴ Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol* 2007;177:680–84.
- ⁴⁵ Apostolidis A, Kirana PS, Chiu G, et al. Gender and age differences in the perception of bother and health care seeking for lower urinary tract symptoms: Results from the hospitalised and outpatients' profile and expectations study. *Eur Urol* 2009;56:937–47.
- ⁴⁶ Doak LG, Doak CC. Patient comprehension profiles: recent findings and strategies. *Patient Educ Couns* 1980;2(3):101–6
- ⁴⁷ Doak LG, Doak CC, Meade CD. Strategies to improve cancer education materials. *Oncol Nurs Forum* 1996;23(8):1305–12.

-
- ⁴⁸ Davis TC, Mayeaux E, Fredrickson MD, Bocchini JA, Jackson R, Murphy P. Reading ability of parents compared with reading level of pediatric parent education materials. *Pediatrics* 1994;93:460–5.
- ⁴⁹ Sajadi KP, Goldman HB, Firoozi F: Assessing Internet health information on female pelvic floor disorders. *J Urol* 2011, 186(2):594-596.
- ⁵⁰ Sajadi KP, Goldman HB: Social networks lack useful content for incontinence. *Urology* 2011, 78(4):764-767.
- ⁵¹ Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P: ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004, 23(4):322-330.
- ⁵² Barry MJ, Fowler FJ, Jr., O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, Cockett AT: The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol* 1992, 148(5):1549-1557; discussion 1564.
- ⁵³ Majid HM, Schumann KP, Doswell A, Sutherland J, Hill Golden S, Stewart KJ, Hill-Briggs F: Development and evaluation of the DECIDE to move! Physical activity educational video. *Diabetes Educ* 2012, 38(6):855-859.
- ⁵⁴ Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale, Evaluation and Program Planning. 1979; 2, 197-207.
- ⁵⁵ Oeconomou A, Nakopoulou E, Kalaitzi M, Tzortzis V, Ioannides E-I, Melekos M, Hatzichristou D, Apostolidis A: The burden of incontinence in association with LUTS and sexual function: A questionnaire-based survey on treatment seeking and expectations; 2010.
- ⁵⁶ Idriss NZ, Alikhan A, Baba K, Armstrong AW. Online, video-based patient education improves melanoma awareness: a randomized controlled trial. *Telemed J E Health*. 2009 Dec;15(10):992-7.
- ⁵⁷ Hill AM, McPhail S, Hoffmann T, Hill K, Oliver D, Beer C, Brauer S, Haines TP. A randomized trial comparing digital video disc with written delivery of falls prevention education for older patients in hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Aug;57(8):1458-63.
- ⁵⁸ Martin A, Leone L, Castagliuolo I, Di Mario F, Naccarato R. What do patients want to know about their inflammatory bowel disease? *Ital J Gastroenterol*. 1992 Nov-Dec;24(9):477-80.
- ⁵⁹ Snyder-Ramos SA, Seintsch H, Böttiger BW, Motsch J, Martin E, Bauer M. Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit: a comparison of face-to-face interview, brochure, and video. *Anesth Analg*. 2005 Jun;100(6):1753-8.
- ⁶⁰ Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997 Feb 22;314(7080):572.