



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



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**“Διερεύνηση της ποιότητας ζωής  
σε νευρολογικούς ασθενείς με διαταραχές ούρησης.”**

**ΡΟΚΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ  
Α.Μ. :1179**

**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ:**

**ΚΑΡΑΤΖΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ:** Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Παν. Θεσσαλίας  
(Επιβλέπων)

**ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ:** Επίκουρος Καθηγητής Γεν. Χειρουργικής, Παν.  
Θεσσαλίας

**ΧΑΛΚΙΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ:** Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Παν. Θεσσαλίας

**Λάρισα 2020**



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



---

**“Investigating the quality of life  
of neurological patients suffering from urinary incontinence.”**

## **Περιεχόμενα**

<b>Ευχαριστίες</b>	1
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	2
<b>ABSTRACT</b>	4
<b>Ευρετήριο Πινάκων</b>	6
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ποιότητα ζωής</b>	
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής	11
1.2 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής	14
1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής	15
1.4 Εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής	16
1.5 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Νευρολογικές ασθένειες</b>	
2.1 Διάκριση νευρολογικών ασθενειών	20
2.2 Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης νευρολογικών ασθενειών	22
2.3 Τρόποι διάγνωσης	23

2.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις νευρολογικών ασθενειών	24
2.5 Ποιότητα ζωής νευρολογικών ασθενών	26

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Διαταραχές ούρησης**

3.1 Διάκριση διαταραχών ούρησης	28
3.1.1 Διαταραχές της ποσότητας ούρων	29
3.1.2 Διαταραχές της ποιότητας ούρων	30
3.1.3 Διαταραχές της συχνότητας της λειτουργίας της ούρησης	31
3.2 Αιτιολογικοί παράγοντες	33
3.3 Διαγνωστικές μέθοδοι	35
3.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις	37

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Διαταραχές ούρησης σε νευρολογικούς ασθενείς**

4.1 Διαφοροποίηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό	40
4.2 Επιπτώσεις διαταραχών ούρησης στη ζωή νευρολογικών ασθενών	41
4.3 Ποιότητα ζωής νευρολογικών ασθενών με διαταραχές ούρησης	42

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Μεθοδολογία**

5.1 Σκοπός της έρευνας και στόχοι της έρευνας	45
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα	45
5.3 Σχεδιασμός της έρευνας	46
5.3.1 Δείγμα της έρευνας	47
5.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων	48

5.4 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων	49
5.5 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	49
5.6 Προοπτικές της μελέτης	49

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Αποτελέσματα – Επεξεργασία**

6.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών	51
6.2 Αποτελέσματα	52
6.2.1 Περιγραφική ανάλυση των ασθενών της μελέτης	52
6.2.2 Επίπεδο Υγείας και παράμετροι	55
6.2.3 Επίπεδο Γενικής Υγείας των ασθενών και Συσχετίσεις	58
6.3 Περιορισμοί της μελέτης	64

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συζήτηση**

66

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Συμπεράσματα**

70

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

72

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

1. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)	80
2. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	83

## Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Καρατζά Αναστάσιο για τις γνώσεις που μου μετέφερε τόσο απλόχερα όσο και για την υπομονή που έδειξε μέχρι την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας και την άριστη καθοδήγησή του.

Στην συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Χαλκιά και τον κ. Μπαλογιάννη των οποίων η βοήθεια επίσης ήταν ουσιαστική, οι συμβουλές τους με καθοδήγησαν κατάλληλα.

Σημαντικό επίσης είναι να ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς μου που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα δίχως τους οποίους δεν θα μπορούσα να την υλοποιήσω.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι νευρολογικές ασθένειες συνιστούν ένα σύνολο παθήσεων που εμφανίζονται ως κοινό χαρακτηριστικό την προσβολή νευρώνων του εγκεφάλου. Πρόκειται για νευροεκφυλιστικές παθήσεις που συνοδεύονται από διαταραχές στην αντίληψη, στην αισθητικότητα, στην μυϊκή δυναμική αλλά και στην δυνατότητα κινητικότητας και επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη ζωή των ασθενών. Επιπρόσθετα ασθενείς με τεκμηριωμένα νευρολογικά νοσήματα δύναται συχνά να παρουσιάσουν διαταραχές στην ούρηση οι οποίες συνδέονται με ποικιλία συμπτωμάτων. Οι διαταραχές ούρησης αποτελούν ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας που εντοπίζονται στο γενικό πληθυσμό και συνιστούν ένα σύνολο μεταβολών σε σχέση τόσο με τη συχνότητα της διαδικασίας της ούρησης όσο και με την ποιότητα και την ποσότητα των ούρων που αποβάλλονται κατά τη διάρκεια της. Η κλινική εκδήλωση των διαταραχών αυτών δύναται να είναι ήπια δίχως να επηρεάζει αισθητά την καθημερινότητα του ατόμου αλλά δεν αποκλείεται να εντοπιστούν και εντονότερα κλινικά συμπτώματα που συνοδεύονται από πρόσθετα προβλήματα επιβαρύνοντας σημαντικά το επίπεδο διαβίωσης του. Ειδικότερα στην περίπτωση ασθενών με νευρολογικές παθήσεις τα ποικίλα συμπτώματα που συνοδεύουν τις διαταραχές της ούρησης αποτελούν κύρια αίτια ταλαιπωρίας καθώς διαταράσσουν πρόσθετα την καθημερινότητα τους.

**Σκοπός:** Οι διαταραχές ούρησης δυσχεραίνουν την ήδη βεβαρυμμένη λειτουργικότητα των νευρολογικών ασθενών και η αντιμετώπιση τους συνεπώς κρίνεται απαραίτητη. Με δεδομένο ότι η πλήρης ίαση δεν είναι εφικτή είναι σημαντική η διαχείριση των διαταραχών με τρόπο που να επιτυγχάνεται η ανακούφιση των συμπτωμάτων προκειμένου οι ασθενείς να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Η παρούσα εργασία προσεγγίζει την επίδραση της εκδήλωσης διαταραχών ούρησης στην ποιότητα της ζωής ασθενών που πάσχουν από νευρολογικά νοσήματα.

**Μεθοδολογία:** Συνολικά 101 νευρολογικοί ασθενείς οι οποίοι περιθάλπονται σε ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες της Λάρισας και οι οποίοι έχουν διαγνωσθεί ότι εμφανίζουν διαταραχές στην ούρηση συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο της υγείας των

συμμετεχόντων ήταν το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire--GHQ-28)*.

**Αποτελέσματα:** Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων αποτύπωσε την επιρροή των διαταραχών ούρησης στο επίπεδο διαβίωσης των ασθενών καθώς τόσο η συχνότητα των απωλειών όσο και η ποσότητα των ούρων εντοπίστηκε να είναι στατιστικά σημαντικές. Ταυτόχρονα αποκαλύφθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους και στη διαμόρφωση της εικόνας των ασθενών αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους. Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση αλλά και το μηνιαίο εισόδημα συσχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα της υγείας των ασθενών. Σε αντίθεση το φύλο δε φαίνεται να διαφοροποιεί την αντίληψη των ασθενών αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους.

**Συμπεράσματα:** Οι νευρολογικές παθήσεις συνιστούν κατηγορία ασθενειών οι οποίες δυσχεραίνουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα των ασθενών. Η πρόσθετη εκδήλωση διαταραχών ούρησης επιβαρύνει την ήδη αρνητική κατάσταση της υγείας τους. Κρίνεται επομένως σημαντική η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των διαταραχών αυτών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** νευρολογικοί ασθενείς, διαταραχές ούρησης, ποιότητα ζωής, νευρολογικοί ασθενείς και ποιότητα ζωής, διαταραχές ούρησης και νευρολογικοί ασθενείς.



## ABSTRACT

**Introduction:** Neurological diseases consist of a variety of different medical conditions that present the common characteristic of degeneration of neurons of the brain. They refer to neuroecphylystic conditions that are followed by disturbances regarding conception, sensitivity, muscular strength and movement ability and influence strongly the life of the patients. Urinary incontinence followed by multiple symptoms may also affect patients suffering from neurological conditions. Urinary incontinence is considered as a common issue that affects general population and presents a variety of disturbances regarding the frequency of urination as well as the quality and the quantity of urine discarded. The clinical symptoms of these disturbances may be gentle without affecting the individual's everyday life but it is not uncommon for severe symptoms to arise leading to significant degradation of the quality of the patient's life. Specifically regarding patients suffering from neurological diseases the multiple symptoms that follow urinary incontinence consist of a major cause of disturbance as they affect strongly their life.

**Purpose:** Urinary incontinence deteriorates the life of these patients and thus its confrontation is considered crucial. Total healing of urinary incontinence is not possible thus alleviating its symptoms is essential in order to improve the patients' quality of life. The present thesis approaches the effect of urinary incontinence upon the quality of life of patients suffering from neurological diseases.

**Methodology:** A total of 101 neurological patients monitored in private facilities of the city of Larisa and diagnosed with urinary incontinence participated in the present study. The *General Health Questionnaire-GHQ-28* was distributed in order to investigate the quality of health of the participants.

**Findings:** The statistical analysis of the results depicts the influence of urinary incontinence upon the quality of life of neurological patients as both the frequency of urinary incontinence and the quantity of urine are detected to be statistically significant. Additionally important correlations between socio-demographic parameters and the

patients' perception regarding their health status were revealed. Age, marital status, educational level and income are significantly correlated with the patients' quality of health. On the contrary sex does not differentiate the patients' perception regarding their health.

**Conclusions:** Neurological diseases place a huge burden upon the life of patients. The presence of urinary incontinence degrades additionally their delicate state of health. It is essential to confront the multiple symptoms of these disturbances in order to ameliorate the patients' quality of life.

**Key words:** neurological patients, urinary incontinence, quality of life, neurological patients and quality of life, urinary disturbances and quality of life.

## Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά νευρολογικών ασθενών	53
Πίνακας 2: Ηλικίες ατόμων που συμμετείχαν	55
Πίνακας 3: Συχνότητα απωλειών ούρων και έλεγχος συσχετίσεων	59
Πίνακας 4: Ποσότητα ούρων και έλεγχος συσχετίσεων	60
Πίνακας 5: Ηλικία και έλεγχος συσχετίσεων	61
Πίνακας 6: Οικογενειακή κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων	62
Πίνακας 7: Εκπαίδευση και έλεγχος συσχετίσεων	62
Πίνακας 8: Μηνιαίο Εισόδημα και έλεγχος συσχετίσεων	63
Πίνακας 9: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων	64

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε άτομο προσδιορίζει την ποιότητα της ζωής του στηριζόμενο στις συνθήκες της καθημερινότητας του, στις πρότερες εμπειρίες του και στις γενικότερες αξίες του. Παράγοντες όπως είναι το επίπεδο της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας, ο διαθέσιμος ελεύθερος χρόνος, η κοινωνική αποδοχή αλλά και η συναισθηματική ολοκλήρωση συνιστούν το κύριο πλαίσιο εννοιολογικής προσέγγισης της ποιότητας της ζωής η οποία συνεπώς μεταβάλλεται ανάλογα με το άτομο αλλά και τις τρέχουσες συνθήκες στις οποίες βιώνει (Gómez et al., 2016). Η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυπαραγοντική έννοια η οποία παρουσιάζει τρεις κυρίαρχες διαστάσεις, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Κάθε μια από τις διαστάσεις αυτές κρίνεται ως σημαντική και η πιθανή απουσία της λειτουργεί ανασταλτικά στην επίτευξη ενός συνολικά ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής. Η ποιότητα της ζωής δηλώνει την πλήρη φυσική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και την επίτευξη ενός θετικού τρόπου δραστηριοποίησης και κοινωνικής στάσης που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ατόμου από το συνολικό επίπεδο διαβίωσης του και ο καθορισμός της συνιστά ένα σύμπλεγμα διαφορετικών στοιχείων που αφορούν και τις τρεις κύριες διαστάσεις της ζωής, την σωματική, την πνευματική και την ψυχο-κοινωνική (Sorensen, 2012).

Αν και βασική προϋπόθεση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής θεωρείται στην πλειονότητα των περιπτώσεων η διασφάλιση της σωματικής υγείας και ευεξίας, η ολιστική προσέγγιση της έννοιας υποδεικνύει την σπουδαιότητα και των τριών διαστάσεων. Παράγοντες όπως είναι η υγεία, η εργασία και η οικονομική ευχέρεια συμμετέχουν στη διαμόρφωση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής το οποίο καθορίζεται μέσω τόσο ατομικών όσο και κοινωνικών κριτηρίων και βρίσκεται σε συνάρτηση με την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με τη σωματική και ψυχοκοινωνική του κατάσταση (Cunillera et al., 2010).

Βασικό παράγοντα αναφορικά με το προσδοκώμενο επίπεδο διαβίωσης δεν παύει να αποτελεί το επίπεδο της υγείας του ατόμου και ειδικότερα η απουσία ασθένειας. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επιχειρεί να αξιολογήσει το επίπεδο

επιβίωσης εστιάζοντας στην υγεία του ατόμου και στην ικανότητα του να καλύπτει το σύνολο των προσωπικών του αναγκών (Wray et al., 2011). Ως υγεία δε νοείται αποκλειστικά η βιολογική ευεξία του ατόμου αλλά και η ψυχολογική και συναισθηματική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του. Συνιστά παράμετρο η οποία επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην καθημερινότητα του ατόμου και στο επίπεδο λειτουργικότητας του ενώ κύριο ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής κατέχουν οι προσδοκίες του ατόμου αναφορικά με τη διατήρηση ή την βελτίωση της υγείας αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης του (Snyder et al., 2013).

Οι ‘νευρολογικές’ ή ‘νευροεκφυλιστικές ασθένειες’ συνιστούν ένα σύνολο παθήσεων οι οποίες εμφανίζουν ως κοινό χαρακτηριστικό την προσβολή νευρώνων του εγκεφάλου. Αφορούν παθήσεις που δε δύναται να αντιμετωπισθούν πλήρως και συνεπώς χαρακτηρίζονται ως ανίατες (Kuhle, 2015). Απόρροια της εκδήλωσης τους αποτελεί ο προοδευτικός εκφυλισμός της λειτουργικότητας των νευρικών κυττάρων οπότε σταδιακά επέρχεται ο θάνατος τους γεγονός που συνεπάγεται τη σημαντική ελάττωση του αριθμού τους. Η κατάσταση αυτή συνεπάγεται την εκδήλωση αναπηρίας με σοβαρά συνοδά προβλήματα είτε στην κινητικότητα (αταξία) είτε στην νοητική διαύγεια (άνοια) του ατόμου. Οι νευρολογικές παθήσεις συνοδεύονται από διαταραχές στην αντίληψη, στην αισθητικότητα, στην μυϊκή δυναμική αλλά και στην δυνατότητα κινητικότητας (Kennedy & Adolphs, 2012). Τομείς που είναι πιθανό να παρουσιάζουν έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας σε νευρολογικούς ασθενείς αποτελούν η συγκέντρωση, η επικοινωνία, η διάθεση, η προσωπικότητα, η κρίση αλλά και τομείς που αφορούν την ισορροπία και την κινητικότητα. Ανάμεσα στα πιο συχνά συμπτώματα των νευρολογικών ασθενών συγκαταλέγεται η άνοια η οποία πλήττει γνωστικές δεξιότητες του ατόμου δυσχεραίνοντας την ομαλή διαβίωση του (Cacioppo, Capitanio & Cacioppo, 2014; Phe, Leon & Granger, 2017).

Το σύνολο επομένως των νευρολογικών ασθενειών ορίζονται ως σύνδρομα επίκτητης αναπηρίας που προκαλείται λόγω δυσλειτουργιών του εγκεφάλου και που αφορά τομείς είτε της διανοητικής είτε της κινητικής δραστηριότητας. Οι νευρολογικές παθήσεις επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη ζωή των ασθενών και συνεπώς κρίνεται βασική η επιλογή του βέλτιστου θεραπευτικού σχήματος με σκοπό την θεραπευτική αντιμετώπιση τους κατά περίπτωση (Fröhlich et al., 2019). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η προσέγγιση του ασθενή καθορίζεται πρωτίστως από υποκειμενικά

κριτήρια και σχεδιάζεται να είναι κατά το δυνατό εξατομικευμένη ώστε να προσαρμόζεται στα ιδιαίτερα προβλήματα και στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στο να απαλύνουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων και στόχος τους είναι η διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενή για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα συνδυάζοντας τη φαρμακευτική αγωγή με μη φαρμακευτικά σχήματα και με την προώθηση κατάλληλων υποστηρικτικών παρεμβάσεων (Phe, Leon & Granger, 2017).

Οι νευρολογικές παθήσεις, πέρα από το σύνολο των σημαντικών προβλημάτων που προκαλούν σε βασικές κινητικές και νοητικές λειτουργίες του οργανισμού, συνοδεύονται και από ποικίλες ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες εκδηλώνονται με τη μορφή άγχους, κατάθλιψης και πίεσης επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό το γενικότερο επίπεδο της ποιότητας της ζωής των ασθενών (Cacioppo, Capitanio & Cacioppo, 2014; Fröhlich et al., 2019). Τα ποικίλα προβλήματα που σχετίζονται με την μείωση των προσωπικών δραστηριοτήτων, την παρακώλυση φυσικών λειτουργιών του οργανισμού και την διατάραξη της ψυχικής ισορροπίας αποτελούν σημαντικούς συντελεστές στη συνολική επίπτωση των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων στην ποιότητα της ζωής. Η αντιμετώπιση αυτών βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του ασθενή με την προϋπόθεση ότι πρόκειται για παρεμβάσεις σταθερές και ορθά σχεδιασμένες (Green et al., 2017).

Οι διαταραχές ούρησης αποτελούν ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας που εντοπίζονται στο γενικό πληθυσμό και περιλαμβάνουν ένα σύνολο αλλαγών σε σχέση τόσο με τη συχνότητα της διαδικασίας της ούρησης όσο και με την ποιότητα και την ποσότητα των ούρων που αποβάλλονται κατά τη διάρκεια της (García-Fadrique et al., 2011). Είναι δυνατό η κλινική εκδήλωση των διαταραχών αυτών να είναι ήπια δίχως να επηρεάζει έντονα την καθημερινότητα του ατόμου αλλά δεν αποκλείεται να εντοπιστούν και εντονότερες κλινικές εκφάνσεις αυτών οι οποίες συνοδεύονται από πρόσθετα προβλήματα επιβαρύνοντας αισθητά το επίπεδο διαβίωσης του ατόμου (Shamliyan et al., 2015).

Οι ασθενείς με τεκμηριωμένα νευρολογικά νοσήματα δύναται συχνά να παρουσιάζουν διαταραχές στην ούρηση οι οποίες συνδέονται με ποικιλία συμπτωμάτων (Vaughan, Fitzgerald & Markland, 2019). Αν και οι διαταραχές στην ούρηση σπάνια συγκαταλέγονται στα εναρκτήρια συμπτώματα των νευρολογικών ασθενειών, η συ-

χνότητα τους αυξάνεται κατά την εξέλιξη τους. Συνεπώς συχνότητα της διαταραχής ούρησης που εκδηλώνεται αλλά και η φύση αυτής παρουσιάζουν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασθενών οι οποίες καθορίζονται από το νευρολογικό νόσημα από το οποίο πάσχουν, τη βαρύτητα αυτού καθώς και από τη συγκεκριμένη φάση της νευρολογικής νόσου. Τα ποικίλα συμπτώματα που συνοδεύουν τις διαταραχές της ούρησης αποτελούν κύρια αίτια ταλαιπωρίας των ασθενών με νευρολογικές παθήσεις καθώς διαταράσσουν πρόσθετα την καθημερινότητα τους (Fröhlich et al., 2019). Σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις και γενικότερα τις κοινωνικές συναναστροφές λόγω σημαντικής απώλειας της αυτοπεποίθησης τους η οποία είναι ήδη βεβαρυμμένη λόγω του νευρολογικού ιατρικού ιστορικού τους (Panicker, Fowler & Kessler, 2015).

Οι διαταραχές ούρησης συνεπώς επιβαρύνουν την ήδη βεβαρυμμένη καθημερινότητα των νευρολογικών ασθενών και η αντιμετώπιση τους κρίνεται απαραίτητη. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που προτείνονται καθορίζονται από τις επιλογές που επιτρέπει η νευρολογική κατάσταση του κάθε ασθενή και η παρουσία προβλημάτων που σχετίζονται με διαταραχές στην ούρηση είναι σημαντικό να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία (Vodusek, 2014). Κύριο μέλημα των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ο έλεγχος των κλινικών εκδηλώσεων του κάθε περιστατικού. Οι προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών μέσω της προσπάθειας βελτίωσης του αντίκτυπου των συμπτωμάτων από την ούρηση (Farinhas Tomé et al., 2019). Με δεδομένο ότι η πλήρης ίαση δεν είναι εφικτή είναι σημαντική η διαχείριση των διαταραχών με τρόπο που να επιτυγχάνεται η ανακούφιση των συμπτωμάτων προκειμένου οι ασθενείς να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (Shamliyan et al., 2015).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να εξετάσει την επίδραση της εκδήλωσης διαταραχών ούρησης στην ποιότητα της ζωής ασθενών που πάσχουν από νευρολογικά νοσήματα. Παράλληλα μελετά την επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων στη διαμόρφωση της εικόνας των ασθενών αναφορικά με το επίπεδο διαβίωσης τους επιχειρώντας να αποσαφηνίσει τη σημασία τους.

Στο Κεφάλαιο 1 αναλύεται η έννοια της ποιότητας της ζωής και πραγματοποιείται η εξέταση των διαστάσεων αυτής. Στη συνέχεια αναλύονται οι ποικίλοι παράγοντες που την επηρεάζουν και περιγράφονται οι τεχνικές και τα εργαλεία με βάση τα οποία επιχειρείται η εκτίμηση του επιπέδου της. Επιπρόσθετα προσεγγίζεται η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής και τονίζεται η σημασία της υγείας στη διαμόρφωση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης.

Στο Κεφάλαιο 2 εξετάζονται οι νευρολογικές ασθένειες και η διάκριση αυτών ανάλογα με τις επιπτώσεις τους στη λειτουργικότητα των ασθενών. Περιγράφονται οι παράγοντες που ενοχοποιούνται αναφορικά με την εκδήλωση νευρολογικών ασθενειών και παρατίθενται οι πιθανοί τρόποι διάγνωσης αυτών καθώς και οι προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επιπλέον προσεγγίζεται η ποιότητα της ζωής των νευρολογικών ασθενών και οι επιδράσεις των νευρολογικών συμπτωμάτων στην καθημερινότητα τους.

Το Κεφάλαιο 3 αναφέρεται στις διαταραχές ούρησης και περιγράφονται οι αιτιολογικοί παράγοντες που τις προκαλούν. Παράλληλα εξετάζονται οι μέθοδοι διάγνωσης που εφαρμόζονται και αναλύονται οι τεχνικές αντιμετώπισης που προτείνονται ανά περίπτωση.

Στο Κεφάλαιο 4 εξετάζονται οι συνέπειες της εκδήλωσης διαταραχών ούρησης σε νευρολογικούς ασθενείς. Παράλληλα περιγράφεται η ποιότητα της ζωής ασθενών οι οποίοι πάσχουν από νευρολογικές παθήσεις και οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόσθετα διαταραχές στη λειτουργία της ούρησης.

Στο Κεφάλαιο 5 περιγράφεται η πειραματική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Αναλύεται ο σχεδιασμός της καθώς και οι περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της.



Στο Κεφάλαιο 6 γίνεται ο διαχωρισμός των μεταβλητών της μελέτης και πα-  
ρατίθενται τα αποτελέσματα της. Παράλληλα αναφέρονται οι περιορισμοί σε ότι α-  
φορά τα αποτελέσματα που προέκυψαν.

Βασιζόμενη στα αποτελέσματα και στη στατιστική ανάλυση που ακολούθησε  
η παρούσα έρευνα καταλήγει σε συμπεράσματα σε ότι αφορά την ποιότητα της ζωής  
των νευρολογικών ασθενών οι οποίοι παρουσιάζουν συγχρόνως διαταραχές στην ού-  
ρηση. Συγχρόνως παραθέτει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα που δια-  
μορφώνουν οι ασθενείς αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ποιότητα ζωής

### 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής

Ο όρος ‘ποιότητα ζωής’ αποτελεί έννοια πολυδιάστατη η οποία προσεγγίζεται με ποικίλους τρόπους και με βάση κυρίως υποκειμενικά κριτήρια. Είναι γενικά αποδεκτό ότι κάθε άτομο προσδιορίζει την ποιότητα της ζωής του στηριζόμενο στις συνθήκες της καθημερινότητας του, στις πρότερες εμπειρίες του και στις γενικότερες αξίες του. Συνεπώς η έννοια της ποιότητας της ζωής μεταβάλλεται ανάλογα με το άτομο αλλά και τις τρέχουσες συνθήκες στις οποίες βιώνει (Gómez et al., 2016).

Η έννοια συχνά ταυτίζεται με την εκείνη του βιοτικού επιπέδου και ιδίως με το οικονομικό υπόβαθρο και την κατοχή υλικών αγαθών. Παρότι δεν αμφισβητείται η αξία ενός αξιοπρεπούς επιπέδου οικονομικής ευχέρειας, η έννοια της ποιότητας ζωής φαίνεται να επεκτείνεται σε όλους τους τομείς της διαβίωσης του ατόμου υπερπηδώντας τα όρια της αποκλειστικής απόκτησης υλικών αγαθών. Παράγοντες όπως είναι το επίπεδο της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας, ο διαθέσιμος ελεύθερος χρόνος, η κοινωνική αποδοχή αλλά και η συναισθηματική ολοκλήρωση συνιστούν το κύριο πλαίσιο εννοιολογικής προσέγγισης της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου (Cummins, 2005).

Η ποιότητα της ζωής δύναται επομένως να ορισθεί ως η περιγραφή των χαρακτηριστικών συνθηκών στη ζωή του ατόμου οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για την ομαλή επιβίωση του. Αφορά τη συνολική εκπλήρωση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-συναισθηματικών αναγκών του, καθώς και το βαθμό ικανοποίησης του αναφορικά με αυτές (Ryan & Deci, 2001). Η ποιότητα ζωής ορίζεται με βάση την αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο για τη θέση του στην ζωή σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του. Αποτελεί επομένως ένα σύμπλεγμα διαφορετικών στοιχείων που αφορούν και τις τρεις κύριες διαστάσεις της ζωής, την σωματική, την πνευματική και την ψυχο-κοινωνική. Η ευρύτερη έννοια της δηλώνει την πλήρη φυσική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και την επίτευξη ενός θετικού τρόπου δραστηριοποίησης και κοινωνικής στάσης που επηρεάζουν την ικανοποίηση

του ατόμου από το συνολικό επίπεδο διαβίωσης του (Moons, Budts & De Geest, 2006).

Κατά συνέπεια η ποιότητα ζωής αναφέρεται στο υποκειμενικό επίπεδο κάθε ατόμου αναφορικά με την ευεξία, την ευτυχία και την ικανοποίηση από τις συνθήκες της ζωής του. Αποτελεί την ατομική αντίληψη για τη θέση του στη ζωή σε σχέση με τις αξίες και τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας της οποίας και αποτελεί μέλος αλλά και με βάση τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τους στόχους και τις επιθυμίες του (Nord et al., 2001).

## 1.2 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα της ζωής αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια η οποία παρουσιάζει τρεις κυρίαρχες διαστάσεις, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Κάθε μια από τις διαστάσεις αυτές κρίνεται ως σημαντική και η πιθανή απουσία της λειτουργεί ανασταλτικά στην επίτευξη ενός συνολικά ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής (Gómez et al., 2016).

Η σωματική ευεξία αναφέρεται στην αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο αναφορικά με την φυσική του υγεία. Η ψυχική ευεξία συνιστά την γενικότερη ψυχική ισορροπία και ευχαρίστηση του ατόμου από τη ζωή του και η κοινωνική ευεξία περιλαμβάνει το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Το σύνολο των διαστάσεων αυτών αλληλεπιδρά και διαμορφώνει συνολικά την αντίληψη του ατόμου σχετικά με το επίπεδο διαβίωσης του (Moons, Budts & De Geest, 2006). Ταυτόχρονα κάθε μεταβολή σε μια από τις διαστάσεις αυτές διαταράσσει την ήδη υπάρχουσα εικόνα και επηρεάζει έντονα την ικανοποίηση του ατόμου και συνεπώς την υποκειμενική θεώρηση του αναφορικά με την ποιότητα της ζωής του. Η σωματική και κοινωνική ευεξία καθορίζουν και καθορίζονται από την ψυχολογική ευεξία. Η ικανοποίηση της πλειονότητας των αναγκών επιφέρει την ενεργοποίηση του ατόμου σε δραστηριότητες που παράγουν συναισθηματική κάλυψη και οδηγούν σε ευμάρεια (Jenaro et al., 2005).

Η σωματική ευεξία αναφέρεται στην υγιή λειτουργία του οργανισμού και παρουσιάζει ένα σύνολο διαφορετικών συνιστωσών με κυρίαρχη την απουσία ασθένειας. Η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται με τη δυνατότητα του ατόμου να εκτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων στην καθημερινότητα του που συνδέονται με τις βασικές προσωπικές του ανάγκες (Ferrans et al., 2005). Η ψυχική διάσταση καθορίζεται κατά κύριο λόγο από την ευχαρίστηση του ατόμου από τη ζωή του και την προσαρμογή του στις ποικίλες αλλαγές αυτής. Η καλή ψυχολογική κατάσταση επιτρέπει στο άτομο να αντιμετωπίσει τις συνθήκες στη ζωή με σθένος και σχετίζεται στενά με τη σωματική ευεξία (Gómez et al., 2016). Η κοινωνική διάσταση αναφέρεται στις κοινωνικές σχέσεις και την επίδραση αυτών στην καθημερινότητα του ατόμου. Σε αυτές υπάγεται ένα σύνολο παραμέτρων όπως είναι η οικογενειακή ζωή, η κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη και η επαγγελματική ικανοποίηση. Η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας σε ένα αποδεκτό επίπεδο και η συμμετοχή στα κοινά κρίνονται σημαντικά στοιχεία στη διατήρηση ενός αποδεκτού επιπέδου ποιότητας ζωής (Joshi, Song & Lee, 2017).

Αν και βασική προϋπόθεση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής θεωρείται στην πλειονότητα των περιπτώσεων η διασφάλιση της σωματικής υγείας και ευεξίας, η ολιστική προσέγγιση της έννοιας υποδεικνύει την σπουδαιότητα και των τριών διαστάσεων. Η συμβολή κάθε μιας από αυτές είναι καίρια στην διαμόρφωση του συνόλου των συνθηκών της καθημερινότητας του ατόμου και επομένως και της αντίληψης του για το επίπεδο της ζωής του (Cummins, 2005; Moons, Budts & De Geest, 2006).

### **1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής**

Η επίτευξη της ποιότητας ζωής διασφαλίζεται μέσω της αλληλεπίδρασης μιας πληθώρας διαφορετικών παραγόντων και θεωρείται δύσκολη η ανεξάρτητη προσέγγιση καθενός από αυτούς. Πρόκειται για έννοια η οποία εμφανίζει καθαρά υποκειμενικά στοιχεία και επομένως καθορίζεται ξεχωριστά για κάθε άτομο (Nord et al., 2001).

Παρότι υφίστανται διαφορετικά κριτήρια αναφορικά με την ποιότητα της ζωής, τα οποία μεταβάλλονται με το χρόνο και εξαρτώνται από τη συγκεκριμένη περίοδο στη ζωή ενός ατόμου, ένα σύνολο διαφορετικών παραγόντων έχουν εντοπισθεί να συμβάλλουν στην εξασφάλιση της. Παράγοντες όπως είναι η υγεία, η εργασία και η οικονομική ευχέρεια συμμετέχουν στη διαμόρφωση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής. Παράλληλα συνθήκες που αφορούν την καθημερινή ζωή, τη διαβίωση, τη διατροφή και το γενικότερο επίπεδο επιβίωσης του ατόμου επίσης κρίνονται ως κύριες παράμετροι στον καθορισμό της ποιότητας ζωής (Michalos, 2004).

Η ικανοποίηση κάθε παράγοντα λειτουργεί ενισχυτικά στο σύνολο των λοιπών παραγόντων καθώς πρόκειται για μεταβλητές αλληλένδετες. Η ικανοποίηση των πρωταρχικών βιολογικών αναγκών σχετίζεται με την ψυχολογική ηρεμία του ατόμου η οποία με τη σειρά της συνεπάγεται την θετική κοινωνική συμμετοχή του και την κοινωνική απόδοξη. Παράλληλα η συναισθηματική ικανοποίηση λειτουργεί ενθαρρυντικά στη δραστηριοποίηση του ατόμου και στην απόκτηση υλικών αγαθών και επομένως στην κάλυψη των καθημερινών αναγκών του (Ryan & Deci, 2001).

Η κατηγοριοποίηση των παραγόντων σε υποκειμενικούς και σε αντικειμενικούς παρότι κρίνεται θετική δε δύναται να είναι απόλυτη. Υποκειμενικοί παράγοντες θεωρούνται το αίσθημα ευημερίας, οι θετικές πτυχές της ζωής, η επίτευξη ή όχι των προβαλλόμενων στόχων και το αίσθημα πληρότητας που νιώθει κάθε άτομο από τη ζωή του (Nord et al., 2001). Στους αντικειμενικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η κοινωνική κατάσταση, η οικονομική εξέλιξη, οι συνθήκες της ζωής και τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού συνόλου στο οποίο ανήκει το άτομο. Ο συνδυασμός των υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων διαμορφώνουν τελικά τα προσωπικά βιώματα κάθε ανθρώπου και αποτελούν την βάση της προσωπικής του αντίληψης για την ποιότητα της ζωής του (Moons, Budts & De Geest, 2006).

#### **1.4 Εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής**

Η αποτύπωση του επιπέδου της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική, ειδικότερα σε περιπτώσεις που απαιτείται να υλοποιηθούν κατάλληλες

παρεμβάσεις προκειμένου να αυξηθεί. Η ποιότητα της ζωής καθορίζεται μέσω τόσο ατομικών όσο και κοινωνικών κριτηρίων και βρίσκεται σε συνάρτηση με την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με τη σωματική και ψυχοκοινωνική του κατάσταση (Cunillera et al., 2010). Οι ανθρώπινες αξίες και τα ιδανικά τροποποιούνται, οι προτεραιότητες και οι προσωπικές επιθυμίες και απαιτήσεις μεταβάλλονται ενώ οι ρυθμοί της ζωής επίσης αλλάζουν. Συνεπώς είναι σημαντικό να ορίζεται η συγκεκριμένη περίοδος αλλά και γενικότερη κατάσταση του ατόμου κατά την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής του ώστε να προκύπτουν έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα (Joshi, Song & Lee, 2017).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με αξιοπιστία επιτρέπει την εκτίμηση των βιωμάτων του πληθυσμού ενδιαφέροντος και επομένως αντικατοπτρίζει την γενικότερη κατάσταση της καθημερινότητας του. Τα εργαλεία που επιστρατεύονται στη μέτρηση της ποιότητας ζωής επιλέγονται με βάση τους παράγοντες που καλούνται να αξιολογηθούν αλλά και τις ιδιαιτερότητες των ατόμων των οποίων το επίπεδο ζωής μελετάται (Gómez et al., 2016). Οι τομείς που εξετάζονται κατά βάση είναι η σωματική λειτουργικότητα, η κοινωνική δραστηριοποίηση και συμμετοχή, η συναισθηματική ισορροπία και η προσωπική αντίληψη για την ζωή (Jenaro et al., 2005).

Η πολυδιάστατη και έντονα υποκειμενική προσέγγιση της έννοιας επιφέρει σημαντικές δυσκολίες στην απόλυτη εκτίμηση της. Το γεγονός ότι κάθε άτομο διαμορφώνει την προσωπική του οπτική αναφορικά με το επίπεδο της ζωής του εγείρει ποικίλες προσεγγίσεις και τρόπους αξιολόγησης αυτής, ενώ συχνά παραμελείται η ολιστική θεώρηση του όρου (Cunillera et al., 2010). Η διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και η προώθηση παρεμβάσεων προκειμένου να επιτευχθεί απαιτούν την ικανότητα έγκυρης εκτίμησης της και συνεπώς την επιλογή κατάλληλων μεθόδων υπολογισμού αυτής (Ryan & Deci, 2001; Carlier et al., 2012).

## **1.5 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής**

Η σύγχρονη πρόοδος της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας έχουν οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων

και επομένως του μέσου όρου διαβίωσης. Αποτελεί όμως καίριο ερώτημα αν η χρονική επιμήκυνση της ζωής συνάδει με την διατήρηση ενός αποδεκτού επιπέδου διαβίωσης και συνεπώς ικανοποιητικής ποιότητας ζωής (Johnson et al., 2004). Βασικό παράγοντα αναφορικά με το προσδοκώμενο επίπεδο επιβίωσης αποτελεί το επίπεδο της υγείας του ατόμου και ειδικότερα η απουσία ασθένειας. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επιχειρεί να αξιολογήσει το επίπεδο επιβίωσης εστιάζοντας στην υγεία του ατόμου και στην ικανότητα του να καλύπτει το σύνολο των προσωπικών του αναγκών (Michalos, 2004). Συγκεκριμένα προσεγγίζει το βαθμό στον οποίο το άτομο δύναται να ικανοποιήσει τις φυσικές, πνευματικές και ψυχικές του ανάγκες και επομένως να νιώθει ευχαρίστηση από τη φυσική, πνευματική και ψυχο-συναισθηματική κατάσταση του (Wray et al., 2011; Eliassen, Dalhoff & Horwitz, 2018).

Η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και συναισθηματικής ευημερίας του ατόμου και αποτυπώνει την ικανότητα του να εκτελεί το σύνολο των καθημερινών δραστηριοτήτων του ικανοποιώντας τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (Lerner, 2019). Η υγεία και επομένως η απουσία συμπτωμάτων ασθένειας συνεπάγονται την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου λειτουργικότητας που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής, αν και δεν σχετίζεται άμεσα με αυτή (Brazier, Roberts & Deverill, 2002; Moons, 2004). Η υγεία δε νοείται αποκλειστικά ως η βιολογική ευεξία του ατόμου αλλά αποτελεί την ψυχολογική και συναισθηματική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του. Συνεπώς επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην ποιότητα της ζωής και κάθε παρέμβαση και θεραπευτικό μέσο θα πρέπει να επιλέγονται με βάση τον αντίκτυπο τους στο σύνολο των διαστάσεων της ζωής και όχι απλά στο επίπεδο της φυσικής κατάστασης του ατόμου (Eliassen, Dalhoff & Horwitz, 2018; Lerner, 2019).

Η συσχέτιση της υγείας και της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην επίτευξη των καθημερινών στόχων και τέλος τον περιορισμό της λειτουργικότητας και τον βαθμό επιρροής αυτού στην πραγματοποίηση των προσωπικών επιδιώξεων του ατόμου (Moons, 2004; Ferrans et al., 2005). Κυρίαρχο ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής κατέχουν οι προσδοκίες του ατόμου αναφορικά με τη διατήρηση ή την βελτίωση της υγεί-

ας αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης του με βάση τη λειτουργικότητα του (Snyder et al., 2013).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί αγαθό το οποίο συνδέεται με την διάρκεια της ζωής αλλά κυρίως με τις κοινωνικές και προσωπικές μεταβολές που εντοπίζονται σε αυτή λόγω ασθενειών ή τραυματισμών (Snyder et al., 2013). Η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του κάθε ατόμου οδηγεί σε σημαντικά ευρήματα ανάλογα όχι μόνο με το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης αλλά ιδίως με την ποιότητα των ετών αυτών και τον αντίκτυπο της εμφάνισης ασθενειών στην καθημερινότητα του ατόμου (Carlier et al., 2012). Η αξιολόγηση και η οριοθέτηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία αποτελεί επομένως ένα παράγοντα ξεχωριστό για κάθε άτομο, παρότι επιχειρείται η ευρεία εξέταση του με τη βοήθεια κατάλληλων δεικτών και ερωτηματολογίων (Sorensen, 2012).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει επομένως τις αντιλήψεις του ατόμου για την σωματική, πνευματική και ψυχο-κοινωνική του κατάσταση και την λειτουργική του ικανότητα. Περιγράφει ένα σύνολο συναισθημάτων και απόψεων για την κατάσταση της προσωπικής του υγείας και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του (Johnson et al., 2004). Πρόκειται για έννοια πολυδιάστατη με ποικίλες προεκτάσεις που καθορίζεται τόσο από αντικειμενικά όσο και από υποκειμενικά καθώς αποτυπώνει περιγραφικά το επίπεδο λειτουργικότητας και ευημερίας του ατόμου (Sorensen, 2012). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η προσωπική αντίληψη του ατόμου διαδραματίζει καίριο ρόλο στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Κάθε άτομο βιώνει μοναδικά μια κατάσταση ή ένα πρόβλημα υγείας και δεν αποκλείεται δύο άτομα που ταλαιπωρούνται από την ίδια ασθένεια να αξιολογούν με διαφορετικό τρόπο τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους (Wray et al., 2011; Joshi, Song & Lee, 2017).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Νευρολογικές ασθένειες

### 2.1 Διάκριση νευρολογικών ασθενειών

Με τον όρο ‘νευρολογικές’ ή ‘νευροεκφυλιστικές ασθένειες’ περιγράφεται ένα σύνολο παθήσεων οι οποίες ως κοινό χαρακτηριστικό παρουσιάζουν την προσβολή νευρώνων του εγκεφάλου. Οι νευρώνες αποτελούν τις βασικές δομικές μονάδες του νευρικού συστήματος το οποίο συνίσταται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Με δεδομένη την κατά βάση αδυναμία των νευρώνων να ανανεωθούν αλλά και να διαιρεθούν, η πιθανή βλάβη αυτών δε συνοδεύεται από την άμεση αντικατάσταση τους από τον ανθρώπινο οργανισμό και συνεπώς η σοβαρότητα των εμφανιζόμενων διαταραχών κρίνεται κρίσιμη (Petzold, 2011; Schurz et al., 2014).

Οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες αφορούν νόσους που δε δύναται να αντιμετωπισθούν πλήρως και συνεπώς χαρακτηρίζονται ως ανίατες. Απόρροια της εκδήλωσης τους αποτελεί ο προοδευτικός εκφυλισμός της λειτουργικότητας των νευρικών κυττάρων οπότε σταδιακά επέρχεται ο θάνατος τους με συνέπεια τη σημαντική ελάττωση του αριθμού τους. Η κατάσταση αυτή συνεπάγεται την εκδήλωση αναπηρίας με σοβαρά συνοδά προβλήματα είτε στην κινητικότητα (αταξία) είτε στην νοητική διαύγεια (άνοια) του ατόμου (Kuhle, 2015). Οι νευρολογικές παθήσεις επομένως συνδέονται με διαταραχές στην αντίληψη, στην αισθητικότητα, στην μυϊκή δυναμική αλλά και στην δυνατότητα κινητικότητας. Κύριες εκφυλιστικές ασθένειες του νευρικού συστήματος θεωρούνται η νόσος Alzheimer, η νόσος Parkinson και η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (Kennedy & Adolphs, 2012).

Η νόσος Alzheimer αποτελεί την κυριότερη από τις νευροεκφυλιστικές ασθένειες οι οποίες προκαλούν άνοια. Χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή ανάπτυξη παθολογιών σε τμήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος η οποία καταλήγει στην καταστροφή των νευρικών κυττάρων και σε ατροφία του εγκεφάλου (Phillips et al., 2010). Η νόσος Parkinson αποτελεί εξελικτική νευρολογική διαταραχή η οποία αποδίδεται στην απώλεια του οργανισμού να παράγει ή και να αποθηκεύει την ντοπαμίνη. Κυρίαρχα συμπτώματα της ασθένειας αυτής είναι η δυσκαμψία, η βραδυκινησία,

η άνοια και ο τρόμος (ακούσιες τρομάδες κινήσεις του σώματος) (Schurz et al., 2014). Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας αναφέρεται σε αυτοάνοση νόσο η οποία προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα οφείλεται στην επίθεση του ίδιου του ανοσοποιητικού συστήματος στο περίβλημα της μυελίνης των νευρικών κυττάρων. Η καταστροφή αυτού επιφέρει την καταστολή βασικών λειτουργικών συστημάτων με συνέπειες στην κινητικότητα, στην αισθητικότητα, στην μυϊκή ισχύ αλλά και στην αισθητηριακή αντίληψη του ατόμου (Fröhlich et al., 2019).

Τομείς συνεπώς που είναι δυνατό να παρουσιάζουν έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας σε νευρολογικούς ασθενείς αποτελούν η συγκέντρωση, η επικοινωνία, η διάθεση, η προσωπικότητα, η κρίση αλλά και τομείς που αφορούν την ισορροπία και την κινητικότητα. Ανάμεσα στα πιο συχνά συμπτώματα των νευρολογικών ασθενών συγκαταλέγεται η άνοια η οποία πλήττει γνωστικές δεξιότητες του ατόμου δυσχεραίνοντας την ομαλή διαβίωση του (Cacioppo, Capitanio & Cacioppo, 2014; Phe, Leon & Granger, 2017).

Η *‘άνοια’* αποτελεί όρο που χρησιμοποιείται προκειμένου να περιγράψει ένα σύνολο ποικίλων διαταραχών των γνωστικών ικανοτήτων του ατόμου οι οποίες αφορούν την ικανότητα του να αυτό-εξυπηρετείται και να αποτελεί ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου. Χαρακτηρίζεται τόσο από γνωστικές όσο και από συμπεριφορικές διαταραχές και παρότι κύριο σύμπτωμα της αποτελεί κυρίως η απώλεια μνήμης δεν αποκλείεται να διαταράσσονται και άλλες λειτουργικές περιοχές του εγκεφάλου (Kennedy & Adolphs, 2012). Αποτελεί μια από τις συνηθέστερες εκδηλώσεις των νευροεκφυλιστικών ασθενειών. Είναι δυνατό να προκληθεί λόγω της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής ή διατροφικών ανεπαρκειών ενώ δεν αποκλείεται η πιθανότητα να οφείλεται σε εγκεφαλικές ασθένειες όπως είναι η αγγειακή εγκεφαλική νόσος ή πιθανοί τραυματισμοί στην εγκεφαλική περιοχή (Phillips et al., 2010; Schurz et al., 2014).

Οι κινητικές διαταραχές που εκδηλώνονται σε νευρολογικές παθήσεις αφορούν την περίσσεια ή την έκπτωση κινήσεων και θα πρέπει να διαχωρίζονται από τις διαταραχές που σχετίζονται με την μυϊκή δυναμική και ισχύ. Σε αυτές ενώ κρίνεται ικανοποιητική η μυϊκή ισχύς του ασθενή εντοπίζεται η παρουσία είτε μικρότερης κινητικότητας σε σχέση με το φυσιολογικό είτε υπερβολικής κινητικότητας κυρίως ακούσιας (Vodusek, 2014). Η φύση των κινητικών διαταραχών επομένως επιτρέπει τη

διάκριση των νευρολογικών παθήσεων σε υπερκινητικές και σε υποκινητικές και με βάση το πρότυπο της δυσλειτουργικής κινητικότητας που παρατηρείται καθορίζουν την παρουσία της υποκείμενης νευρολογικής νόσου (Panicker, Fowler & Kessler, 2015).

## 2.2 Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης νευρολογικών ασθενειών

Το σύνολο των νευρολογικών ασθενειών ορίζονται ως σύνδρομα επίκτητης αναπηρίας που προκαλείται λόγω δυσλειτουργιών του εγκεφάλου και που αφορά τομείς είτε της διανοητικής είτε της κινητικής δραστηριότητας. Κυρίως όμως εστιάζουν σε δυσλειτουργίες που αφορούν τη μνήμη, την ομιλία και γενικότερα την επικοινωνία, το συναίσθημα και την προσωπικότητα αλλά και γνωστικές δεξιότητες και εκτελεστικές λειτουργίες (Fröhlich et al., 2019).

Η έκπτωση των λειτουργιών των νευρικών κυττάρων έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία. Κατά συνέπεια στην πλειονότητα των νευροεκφυλιστικών διαταραχών συνυπολογίζεται το γενετικό υπόβαθρο του ατόμου σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά και με παράγοντες που αφορούν τον τρόπο ζωής οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με τελικό αποτέλεσμα την εκδήλωση νευρολογικής ασθένειας (Vaughan, Fitzgerald & Markland, 2019).

Η παρουσία ενός συνόλου παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση των νευρολογικών παθήσεων στηρίζεται στην αναγνώριση ενός πολύπλοκου μηχανισμού που εμπλέκεται στην τελική εκδήλωση αυτών καθώς και στην ποικιλομορφία των συμπτωμάτων αλλά και της παθογένειας τους. Η πολυπλοκότητα του νευρικού συστήματος σε συνδυασμό με την σημασία της ομαλής λειτουργικότητας καθενός από αυτά συνεπάγεται την ύπαρξη ενός σημαντικού αριθμού διαφορετικών σημείων τα οποία δύναται να υποστούν βλάβες (Zecca et al., 2016). Δεν αποκλείεται το γεγονός μια ισχυρή βλάβη σε ένα σημείο του νευρικού συστήματος να επιφέρει την εκδήλωση σοβαρών δυσλειτουργιών ή ο συνδυασμός μικρότερων βλαβών να δράσει αθροιστικά με το ίδιο αποτέλεσμα στη λειτουργικότητα του ατόμου (Phe, Leon & Granger, 2017).

Οι γενετικοί παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης νευρολογικών παθήσεων αλλά σε καμία περίπτωση δεν προδικάζουν το αποτέλεσμα αν και ένας σημαντικός αριθμός γονιδίων έχει ταυτοποιηθεί με την εκδήλωση συγκεκριμένων διαταραχών (Farinhas Tomé et al., 2019). Σε ότι αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες κύριες ανάμεσα τους συγκαταλέγονται οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις καθώς το ιστορικό σοβαρών ή και πολλαπλών τραυματισμών σε περιοχές της κεφαλής δύναται να σχετίζεται με την παρουσία νευρολογικών νόσων (Petzold, 2011). Σε ότι αφορά την αιμάτωση του εγκεφάλου επίσης παρουσιάζεται ως ισχυρός παράγοντας θέτοντας τους καρδιαγγειακούς παράγοντες ως πιθανούς παράγοντες κινδύνου νόσησης. Επιπρόσθετα ο τρόπος ζωής επηρεάζει την πιθανή εκδήλωση νευρολογικών ασθενειών με την καθιστική ζωή, την αυξανόμενη καθημερινή πίεση και την μη ποιοτική διατροφή να αποτελούν πιθανούς παράγοντες επιβάρυνσης της λειτουργικότητας του νευρικού συστήματος και συνεπώς της έκπτωσης της λειτουργικότητας του (Kuhle, 2015).

### 2.3 Τρόποι διάγνωσης

Για την πλειονότητα των νευροεμφυλιστικών παθήσεων δεν επαρκεί μια μεμονωμένη κλινική εξέταση προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση τους. Η διαγνωστική προσέγγιση βασίζεται σε ένα συνδυασμό διαφορετικών ευρημάτων και κατά κανόνα πραγματοποιείται από νευρολόγο. Στόχους της αρχικής κλινικής εξέτασης αποτελούν η διερεύνηση της βαρύτητας αλλά και του είδους των πιθανών συμπτωμάτων ώστε να επιτευχθεί ο έλεγχος και ο αποκλεισμός έτερων νοσημάτων τα οποία δύναται να εμφανίζουν παραπλήσια συμπτώματα (Schurz et al., 2014).

Η κλινική εξέταση σε συνδυασμό με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού συνιστούν την βάση για την αξιόπιστη αξιολόγηση των ποικίλων εκδηλώσεων και της πιθανής εξελικτικής τους πορείας. Οι επιπτώσεις αυτών στην καθημερινότητα του ασθενούς επίσης συνυπολογίζονται προκειμένου να σκιαγραφηθεί απόλυτα το επίπεδο λειτουργικότητας αυτού (Zecca et al., 2016). Κατά κύριο λόγο χρησιμοποιούνται πρότυπες κλίμακες αναφορικά με την εκτίμηση του επιπέδου των γνωστικών, κινητικών αλλά και συμπεριφορικών διαταραχών ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην λήψη

του οικογενειακού ιστορικού για την καταγραφή πιθανών κληρονομικών παραγόντων (Fröhlich et al., 2019).

Η χρήση απεικονιστικών εξετάσεων όπως είναι η αξονική τομογραφία και η μαγνητική απεικόνιση του εγκεφάλου παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την παρουσία μεταβολών σε περιοχές του εγκεφάλου και την ύπαρξη αλλοιώσεων που να υποστηρίζουν τη διάγνωση (Petzold, 2011). Ειδικότερες εξετάσεις όπως είναι το σπινθηρογράφημα αιμάτωσης του εγκεφάλου (SPECT) που παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το μεταβολισμό του εγκεφάλου αλλά και η οσφουονωτιαία παρακέντηση κατά την οποία λαμβάνεται προς έλεγχο εγκεφαλονωτιαίο υγρό εφαρμόζονται σε ειδικότερες παθολογικές περιπτώσεις με στόχο τη βέλτιστη διάγνωση συγκεκριμένων παθήσεων (Kennedy & Adolphs, 2012; Green et al., 2017).

Ανάλογα με τον λειτουργικό τομέα που έχει επηρεασθεί εφαρμόζονται διαφορετικά κριτήρια με βάση το DSM-IV προκειμένου να επιτευχθεί η διάγνωση των νευρολογικών ασθενειών. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι σε ό,τι αφορά την μειωμένη λειτουργικότητα των νευρολογικών ασθενών θα πρέπει να μην υφίσταται ταυτόχρονη έκπτωση του επιπέδου συνείδησης καθώς στην περίπτωση αυτή πρόκειται για νοσήματα ψυχιατρικής αιτιολογίας και όχι νευρολογικής. Συγκεκριμένα σε νευρολογικά νοσήματα στα οποία εκδηλώνεται άνοια κύριο διαγνωστικό κριτήριο αποτελεί η ανικανότητα του ατόμου να διαχειρισθεί καταστάσεις στην καθημερινότητα του καθώς και συνοδή απώλεια μνήμης και κριτικής αντίληψης (Panicker, Fowler & Kessler, 2015).

#### **2.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις νευρολογικών ασθενειών**

Οι νευρολογικές παθήσεις επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη ζωή των ασθενών και συνεπώς κρίνεται βασική η επιλογή του βέλτιστου θεραπευτικού σχήματος με σκοπό την θεραπευτική αντιμετώπιση τους κατά περίπτωση. Η χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί ένα τμήμα της προτεινόμενης θεραπείας καθώς η ολιστική προσέγγιση της νόσου απαιτεί την παρακολούθηση του ασθενή και την παροχή ποιοτικής φροντίδας και στήριξης σε αυτόν. Με δεδομένο ότι δεν έχει

προσδιορισθεί απόλυτα το θεραπευτικό σχήμα το οποίο δύναται να καθυστερήσει ή να ανατρέψει την εξέλιξη των νευροεκφυλιστικών διαταραχών ο πυρήνας των θεραπευτικών παρεμβάσεων εντοπίζεται στην εξασφάλιση ενός κατά το δυνατό ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης των ασθενών (Cacioppo, Caritaniao & Cacioppo, 2014).

Η επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής είναι σημαντική αν και η υιοθέτηση της σπάνια οδηγεί σε θεαματική βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή. Παράλληλα απαιτείται η συνεχής τροποποίηση της ανάλογα με την εξελικτική πορεία της εκάστοτε διαταραχής. Το θεραπευτικό όφελος από την επιβολή της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να συνεκτιμάται με βάση τις ενδεχόμενες παρενέργειες των φαρμακευτικών σκευασμάτων και να εντοπίζεται κατά περίπτωση ο βέλτιστος συνδυασμός φαρμακευτικών σχημάτων (Zecca et al., 2016).

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η προσέγγιση του ασθενή καθορίζεται πρωτίστως από υποκειμενικά κριτήρια και σχεδιάζεται ώστε να είναι κατά το δυνατό εξατομικευμένη ώστε να προσαρμόζεται στα ιδιαίτερα προβλήματα και στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στο να απαλύνουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων και για το λόγο αυτό χαρακτηρίζονται ως συμπτωματικές (Petzold, 2011). Στόχος τους είναι η διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενή για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και για το λόγο αυτό συνδυάζουν τη φαρμακευτική αγωγή με μη φαρμακευτικά σχήματα και με την προώθηση κατάλληλων υποστηρικτικών παρεμβάσεων (Phe, Leon & Granger, 2017).

Η διατήρηση ενός κατά το δυνατό ικανοποιητικού επιπέδου υγείας αποτελεί κύριο μέλημα κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Ο ασθενής θα πρέπει να διατηρεί υπό έλεγχο πιθανούς επιβαρυντικούς παράγοντες κινδύνου οι οποίοι δύναται να επιδεινώσουν την κατάσταση του προκαλώντας πρόσθετες μη αναστρέψιμες βλάβες (Vodusek, 2014). Ειδικότερα σε ότι αφορά την καρδιαγγειακή λειτουργία είναι σημαντικό παράγοντες κινδύνου όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα αλλά και η παχυσαρκία να θέτονται υπό έλεγχο με την υιοθέτηση κατάλληλων ρυθμιστικών σχημάτων (Kennedy & Adolphs, 2012).

Η αναζήτηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων επίσης θα πρέπει να προσεγγίζεται καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με νευροεκφυλιστικές παθήσεις οδηγούνται σε κατάθλιψη κατά την πορεία της ασθένειάς τους. Πέρα από τις ιδιαίτερες

συμπεριφορικές αλλαγές που επιφέρει η κατάθλιψη ενοχοποιείται για την επιδείνωση τόσο των γνωστικών όσο και των συναισθηματικών συμπτωμάτων των νευρολογικών ασθενειών. Η αντιμετώπιση συνεπώς των καταθλιπτικών εκδηλώσεων κατά την πορεία της νόσου θα πρέπει να στοιχειοθετεί θεραπευτικό στόχο και να αντιμετωπίζεται ενεργά (Green et al., 2017).

## 2.5 Ποιότητα ζωής νευρολογικών ασθενών

Οι νευρολογικές παθήσεις, πέρα από το σύνολο των σημαντικών προβλημάτων που προκαλούν σε βασικές κινητικές και νοητικές λειτουργίες του οργανισμού, συνοδεύονται και από ποικίλες ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες εκδηλώνονται με τη μορφή άγχους, κατάθλιψης και πίεσης επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό το γενικότερο επίπεδο της ποιότητας της ζωής των ασθενών (Cacioppo, Capitanio & Cacioppo, 2014; Fröhlich et al., 2019).

Η ολοκληρωμένη επισκόπηση της κλινικής εικόνας του ασθενή επιτρέπει τον αποτελεσματικό χειρισμό των συμπεριφορικών, ψυχολογικών, κινητικών και νοητικών συμπτωμάτων και είναι δυνατό να επιτρέψει την επίτευξη της ύφεσης αυτών. Η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, αν και στην πλειονότητα των περιστατικών κρίνεται αναγκαία, συνοδεύεται συχνά από ποικίλες παρενέργειες που επιβαρύνουν πρόσθετα την καθημερινότητα του ασθενή και υποβιβάζουν το επίπεδο της διαβίωσης του (Vaughan, Fitzgerald & Markland, 2019). Συμπτώματα όπως είναι η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου, σίτισης και ούρησης αλλά και οι συναισθηματικές μεταπτώσεις ταλαιπωρούν σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή ο οποίος παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την ποιότητα της ζωής του, ιδίως σε πεδία όπως είναι το συναισθηματικό και το σωματικό (Panicker, Fowler & Kessler, 2015).

Κύριο μέλημα των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ο έλεγχος των κλινικών εκδηλώσεων του κάθε περιστατικού με τον ασθενή να εστιάζει στην εξασφάλιση της βιωσιμότητας και στον περιορισμό της νοσηρότητας. Τα ποικίλα προβλήματα όμως που σχετίζονται με την μείωση των προσωπικών δραστηριοτήτων, την παρακώλυση φυσικών λειτουργιών του οργανισμού και την διατάραξη της ψυχικής ισορροπίας

αποτελούν σημαντικούς συντελεστές στη συνολική επίπτωση των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων στην ποιότητα της ζωής. Η αντιμετώπιση αυτών βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του ασθενή με την προϋπόθεση ότι πρόκειται για παρεμβάσεις σταθερές και ορθά σχεδιασμένες (Green et al., 2017; Farinhas Tomé et al., 2019).

Οι νευρολογικές διαταραχές συνεπώς αποτελούν μείζονα συνιστώσα η οποία οδηγεί σε ελαττωμένη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η επαρκής πληροφόρηση του ασθενή αναφορικά με την ετερογένεια των συμπτωμάτων που αφορούν τις νευρολογικές διαταραχές καθώς και η κατάλληλη υποστήριξη η οποία παρέχεται εξατομικευμένα προς αυτόν συνεισφέρουν σημαντικά στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής με τον περιορισμό κατά το δυνατό των συμπτωμάτων και τον έλεγχο της εξελικτικής πορείας της ασθένειας (Kuhle, 2015; Zecca et al., 2016).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Διαταραχές ούρησης

### 3.1 Διάκριση διαταραχών ούρησης

Η διαδικασία της εκκένωσης της ουροδόχου κύστης συνιστά την ‘ούρηση’ και περιλαμβάνει την σταδιακή πλήρωση αυτής η οποία καταλήγει σε μια κρίσιμη τιμή που αποτελεί το έναυσμα για την απαρχή της λειτουργίας της ούρησης. Η επιθυμία για ούρηση ενεργοποιεί το αντανακλαστικό της ούρησης το οποίο είναι απαραίτητο προκειμένου να ενεργοποιηθεί η εκκένωση της ουροδόχου κύστης. Το αντανακλαστικό της ούρησης είναι δυνατό να ανασταλεί κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες επιτρέποντας την ματαίωση της ούρησης και την παραμονή των ούρων εντός της ουροδόχου κύστης οπότε και η ποσότητα τους αυξάνεται. Η αναστολή της ούρησης δε δύναται να διατηρηθεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα καθώς στην περίπτωση που η συγκέντρωση των ούρων εντός της ουροδόχου κύστης υπερβεί τα 500 ml τότε η επιθυμία για ούρηση γίνεται εντονότερη και το αίσθημα πλήρωσης αποκτά τη μορφή πόνου. Σε επίπεδα συγκέντρωσης των ούρων άνω των 500 ml η επιθυμία για ούρηση είναι επιτακτική και δεν είναι δυνατό να περιορισθεί, συνεπώς η διαδικασία της ούρησης είναι αδύνατο να συγκρατηθεί (Utomo et al., 2015).

Η διαδικασία της ούρησης ελέγχεται από την πλήρωση της ουροδόχου κύστης στην οποία και αποθηκεύονται προσωρινά τα ούρα αφού έχουν μετακινηθεί σε αυτή μέσω των ουρητήρων από τους νεφρούς. Προκειμένου να γίνει αντιληπτό το αίσθημα της πλήρωσης της ουροδόχου κύστης θα πρέπει η ποσότητα των ούρων εντός αυτής να ανέλθει στα 200 ml έως 250 ml με αποτέλεσμα, λόγω αύξησης της πίεσης στην κύστη, να εκδηλώνονται ερεθίσματα που μεταφράζονται ως επιθυμία για ούρηση (Kavia et al., 2006). Η αναστολή της διαδικασίας της ούρησης επιτρέπει την πρόσθετη συγκέντρωση των ούρων εντός της κύστης και ακολουθεί ένα νέο αίσθημα επιθυμίας για ούρηση όταν η συγκέντρωση ανέλθει στα 300 ml έως 350 ml. Το νέο αίσθημα της επιθυμίας για ούρηση εντοπίζεται να είναι εντονότερο σε σύγκριση με την αρχική εκδήλωσή του. Εάν και πάλι η διαδικασία της ούρησης ανασταλεί τότε η συγκέντρωση ούρων συνεχίζει να αυξάνεται εντός της ουροδόχου κύστης και είναι δυνατό

να ανέλθει στα 450 ml έως 500 ml. Σε αυτά τα επίπεδα η διαδικασία της ούρησης είναι αδύνατο να συγκρατηθεί (Shamliyan et al., 2015).

Οι διαταραχές ούρησης αποτελούν ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας που εντοπίζονται στο γενικό πληθυσμό και περιλαμβάνουν ένα σύνολο αλλαγών σε σχέση τόσο με τη συχνότητα της διαδικασίας της ούρησης όσο και με την ποιότητα των ούρων που αποβάλλονται κατά τη διάρκεια της. Σε φυσιολογικές συνθήκες η διαδικασία της ούρησης και συνεπώς η κένωση της ουροδόχου κύστης ολοκληρώνεται γρήγορα και δίχως να παρεμβάλλονται ακούσιες διακοπές οπότε και απομακρύνεται η συνολική αποθηκευμένη ποσότητα ούρων από την κύστη δίχως να παραμένει υπόλειμμα ούρων εντός αυτής. Σε ενήλικες η συχνότητα των ουρήσεων που πραγματοποιούνται ημερησίως ανέρχεται σε 5 έως 6 ουρήσεις στους άνδρες και 3 έως 4 στις γυναίκες. Σημαντική παράμετρο αποτελεί η απουσία διακοπών της νυκτερινής κατάκλισης προκειμένου να ουρήσουν (García-Fadrique et al., 2011). Η παρουσία ανατομικών προβλημάτων στην ουροδόχο κύστη, στους νεφρούς ή γενικότερα στην ουροποιητική οδό επηρεάζει τη συχνότητα της διαδικασίας της ούρησης και οδηγεί σε διαταραχές αυτής. Είναι δυνατό η κλινική εκδήλωση των διαταραχών αυτών να είναι ήπια δίχως να επηρεάζει έντονα την καθημερινότητα του ατόμου αλλά δεν αποκλείεται να εντοπιστούν και εντονότερες κλινικές εκφάνσεις αυτών οι οποίες συνοδεύονται από πρόσθετα προβλήματα επιβαρύνοντας αισθητά το επίπεδο διαβίωσης του ατόμου (Shamliyan et al., 2015).

### 3.1.1 Διαταραχές της ποσότητας ούρων

Η ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων αποτελεί σημαντική παράμετρο στην εκδήλωση διαταραχών στην διαδικασία της ούρησης. Ο όγκος των ούρων που φυσιολογικά αποβάλλεται ημερησίως ανέρχεται στα 1500 ml έως 2000 ml και κάθε παρέκκλιση από τις τιμές αυτές κρίνεται ως προβληματική (Kelly, 2004).

Η **ολιγουρία** συνιστά διαταραχή της ούρησης κατά την οποία η ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων είναι μικρότερη από το φυσιολογικό όριο των 1500 ml ημερησίως. Η αξιολόγηση της ως παθολογικής κατάστασης προϋποθέτει ο όγκος των

ούρων που αποβάλλονται να είναι μικρότερος από 500 ml ανά ημέρα. Η ολιγουρία συνιστά κατάσταση που δύναται να εκδηλωθεί φυσιολογικά σε άτομα έπειτα από έντονη εφίδρωση οπότε και η παθολογική επιρροή της κρίνεται αμελητέα. Εντοπίζεται όμως η παράλληλη εκδήλωση της με νοσήματα όπως είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οξεία σπειραματονεφρίτιδα αλλά και σε εμπύρετες λοιμώξεις (Amago, Gameiro & Padovani, 2007).

Στην περίπτωση της **πολυουρίας** η ποσότητα ούρων που αποβάλλονται ημερησίως είναι μεγαλύτερη από 2000 ml. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η πολυουρία αποτελεί συνοδό σύμπτωμα παθολογικών καταστάσεων όπως είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης και η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα. Η λήψη διουρητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων έπειτα από την εκδήλωση ολιγουρίας επίσης είναι πιθανό να προκαλέσει την εκδήλωση πολυουρίας (Abrams et al., 2000).

Ιδιαίτερα σοβαρή διαταραχή συνιστά η **ανουρία** η οποία αφορά περιπτώσεις που ο συνολικός όγκος των αποβαλλόμενων ούρων ημερησίως δεν υπερβαίνει τα 100 ml. Ενώ κατά την επίσχεση ούρων όπου το άτομο ενώ επιθυμεί να ουρήσει δεν μπορεί να αποβάλλει την ανάλογη ποσότητα ούρων, κατά την ανουρία απουσιάζει πλήρως η επιθυμία για ούρηση γεγονός που υποδηλώνει ότι η ουροδόχος κύστη του ατόμου είναι κενή (Shamliyan et al., 2015).

### 3.1.2 Διαταραχές της ποιότητας ούρων

Η ποιότητα των αποβαλλόμενων ούρων επίσης είναι σημαντική και κάθε μεταβολή των χαρακτηριστικών τους συνιστά ένδειξη παρουσίας παθολογικών καταστάσεων. Τα ούρα φυσιολογικά έχουν διαυγή όψη και το χρώμα τους είναι ωχρό κίτρινο. Οι πιθανές παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό κατατάσσονται στις διαταραχές που αφορούν την ποιότητα των αποβαλλόμενων ούρων και αποτελούν σημείο πάθησης. Δεν αποκλείεται όμως οι αλλαγές αυτές να οφείλονται στη χορήγηση συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής ή ακόμη και στη λήψη συγκεκριμένων ουσιών μέσω της διατροφής που εμπεριέχουν χρωστικές ουσίες με αποτέλεσμα τη χρωματική αλλοίωση των αποβαλλόμενων ούρων (Avery et al., 2004).

Σοβαρή διαταραχή που περιλαμβάνεται στη κατηγορία αυτή αποτελεί η **αιματοουρία** η οποία εντοπίζεται λόγω της ερυθράς ή ακόμη και καστανής χροιάς των ούρων. Η αλλαγή του χρώματος είναι πιθανό να οφείλεται στην παρουσία ερυθροκυττάρων στα ούρα. Η διάγνωση της διαταραχής αυτής βασίζεται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης αίματος στα ούρα διακρίνεται σε κατηγορίες. Η αρχική αιματοουρία εκδηλώνεται με αιματηρά ούρα κατά την έναρξη της ούρησης που όμως σταδιακά κατά τη διάρκεια αυτής μετατρέπονται σε διαυγή. Η τελική αιματοουρία παρουσιάζει διαυγή ούρα κατά την αρχή της διαδικασίας της ούρησης και έπειτα εμφανίζονται αιματηρά ούρα. Στην ολική αιματοουρία από την αρχή μέχρι και την ολοκλήρωση της ούρησης τα ούρα είναι αιματηρά και αποτελούν ένδειξη παθολογίας των νεφρών οπότε και απαιτείται περαιτέρω κλινικός έλεγχος (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015).

Η ανίχνευση ποσότητας λευκωμάτων στα ούρα αποτελεί ένδειξη **λευκωματουρίας** με δεδομένο ότι φυσιολογικά η ανίχνευση τους λόγω μικρής ποσότητας δεν είναι δυνατή. Η λευκωματουρία είναι πιθανό να οφείλεται στην εκδήλωση σοβαρών παθήσεων των νεφρών όπως είναι η νεφρίτιδα (Avery et al., 2004).

Διαταραχή στην ποιότητα των ούρων αποτελεί επίσης η περίπτωση παρουσίας πύου στα ούρα (**πυουρία**) η οποία είναι πιθανό να εκδηλωθεί είτε μακροσκοπικά οπότε και τα ούρα είναι θολά είτε μικροσκοπικά όπου, αν και η όψη των ούρων είναι διαυγής εντοπίζεται υψηλή συγκέντρωση λευκών αιμοσφαιρίων σε αυτά. Η παρουσία φλεγμονής σε κάποιο σημείο του ουροποιητικού συστήματος αποτελεί το κύριο αίτιο της εκδήλωσης πυουρίας (Pomfret, 2007).

### 3.1.3 Διαταραχές της συχνότητας της λειτουργίας της ούρησης

Η **συχνοουρία** αποτελεί τη συχνότερη διαταραχή ούρησης η οποία καταγράφεται στο γενικό πληθυσμό. Σε αυτή εκδηλώνονται ουρήσεις σε σύντομα χρονικά διαστήματα με κοινό χαρακτηριστικό ότι ο όγκος των αποβαλλόμενων σε κάθε ούρηση ούρων είναι μικρός. Ημερησίως οι ουρήσεις που καταγράφονται υπερβαίνουν τις 6

με 7 και ο όγκος των ούρων που αποβάλλονται δεν υπερβαίνει τα 200 ml ανά ούρηση (Kavia et al., 2006).

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η **νυκτουρία** δηλαδή με την εμφάνιση ουρήσεων κατά τη διάρκεια της νυχτερινής κατάκλισης συνοδεύει την εκδήλωση συχνοουρίας. Πρόκειται για ιδιαίτερα έντονη ενόχληση αφού υποχρεώνει το άτομο να διακόψει τον ύπνο του προκειμένου να ουρήσει. Η παρουσία νυκτουρίας επομένως συχνά προκαλεί την παράλληλη εκδήλωση διαταραχών στον ύπνο (Utomo et al., 2015).

Η **ενούρηση** συνιστά την ακούσια απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια της νυχτερινής κατάκλισης και εντοπίζεται κυρίως σε άτομα νηπιακής και παιδικής ηλικίας ως κατάλοιπο της αντανακλαστικής ούρησης που χαρακτηρίζει την βρεφική ηλικία. Το αντανακλαστικό αυτό φυσιολογικά υποχωρεί μετά από την ηλικία των τριών ετών. Η εκδήλωση του σε άτομα πέρα της ηλικίας αυτής κρίνεται συνεπώς ως παθολογική (Townsend, Danforth & Lifford, 2007).

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο δυσκολεύεται να ουρήσει εντοπίζεται **δυσουρία**. Σε αυτή τη διαταραχή το άτομο δυσκολεύεται να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη του κατά τη διάρκεια της ούρησης. Αρχικά εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης σε συνδυασμό με την αύξηση της διάρκειας αυτής και ιδίως σε άνδρες είναι δυνατό να εντοπισθεί ελάττωση της ακτίνας των αποβαλλόμενων ούρων (Burgio, 2013). Η επιδείνωση των συμπτωμάτων της δυσουρίας οδηγεί στην πραγματοποίηση διακοπτόμενων ουρήσεων με μειωμένη ροή ούρων ενώ σε προχωρημένα στάδια αποβάλλονται ελάχιστες σταγόνες ούρων σε κάθε προσπάθεια κένωσης της ουροδόχου κύστης (Ramsey & Palmer, 2006).

Η εκδήλωση **επίσχεσης ούρων**, μιας ιδιαίτερα σοβαρής διαταραχής της ούρησης, περιγράφει την αδυναμία του ατόμου να εκκενώσει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης μέσω της ούρησης. Σε περιπτώσεις **τέλειας επίσχεσης** η κύστη παραμένει πλήρης καθώς ελάχιστες σταγόνες ούρων απελευθερώνονται σε κάθε ούρηση οδηγώντας σε σοβαρές παθολογικές καταστάσεις (Schreiner et al., 2013).

Σε περιπτώσεις στις οποίες το άτομο παρότι επιθυμεί να ουρήσει δεν το καταφέρνει οπότε και δεν ανακουφίζεται παρουσιάζεται **στραγγουρία**. Η συγκεκριμένη διαταραχή της ούρησης περιγράφει την συχνή τάση για ούρηση η οποία δεν ολοκλη-

ρώνεται και συνήθως συνοδεύεται από έντονο πόνο (Elneil, 2010). Εάν ο πόνος εκδηλώνεται ταυτόχρονα με αίσθημα καύσης κατά την ούρηση πρόκειται για εκδήλωση **καυσουρίας** η οποία αποτελεί συνήθη διαταραχή σε περιπτώσεις φλεγμονής της ουροδόχου κύστης ή σε περιπτώσεις φλεγμονής της ουρήθρας (Avery et al., 2004).

### 3.2 Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι διαταραχές στην ούρηση οφείλονται σε ποικίλους παράγοντες οι οποίοι καθορίζονται από την παθοφυσιολογία της συγκεκριμένης διαταραχής που εντοπίζεται. Σε φυσιολογικές συνθήκες η ροή των ούρων και η κένωση της ουροδόχου κύστης ενεργοποιείται όταν η πίεση εντός αυτής ανέλθει σε συγκεκριμένες συγκεντρώσεις. Χρόνια φλεγμονώδη περιστατικά αλλά και νευρολογικά νοσήματα είναι δυνατό να προκαλέσουν διαταραχές στον κύκλο της ούρησης και επομένως την εμφάνιση οχλήσεων (Kelly, 2004).

Σε ότι αφορά διαταραχές στη συχνότητα της λειτουργίας της ούρησης είναι πιθανό να οφείλονται σε παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος όπως είναι οι ουρολοιμώξεις, η λιθίαση και η νευρογενής κύστη. Η συχνουρία δεν αποκλείεται να συνιστά εκδήλωση συστηματικών παθήσεων όπως είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης. Η καλοήγησ απόφραξη του προστάτη αποτελεί τη συχνότερη αιτία εκδήλωσης συχνουρίας στους άνδρες (Kavia et al., 2006).

Σε περιπτώσεις που εντοπίζονται λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος ή σε παθήσεις που επηρεάζουν την ουρήθρα, όπως είναι η λιθίαση και η βαλανοποσθιτιδα παρουσιάζονται διαταραχές όπως είναι η καυσουρία. Σε στένωση της ουρήθρας η διαταραχή αυτή επιδεινώνεται καθώς εντοπίζεται μειωμένη ροή των ούρων (Avery et al., 2004).

Αν και η εκδήλωση της είναι πιο συχνή σε άτομα άνω των 65 ετών η πολουρία και ειδικότερα η νυκτερινή εκδήλωση της δύναται να παρουσιασθεί ανεξάρτητα από την ηλικία. Συχνότερα οφείλεται στη διαταραχή του φυσιολογικού ρυθμού παραγωγής των ούρων η οποία σε ηλικιωμένα άτομα εκδηλώνεται ιδιαίτερα συχνά. Αίτιο εκδήλωσης πολουρίας αποτελούν και συνυπάρχουσες παθήσεις όπως είναι η απο-

φρακτική άπνοια που οδηγεί σε αύξηση της αποβαλλόμενης συγκέντρωσης ιόντων νατρίου κατά τη νυχτερινή κατάκλιση οπότε αυξάνεται σημαντικά ο όγκος των αποβαλλόμενων νυχτερινών ούρων (Abrams et al., 2000). Η εμφάνιση νυχτερινής πολυουρίας είναι πιθανό να οφείλεται σε ασθένειες όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η φλεβική στάση καθώς και περιστατικά περιφερικών οιδημάτων παχυσαρκίας που προκαλούν επανακυκλοφορία υγρών κατά την κατάκλιση. Η εμφάνιση Σακχαρώδους Διαβήτη ή άποιου διαβήτη αποτελεί επίσης αίτιο εμφάνισης πολυουρίας ενώ είναι πιθανό ένα επεισόδιο οξείας νεφρικής ανεπάρκειας να προκαλέσει πολυουρική φάση (García-Fadrique et al., 2011).

Προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη παρακολούθηση της διαταραχής αυτής η επίσχεση ούρων διακρίνεται σε οξεία και σε χρόνια και αφορά κυρίως ασθενείς με παραμελημένα προβλήματα κατά την ούρηση, οι οποίοι παρουσιάζουν διακοπτόμενη ούρηση, ατελή κένωση της ουροδόχου κύστης και έντονη νυκτουρία και συχνουρία. Επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις και σε νοσήματα όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια είναι πιθανό να προκαλέσουν χρόνια επίσχεση ούρων (Schreiner et al., 2013).

Η οξεία ή η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οποία είναι δυνατό να είναι νεφρικής, προνεφρικής ή και μετανεφρικής αιτιολογίας, αποτελούν συνηθέστερη αιτία της ανουρίας. Παράλληλα είναι πιθανό σοβαρές λοιμώξεις που προκαλούν ουρόσηψη, η απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος αλλά και η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων να οδηγήσουν στη διαταραχή αυτή (Shamliyan et al., 2015).

Η oligουρία οφείλεται κυρίως σε οξεία βλάβη των νεφρών ενώ επίσης βασική αιτία εκδήλωσης της είναι η έντονη πτώση της αρτηριακής πίεσης, η σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια αλλά και η αποφρακτική ουροπάθεια. Επιπλέον η oligουρία μπορεί να οφείλεται στη λήψη νεφροτοξικών φαρμάκων (Kelly, 2004).

Η δυσουρία πιθανό να οφείλεται στην παρουσία λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, ουρολιθίασης, διάμεσης κυστίτιδας αλλά και εμφάνισης νεοπλασματος στην ουροδόχο κύστη. Συμπτώματα δυσουρίας προκαλεί και η υπερτροφία του προστάτη στους άνδρες (Ramsey & Palmer, 2006).

Η αιματουρία είναι δυνατό να προκληθεί λόγω ουρολοιμώξεων αλλά και λιθιάσεων στο ουροποιητικό σύστημα ενώ δεν αποκλείεται να οφείλεται στην εκδήλωση καρκινώματος στα νεφρά, στην ουροδόχο κύστη ή στον προστάτη στους άνδρες.

Η παρουσία αίματος στα ούρα είναι πιθανό να προκληθεί και από τραυματισμούς σε διάφορα σημεία του ουροποιητικού συστήματος αλλά και από τη λήψη φαρμάκων (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015).

Η πτυρία παρουσιάζει ποικίλη αιτιολογία με κύρια αιτία τις λοιμώξεις. Άλλα αίτια είναι η παρουσία νοσημάτων όπως είναι η φυματίωση ή η εκδήλωση λιθίασης στο ουροποιητικό σύστημα (Pomfret, 2007).

### 3.3 Διαγνωστικές δοκιμασίες

Η διαγνωστική ακρίβεια, η αξιοπιστία και η προγνωστική αξία αποτελούν βασικά στοιχεία των διαγνωστικών δοκιμασιών και επομένως κρίνεται σημαντική, κατά τη διάγνωση των διαταραχών ούρησης στην κλινική πράξη, η αξιολόγηση των ασθενών ώστε να χαρακτηριστεί το πιθανό πρόβλημα ως διαταραχή στην προώθηση των ούρων, ως αποθηκευτική διαταραχή ή ως συνδυασμός και των δυο διαταραχών. Δεν αποκλείεται όμως οι ανωμαλίες στη φάση της ούρησης να προκαλούν προβλήματα και στη φάση της αποθήκευσης τους οπότε αποτελεί σημαντικό βήμα ο έγκυρος εντοπισμός της φύσης της παθολογίας (Schreiner et al., 2013).

Η αξιολόγηση του ασθενή που παρουσιάζει διαταραχές στην ούρηση βασίζεται στη λήψη ιστορικού και στην κλινική εξέταση. Η λήψη του ιστορικού επιτρέπει τον έλεγχο για την πιθανή παρουσία συγγενών ανωμαλιών αλλά και νοσημάτων που εμπλέκονται στην εκδήλωση διαταραχών ούρησης (Burgio, 2013). Η λήψη φαρμάκων από τον ασθενή θα πρέπει να δηλωθεί καθώς αρκετά φαρμακευτικά σκευάσματα ενοχοποιούνται για την πρόκληση ποικίλων διαταραχών ούρησης, ειδικότερα εκείνα με δράση στο κατώτερο ουροποιητικό σύστημα (Kavia et al., 2006). Η λήψη του σεξουαλικού ιστορικού είναι επίσης σημαντική καθώς επιτρέπει τον εντοπισμό πιθανών λοιμώξεων (Utomo et al., 2015).

Κατά την κλινική εξέταση, πέρα από τον εντοπισμό πιθανών νοσημάτων που δύναται να προκαλούν ανωμαλίες στη φυσιολογική λειτουργία της ούρησης, όπως



είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης, εκτιμάται και το γενικότερο επίπεδο της υγείας του ατόμου καθώς και οι διατροφικές του συνήθειες με δεδομένο ότι διαταραχές στην ούρηση δεν αποκλείεται να οφείλονται σε καθημερινές συνήθειες του (Faiena et al., 2015). Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει τη γενική ουρολογική εξέταση του ασθενή και εκτιμά τα νευρολογικά αντανακλαστικά και την αισθητικότητα αυτών (Kelly, 2004). Η βιοχημική εξέταση ελέγχει τα επίπεδα ουρίας, κρεατινίνης, τη συγκέντρωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των πυροσφαιρίων αλλά και το pH και αποτελεί βασικό βήμα στον καθορισμό και στην αποσαφήνιση της φύσης της διαταραχής (Elneil, 2010).

Ο ουροδυναμικός έλεγχος περιλαμβάνει την κυστεομετρία, το ηλεκτρομυογράφημα σφιγκτήρα αλλά και τον έλεγχο της λειτουργικότητας της ουρήθρας. Η πραγματοποίηση δυναμικού σπινθηρογραφήματος νεφρών και ο ταυτόχρονος υπολογισμός του ρυθμού σπειραματικής διήθησης προτείνονται προκειμένου να εντοπισθούν πιθανές αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές. Η εξέταση κυστεοσκόπησης διενεργείται προκειμένου να ληφθούν πληροφορίες για την λειτουργικότητα της ουροδόχου κύστης όπως επίσης και η δυναμική κυστεογραφία (García-Fadrique et al., 2011). Το υπερηχογράφημα κύστης αναδεικνύει την παρουσία μορφολογικών αλλοιώσεων της κύστης και θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτός από τους νεφρούς και την κυστεο-ουρητική συμβολή. Η συγκεκριμένη εξέταση αποτελεί ανώδυνη μη επεμβατική κλινική πράξη που επιτρέπει την απεικόνιση των εσωτερικών οργάνων και η οποία αποκαλύπτει πιθανές αλλοιώσεις αυτών (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015). Με δεδομένη την υψηλή ακρίβεια της διαγνωστικής μεθόδου του υπερηχογραφήματος η ανίχνευση θρόμβων, λίθων, τραυματισμών αλλά και νεοπλασμάτων στην ουροδόχο κύστη καθώς και της πιθανότητας παρουσίας κυστίτιδας είναι δυνατή παρέχοντας βασικές διαγνωστικές πληροφορίες (Amaro, Gameiro & Padovani, 2007).

Η καταγραφή της λήψης υγρών και της αποβολής ούρων ανά 24ωρό αποτελεί βασικό σημείο στην διάγνωση ενώ ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί στον αριθμό των ουρήσεων και στην κατανομή τους ανά ημέρα και νύχτα. Ο όγκος ούρων ανά ούρηση επίσης είναι σημαντικό να σημειωθεί, έστω κατά προσέγγιση (Ramsey & Palmer, 2006 ; Yamanishi, Kamai & Yoshida, 2008). Η εξαγωγή διαγνωστικών συμπερασμάτων υποστηρίζεται από την καταγραφή επιπλέον των επεισοδίων ακράτειας

αλλά και επιτακτικής ούρησης ενώ η μέτρηση της ροής των ούρων είναι σημαντική τόσο κατά τη διάγνωση της πάθησης όσο και για την επικείμενη παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της επιλεγόμενης θεραπευτικής προσέγγισης (Townsend, Danforth & Lifford, 2007).

Η λειτουργικότητα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος εξετάζεται κατά τον ουροδυναμικό έλεγχο όπου αξιολογείται η αποδοτικότητα του τόσο κατά τη φάση κένωσης όσο και κατά τη φάση πλήρωσης αυτού. Ο συγκεκριμένος έλεγχος αποτελεί διαγνωστική εξέταση απαραίτητη για τη διερεύνηση και την τεκμηρίωση της λειτουργικότητας του εξωστήρα. Η αιτιολογία της διαταραχής είναι δυνατό να εντοπισθεί με τη βοήθεια του ελέγχου αυτού (Schreiner et al., 2013).

### **3.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις**

Με δεδομένο ότι τα προβλήματα ούρησης μπορεί να αφορούν τη φάση της αποθήκευσης των ούρων αλλά και τη φάση της κένωσης αυτών η προτεινόμενη προσέγγιση αντιμετώπισης τους αρχικά επικεντρώνεται σε συντηρητικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν στη σταθεροποίηση της λειτουργικότητας του σφιγκτήρα μυ. Η επιτυχία της επιλεγόμενης θεραπευτικής παρέμβασης καθορίζεται από τον ακριβή εντοπισμό της υποκείμενης διαταραχής και των αιτιών που την προκαλούν (Utomo et al., 2015).

Ο διαλείπων καθετηριασμός προτείνεται ως θεραπευτική μέθοδος σε περιπτώσεις αδυναμίας κένωσης της ουροδόχου κύστης. Αφορά την εισαγωγή ενός ειδικού μικρού εύκαμπτου καθετήρα από την ουρήθρα ο οποίος ωθείται μέχρι την ουροδόχο κύστη με σκοπό την παροχέτευση των ούρων. Ο καθετήρας αφαιρείται μετά την κένωση της ουροδόχου κύστης (Amargo, Gameiro & Padovani, 2007). Η συχνότητα των καθετηριασμών διαφέρει από άτομο σε άτομο και δεν απαιτείται να είναι συχνότερη από κάθε 4-6 ώρες. Στην περίπτωση που η διαδικασία εκτελείται από τον ίδιο τον ασθενή καλείται αυτοκαθετηριασμός. Κατά τον αυτοκαθετηριασμό ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να καθορίζει τα χρονικά διαστήματα της κένωσης της κύστης και

επομένως να αποφεύγονται τα επεισόδια ακούσιας απώλειας ούρων (Avery et al., 2004; Diokno et al., 2004).

Η λήψη οι α-αδρενεργικών ανταγωνιστών που προκαλούν χάλαση του σφιγκτήρα επιχειρεί να αντιμετωπίσει την απουσία συγχρονισμού της ουρήθρας με την ουροδόχο κύστη (Brubaker, 2004). Ο χρόνιος καθετηριασμός της κύστης προτείνεται σε περιπτώσεις που οι διαταραχές ούρησης δεν αντιμετωπίζονται ούτε φαρμακευτικά ούτε μέσω καθετηριασμών. Ο μεγάλος κίνδυνος χρόνιων λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος που εγκυμονεί η θεραπευτική αυτή παρέμβαση εγείρει πρόσθετες αμφιβολίες για την εφαρμογή της (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015).

Η λειτουργία της ούρησης είναι δυνατό να βελτιωθεί με τη λήψη κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων και συγκεκριμένα τη χορήγηση ουσιών που δρουν είτε στην ουροδόχο κύστη είτε στον προστάτη. Σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η λήψη φαρμάκων προτείνονται εναλλακτικές λύσεις σε ότι αφορά την κένωση της κύστης (Cardozo et al., 2004; Shamliyan et al., 2015). Η τεχνική Crede συνιστά μια κοινή μέθοδο που επιτρέπει την πληρέστερη κένωση της κύστης και περιλαμβάνει ένα συνδυασμό μαλάξεων της κύστης όπου ο ασθενής πιέζει προς τα κάτω την κάτω κοιλία με τα δυο του χέρια αφού προηγουμένως έχει αποβάλλει εκουσίως όσα περισσότερα ούρα μπορεί (Bo, 2004; Dumoulin et al., 2004).

Ταινίες και σφιγκτήρες που παρέχουν στήριξη στην ουρήθρα και εξασφαλίζουν την αποφυγή ανεξέλεγκτων απωλειών εφαρμόζονται σε περιπτώσεις ακράτειας ούρων και συχνουρίας. Οι κολπικές ταινίες είναι σχεδιασμένες ώστε να διατηρούν κλειστή την ουρήθρα ενώ ο τεχνητός σφιγκτήρας είναι αποτελεσματικός σε περιπτώσεις έντονης ανδρικής ακράτειας ούρων (Costantini et al., 2008; Faiena et al., 2015).

Το αντανακλαστικό που ευθύνεται για τη ρύθμιση της λειτουργίας της κύστης εντοπίζεται στο νωτιαίο μυελό και το αντίστοιχο νεύρο εκφύεται από την σπονδυλική στήλη στο ύψος του ιερού οστού. Η ρύθμιση της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης είναι δυνατό να ελεγχθεί με την τοποθέτηση ενός βηματοδότη στο σημείο αυτό και τη νευροδιέγερση του ιερού νεύρου (Yamanishi, Kamai & Yoshida, 2008; Elneil, 2010).

Σε ασθενείς με υπερδραστική κύστη στους οποίους η φαρμακευτική παρέμβαση απέτυχε επιλέγεται ως μέθοδος θεραπείας η νευροτροποποίηση του κνημιαίου

νεύρου, η οποία λειτουργεί με όμοιο τρόπο με τη νευροδιέγερση του ιερού νεύρου (Schreiner et al., 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Διαταραχές ούρησης σε νευρολογικούς ασθενείς

### 4.1 Διαφοροποίηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό

Οι ασθενείς με τεκμηριωμένα νευρολογικά νοσήματα δύναται συχνά να παρουσιάζουν διαταραχές στην ούρηση. Οι διαταραχές αυτές συνδέονται με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διακρίνονται ως ερεθιστικά ή αποφρακτικά. Αφορούν προβλήματα που σχετίζονται τόσο με τη χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης όσο και με το αίσθημα της ικανοποιητικής κένωσης αυτής και συνεπώς της συχνότητας της ούρησης (Vaughan, Fitzgerald & Markland, 2019).

Αν και οι διαταραχές στην ούρηση σπάνια συγκαταλέγονται στα εναρκτήρια συμπτώματα των νευρολογικών ασθενειών, η συχνότητα τους αυξάνεται κατά την εξέλιξη τους. Συχνή διαταραχή ούρησης σε νευρολογικούς ασθενείς αποτελεί η επιτακτική ούρηση η οποία επιβάλλεται από μια έντονη, αιφνίδια και αναγκαστική επιθυμία η οποία δεν μπορεί να αναβληθεί. Η συχνουρία, η ακράτεια ούρων, η νυκτουρία αλλά και συμπτώματα που αφορούν την ποσότητα των ούρων όπως είναι το αίσθημα ότι δεν αδειάζει απόλυτα η ουροδόχος κύστη συχνά ταλαιπωρούν τους νευρολογικούς ασθενείς (Fröhlich et al., 2019).

Η συχνουρία, η οποία αναφέρεται στην υπερβολική και πέρα του φυσιολογικού συχνή ούρηση που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας αλλά η οποία μπορεί να συνοδεύεται και από αφυπνίσεις για ούρηση περισσότερες της μιας φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας, εντοπίζεται συχνά σε νευρολογικούς ασθενείς. Η βαρύτητα της συχνουρίας ειδικότερα σε ασθενείς που εμφανίζουν νευρολογικές διαταραχές κινητικού τύπου συνδέεται με τη βαρύτητα της κινητικής αναπηρίας. Βασικό αίτιο της εκδήλωσης συχνουρίας αποτελεί η υποκειμενική υπερλειτουργία του εξωστήρα η οποία σχετίζεται με μυελικές και μεσεγκεφαλικές βλάβες (Hester, Kretschmer & Badlani, 2017).

Η ακράτεια περιγράφει την ακούσια απώλεια ούρων η οποία μπορεί να έπεται ή και να συνοδεύεται από την επιτακτική ανάγκη για ούρηση και εκδηλώνεται συχνά σε νευρολογικούς ασθενείς. Συχνή επίσης εκδήλωση διαταραχής σε ασθενείς με νευ-

ρολογικές παθήσεις αποτελεί και η δυσχέρεια έναρξης η οποία περιγράφεται από την δυσκολία στην έναρξη της ούρησης και επομένως την καθυστέρηση αυτής (Phe, Leon & Granger, 2017).

Η συχνότητα της διαταραχής ούρησης που εκδηλώνεται αλλά και η φύση αυτής παρουσιάζουν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασθενών οι οποίες καθορίζονται από το νευρολογικό νόσημα από το οποίο πάσχουν, τη βαρύτητα αυτού καθώς και από τη συγκεκριμένη φάση της νόσου (Panicker, Fowler & Kessler, 2015).

Ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας ή νόσο Parkinson είναι πιθανό να παρουσιάσουν αδυναμία ούρησης ή ακράτεια ούρων. Δεν αποκλείεται όμως και ασθενείς που αφορούν μη νευρολογικά νοσήματα όπως είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης να επιφέρουν επιπλοκές νευρολογικής φύσης με συνοδή εκδήλωση προβλημάτων ούρησης. Στην περίπτωση του Σακχαρώδη Διαβήτη μια από τις πιο συνήθεις χρόνιες επιπλοκές της νόσου που οφείλονται σε κακή ρύθμιση αυτής είναι η διαβητική νευροπάθεια η οποία συνοδεύεται από βλάβη στο νευρικό σύστημα και σταδιακή διαταραχή της λειτουργίας της ούρησης (Phe, Leon & Granger, 2017).

Η διάγνωση των διαταραχών ούρησης σε νευρολογικούς ασθενείς περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού του ασθενή στο οποίο καταγράφονται με λεπτομέρειες τα συμπτώματα που εντοπίζονται και ακολουθεί η κλινική εξέταση. Στη συνέχεια πραγματοποιούνται οι προτεινόμενες απεικονιστικές εξετάσεις όπως είναι ο υπέρηχος του ουροποιητικού συστήματος και η αξιολόγηση ολοκληρώνεται με μη επεμβατικές ουροδυναμικές εξετάσεις όπως είναι η ουρομετρία. Πιο εξειδικευμένες επεμβατικές ουροδυναμικές εξετάσεις εφαρμόζονται μόνο σε περιπτώσεις που κριθεί απαραίτητο από το θεράποντα νευρολόγο ιατρό (Green et al., 2017).

#### **4.2 Επιπτώσεις διαταραχών ούρησης στη ζωή νευρολογικών ασθενών**

Τα ποικίλα συμπτώματα που συνοδεύουν τις διαταραχές της ούρησης αποτελούν κύρια αίτια ταλαιπωρίας των ασθενών με νευρολογικές παθήσεις καθώς διαταράσσουν πρόσθετα την καθημερινότητά τους. Η σοβαρότητα των εντοπιζόμενων διαταραχών ούρησης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και σε ιδιαίτερα σοβαρές μορφές

αυτών υφίσταται σοβαρός κίνδυνος για την λειτουργία των νεφρών. Η διάγνωση των διαταραχών στην ούρηση και ο εντοπισμός των συμπτωμάτων τους επιτρέπει την επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο την προφύλαξη του ασθενή από πιθανές επιπλοκές που θα επιδεινώσουν το ήδη βεβαρυμμένο ιατρικό ιστορικό του. Η προστασία της λειτουργίας των νεφρών προέχει και αποτελεί βασική προτεραιότητα των θεραπευτικών σχημάτων (Vodusek, 2014).

Η ποιότητα της ζωής των ασθενών λόγω των διαταραχών στην ούρηση επηρεάζεται σημαντικά εφόσον συνυπάρχει με το νευρολογικό πρόβλημα που τους ταλαιπωρεί. Οι προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών μέσω της προσπάθειας βελτίωσης του αντίκτυπου των συμπτωμάτων από την ούρηση. Επιπρόσθετα η νευρολογική τους κατάσταση δυσχεραίνει τις δυνατές επιλογές σε ότι αφορά την αντιμετώπιση τους με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους (Farinhas Tomé et al., 2019).

#### **4.3 Ποιότητα ζωής νευρολογικών ασθενών με διαταραχές ούρησης**

Η ποιότητα της ζωής καθορίζεται με βάση την υποκειμενική αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο σε ότι αφορά το επίπεδο της διαβίωσης του και περιγράφεται σε συνάρτηση με τους στόχους, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Πρόκειται για έννοια με ποικίλες διαστάσεις και χαρακτηριστικά η οποία διαμορφώνεται με βάση τη φυσική υπόσταση και σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχική και πνευματική του ευμάρεια καθώς και τις κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσει σε σχέση με τον περίγυρο του. Συνεπώς βασική παράμετρο προσδιορισμού της ποιότητας ζωής αποτελεί το επίπεδο της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου και ο βαθμός που επηρεάζει αυτό την καθημερινότητά του (Zecca et al., 2016).

Οι διαταραχές ούρησης οποιασδήποτε μορφής επιδρούν σαρωτικά στην καθημερινή ζωή του ατόμου και στην πλειονότητα των περιπτώσεων εκλαμβάνονται ως μια μορφή απώλειας της υγείας επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητα και την φυσιολογική δραστηριοποίηση του (Cardozo et al., 2004). Ειδικότερα σε περιπτώσεις που συνυπάρχουν σημαντικά νοσήματα όπως συμβαίνει στην περίπτωση

των νευρολογικών παθήσεων οι επιπτώσεις αυτών κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικές. Σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις και γενικότερα τις κοινωνικές συναναστροφές λόγω σημαντικής απώλειας της αυτοπεποίθησης τους η οποία είναι ήδη βεβαρυμμένη λόγω του νευρολογικού ιατρικού ιστορικού τους. Έντονα συναισθήματα ντροπής αλλά και δυσαρέσκειας επηρεάζουν την συναισθηματική ισορροπία τους και ενέχουν σοβαρές ψυχολογικές προεκτάσεις με κυριότερη την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης στην οποία λειτουργούν αθροιστικά καταθλιπτικά συμπτώματα που οφείλονται στην νευρολογική τους κατάσταση (Ashton-Miller, Howard & DeLancey, 2001). Συχνή είναι και η εκδήλωση συνοδών διαταραχών ύπνου ιδίως σε διαταραχές ούρησης όπως η συχνουρία και η νυκτουρία οι οποίες διαταράσσουν σε σημαντικό βαθμό την ομαλή διαβίωση των ασθενών αλλά και τη ρύθμιση της νευρολογικής τους κατάστασης (Ptak et al., 2017).

Οι ασθενείς με νευρολογικά νοσήματα και συνοδές διαταραχές στην ούρηση αντιμετωπίζουν σαφή προβλήματα στην καθημερινή διαβίωση τους τα οποία διαμορφώνουν συνολικά την ποιότητα της ζωής τους. Οι διαταραχές ούρησης επιβαρύνουν την ήδη βεβαρυμμένη καθημερινότητα των ασθενών αυτών και η αντιμετώπιση τους κρίνεται απαραίτητη. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που προτείνονται καθορίζονται από τις επιλογές που επιτρέπει η νευρολογική κατάσταση του ασθενή και παρουσιάζουν πέρα από σημαντικά πλεονεκτήματα και ισχυρά μειονεκτήματα (Vodusek, 2014). Η αλλαγή του τρόπου ζωής με στόχο τη ρύθμιση των προσλαμβανόμενων υγρών ημερησίως δεν αποτελεί πάντα δυνατή επιλογή καθώς καθορίζεται από το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή. Η προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των διαταραχών ούρησης θα πρέπει να είναι συμβατή με την ήδη χορηγούμενη αγωγή αναφορικά με το νευρολογικό νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής. Σε αρκετές περιπτώσεις οι πιθανές παρενέργειες λειτουργούν αθροιστικά επιδεινώνοντας την ήδη ευαίσθητη κατάσταση της υγείας του ατόμου (Green et al., 2017).

Η παρουσία προβλημάτων που σχετίζονται με διαταραχές στην ούρηση είναι σημαντικό να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία και θα πρέπει ο νευρολόγος να είναι σε θέση να διερευνήσει τις κλινικές επιπτώσεις της υφιστάμενης κατάστασης. Παρότι τα συνήθη συμπτώματα των διαταραχών ούρησης που περιγράφονται είναι δυνατό να προσεγγισθούν θεραπευτικά με τη χρήση συντηρητικών μέσων κρίνεται απαραίτητος ο συχνός ουροδυναμικός έλεγχος των νευρολογικών ασθενών. Η ειδική συμβολή ια-



τρού ουρολόγου απαιτείται μόνο σε περιπτώσεις όπου προτείνονται πιο επιθετικές είτε θεραπευτικές είτε διαγνωστικές μέθοδοι (Zecca et al., 2016).

Η θεραπεία των διαταραχών ούρησης σε νευρολογικούς ασθενείς, αν και επιχειρείται με διάφορες προσεγγίσεις ανάλογα με την τελική διάγνωση, επικεντρώνεται στην βελτίωση της λειτουργικότητας της ούρησης. Με δεδομένο ότι η πλήρης ίαση δεν είναι εφικτή είναι σημαντική η διαχείριση των διαταραχών με τρόπο που να επιτυγχάνεται η ανακούφιση των συμπτωμάτων προκειμένου οι ασθενείς να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Δεν αποκλείεται όμως οι προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ειδικότερα η φαρμακευτική προσέγγιση, να επιφέρουν πρόσθετα προβλήματα στην καθημερινότητα των ασθενών μέσω πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών και για το λόγο αυτό κρίνεται σημαντικός ο προσεκτικός σχεδιασμός τους (Shamliyan et al., 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Μεθοδολογία**

### **5.1 Σκοπός της έρευνας και στόχοι της έρευνας**

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας της ζωής ασθενών με νευρολογικές παθήσεις οι οποίοι αντιμετωπίζουν διαταραχές στην ούρηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιχειρούν να αναδείξουν την καθοριστική επίδραση των διαταραχών αυτών στη ζωή των ασθενών, όπως αυτή κρίνεται από τους ίδιους, προκειμένου να αποτυπωθεί η υποβάθμιση του επιπέδου της ποιότητας της ζωής τους λόγω των προβλημάτων της ούρησης που αντιμετωπίζουν. Ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας των ασθενών οι οποίες τροποποιούνται εξαιτίας των προβλημάτων ούρησης σε συνδυασμό με την ήδη βεβαρυμμένη κλινική τους εικόνα λόγω της νευρολογικής νόσου που εμφανίζουν δύναται να επιτρέψει την επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων με σεβασμό στην ιδιαίτερη κατάσταση τους.

### **5.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Ο περιορισμός του ευρύτερου ερευνητικού πεδίου σε συγκεκριμένα ερευνητικά προβλήματα είναι απαραίτητος και διασφαλίζεται με τη διατύπωση ερευνητικών ερωτήσεων οι οποίες και οριοθετούν το συγκεκριμένο ερευνητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο επιχειρεί να επικεντρωθεί η παρούσα μελέτη. Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία διατυπώθηκαν κατά την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας ήταν τα εξής:

- 1.** Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην εξέλιξη της νευρολογικής υγείας των ασθενών και στις διαταραχές στην ούρηση που εκδηλώνουν;
- 2.** Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των νευρολογικών ασθενών που αντιμετωπίζουν διαταραχές στην ούρηση;

3. Οι διαταραχές ούρησης συνδέονται με την έκπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών;
4. Η βαρύτητα της υφιστάμενης νευρολογικής πάθησης συσχετίζεται με την ένταση των διαταραχών στην ούρηση;
5. Ποιες είναι οι βασικές πτυχές της καθημερινότητας που διαταράσσονται λόγω των διαταραχών στην ούρηση;
6. Εντοπίζεται συσχέτιση ανάμεσα στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, στις διαταραχές στην ούρηση και στην ποιότητα ζωής τους;

### 5.3 Σχεδιασμός της έρευνας

Ο ερευνητικός σχεδιασμός της παρούσας έρευνας περιλάμβανε τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων τα οποία επιχειρούν να στοιχειοθετήσουν την εικόνα που έχουν οι νευρολογικοί ασθενείς αναφορικά με την ποιότητα της ζωής τους καθώς και με το βαθμό στον οποίο τα προβλήματα ούρησης που αντιμετωπίζουν επηρεάζουν τη καθημερινότητα τους.

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε με τη διάθεση ερωτηματολογίων σε επιλεγόμενο δείγμα νευρολογικών ασθενών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire--GHQ-28)*.

Η επιλογή του δείγματος της έρευνας, στην προκειμένη περίπτωση νευρολογικών ασθενών οι οποίοι περιθάλπονται σε ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες της Λάρισας και οι οποίοι αντιμετώπιζαν διαταραχές στην ούρηση, έγινε τυχαία. Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια μοιράσθηκαν σε διάφορα ιατρεία και ιδιωτικές κλινικές και η επιλογή των ασθενών στους οποίους δόθηκαν υπήρξε τυχαία. Ο λόγος ήταν για να περιέχονται στο δείγμα της έρευνας άτομα διαφορετικής ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, εκπαίδευσης και κοινωνικής θέσης αλλά και άτομα τα οποία παρουσιάζουν διαφορετικές νευρολογικές παθήσεις. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε η ποικιλο-

μορφία των συμμετεχόντων και άρα η αντικειμενικότερη αντιμετώπιση των ερευνητικών ερωτημάτων.

Με δεδομένο πως κάθε στάδιο στη διαδικασία της έρευνας μπορεί να αποτελέσει πιθανή πηγή δεοντολογικών προβλημάτων τηρήθηκαν οι απαιτούμενοι κανόνες δεοντολογίας. Συγκεκριμένα υπήρξε γραπτή συναίνεση των ασθενών προκειμένου να συμμετέχουν στη διαδικασία αφού τους παρουσιάστηκε με λεπτομέρειες ο λόγος και η φύση αυτής και δόθηκε στον καθένα ένας αύξοντας σειριακός αριθμός για να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους.

### 5.3.1 Δείγμα της έρευνας

Ο σχεδιασμός μιας ερευνητικής διαδικασίας στηρίζεται κυρίως στον προσδιορισμό του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να στραφεί και ακολουθεί η διαδικασία της δειγματοληψίας που αποτελεί ένα σημαντικό μέρος αυτού. Η επιλογή του δείγματος της μελέτης επηρεάζει τόσο την ποιότητα των δεδομένων όσο και τα συμπεράσματα της έρευνας. Η γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας στον ευρύτερο πληθυσμό υποστηρίζεται από την κατάλληλη επιλογή του δείγματος το οποίο επιτρέπει να ληφθούν σχετικά ακριβείς πληροφορίες οι οποίες και μπορούν στη συνέχεια να γενικευθούν. Η επιλογή του δείγματος επιτρέπει σε έναν ερευνητή να εξάγει ενδεικτικά συμπεράσματα για τον συνολικό πληθυσμό με το μικρότερο δυνατό κόστος. Βασικές προϋποθέσεις, όπως το ότι δείγμα θα πρέπει να είναι επαρκές και να αντιστοιχεί σε ένα αξιοπρεπές ποσοστό του συνολικού πληθυσμού, θα πρέπει να ικανοποιούνται προκειμένου τα αποτελέσματα που εξάγονται να κρίνονται ως αξιόπιστα.

Η τυχαία επιλογή των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τον επαρκή αριθμό τους αποτελεί ένα σημαντικό βήμα σε ότι αφορά την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν να συμμετέχουν νευρολογικοί ασθενείς οι οποίοι περιθάλπονται σε ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες της Λάρισας και οι οποίοι έχουν διαγνωσθεί ότι εμφανίζουν διαταραχές στην ούρηση.

### 5.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων σε μια ερευνητική διαδικασία καθορίζεται από τους στόχους αυτής. Στην παρούσα εργασία η επιλογή της ποσοτικής προσέγγισης με τη χρήση ερωτηματολογίων επέτρεψε την μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση του υπό μελέτη δείγματος και συνεπώς την αξιόπιστη διεξαγωγή της μελέτης.

Η συλλογή δεδομένων σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα και από έναν ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων είναι δυνατή μέσω της επιλογής των ερωτηματολογίων ως βασικού εργαλείου για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Η ανώνυμη συμμετοχή των ασθενών επίσης υπήρξε σημαντική και δόθηκε σε κάθε ασθενή ένας μοναδικός σειριακός αριθμός προκειμένου να εξασφαλισθούν τα προσωπικά του δεδομένα. Η εξασφάλιση της ανωνυμίας καθιστά τη χρήση του ερωτηματολογίου πιο αξιόπιστη αφού ενθαρρύνει την ειλικρίνεια στις απαντήσεις. Από άποψη κόστους είναι κατά πολύ πιο οικονομικό ενώ δίνεται και η δυνατότητα να δοθεί μεγάλος αριθμός ερωτηματολογίων σε μεγαλύτερο τμήμα του επιλεγόμενου πληθυσμού. Το μικρό σε ορισμένες περιπτώσεις ποσοστό ανταπόκρισης και η έλλειψη συγκέντρωσης από τους συμμετέχοντες, οι οποίοι απαντούν βιαστικά και χωρίς σκέψη ιδίως σε σοβαρά περιστατικά νευρολογικών παθήσεων, αποτέλεσαν βασικά εμπόδια στην χρήση των ερωτηματολογίων ως τεχνική συλλογής των δεδομένων στην παρούσα μελέτη.

Η αποφυγή πιθανών παρερμηνειών στις απαντήσεις των συμμετεχόντων υπήρξε σημαντική και για το λόγο αυτό επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο στο οποίο η διατύπωση των ερωτημάτων είναι σαφής. Σε ότι αφορά το **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας** πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς στο οποίο περιλαμβάνεται ο έλεγχος σωματικών συμπτωμάτων, άγχους και αϋπνίας, κοινωνικών δυσλειτουργιών και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτημα παρουσιάζονται σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων και οι υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτό αποτελούν ένδειξη διαταραχών.

#### **5.4 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων**

Η συγκέντρωση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια επέτρεψε την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το IBM SPSS V23.00 (SPSSinc., Chicago, Illinois, USA). Κατά την ανάλυση καταγράφηκαν αρχικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συμμετείχαν. Με δεδομένο ότι πρόκειται για συνεχείς μεταβλητές εξετάστηκε ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και η διακύμανση προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη περιγραφή των μεταβλητών αυτών. Καθώς πρόκειται για διακριτές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε συσχέτιση Pearson  $\chi^2$  test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε  $p < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ).

#### **5.5 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας**

Η ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας παρουσίασε συγκεκριμένους περιορισμούς. Βασική υπήρξε η αποτυχία λήψης πληροφοριών από ένα τμήμα των μελών του δείγματος λόγω έλλειψης χρόνου ή διάθεσης συμμετοχής ή και αδυναμίας συμμετοχής λόγω της βεβαρυσμένης νευρολογικής κλινικής τους εικόνας. Το γεγονός αυτό περιόρισε το συνολικό αριθμό των ασθενών που συμμετείχαν τελικά στη μελέτη.

#### **5.6 Προοπτικές της μελέτης**

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να αναδείξει τον αντίκτυπο των διαταραχών στην ούρηση σε συνδυασμό με την νευρολογική πάθηση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ταυτόχρονα επιχείρησε να παρουσιάσει τις συνέπειες της υφιστάμενης διαταραχής στην καθημερινότητα των ασθενών καθώς και τη συσχέτιση μεταξύ τους. Η διαφορετικότητα των δύο φύλων δεν αναμενόταν να είναι σημαντική και δεν προέκυψαν ενδείξεις προς την κατεύθυνση αυτή.

Οι διαταραχές ούρησης αποτελούν ένα πρόβλημα που επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου και η απώλεια ελέγχου βασικών σωματικών λειτουργιών κρίνεται καίρια στη διαμόρφωση του επιπέδου διαβίωσης του. Ειδικότερα σε περιπτώσεις που οι διαταραχές ούρησης συνυπάρχουν με σημαντικά προβλήματα υγείας όπως συμβαίνει στην περίπτωση των νευρολογικών παθήσεων η επιρροή τους κρίνεται σημαντική. Αν και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της ζωής αποτελεί σαφώς μια υποκειμενική θεώρηση με πολλαπλές διαστάσεις θεωρείται αναμφισβήτητο ότι διαμορφώνεται βασιζόμενη στη σωματική και φυσική υγεία του ατόμου καθώς και στην ψυχική και στην πνευματική του κατάσταση. Επομένως κάθε διαταραχή που εντοπίζεται σε οποιοδήποτε από τους τομείς αυτούς αναμένεται να προκαλεί έκπτωση στο επίπεδο της ποιότητας της ζωής του ατόμου.

Η βέλτιστη κατανόηση των προβλημάτων στην ούρηση και κατά συνέπεια η επιλογή κατάλληλων παρεμβατικών στρατηγικών με στόχο την κατά το δυνατό αντιμετώπιση τους αποσκοπεί στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης. Ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας που επηρεάζονται λόγω των προβλημάτων ούρησης σε νευρολογικούς ασθενείς παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον καθώς θέτει τη βάση για την πλήρη κατανόηση τους και συνεπώς την υιοθέτηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων με σεβασμό στην ιδιαιτερότητα της κλινικής κατάστασης του νευρολογικού ασθενή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Αποτελέσματα – Επεξεργασία

### 6.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών

Το δείγμα των νευρολογικών ασθενών χωρίστηκε σε δύο στρώματα ανάλογα με το φύλο (άνδρες ή γυναίκες). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με τον τόπο κατοικίας τους (πόλη, κωμόπολη ή χωριό), το μηνιαίο εισόδημα τους αλλά και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και την οικογενειακή τους κατάσταση. Παράλληλα εξετάστηκε είδος της διαταραχής σύρησης από την οποία είχαν διαγνωσθεί και συγκεκριμένα η συχνότητα και η φύση των διαταραχών σύρησης από τις οποίες ταλαιπωρούνται.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρειάστηκε να κατηγοριοποιηθούν ορισμένες μεταβλητές οι οποίες είχαν πολλές δυνατές επιλογές μεταξύ των απαντήσεων. Η μεταβλητή που διευκρίνιζε το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των ασθενών επειδή είχε πολλές κατηγορίες αποφασίστηκε να συγχωνευθεί. Έτσι, ενώ αρχικά υπήρχαν περισσότερες επιλογές τελικά μετατράπηκαν σε «Αναλφάβητος/η» για εκείνους οι οποίοι είτε δεν παρακολούθησαν καθόλου κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα είτε ολοκλήρωσαν μόνο κάποιες τάξεις της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, «Πρωτοβάθμια» για εκείνους που ολοκλήρωσαν το Δημοτικό σχολείο και «Δευτεροβάθμια» για όσους έλαβαν απολυτήριο Λυκείου ή άλλης Δευτεροβάθμιας εκπαιδευτικής μονάδας. Στην κατηγορία «Τριτοβάθμια» περιλαμβάνονται όσοι έλαβαν πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης εκπαιδευτικής βαθμίδας και στην κατηγορία «Μεταπτυχιακές σπουδές» περικλείονται όσοι έχουν λάβει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών.

Επίσης η μεταβλητή που περιέγραφε τη διαμονή των ασθενών διαμορφώθηκε σε «μόνος/η», «με το/την σύζυγο» και «με τα παιδιά μου», δίχως όμως να αναφέρεται η οικογενειακή κατάσταση των παιδιών στην τελευταία κατηγορία.



## 6.2 Αποτελέσματα

### 6.2.1 Περιγραφική ανάλυση των ασθενών της μελέτης

Το δείγμα των 101 νευρολογικών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα προκύπτει ότι στην πλειοψηφία τους είναι άνδρες (n=56, 55,4%) ενώ το 44,6 % (n=45) είναι γυναίκες. Σε ότι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση 43 (42,6 %) ασθενείς δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι, 41 (40,6%) ασθενείς είναι άγαμοι, 9 (8,9%) ασθενείς έχουν χάσει το σύντροφο τους και είναι χήροι, και 8 (7,9%) ασθενείς είναι διαζευγμένοι.

Από το σύνολο των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα οι 38 (43,7%) έχουν αποκτήσει 2 παιδιά, 23 (26,4%) έχουν αποκτήσει μόνο 1 παιδί και οι 12 (13,8%) έχουν αποκτήσει 3 παιδιά. Το 10,3% (n=9) των ασθενών έχει αποκτήσει 4 παιδιά, και 5,7% (n=5) έχει περισσότερα από 4 παιδιά.

Σε ότι αφορά τη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχουν παρακολουθήσει και συνεπώς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο η πλειονότητα (n=44, 44,9%) των ασθενών δήλωσε ότι έχει ολοκληρώσει τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ την Τριτοβάθμια εκπαίδευση έχουν ολοκληρώσει 30 (30,6%) ασθενείς. Τη Πρωτοβάθμια εκπαίδευση έχουν ολοκληρώσει 15 (15,3%) ασθενείς και ελάχιστοι έχουν λάβει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (n=6, 6,1%). Από το σύνολο των ασθενών 3 (3,1%) δήλωσαν ότι δεν έχουν πάει σχολείο.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής είναι σε χωριό για το 2,1 % (n=2) των ασθενών, σε κωμόπολη για το 22,1 % (n=21) και σε πόλη για τους περισσότερους (n=72, 75,8%). Σε ότι αφορά τις συνθήκες της διαμονής τους μόνοι μένουν 37 (37,0%) από τους ασθενείς, με τον ή την σύζυγο τους 43 (42,6%) ασθενείς και με τα παιδιά τους 20 (20,4%) από τους ασθενείς.

Το μηνιαίο εισόδημα είναι περισσότερο από 1.000 ευρώ για 15 (15,0%) ασθενείς και 19 (19,0%) ασθενείς δήλωσαν ότι το μηνιαίο τους εισόδημα κυμαίνεται από 601 έως 1000 ευρώ. Η πλειονότητα (n=63, 63,0%) των ασθενών δήλωσε ότι το μηνιαίο εισόδημα τους είναι από 301 μέχρι 600 ευρώ και στα όρια της ανέχειας βιώνει το 3,0% (n=3) των ασθενών με μηνιαίο εισόδημα από 0 έως 300 ευρώ.

Με βάση τη συχνότητα των απωλειών ούρων, από το σύνολο των ασθενών το 30,7% (n=31) εντοπίζει απώλειες 2 με 3 φορές ανά εβδομάδα σε σχέση με το 21,8% (n=22) που δεν εντοπίζει καθόλου απώλειες. Το 20,8% (n=21) των ασθενών ταλαιπωρείται με απώλειες ούρων καθημερινά και 27 (26,7%) ασθενείς εντοπίζουν απώλειες ούρων αρκετές φορές την ημέρα.

Σε ότι αφορά την ποσότητα των απωλειών ούρων, οι περισσότεροι (n=47, 48,0%) ασθενείς δήλωσαν ότι είναι μικρή και 15 (15,3%) ασθενείς δήλωσαν ότι είναι μέτρια. Από το σύνολο των ασθενών 7 (6,2%) δήλωσαν ότι είναι μεγάλη και 9 (9,1%) ασθενείς ότι είναι ιδιαίτερος αυξημένη. Το 22,4% (n=22) των ασθενών οι οποίοι δεν εντόπισαν καθόλου απώλειες ούρων δήλωσαν προφανώς μηδενική απώλεια.

Στον **Πίνακα 1** που ακολουθεί απεικονίζονται τα περιγραφικά στοιχεία των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

**Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά νευρολογικών ασθενών**

<b>Δημογραφικά στοιχεία</b>			
<b>Μεταβλητή</b>		<b>Αριθμός ατόμων (n)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	56	55,4
	Γυναίκα	45	44,6
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος/η	41	40,6
	Εγγαμος/η	43	42,6
	Διαζευγμένος/η	8	7,9
	Χήρος/α	9	8,9
<b>Αριθμός παιδιών</b>	1	23	26,4
	2	38	43,7

	3	12	13,8
	4	9	10,3
	πάνω από 4	5	5,7
<b>Εκπαίδευση</b>	Αναλφάβητος/η	3	3,1
	Πρωτοβάθμια	15	15,3
	Δευτεροβάθμια	44	44,9
	Τριτοβάθμια	30	30,6
	Μεταπτυχιακές σπουδές	6	6,1
<b>Τόπος μόνιμης διαμονής</b>	Χωριό	2	2,1
	Κωμόπολη	21	22,1
	Πόλη	72	75,8
<b>Συνθήκες διαμονής</b>	μόνος/η	37	37,0
	με τον/την σύζυγο	43	42,6
	με τα παιδιά του/της	2	20,4
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>	0-300€	3	3,0
	301-600€	63	63,0
	601-1000€	19	19,0
	πάνω από 1000€	15	15,0
<b>Απώλειες ούρων</b>	ποτέ	22	21,8
	2 με 3 φορές ανά εβδομάδα	31	30,7
	1 φορά την ημέρα	21	20,8
	αρκετές φορές την ημέρα	27	26,7
<b>Ποσότητα απώλειας ούρων</b>	Καθόλου	22	22,4
	Λίγο	47	47,0
	Μέτρια	15	15,3
	Πολύ	7	6,2

	Πάρα πολύ	9	9,1
--	-----------	---	-----

Σε ότι αφορά την ηλικία των ασθενών προέκυψε πως η μέση ηλικία είναι 52,73 έτη με απόκλιση  $\pm 9,428$  ενώ η ελάχιστη ηλικία είναι τα 29 και η μέγιστη ηλικία τα 72 έτη.

## Πίνακας 2: Ηλικίες ατόμων που συμμετείχαν

Ηλικία συμμετεχόντων της μελέτης					
	Αριθμός ατόμων (n)	Ελάχιστη ηλικία Minimum	Μέγιστη ηλικία Maximum	Μέσος όρος Mean	Απόκλιση Std. Deviation
Ηλικία	101	29	72	52,73	9,428

### 6.2.2 Επίπεδο Υγείας και παράμετροι

Με βάση το ερωτηματολόγιο βαθμονόμησης που χρησιμοποιήθηκε [*Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)*] σε ότι αφορά το επίπεδο Γενικής Υγείας των ασθενών η ανάλυση των ερωτηματολογίων οδήγησε στα ακόλουθα αποτελέσματα. Στο ερωτηματολόγιο διακρίνονται τέσσερις παράγοντες: Σωματική ευεξία/ Σωματικά συμπτώματα, Άγχος/ Αϋπνία, Κοινωνική δυσλειτουργικότητα και Κατάθλιψη.

Ο παράγοντας *Σωματική ευεξία/ Σωματικά συμπτώματα* ανταποκρίνεται στα ερωτήματα 1,2,3,4,5,6 και 7. Τα ερωτήματα αυτά είναι τα ακόλουθα και αναφέρονται στη φυσική ικανότητα του ατόμου και στη δυνατότητα του να καλύπτει τις σωματικές του ανάγκες.

**Ερώτηση 1**

*Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;*

**Ερώτηση 2**

*Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;*

**Ερώτηση 3**

*Νοιώθατε εξαντλημένος/η & κακοδιάθετος/η;*

**Ερώτηση 4**

*Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;*

**Ερώτηση 5**

*Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;*

**Ερώτηση 6**

*Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;*

**Ερώτηση 7**

*Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;*

Ο παράγοντας *Άγχος/ Αϋπνία* αφορά τα ερωτήματα 8,9,10,11,12,13 και 14 τα οποία αναγράφονται στη συνέχεια. Αντικατοπτρίζει γενικά συναισθήματα άγχους τα οποία πηγάζουν από την πίεση της καθημερινότητας και δύναται να προκαλέσουν διαταραχές στον ύπνο.

**Ερώτηση 8**

*Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;*

**Ερώτηση 9**

*Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;*

**Ερώτηση 10**

*Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;*

**Ερώτηση 11**

*Είσαστε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;*

**Ερώτηση 12**

*Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;*

**Ερώτηση 13**

*Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;*

#### **Ερώτηση 14**

*Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;*

Η *Κοινωνική δυσλειτουργικότητα* προκύπτει από τα ερωτήματα 15,16,17,18,19,20, και 21 τα οποία και παρατίθενται. Περιγράφει την ανικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και εκείνα των άλλων και να αναπτύσσει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις.

#### **Ερώτηση 15**

*Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;*

#### **Ερώτηση 16**

*Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;*

#### **Ερώτηση 17**

*Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;*

#### **Ερώτηση 18**

*Είσαστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;*

#### **Ερώτηση 19**

*Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;*

#### **Ερώτηση 20**

*Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;*

#### **Ερώτηση 21**

*Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;*

Η *Κατάθλιψη*, η οποία προκύπτει με βάση τα ερωτήματα 22,23,24,25,26,27 και 28 τα οποία και αναγράφονται, αναφέρεται στην εκδήλωση συμπτωμάτων λύπης και απογοήτευσης.

#### **Ερώτηση 22**

*Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;*

#### **Ερώτηση 23**

*Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;*

#### **Ερώτηση 24**

*Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;*

### Ερώτηση 25

*Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;*

### Ερώτηση 26

*Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;*

### Ερώτηση 27

*Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;*

### Ερώτηση 28

*Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;*

Το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)* έχει δομηθεί ως συνολικός δείκτης επίδοσης της Γενικής Υγείας και δεν απαιτείται η ανάλυση σε επίπεδο επιμέρους διαστάσεων. Η αξιολόγηση των συμμετεχόντων πραγματοποιείται με τη βοήθεια κλίμακας Likert 4 βαθμίδων οπότε και αθροίζονται όλες οι απαντήσεις από το σύνολο των 28 ερωτήσεων. Με δεδομένο ότι ορισμένες προτάσεις παίρνουν αντίστροφες τιμές θα πρέπει να δοθεί προσοχή σε αυτές. Πρόκειται για τις προτάσεις 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,22,23,24,25,26,27 και 28 οπότε κατά την στατιστική επεξεργασία θα πρέπει να αθροιστούν αντίστροφα. Δεν υφίστανται σωστές και λάθος απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο καθώς δομείται με αυτό-αναφορές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το μέσο όρο των συμμετεχόντων ασθενών του δείγματος και το αποτέλεσμα καθορίζεται από το δείγμα.

### **6.2.3 Επίπεδο Γενικής Υγείας των ασθενών και Συσχετίσεις**

Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου της Γενικής Υγείας των ασθενών και των μεταβλητών που μελετήθηκαν αξιολογήθηκε με τη βοήθεια της δοκιμασίας συσχέτισης Pearson  $\chi^2$ - test. Η σύγκριση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με το

σύνολο των ερωτημάτων που αντικατοπτρίζουν το επίπεδο της Γενικής Υγείας των ασθενών προκειμένου να ελεγχθούν οι επιμέρους συσχετίσεις. Η *δοκιμασία συσχέτισης Pearson  $\chi^2$ -test* αποτελεί στατιστική δοκιμασία που επιτρέπει την αξιολόγηση της συσχέτισης που αναπτύσσεται μεταξύ των κατηγοριοποιημένων δεδομένων που ελέγχονται. Αξίζει να σημειωθεί στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης p-value λάβει τιμές μικρότερες από 0.05 υποδηλώνει την παρουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς με πιθανότητα λάθους 5%. Ο συγκεκριμένος δείκτης ενημερώνει για τη συστηματική συμμεταβολή στις τιμές των μεταβλητών, χωρίς να υποδεικνύει οποιαδήποτε αιτιώδη σχέση μεταξύ τους.

Στον **Πίνακα 3** απεικονίζεται η συσχέτιση της Συχνότητας απώλειας ούρων με το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν στους ασθενείς. Είναι σαφές ότι η Συχνότητα απώλειας ούρων συσχετίζεται με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων αποτυπώνοντας τον υψηλό βαθμό που επηρεάζει την εικόνα που διαμορφώνουν οι ασθενείς αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους και συνεπώς της ζωής τους. Η συγκεκριμένη διαταραχή ούρησης επιβαρύνει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα των ασθενών.

**Πίνακας 3: Συχνότητα απωλειών ούρων και έλεγχος συσχετίσεων**

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΩΛΕΙΩΝ ΟΥΡΩΝ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	38,683	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 2	38,625	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	30,977	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 4	41,018	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	30,589	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	32,543	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	18,636	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	47,056	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	33,183	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 10	24,241	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	53,386	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 13	31,440 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 14	29,705 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	28,528 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	26,806 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	33,199 <sup>a</sup>	P<0,05



ΕΡΩΤΗΣΗ 18	26,435 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	39,683 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	33,894 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	37,944 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	22,932 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	43,266 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 26	31,397 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	29,817 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	47,181 <sup>a</sup>	P<0,05

Στον **Πίνακα 4** παρουσιάζονται οι τιμές σε σχέση με την ποσότητα ούρων που εντοπίζονται και το σύνολο των ερωτημάτων. Η Ποσότητα ούρων σχετίζεται σημαντικά με το μεγαλύτερο αριθμό των ερωτημάτων και επομένως η επιρροή της κρίνεται καίρια σε ότι αφορά το επίπεδο της υγείας των ασθενών. Οι αυξημένες απώλειες ούρων επηρεάζουν την λειτουργικότητα των ασθενών καθώς δεν επιτρέπουν την πραγματοποίηση ποικίλων καθημερινών ενεργειών και αλλοιώνουν την γενικότερη εικόνα του ασθενή αναφορικά με την ποιότητα της υγείας του.

**Πίνακας 4: Ποσότητα ούρων και έλεγχος συσχέτισεων**

ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΟΥΡΩΝ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	29,532 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	25,251 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 4	32,285 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	17,075 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	14,779 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	14,624 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	18,796 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	20,015 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	22,740 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	25,157 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	16,474 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	23,320 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	44,605 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	50,831 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	26,058 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	17,539 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	16,462	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	24,615 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	15,460 <sup>a</sup>	P<0,05

Στον **Πίνακα 5** παρατίθενται οι τιμές αναφορικά με την Ηλικία των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι η Ηλικία συσχετίζεται σημαντικά με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων γεγονός που υποδηλώνει ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εικόνα που διαμορφώνουν οι ασθενείς αναφορικά με το γενικό επίπεδο της υγείας τους.

**Πίνακας 5: Ηλικία και έλεγχος συσχετίσεων**

ΗΛΙΚΙΑ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	21,015 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	23,996 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 4	18,053	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	16,137 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	12,177 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	15,418 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	22,570 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 11	12,823 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	22,167 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	19,855 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	17,477 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	24,134 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	18,531 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	38,643 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	40,673 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	19,344 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	16,735 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	31,667 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	16,878 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	19,148 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	14,613 <sup>a</sup>	P<0,05

Αντίστοιχα ο **Πίνακας 6** παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στην Οικογενειακή Κατάσταση των ασθενών και το σύνολο των ερωτημάτων. Η παρουσία οικογένειας συσχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο της υγείας των ασθενών καθώς απεικονίζει την παρουσία στήριξης σε ότι αφορά την κατάσταση που βιώνουν.

**Πίνακας 6: Οικογενειακή κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων**

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	43,526 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 2	22,785 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	30,794 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	18,987 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	14,263 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	18,337 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	18,555 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	23,318 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 13	23,235 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 14	21,018 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	19,932 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	43,003 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	29,602 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	29,535 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	31,095 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	29,902 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	26,133 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	22,265 <sup>a</sup>	P<0,05

Στον **Πίνακα 7** που ακολουθεί αναγράφονται οι συσχετίσεις αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι η Εκπαίδευση συσχετίζεται σημαντικά με ένα μεγάλο αριθμό ερωτημάτων. Το μορφωτικό υπόβαθρο καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα που διαμορφώνει το άτομο σε σχέση με την καθημερινότητα του και με το επίπεδο υγείας αλλά και διαβίωσης του. Συνεπώς άτομα με υψηλότερη μόρφωση παρουσιάζονται να έχουν μια βελτιωμένη άποψη σε σχέση με την υγεία τους και το επίπεδο αυτής σε σχέση με άτομα των οποίων η μόρφωση εντοπίζεται να βρίσκεται σε κατώτερα επίπεδα.

**Πίνακας 7: Εκπαίδευση και έλεγχος συσχετίσεων**

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	18,990 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	17,239 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	17,068 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 11	28,616 <sup>a</sup>	P<0,05

ΕΡΩΤΗΣΗ 14	18,356 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	25,423 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	19,321 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	19,056 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	25,997 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	26,223 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	25,168 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	22,299 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	19,137 <sup>a</sup>	P<0,05

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στο Μηνιαίο Εισόδημα των ασθενών και το σύνολο των ερωτημάτων. Το οικονομικό επίπεδο και η οικονομική άνεση γενικότερα συμβάλλουν σημαντικά στην θετική εικόνα των ατόμων αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους. Το αυξημένο Μηνιαίο Εισόδημα συνεπάγεται την θετικότερη εικόνα σε σχέση με την υγεία και την ικανοποίηση καθημερινών αναγκών, ειδικότερα στην περίπτωση των συγκεκριμένων ασθενών των οποίων η υγεία είναι ήδη διαταραγμένη.

**Πίνακας 8: Μηνιαίο Εισόδημα και έλεγχος συσχετίσεων**

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	14,855 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 2	31,653 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	14,293 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 10	17,362 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	18,827 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	15,067 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	16,121 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	15,916 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	16,060 <sup>a</sup>	P<0,05

Τέλος στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο Φύλο και τα ερωτήματα που τέθηκαν στους νευρολογικούς ασθενείς. Ο αριθμός των ερωτημάτων που σχετίζονται σημαντικά με το Φύλο είναι μικρός γεγονός που υποδηλώνει ότι

το Φύλο δε διαφοροποιεί ιδιαίτερα την εικόνα των ασθενών αναφορικά με την υγεία τους.

Πίνακας 9: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων

ΦΥΛΟ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	10,090 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	8,194 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 10	8,464 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 11	14,033 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	10,293 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	11,694 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	8,788 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	12,543 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	8,586 <sup>a</sup>	P<0,05

### 6.3 Περιορισμοί της μελέτης

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης εντοπίστηκε ένα σύνολο διαφορετικών περιορισμών που δυσχεραίνουν τη γενίκευση των συμπερασμάτων που προκύπτουν. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς οι οποίοι περιθάλπονται σε ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες της Λάρισας και οι οποίοι αντιμετώπιζαν πρόσθετα διαταραχές στην ούρηση. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε διάφορα ιατρεία και ιδιωτικές κλινικές και η επιλογή των ασθενών στους οποίους δόθηκαν υπήρξε τυχαία. Η χρήση ερωτηματολογίων ως εργαλεία για τη διεξαγωγή της μελέτης ενέχει τον κίνδυνο της αυτό-αναφοράς. Είναι πιθανό οι ασθενείς να αλλοίωσαν συνειδητά ή και ασυνείδητα τις αυτό-αναφορές τους είτε λόγω της μη ικανοποιητικής κατανόησης των ερωτημάτων είτε λόγω της προσπάθειας τους να αποκρύψουν πληροφορίες τις οποίες δεν αισθάνονται άνεση να αποκαλύψουν.

Επιπρόσθετα το επίπεδο λειτουργικότητας ενός σημαντικού αριθμού των συμμετεχόντων δεν ήταν ικανοποιητικό ώστε να αντιληφθούν τα ερωτήματα ενώ σε άλλες περιπτώσεις εντοπίστηκαν αισθητηριακές αδυναμίες. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτήθηκε παροχή βοήθειας προκειμένου να διαβασθούν τα ερωτήματα. Συγχρόνως

επιβαρυντικό παράγοντα αποτέλεσε η αδυναμία εξασφάλισης ιδανικών συνθηκών κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων καθώς οι αντιπερισπασμοί από εξωτερικούς παράγοντες υπήρξαν έντονοι σε αρκετές περιπτώσεις.

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί πως τα αποτελέσματα βασίζονται σε συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και όχι σε αιτιώδεις σχέσεις και άρα δεν δύναται να προκύψουν συμπεράσματα αιτίας- αιτιατού από τα αυτά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συζήτηση

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην εκτίμηση της ποιότητας της ζωής νευρολογικών ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζουν διαταραχές στην ούρηση. Συγκεκριμένα επιχειρεί να αποτυπώσει την εικόνα που διαμορφώνουν οι ασθενείς αναφορικά με το επίπεδο διαβίωσης τους, κάτω από το βάρος τόσο της νευρολογικής ασθένειας όσο και των πρόσθετων συμπτωμάτων λόγω των διαταραχών στην ομαλή λειτουργία της ούρησης, καθώς και να αποσαφηνίσει το σύνολο των παραγόντων που το καθορίζουν. Η σκιαγράφηση της ποιότητας ζωής των ασθενών πραγματοποιήθηκε μέσω του *Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)* η χρήση του οποίου επιτρέπει την απεικόνιση του επιπέδου της σωματικής και ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων και τον εντοπισμό των παραμέτρων που μεταβάλλονται λόγω των της έκπτωσης της λειτουργικότητας που αντιμετωπίζουν εξαιτίας της διαταραγμένης κατάστασης της υγείας τους.

Η νευρολογική ασθένεια από την οποία πάσχουν οι ασθενείς σε συνδυασμό με τα συμπτώματα των διαταραχών ούρησης που τους ταλαιπωρούν επιφέρουν ένα σύνολο αλλαγών στην ζωή τους που επηρεάζει την πλειονότητα των καθημερινών δραστηριοτήτων και δυσχεραίνει την ολοκλήρωσή τους. Η ικανοποίηση βασικών αναγκών κρίνεται δύσκολη και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που εντοπίζονται συνοδές διαταραχές σε κινητικά ή αισθητηριακά κέντρα λειτουργικότητας λόγω της νευρολογικής ασθένειας η έκπτωση των λειτουργιών είναι εντονότερη όπως και η αλλαγή σε ότι αφορά την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με το επίπεδο της υγείας του, συμπεράσμα στο οποίο καταλήγουν επίσης συναφείς μελέτες (Zecca et al., 2016; Ptak et al., 2017). Η συχνότητα εκδήλωσης των διαταραχών ούρησης αλλά και η ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων επηρεάζουν έντονα την καθημερινότητα των ασθενών και υποβιβάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα της ζωής τους.

Κατά την παρούσα έρευνα εξετάστηκε το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και ο βαθμός συσχέτισης αυτών με τη σωματική και ψυχική υγεία αλλά και το επίπεδο των κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσουν. Τα ευρήματα αυτής συνάδουν με το γεγονός ότι σαφώς η ηλικία επη-

ρεάζει σημαντικά την εικόνα που έχουν τα άτομα αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους. Η ηλικία εντείνει την εκδήλωση των συμπτωμάτων αρκετών ασθενειών νευρολογικής φύσης ενώ οι διαταραχές ούρησης επίσης διογκώνονται με το πέρασμα των ετών, ειδικότερα εάν δεν υιοθετηθούν έγκαιρα κατάλληλες στρατηγικές παρέμβασης. Η έκπτωση της λειτουργικότητας που επέρχεται με το γήρας επιβαρύνει την ήδη υφιστάμενη κατάσταση και ενισχύει την αρνητική εικόνα που διαμορφώνουν οι ασθενείς σε σχέση με την ποιότητα της ζωής τους. Πρόσφατες έρευνες επίσης κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα σε σχέση με τη συσχέτιση της ηλικίας και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής (Vaughan, Fitzgerald & Markland, 2019).

Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση συνιστούν σημαντικά προβλήματα στη ζωή των νευρολογικών ασθενών και πλήττουν την εικόνα τους αναφορικά με την καθημερινότητα τους και την ποιότητα της ζωής τους. Ασθενείς που ζουν μαζί με τις οικογένειες ή με το σύντροφο τους παρουσιάζουν μια περισσότερο θετική εικόνα σε σχέση με την υγεία τους σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μείνει μόνοι τους. Ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται ως 'κοινωνικό ον' και επομένως η αποξένωση συντελεί ένα σοβαρό πλήγμα για τη ζωή του ιδίως όταν αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας όπως συμβαίνει στην περίπτωση της διάγνωσης κάποιου είδους νευρολογικού νοσήματος. Η παρουσία κοντινών ατόμων στο περιβάλλον και ειδικότερα εντός της οικίας συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην βέλτιστη αντιμετώπιση της καθημερινότητας αλλά και των αλλαγών που έπονται λόγω της φύσης της νόσου. Το άτομο νιώθει ότι δεν είναι μόνο του μπροστά στις αλλαγές αυτές αλλά αντίθετα προστατεύεται από τα αγαπημένα του πρόσωπα. Η εκδήλωση πρόσθετων διαταραχών στην ούρηση καταβάλλει τον ασθενή ο οποίος στρέφεται στους οικείους του προκειμένου να λάβει στήριξη. Η αξία της υποστήριξης από την οικογένεια καταγράφεται σε έρευνες οι οποίες επίσης κατέδειξαν τη σημασία του οικείου περιβάλλοντος στην διαμόρφωση της εικόνας του ασθενή αναφορικά με την κατάσταση του (Vodusek, 2014; Shamliyan et al., 2015).

Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών που συμμετείχαν στην μελέτη επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα που διαμορφώνουν σε σχέση με την υγεία τους και επομένως την ποιότητα της ζωής τους. Άτομα με υψηλότερη μόρφωση παρουσιάζονται να έχουν μια βελτιωμένη άποψη σε σχέση με την υγεία τους και το επίπεδο αυτής σε σχέση με άτομα των οποίων η μόρφωση εντοπίζεται να βρίσκεται σε κατώτερα



επίπεδα. Η μόρφωση και γενικότερα η ανάπτυξη των νοητικών και κριτικών δεξιοτήτων θωρακίζει το άτομο απέναντι στις αλλαγές και στις δυσκολίες που παρουσιάζονται στη ζωή του. Η διάγνωση του ατόμου με κάποιας μορφής νευρολογική νόσο σαφώς αποτελεί μια έντονη αλλαγή στην καθημερινότητα του και σταδιακά αισθάνεται ότι αποκόπτεται από την ενεργό ζωή. Η ταυτόχρονη παρουσία διαταραχών ούρησης πλήττει επιπρόσθετα τη λειτουργικότητα του. Η κατανόηση των ποικίλων συμπτωμάτων τόσο της νευρολογικής πάθησης όσο και των συνοδών διαταραχών ούρησης και η κριτική προσέγγιση του συνόλου των μεταβολών αυτών επιτρέπουν στο άτομο να προσεγγίσει ήπια την νέα πραγματικότητα και να ενταχθεί ομαλά σε αυτή συμπεράσμα στο οποίο καταλήγουν αντίστοιχες ερευνητικές μελέτες (Phe, Leon & Granger, 2017; Fröhlich et al., 2019).

Σημαντική παράμετρο που καθορίζει την εικόνα των ασθενών σε σχέση με την ποιότητα της υγείας και της ζωής τους αποτελεί το μηνιαίο εισόδημα αυτών. Η οικονομική κατάσταση τους ιδίως σε αυτή τη δύσκολη περίοδο νοσηρότητας συνιστά το βασικότερο μέσο για την κάλυψη των ποικίλων και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξημένων αναγκών τους και συνεπώς κατέχει ένα κύριο ρόλο στην καθημερινότητα τους. Σε περιπτώσεις που εντοπίζονται οικονομικά προβλήματα η ποιότητα της ζωής των ασθενών υποβιβάζεται καθώς αδυνατούν να λάβουν κατάλληλες και ποιοτικές παροχές φροντίδας υγείας. Ταυτόχρονα διογκώνεται η ανησυχία τους για την πορεία της νευρολογικής νόσου αλλά επομένως της ζωής τους όπως καταλήγουν και πρόσφατες έρευνες αναφορικά με την επίδραση του οικονομικού υπόβαθρου στη ζωή νευρολογικών ασθενών (Utomo et al., 2015).

Αν και εντοπίζονται διαφοροποιήσεις σε ορισμένα ερωτήματα σε σχέση με το φύλο των νευρολογικών ασθενών, η διαφορά που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη κρίνεται ιδιαίτερος μικρή ώστε να αποτελέσει τη βάση για την εξαγωγή ασφαλών και έγκυρων συμπερασμάτων. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι το φύλο δε διαφοροποιεί ιδιαίτερα την εικόνα των νευρολογικών ασθενών αναφορικά με την υγεία τους και βρίσκεται αντίθετο με πρόσφατες ερευνητικές προσεγγίσεις (Panicker, Fowler & Kessler, 2015; Hester, Kretschmer & Badlani, 2017; Phe, Leon & Granger, 2017; Ptak et al., 2017). Η διαφοροποίηση αυτή δύναται να οφείλεται στον μικρό αριθμό των συμμετεχόντων της παρούσας ερευνητικής μελέτης και συνιστά το έναυσμα για την περαιτέρω ερευνητική προσέγγιση της συσχέτισης του φύλου με την εικόνα που

διαμορφώνεται από τον νευρολογικό ασθενή αναφορικά με το επίπεδο διαβίωσης του. Σε κάθε περίπτωση κρίνεται σκόπιμο να αναλυθούν σε μελλοντικό χρόνο τόσο η διαφορετική συμπτωματολογία των διαταραχών ούρησης σε σχέση με το φύλο όσο και η επίδραση αυτών στην καθημερινότητα των ασθενών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Συμπεράσματα

Η διασφάλιση ενός αποδεκτού βιοτικού επιπέδου αποτελεί κύριο ανθρώπινο δικαίωμα το οποίο οφείλει να είναι σεβαστό σε κάθε ηλικιακή βαθμίδα και σε κάθε φάση κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Η διαταραχή της υγείας που συνοδεύει την εκδήλωση νευρολογικών παθήσεων δυσχεραίνει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα του ασθενή ο οποίος είναι ευάλωτος απέναντι σε κάθε πρόσθετη επιβάρυνση της υγείας του.

Οι νευρολογικές ασθένειες αποτελούν παθήσεις που συνοδεύονται στην πλειονότητα των περιπτώσεων από έντονες μεταβολές σε ποικίλους σωματικούς, πνευματικούς και κοινωνικο-ψυχολογικούς τομείς της λειτουργικότητας του ασθενή. Η έκπτωση πληθώρας ικανοτήτων και η αλλοίωση της κριτικής αντίληψης, της αντοχής και της ισχύος λόγω της νευρολογικής νόσου αποτελούν βασικό πλήγμα στην εικόνα που διαμορφώνουν οι ασθενείς αναφορικά με την υγεία τους και την ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης τους. Στην περίπτωση που εντοπίζονται πρόσθετες διαταραχές ούρησης η αλλαγή των καθημερινών δραστηριοτήτων των νευρολογικών ασθενών σε συνδυασμό με την παρουσία σαφών δυσκολιών στην επίτευξη τους συχνά εγείρουν συναισθήματα απογοήτευσης και ανικανότητας αλλοιώνοντας την ποιότητα της διαβίωσης τους.

Η διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας με την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση των διαταραχών ούρησης, η διατήρηση των κοινωνικών και οικογενειακών δεσμών και η εξασφάλιση των απαραίτητων οικονομικών πόρων συνιστούν κύριους παράγοντες που καθορίζουν τόσο την καθημερινή διαβίωση όσο και την ανάπτυξη συναισθημάτων ευημερίας και ευεξίας από τους ασθενείς. Η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων των διαταραχών ούρησης αποτελεί σημείο καίριας σημασίας στην αντίληψη του συνόλου των αλλαγών που τις συνοδεύουν και επιτρέπει τη διασφάλιση των κατάλληλων προσεγγίσεων αντιμετώπισης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των νευρολογικών ασθενών. Κρίνεται συνεπώς καίρια η μελέτη και προώθηση κατάλληλων θεραπευτικών σχημάτων που να απαλύνουν τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω της εκδήλωσης των διαταραχών

ούρησης με σεβασμό στον νευρολογικό ασθενή και την ιδιαιτερότητα της κατάστασης της υγείας του. Η προστασία της ήδη ευάλωτης αυτής πολιτισμικής ομάδας θα πρέπει να αναδειχθεί σε πρωταρχικό σκοπό κάθε αναπτυγμένης κοινωνίας η οποία σέβεται και μεριμνά για το σύνολο των πολιτών της.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

Abrams, P., Kelleher, C.J., Kerr, L.A. & Rogers, R.G. (2000). Overactive Bladder Significantly Affects Quality of Life. *The American Journal of Managed Care*, 6: 580-590.

Amaro, J.L., Gameiro, O.O. & Padovani, C.R. (2007). Treatment of urinary stress incontinence by intravaginal electrical stimulation and pelvic floor physiotherapy. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 14(3): 204–208.

Ashton-Miller, J.A., Howard, D. & DeLancey, J.O. (2001). The functional anatomy of the female pelvic floor and stress continence control system. *Scandinavian Journal of Urology & Nephrology*, 2(7): 1–7.

Avery, K., Donovan, J., Peters, T.J, Shaw, C.M. & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurology & Urodynamics*, 23(4): 322-330.

Bo, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 15(2): 76-84.

Bouallalene-Jaramillo, K., Bagur-Calafat, M.C. & Girabent-Farrés, M. (2015). Validation of the Spanish version of the Urogenital Distress Inventory short form and Incontinence Impact Questionnaire short form for women between the ages of 18 and 65. *Actas Urológicas Españolas*, 39(8): 511-517.

Brazier, J., Roberts, J. & Deverill, M. (2002). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*, 21: 271-292.

Burgio, K.L. (2013). Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training. *Current Urology Reports*, 14(5): 457-464.

Cacioppo, S., Capitanio, J.P. & Cacioppo, J.T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140: 1464-1504.

Cardozo, L., Drutz, H.P., Baygani, S.K. & Bump, R.C. (2004). Pharmacological treatment of women awaiting surgery for stress urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3): 511-519

Carlier, I.V., Meuldijk, D., Van Vliet, I.M., Van Fenema, E., Van der Wee, N.J. & Zitman, F.G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1): 104-110.

Costantini, E., Lazzeri, M., Bini, V., Giannantoni, A., Mearini, L. & Porena, M. (2008). Sensitivity and specificity of one-hour pad test as a predictive value for female urinary incontinence. *Urologia Internationalis*, 81(2): 153-159.

Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49: 699-706.

Cunillera, O., Tresserras, R., Rajmil, L., Vilagut, G., Brugulat, P. & Herdman, M. (2010). Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. *Quality of Life Research*, 19: 853-864.

Dumoulin, C., Lemieux, M.C, Bourbonnais, D., Gravel, D., Bravo, G. & Morin M. (2004). Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3): 504-510.

Eliassen, A., Dalhoff, K.P. & Horwitz, H. (2018). Neurological diseases and risk of suicide attempt: a case–control study. *Journal of Neurology*, 265: 1303-1309.

Elneil, S. (2010). Urinary retention in women and sacral neuromodulation. *International Urogynecology Journal*, 21(2): 475-483.

Faiena, I., Patel, N., Parihar, J.S., Calabrese, M. & Tunuguntla H. (2015). Conservative Management of Urinary Incontinence in Women. *Reviews in Urology*, 17(3): 129-139.

Farinhas Tomé, A.L., Miranda, E.P., de Bessa, J., Bezerra, C.A., Pompeo, A.C., Glina, S. & Gomes, C.M. (2019). Lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction in men with multiple sclerosis. *Clinics*, 74: 56-59.

Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E. & Larson, J.L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4): 336-342.

Fröhlich, K., Wang, R., Bobinger, T., Schmidt, M., Dörfler, A., Nickel, F.T., Hilz, M.J., Lee, D., Linker, R.A., Seifert, F. & Winder, K. (2019). Self-reported urinary incontinence in multiple sclerosis. *Neurourology and Urodynamics*, 39(1): 295-302.

García-Fadrique, G., Morales, G., Arlandis, S., Bonillo, M.A. & Jiménez-Cruz, J.F. (2011). Causes, characteristics and mid-term course of acute urinary retention in women referred to a urodynamics unit. *Actas Urológicas Españolas*, 35(7): 389-393.

Gómez, E.L, Peña, E., Arias, B. & Verdugo, M.A. (2016). Impact of Individual and Organizational Variables on Quality of Life. *Social Indicators Research*, 125: 649-664.

Green, R., Cutter, G., Friendly, M. & Kister, I. (2017). Which symptoms contribute the most to patients' perception of health in multiple sclerosis? *Multiple Sclerosis Journal-Experimental, Translational and Clinical*, 5(8): 54-65.

Hester, A.G., Kretschmer, A. & Badlani, G. (2017). Male Incontinence: The Etiology or Basis of Treatment. *European Urology Focus*, 3(4-5): 377-384.

Jenaro, C., Verdugo, M. A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y. & Otrebski, W. (2005). Cross-cultural study of person-centered quality of life domains and indicators. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49: 734-739.

Johnson, E.K., Jones, J.E., Seidenberg, M. & Hermann, B.P. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 45: 544-550.

Joshi, P., Song, H.B. & Lee, S.A. (2017). Association of chronic disease prevalence and quality of life with suicide-related ideation and suicide attempt among Korean adults. *Indian Journal of Psychiatry*, 59: 352-358.



Kavia, R.B., Datta, S.N., Dasgupta, R., Elneil, S. & Fowler, C.J. (2006). Urinary retention in women: its causes and management. *BJU International*, 97(2): 281-287.

Kelly, C.E. (2004). Evaluation of voiding dysfunction and measurement of bladder volume *Reviews in Urology*, 6(11): 32-37.

Kennedy, D.P. & Adolphs, R. (2012). The social brain in psychiatric and neurological disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 16: 559-572.

Kuhle, J. (2015). Serum neurofilament light chain is a biomarker of human spinal cord injury severity and outcome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 86: 273-279.

Lerner, H. (2019). A critical analysis of definitions of health as balance in a One Health perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22: 453-461.

Michalos, A. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65: 27-32.

Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3: 275-277.

Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 891-901.

Nord, E., Arnesen, T., Menzel, P. & Pinto, J.L. (2001). Towards a more restricted use of the term “Quality of Life.” *Quality of Life Newsletter*, 26: 3-4.

Panicker, J.N., Fowler, C.J. & Kessler, T.M. (2015). Lower urinary tract dysfunction in the neurological patient: clinical assessment and management. *Lancet Neurology*, 14: 720–732.

Petzold, A. (2011). In vivo monitoring of neuronal loss in traumatic brain injury: a microdialysis study. *Brain*, 134: 464-483.

Phe, V., Leon, P. & Granger, B. (2017). Stress urinary incontinence in female neurological patients. *Neurourology and Urodynamics*, 36: 764-769.

Phillips, L.H., Scott, C., Henry, J.D., Mowat, D. & Bell, J.S. (2010). Emotion perception in Alzheimer's disease and mood disorder in old age. *Psychology and Aging*, 25: 38-47.

Pomfret, I. (2007). Urinary catheterization: selection and clinical management. *British Journal of Community Nursing*, 12(8): 348-354.

Ptak, M., Brodowska, A., Ciecwiez, S. & Rotter, I. (2017). Quality of life in women with stage 1 stress urinary incontinence after application of conservative treatment – a randomized trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6): 1-10.

Ramsey, S. & Palmer, M. (2006). The management of female urinary retention. *International Urology and Nephrology*, 38: 533–535.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual reviews Psychology*, 52: 141-166.

Schreiner, L., Santos, T.G., Souza, A.B., Nygaard, C.C. & Silva Filho, I.G. (2013). Electrical Stimulation for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *International Brazilian Journal of Urology*, 39(4): 454-464.

Schurz, M., Radua, J., Aichhorn, M., Richlan, F. & Perner, J. (2014). Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42: 9-34.

Shamliyan, T., Wyman, J., Ramakrishnan, R., Sainfort & Kane, RL. (2015). Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 156(12): 861-874.

Snyder, C.F., Jensen, R.E., Segal, J.B. & Wu, A.W. (2013). Patient reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Medical Care*, 51: 173-181.

Sorensen, K. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12: 123-134.

Townsend, M.K., Danforth, K.N. & Lifford, K.L. (2007). Incidence and remission of urinary incontinence in middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(2): 167-175.

Utomo, E., Korfage, I.J., Wildhagen, M.F., Steensma, A.B., Bangma, C.H. & Blok, B.F. (2015). Validation of the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) and Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) in a Dutch population. *Neurourology & Urodynamics*, 34(1): 24-31.

Vaughan, C.P., Fitzgerald, C.M. & Markland, A.D. (2019). Management of Urinary Incontinence in Older Adults in Rehabilitation Care Settings. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 36(7): 1832-1838.

Vodusek, D.B. (2014). Lower urinary tract and sexual dysfunction in neurological patients. *European Neurology*, 72: 109-115.

Wray, J., Brown, K., Marino, B.S. & Franklin, R. (2011). Medical Test Results Do Not Tell the Whole Story Health-Related Quality of Life Offers a Patient Perspective on Outcomes. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*, 2(4): 566-575.

Yamanishi, T., Kamai, T. & Yoshida, K. (2008). Neuromodulation for the treatment of urinary incontinence. *International Journal of Urology*, 15(8): 665-672.

Zecca, C., Riccitelli, G.C., Disanto, G., Singh, A., Digesu, G.A., Panicari, L., Puccini, F., Mattioli, M., Tubaro, A. & Gobbi, C. (2016). Urinary incontinence in multiple sclerosis: prevalence, severity and impact on patients' quality of life. *European Journal of Neurology*, 23(7): 1228-1234.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε **όλες** τις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα **τωρινά και πρόσφατα** ενοχλήματα σας και όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

#### ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

<b>Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;</b>	<b>Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1</b>	<b>Το ίδιο όπως συνήθως 2</b>	<b>Χειρότερα απ' ό,τι Συνήθως 3</b>	<b>Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4</b>
	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως
<b>Νιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;</b>	1	2	3	4
<b>Νιώθατε εξαντλημένος/η &amp; κακοδιάθετος/η;</b>	1	2	3	4
<b>Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;</b>	1	2	3	4
<b>Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;</b>	1	2	3	4
<b>Νιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;</b>	1	2	3	4
<b>Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;</b>	1	2	3	4
<b>Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;</b>	1	2	3	4
<b>Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;</b>	1	2	3	4
<b>Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;</b>	1	2	3	4
<b>Είσαστε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;</b>	1	2	3	4
<b>Νιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;</b>	1	2	3	4
<b>Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές</b>	1	2	3	4

<b>ασχολίες;</b>				
<b>Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;</b>	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Χειρότερα απ' ό,τι Συνήθως <b>3</b>	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Μάλλον λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>

**ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:**

<b>Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας</b>	Γρηγορότερα απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως Συνήθως <b>2</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;</b>	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Περίπου το ίδιο <b>2</b>	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Είσατε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;</b>	Περισσότερο Ικανοποιημένος/η <b>1</b>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η <b>4</b>
<b>Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Σκεφτόσατε πως δεν αξίζετε τίποτα;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;</b>	Σίγουρα όχι <b>1</b>	Δεν νομίζω <b>2</b>	Πέρασε από το μυαλό μου <b>3</b>	Σίγουρα το Σκέφτηκα <b>4</b>
<b>Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Πιάνατε τον εαυτό σας</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο <b>3</b>	Πολύ περισσότερο <b>4</b>

να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	1	απ' ό,τι συνήθως 2	απ' ό,τι συνήθως 3	απ' ό,τι συνήθως 4
Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα ναι 4

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../2020.....

1 ΗΛΙΚΙΑ: .....

2 ΦΥΛΟ:                   ΑΝΔΡΑΣ       
                                  ΓΥΝΑΙΚΑ     

### 3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΓΑΜΟΣ/Η                 
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η               
ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η       
ΧΗΡΟΣ/Α                

### 4 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

1                           
2                           
3                           
4                           
Πάνω από 4     

### 5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ  
(δημοτικό/γυμνάσιο)       
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ  
(πχ. Λύκειο)                       
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ  
(ΤΕΙ και Πανεπιστήμιο)       
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ       
ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ     

### 6 ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΠΟΛΗ                       
ΚΟΜΩΠΟΛΗ               
ΧΩΡΙΟ                    

### 7 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ

ΠΟΤΕ                       
2 - 3 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ       
1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ               
ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ     

### 8 ΚΑΤΟΙΚΙΑ

ΜΕΝΩ ΜΟΝΟΣ/ΜΟΝΗ               
ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ       
ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ     

### 9 ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ

ΚΑΘΟΛΟΥ       
ΛΙΓΟ               
ΜΕΤΡΙΑ           
ΠΟΛΥ               
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ     

### 10 ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

0-300 €                       
301-600€                    
601-1000€                   
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 1000€