



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



ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

“Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με διαταραχές ούρησης που επισκέπτονται ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αστικής περιοχής.”

Όνομα μεταπτυχιακής φοιτήτριας :Κικίδου Μαργαρίτα

Ιδιότητα : Μαία

A.M. : 01164

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ:

- 1. ΚΑΡΑΤΖΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Παν. Θεσσαλίας (Επιβλέπων)**
- 2. ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Επίκουρος καθηγητής Χειρουργικής ,Παν, Θεσσαλίας**
- 3. ΧΑΛΚΙΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ , Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Παν. Θεσσαλίας.**

Λάρισα 2020



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



“Detecting the quality of life of women suffering from urinary incontinence who were examined in medical centers of Primary Healthcare of an urban region.”

Kikidou Margarita

Midwife

A.M. : 01164

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	4
Ευρετήριο Πινάκων	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ποιότητα ζωής	
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής	10
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής	11
1.3 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής	12
1.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Διαταραχές ούρησης	
2.1 Πιθανές εκδηλώσεις διαταραχών ούρησης	17
2.1.1 Διαταραχές της λειτουργίας της ούρησης	18
2.1.2 Διαταραχές της ποσότητας ούρων	19
2.1.3 Διαταραχές της ποιότητας ούρων	20

2.2 Αιτιολογικοί παράγοντες	21
2.3 Διαγνωστικές δοκιμασίες	24
2.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις	26
2.5 Ο ρόλος της μαίας στην θεραπευτική προσέγγιση	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Διαταραχές ούρησης στις γυναίκες

3.1 Διαφοροποίηση διαταραχών ούρησης ανάλογα με το φύλο	30
3.2 Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης διαταραχών ούρησης στις γυναίκες	30
3.3 Επιπτώσεις στην καθημερινότητα των γυναικών	32
3.4 Ποιότητα ζωής γυναικών με διαταραχές ούρησης	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας	34
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	34
4.3 Σχεδιασμός της έρευνας	35
4.3.1 Δείγμα της έρευνας	36
4.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων	37
4.4 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	37
4.5 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων	39
4.6 Προοπτικές της μελέτης	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα – Επεξεργασία

5.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών	41
--------------------------------	----

5.2 Αποτελέσματα	42
5.2.1 Περιγραφική ανάλυση των γυναικών της μελέτης	42
5.2.2 Επίπεδο Υγείας, διαταραχές ούρησης και παράμετροι	49
5.2.3 Διαταραχές ούρησης των γυναικών	50
5.2.4 Επίπεδο Γενικής Υγείας των γυναικών και Συσχετίσεις	52
5.3 Περιορισμοί της μελέτης	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Συζήτηση	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συμπεράσματα	62
Βιβλιογραφικές αναφορές	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
1. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.-28) (General Health Questionnaire--GHQ-28)	72
2. Ερωτηματολόγιο International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form (ICIQ-SF)	

Ευχαριστίες

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία –έρευνα εκπονήθηκε στα πλαίσια της λήψης του Μεταπτυχιακού Διπλώματος ειδίκευσης « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής , του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ολοκληρώθηκε χάρη στην σημαντική βοήθεια και συμπαράσταση ανθρώπων στους οποίους και θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου.

Ευχαριστώ από καρδιάς το Καθηγητή κ. Καρατζά Αναστάσιο, Επίκουρο Καθηγητή Ουρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, επιβλέποντα της παρούσας μελέτης για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε , για την επιστημονική καθοδήγηση του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης, για το συντονισμό και τις υποδείξεις του , στο σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης εργασίας.

Τον Επίκουρο καθηγητή Χειρουργικής , του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Μπαλογιάννη Ιωάννη, για τη συνεργασία και τις ιδέες του, τις υποδείξεις και το αμείωτο ενδιαφέρον του και τη συμβολή του στην εργασία.

Τον Αν. Καθηγητή Ουρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ . Χαλκιά Αθανάσιο, για τη στήριξη και τις χρήσιμες συμβουλές του καθώς και το χρόνο που αφιέρωσε για την μελέτη και εξέταση της παρούσας έρευνας.

Τον κ. Πελέκη Λεωνίδα :Ειδικό Παθολόγο, τον κ. Κονταξή Δημήτριο ουρολόγο , τον κ. Τσαρίδη Ελευθέριο: μαιευτήρα -γυναικολόγο , την κ. Τένοβα Ιορδάνα μαιευτήρα –γυναικολόγο καθώς και τους συναδέλφους μου επαγγελματίες υγείας για την αμέριστη υπομονή, υποστήριξη και τη βοήθεια που μου παρείχαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας στα ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας του νομού Κοζάνης.

Ευχαριστώ όλους τους συμμετέχοντες, που αφιέρωσαν χρόνο για να συμμετάσχουν στην μελέτη. Χωρίς την δική τους συμμετοχή αυτή η μελέτη δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας » για όλες τις γνώσεις που απέκτησα κατά τη διάρκεια παρακολούθησης των μαθημάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι διαταραχές ούρησης αφορούν ένα πρόβλημα υγείας ιδιαίτερα συχνό που εντοπίζεται σε άτομα κάθε ηλικίας και παρουσιάζει ποικίλη αιτιολογία. Πρόκειται για ένα σύνολο διαταραχών που δυσχεραίνουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα του ατόμου και επηρεάζουν το επίπεδο της ζωής του καθώς τα συμπτώματά τους παρεμποδίζουν την ομαλή πραγματοποίηση ενός συνόλου καθημερινών δραστηριοτήτων. Παρότι ο αντίκτυπος των διαταραχών ούρησης είναι κοινός, συγχρόνως παρατηρούνται σαφείς διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά τόσο με την συχνότητα εκδήλωσης συγκεκριμένων συμπτωμάτων όσο και με την επίπτωση αυτών στην καθημερινότητα του ατόμου. Οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο ευάλωτες σε σύγκριση με τους άνδρες στην εμφάνιση διαταραχών ούρησης ενώ η ποιότητα της ζωής τους υποβιβάζεται σε ανησυχητικό επίπεδο.

Σκοπός: Η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου απεικονίζει το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών του και προσεγγίζεται κατά βάση υποκειμενικά για κάθε άνθρωπο. Αναμφισβήτητα όμως το επίπεδο της ποιότητας της ζωής βρίσκεται άρρηκτα συνδεδεμένο με το επίπεδο της προσωπικής υγείας του ατόμου και συνεπώς βάλλεται σε περιπτώσεις που παρουσιάζονται διαταραχές αυτής. Η παρούσα εργασία επιχείρησε να προσεγγίσει την επίπτωση στην καθημερινότητα γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω διαταραχών ούρησης.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 93 συνολικά γυναίκες οι οποίες προσήλθαν σε ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή του Νομού Κοζάνης και οι οποίες αντιμετώπιζαν διαταραχές στην ούρηση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη διανομή ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)* και το ερωτηματολόγιο *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form (ICIQ-SF)*.

Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων οδήγησε σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Η συχνότητα των απωλειών ούρων αλλά και η ποσότητα των ούρων που αποβάλλονται σχετίζονται σημαντικά με την αλλοίωση της εικόνας που

διαμορφώνουν οι γυναίκες αναφορικά με την υγεία τους. Το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και οικογενειακή κατάσταση των γυναικών επίσης σχετίζονται σημαντικά καθώς αποτελούν κύρια στοιχεία της καθημερινότητας τους και λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στις διαταραχές που τις ταλαιπωρούν. Σε αντίθεση η ηλικία αλλά και η εμμηνόπαυση δεν εντοπίστηκε να επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας των γυναικών καθώς η συσχέτιση τους αξιολογήθηκε μικρή.

Συμπεράσματα: Η παρουσία διαταραχών ούρησης επηρεάζει έντονα την καθημερινότητα των γυναικών ενώ η συχνότητα και η φύση αυτών επίσης κρίνονται σημαντικές. Συγχρόνως ο βαθμός επιρροής της ποιότητας ζωής των γυναικών καθορίζεται από την οικογενειακή τους κατάσταση, το επάγγελμα τους και το μορφωτικό τους επίπεδο αποκαλύπτοντας τη δράση γενικότερων κοινωνικών παραμέτρων στην επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, διαταραχές ούρησης, διαταραχές ούρησης και γυναίκες, διαταραχές ούρησης και ποιότητα ζωής.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence refers to a common health issue that affects individuals at every stage of their lives and derives from multiple causes. It consists of a variety of disturbances that affect deeply everyday life. Urinary incontinence symptoms interrupt the accomplishment of multiple regular activities and thus influence negatively the quality of an individual's life. Although the impact of the expression of urinary incontinence is common, differentiations are detected among the two sexes regarding the presence of specific symptomatology as well as its effect on an individual's life. Women are considered more vulnerable in comparison to men and their quality of life is strongly degraded.

Purpose: A person's quality of life depicts the degree of satisfaction of physical, mental, psychological and social needs and should be approached subjectively. Nevertheless the level of quality of life seems to be strongly connected to the degree of personal health and thus is affected when health disturbances occur. The present thesis attempted to approach the effect of urinary disturbances on everyday life of women.

Methodology: A total of 93 women who were examined in medical centers of Primary Healthcare in the region of Kozani and who were diagnosed with disturbances regarding urinary function participated in the present study. The questionnaires distributed were the *General Health Questionnaire--GHQ-28* and the *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form (ICIQ-SF)*.

Findings: The statistical analysis of the questionnaires distributed led to interesting results. The frequency of urinary incontinence as well as the quantity of urine correlate significantly with the degradation of women's perception regarding the level of their health. Educational status, occupation and marital status also correlate significantly as they are considered as essential elements of their everyday life and seem to act protectively against the multiple health disturbances that affect them. On the contrary age and menopause do not affect the quality of women's health as their correlation is not significant.

Conclusion: The presence of urinary disturbances affects deeply the life of women

and their frequency and nature are considered to be crucial. Additionally the level of disturbance on the quality of life depends on the marital status, the occupation and the educational status of women revealing the degree of influence of general social factors regarding the achievement of a satisfactory level of living.

Keywords: quality of life, urinary incontinence, female urinary incontinence, urinary disturbances and quality of life.

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	45
Πίνακας 2: Ηλικία έναρξης έμμηνου ρήσεως και εμμηνόπαυσης	48
Πίνακας 3: Βάρος και ύψος των γυναικών	48
Πίνακας 4: Διαταραχές ούρησης των γυναικών	51
Πίνακας 5: Απώλεια ούρων και έλεγχος συσχετίσεων	53
Πίνακας 6: Ποσότητα ούρων και έλεγχος συσχετίσεων	54
Πίνακας 7: Εκπαίδευση και έλεγχος συσχετίσεων	55
Πίνακας 8: Επάγγελμα και έλεγχος συσχετίσεων	56
Πίνακας 9: Οικογενειακή Κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων	56
Πίνακας 10: Ηλικία και έλεγχος συσχετίσεων	57
Πίνακας 11: Εμμηνόπαυση και έλεγχος συσχετίσεων	57

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής συνιστά ένα σύμπλεγμα παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργικότητας που καλύπτουν τις διαστάσεις της φυσικής ευεξίας, της πνευματικής υγείας, της ψυχικής ισορροπίας και της κοινωνικής προσαρμογής. Ααντικατοπτρίζει το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών του ατόμου και συνεπώς επιτυγχάνεται διαμέσου τις αλληλεπίδρασης ενός συνόλου διακριτών παραμέτρων (Gómez et al., 2016). Αποτελεί στην πράξη τη συνιστώσα δύο κυρίαρχων παραγόντων, της δυνατότητας του ατόμου να ικανοποιεί τις καθημερινές του ανάγκες και να πραγματοποιεί βασικές δραστηριότητες οι οποίες αντανακλούν τη σωματική, ψυχο-πνευματική και κοινωνική του ευρωστία αλλά και της ευχαρίστησης που προκύπτει από τον έλεγχο της ζωής του και της καθημερινότητας του (Cherapanon et al., 2010).

Η έννοια της ποιότητας της ζωής προσεγγίζεται κατά βάση υποκειμενικά καθώς συνδέεται με διακριτές παραμέτρους για κάθε άνθρωπο. Διαφορετικά άτομα εμφανίζουν διαφορετικές αντιλήψεις και κριτήρια αναφορικά με την ποιότητα της ζωής τους τα οποία δύναται να μεταβάλλονται με το χρόνο και παρουσιάζονται διαφορετικά ανάλογα με τη συγκεκριμένη φάση της ζωής τους. Παρότι αναφέρεται καθαρά σε μια υποκειμενική θεώρηση επεκτείνεται ταυτόχρονα σε ένα γενικότερο κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο. Η απόλαυση ενός υψηλού επιπέδου ζωής συνδέεται με τη θέση του ατόμου στην κοινωνία καθώς και με τις ευκαιρίες που αναδύονται μέσα από την αλληλεπίδραση του με τον κοινωνικό του περίγυρο (Graça Pereira, Lynch & Hall-Faul, 2019).

Κατά συνέπεια στη διάρκεια της ζωής του ατόμου μια πληθώρα διαφορετικών συνιστωσών αλληλεπιδρούν και εμπλέκονται στη διαμόρφωση του επιπέδου της. Τα γεγονότα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα του, η οικονομική του υπόσταση, οι επιλογές και οι αποφάσεις του επηρεάζουν την ανάπτυξη του και άρα και την ποιότητα της ζωής του. Στην προσπάθεια διασφάλισης ενός αποδεκτού επιπέδου ζωής συμμετέχουν τόσο υλικοί όσο και μη υλικοί παράγοντες ενώ κυριότερη προϋπόθεση για την επίτευξη ποιοτικής ζωής αποτελεί η στάση του ατόμου απέναντι στον εαυτό

του (Claes et al., 2010).

Με δεδομένο ότι ο όρος της ποιότητας της ζωής ενέχει ποικίλες και ταυτόχρονα αλληλεξαρτώμενες διαστάσεις είναι σαφές ότι η μέτρηση της αποτελεί περίπλοκη διαδικασία. Στόχο σε κάθε περίπτωση αποτελεί η μελέτη κατά το δυνατό περισσότερων διαστάσεων οι οποίες είναι συμβατές με την έννοια του ικανοποιητικού επιπέδου ζωής ενώ η προσέγγιση της έννοιας επηρεάζεται από την κατάσταση του ατόμου κατά τη διάρκεια της εκτίμησης (Gómez et al., 2016). Παράλληλα το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του ατόμου εντοπίζεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το επίπεδο της προσωπικής του υγείας καθώς και με τις δραστηριότητες που αφορούν τη διατήρηση ή και τη βελτίωση αυτής. Η ακριβέστερη εννοιολογική προσέγγιση του όρου ‘υγεία’ αναφέρεται στην πλήρη κατάσταση ευεξίας στο σωματικό, πνευματικό και ψυχικό τομέα, και όχι απλώς στην απουσία εκδήλωσης ασθένειας. Η υγεία παρουσιάζεται να είναι εξαρτημένη από ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν την καθημερινή ζωή του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσει με αυτό (Lerner, 2019).

Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία συνδέεται στενά με την έννοια της πληρότητας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το κάθε άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του, τις δυνατότητες του, τις πεποιθήσεις του και τις ισχύουσες κοινωνικο-πολιτικές αξίες που υιοθετεί (Sorensen, 2012). Βασική προϋπόθεση επομένως για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής αποτελεί η υγεία του ατόμου και κάθε πιθανή διαταραχή αυτής ενέχει τον κίνδυνο του υποβιβασμού της ποιότητας διαβίωσης του (Graça Pereira, Lynch & Hall-Faul, 2019).

Ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας που εντοπίζεται στο γενικό πληθυσμό είναι οι *διαταραχές ούρησης*. Η ούρηση αποτελεί τη διεργασία εκκένωσης της ουροδόχου κύστης και περιλαμβάνει την προοδευτική πλήρωση αυτής η οποία καταλήγει σε μια κρίσιμη τιμή που προκαλεί το έναυσμα, την επιθυμία για ούρηση και το αντανακλαστικό της ούρησης το οποίο οδηγεί στην εκκένωση της. Οι διαταραχές στην ούρηση αφορούν κάθε αλλαγή σε ότι αφορά τη συχνότητα ούρησης ή την ποιότητα και την ποσότητα των παραγόμενων ούρων. Φυσιολογικά η κένωση της ουροδόχου κύστεως πραγματοποιείται γρήγορα και δίχως ακούσιες διακοπές μέχρι το σημείο που δεν εντοπίζεται εντός αυτής υπόλειμμα ούρων (Utomo et al., 2015). Η παθοφυσιολογία των διαταραχών ούρησης μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους αιτιολογι-

κούς παράγοντες ανάλογα με τη φύση της συγκεκριμένης διαταραχής. Τα προβλήματα ούρησης είναι δυνατό να αφορούν τόσο τη φάση της αποθήκευσης των ούρων όσο και τη φάση της κένωσης αυτών ενώ σημαντικό σημείο στην επιτυχία της επιλεγόμενης θεραπευτικής παρέμβασης αποτελεί ο ακριβής εντοπισμός της υποκείμενης διαταραχής (García-Fadrique et al., 2011).

Η διαφορετική ανατομία των ουροποιητικών οργάνων οδηγεί στην διαφοροποίηση στην εκδήλωση διαταραχών στην ούρηση μεταξύ των δύο φύλων. Ιδιαίτερα στις γυναίκες η ανατομική σχέση και η λειτουργική συνάφεια του γεννητικού και του ουροποιητικού συστήματος εγείρουν την εκδήλωση παθήσεων που σχετίζονται μεταξύ τους και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από κοινού (Burgio, 2013). Η παρουσία συμπτωμάτων διαταραχών ούρησης κατά την κύηση ή και μετά τον τοκετό συνιστούν συγκριτικά κοινό πρόβλημα και για το λόγο αυτό τον τομέα της μαιευτικής και της γυναικολογίας αναπτύσσονται μέθοδοι και προσεγγίσεις που υποστηρίζουν την ορθή διαγνωστική διερεύνηση της ασθενούς, η οποία πάσχει από ουρογεννητικά προβλήματα στοχεύοντας στην αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της με σύγχρονα θεραπευτικά μέσα και τεχνικές (MacArthur et al., 2016).

Οι διαταραχές ούρησης έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινότητα των γυναικών σε σύγκριση με άλλες διαταραχές καθώς εξαναγκάζουν το άτομο να τροποποιήσει ή και να αναβάλει συγκεκριμένες δραστηριότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει το είδος αλλά και την ένταση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων που τις συνοδεύουν (Shamliyan et al., 2015). Επιπρόσθετα η νοσηρότητα που περιγράφει την πλειονότητα των διαταραχών ούρησης συμβάλλει στην επιδείνωση της ζωής των γυναικών και στην δυσκολία πραγματοποίησης ενός συνόλου καθημερινών ασχολιών. Οι διαρκείς οχλήσεις, ο πόνος αλλά και το αίσθημα πίεσης στην κύστη δυσχεραίνουν τη φυσιολογική διαβίωση των γυναικών με διαταραχές ούρησης με σοβαρό αντίκτυπο στην καθημερινότητα τους. Με δεδομένο ότι η πλήρης ίαση δεν είναι πάντα εφικτή είναι σημαντική η διαχείριση των διαταραχών με τρόπο που να επιτυγχάνεται η ανακούφιση των συμπτωμάτων προκειμένου οι γυναίκες ασθενείς να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (Ptak et al., 2017).

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί να εξετάσει την ποιότητα της ζωής γυναικών οι

οποίες αντιμετωπίζουν διαταραχές στην ούρηση. Ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας των γυναικών οι οποίες τροποποιούνται εξαιτίας των προβλημάτων ούρησης που αντιμετωπίζουν αποβλέπει στην βέλτιστη επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων απέναντι σε αυτές και συνεπώς τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

Τα ευρήματα της έρευνας αναδεικνύουν την καθοριστική επίδραση των διαταραχών ούρησης στη ζωή των γυναικών και καταγράφουν ενδιαφέρουσες συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της ζωής τους. Η αποσαφήνιση της έντονης επιρροής των διαταραχών ούρησης στην καθημερινότητα των γυναικών και η εξέταση των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές δύναται να αποτελέσουν τη βάση της βέλτιστης προσέγγισης αυτών και επομένως της διασφάλισης ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ποιότητα ζωής

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής

Ως ‘*ποιότητα ζωής*’ ορίζεται η αντίληψη του ατόμου για το επίπεδο της ζωής του με βάση τις αξίες, τους στόχους, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες του. Η ποιότητα ζωής αντικατοπτρίζει το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών του ατόμου και συνεπώς επιτυγχάνεται διαμέσου τις αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων. Συνδέεται με τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου και επηρεάζει την ικανότητα του να αντιμετωπίζει τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής του. Αφορά επομένως ένα σύμπλεγμα παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργικότητας που καλύπτουν τις διαστάσεις της φυσικής ευεξίας, της πνευματικής υγείας, της ψυχικής ισορροπίας και της κοινωνικής προσαρμογής (Gómez et al., 2016).

Η ποιότητα της ζωής χαρακτηρίζεται ως συνιστώσα δύο κυρίαρχων παραγόντων, της δυνατότητας του ατόμου να ικανοποιεί τις καθημερινές του ανάγκες και να πραγματοποιεί βασικές δραστηριότητες οι οποίες αντανακλούν τη σωματική, ψυχοπνευματική και κοινωνική του ευρωστία αλλά και της ευχαρίστησης που προκύπτει από τον έλεγχο της ζωής του και της καθημερινότητας του. Πρόκειται για την γνωστική κριτική προσέγγιση του βαθμού ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του και τις συνθήκες διαβίωσης του και συνεπάγεται την παρουσία συναισθημάτων ολοκλήρωσης και συναισθηματικής ευημερίας (Nord et al., 2001). Παράλληλα στον καθορισμό του επιπέδου ζωής συνεκτιμάται και η επίτευξη των προσωπικών στόχων του ατόμου καθώς και η αντίληψη της χρησιμότητας του στο κοινωνικό σύνολο του οποίου αποτελεί μέλος. Η απόλαυση ενός υψηλού επιπέδου ζωής συνδέεται με τη θέση του ατόμου στην κοινωνία καθώς και με τις ευκαιρίες που αναδύονται μέσα από την αλληλεπίδραση του με τον κοινωνικό του περίγυρο (Cherapanov et al., 2010).

Η έννοια της ποιότητας της ζωής προσεγγίζεται κατά βάση υποκειμενικά καθώς συνδέεται με διακριτές παραμέτρους για κάθε άνθρωπο. Γίνεται αντιληπτό ότι κάθε άτομο εμφανίζει διαφορετικές αντιλήψεις και κριτήρια αναφορικά με την ποιό-

τητα της ζωής του, τα οποία δύναται να μεταβάλλονται με το χρόνο και παρουσιάζονται διαφορετικά ανάλογα με τη συγκεκριμένη φάση της ζωής του. Η συσχέτιση και η αλληλεξάρτηση των παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο της ζωής του ατόμου μεταβάλλεται επίσης ανάλογα με τις συνθήκες της καθημερινότητας του (Claes et al., 2010). Η ποιότητα της ζωής παρουσιάζει επομένως ευρεία διακύμανση ανάλογα με τις προσωπικές πεποιθήσεις και το στάδιο της ζωής του κάθε ατόμου. Αναφέρεται σε μια καθαρά υποκειμενική θεώρηση η οποία όμως επεκτείνεται ταυτόχρονα σε ένα γενικότερο κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο. Κατά συνέπεια η ποιότητα ζωής προσεγγίζεται τόσο με βάση υποκειμενικά όσο και με αντικειμενικά κριτήρια και βασίζεται στην συνεκτίμηση εξωτερικών παραγόντων (Moons, Budts & De Geest, 2006).

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες που αφορούν την σωματική, πνευματική και ψυχική του υγεία, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και γενικότερα το βιοποριστικό του επίπεδο. Η ευρεία έννοια της ποιότητας ζωής σχετίζεται επιπρόσθετα με την οικονομική κατάσταση του ατόμου, την εκπαίδευση του και την κοινωνική του θέση (Jenaro et al., 2005).

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου μια πληθώρα διαφορετικών παραμέτρων αλληλεπιδρούν και εμπλέκονται στη διαμόρφωση του επιπέδου της. Τα γεγονότα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα του, η οικονομική του υπόσταση, οι επιλογές και οι αποφάσεις του επηρεάζουν την ανάπτυξη του και άρα και την ποιότητα της ζωής του (Steger et al., 2006). Η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης αντικατοπτρίζεται στον αγώνα για τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής μέσω του οποίου αντανακλάται η ικανότητα του ατόμου να καλύψει τις προσωπικές του ανάγκες. Στην προσπάθεια αυτή συμμετέχουν τόσο υλικοί όσο και μη υλικοί παράγοντες ενώ κυριότερη προϋπόθεση για την επίτευξη ποιοτικής ζωής αποτελεί η στάση του ατόμου απέναντι στον εαυτό του. Ο έλεγχος των προσωπικών υποθέσεων, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερι-

νών γεγονότων εγείρουν αισθήματα ελέγχου της ζωής ενισχύοντας την ποιότητα της. Οι προσωπικές ανάγκες του ατόμου δύναται να λάβουν ποικίλες μορφές και στην κάλυψη τους βασικό ρόλο κατέχει η παρουσία των αναγκαίων πόρων, υλικών και μη (Gómez et al., 2016).

Η ποιότητα της ζωής δεν παύει να συνδέεται με την ικανοποίηση των ατομικών αναγκών μέσα στη συγκεκριμένη κοινωνία στην οποία βιώνει το άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει μέγιστα τη διαμόρφωση των παραμέτρων με βάση τις οποίες κρίνεται ως ικανοποιητική η ζωή του ατόμου. Η διαμόρφωση υγιών κοινωνικών σχέσεων και η επαγγελματική εξασφάλιση συνιστούν συνεπώς παράγοντες με καθοριστική επίδραση στην ποιότητα ζωής (Nord et al., 2001).

1.3 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Η σύγχρονη πραγματικότητα με την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έχει διευρύνει το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων. Παραμένει όμως αμφίβολο το κατά πόσο έχει επηρεάσει θετικά την ποιότητα της ζωής αυτών. Η εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής έχει αποκτήσει επομένως αυξημένη σημασία και επιχειρείται ο υπολογισμός της με τη βοήθεια συγκεκριμένων δεικτών και εργαλείων (Brazier, Roberts & Deverill, 2002).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια η οποία επεκτείνεται και στις τρεις διαστάσεις της ζωής του ατόμου. Σε πρώτη φάση αναφέρεται στη σωματική ευεξία και περιλαμβάνει την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με την σωματική του υγεία. Ακολουθεί η πνευματική και ψυχική ευεξία που αναφέρονται στην πνευματική διαύγεια και στην ψυχική ισορροπία του ατόμου καθώς και στην απουσία επιβαρυντικών παραγόντων. Επιπρόσθετα μελετάται η κοινωνική ικανοποίηση η οποία περιλαμβάνει τα θετικά συναισθήματα που βιώνει το άτομο μέσω της προσαρμογής του στο κοινωνικό σύνολο (Moons, Budts & De Geest, 2006). Οι διαστάσεις αυτές μεταφράζονται σε δείκτες καθορισμού της ποιότητας ζωής και συνεπώς οι ποικίλες εκφάνσεις της καθημερινότητας του ατόμου συμβάλλουν στη διαμόρφωση του επιπέ-

δου αυτής. Το επίπεδο της ποιότητας ζωής εκτιμάται με βάση τόσο αντικειμενικά και κοινωνικά κριτήρια της ανθρώπινης ύπαρξης όσο και με βάση υποκειμενικούς δείκτες της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου (Gómez et al., 2016).

Η ορθή εκτίμηση της ποιότητας της ζωής βασίζεται στην καταλληλότητα των εφαρμοζόμενων μεθόδων και στην επιλογή του αντίστοιχου εργαλείου. Ο στόχος κάθε μελέτης και οι λόγοι προσδιορισμού της ποιότητας ζωής καθορίζουν και τον τρόπο εκτίμησης αυτής. Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου μέτρησης δεν αποτελεί απλή διαδικασία καθώς κοινό γνώρισμα των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας ζωής αποτελεί η διαμόρφωση τους ώστε να επιτρέπουν τη γενική εφαρμογή σε ομάδες με διαφορετικά διακριτά χαρακτηριστικά. Σε αρκετές περιπτώσεις επιβάλλεται η χρήση τροποποιημένων ερωτηματολογίων προκειμένου να ανταποκρίνονται στην συγκεκριμένη κατηγορία ατόμων που προσεγγίζονται (Jenaro et al., 2005).

Παράλληλα η διάκριση των υποκειμενικών από τις αντικειμενικές παραμέτρους δεν είναι πάντα εφικτή. Η προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας της ζωής επηρεάζεται από την κατάσταση του ατόμου κατά τη διάρκεια της εκτίμησης και επομένως δεν αποκλείεται να προκύψουν ασαφή αποτελέσματα ανάλογα με τη διάθεση και το βαθμό συγκέντρωσης των ατόμων που συμμετέχουν. Η παρουσία συγχυτικών παραγόντων επίσης θα πρέπει να συνυπολογίζεται καθώς επηρεάζει την συμμετοχή του ατόμου και διαφοροποιεί τα αποτελέσματα. Το ύφος, η γλώσσα και η δομή των ερωτημάτων που περιλαμβάνονται στο εργαλείο μέτρησης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση του και επομένως στην αξιολόγηση της εγκυρότητας των συμπερασμάτων που προκύπτουν (Moons, Budts & De Geest, 2006).

Με δεδομένο επομένως ότι ο όρος της ποιότητας της ζωής ενέχει ποικίλες και ταυτόχρονα αλληλεξαρτώμενες διαστάσεις είναι σαφές ότι η μέτρηση της αποτελεί περίπλοκη διαδικασία. Στόχο σε κάθε περίπτωση αποτελεί η μελέτη κατά το δυνατό περισσότερων διαστάσεων οι οποίες είναι συμβατές με την έννοια του ικανοποιητικού επιπέδου ζωής. Η απουσία επαρκών μέσων για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής έχει διαμορφώσει ένα σύστημα αντιπροσωπευτικής μέτρησης όπου αντί να επιχειρείται η άμεση μέτρηση επιλέγεται ένας δείκτης που σχετίζεται με αυτή και ο οποίος λειτουργεί ως καθοριστικό στοιχείο του επιπέδου της. Μέσω της παρατήρησης ενός ικανοποιητικού εύρους δεικτών και συνεπώς συνισταμένων προσεγγίζεται η εκτίμηση

της ποιότητας ζωής και συνδέονται υποθετικά οι παρατηρούμενες μεταβλητές με αυτή (Cummins, 2005).

Διάφορα εργαλεία μέτρησης έχουν διαμορφωθεί τα οποία εξετάζουν σφαιρικά την ποιότητα της ζωής αξιολογώντας διάφορες πτυχές αυτής όπως είναι οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, η επαγγελματική επιτυχία, η ψυχολογική ευεξία, η οικονομική ευχέρεια, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και άλλα. Πρόκειται για εξειδικευμένα εργαλεία που απευθύνονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και τα οποία επιτρέπουν την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε συνάρτηση με την υγεία ή με άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας (Claes et al., 2010). Διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες στα γενικά και στα ειδικά εργαλεία. Οι γενικοί δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής αφορούν εργαλεία αξιολόγησης γενικευμένων παραμέτρων του επιπέδου ζωής του ατόμου. Δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις αλλά αντίθετα μελετούν γενικές διαστάσεις της ζωής όπως είναι η σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και ο βαθμός εκπλήρωσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου. Παρότι δεν επιτρέπουν τον εντοπισμό συγκεκριμένων στοιχείων και λεπτομερειών της ζωής του ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας ζωής. Σε αντίθεση οι ειδικοί δείκτες μέτρησης αφορούν κυρίως εργαλεία αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και αποτυπώνουν το επίπεδο αυτής σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών. Σύμφωνα με τα εργαλεία αυτά δίνεται έμφαση στην αντίληψη του ατόμου σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του και παρέχονται πληροφορίες αναφορικά με την επίδραση της στην ποιότητα ζωής του. Χρησιμοποιούνται κατά βάση για την αξιολόγηση αλλαγών στο επίπεδο ζωής του ατόμου και αποσκοπούν στην επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών προσεγγίσεων (Cunillera et al., 2010).

1.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το επίπεδο της προσωπικής του υγείας καθώς και με τις δραστηριότητες που αφορούν

τη διατήρηση ή και τη βελτίωση αυτής. Βασική προϋπόθεση για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής αποτελεί η υγεία και η προσωπική εξέλιξη του ατόμου (Moons, 2004). Η ολιστική θεώρηση της ποιότητας ζωής επιβάλλει την συνολική προσέγγιση του όρου της υγείας και επεκτείνεται πέρα από τη σωματική ευεξία στη πνευματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Συνεπώς η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τη λειτουργικότητα, την ευημερία και την ευεξία του ατόμου. Σύμφωνα με αυτή δίνεται έμφαση στην προσωπική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του με βάση τις προσωπικές του προσδοκίες και αξιολογείται κυρίως υποκειμενικά (Graça Pereira, Lynch & Hall-Faul, 2019).

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο ως ‘υγεία’ δύναται να ορισθεί η απουσία νόσου. Προκειμένου να επιτευχθεί η ακριβέστερη εννοιολογική προσέγγιση του όρου ως ‘υγεία’ αναφέρεται η πλήρης κατάσταση ευεξίας στο σωματικό, πνευματικό και ψυχικό τομέα, και όχι απλώς η απουσία εκδήλωσης ασθένειας. Εντοπίζεται επομένως μια προσπάθεια ερμηνείας της έννοιας δίχως να συνδέεται στενά με αυτή της ασθένειας. Αντίθετα δίνεται έμφαση στην φυσική, πνευματική και ψυχική ευημερία του ατόμου και μέσω αυτής προκύπτει ένας θετικός ορισμός ο οποίος επικεντρώνεται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε κάθε τομέα της ζωής του ατόμου. Η υγεία παρουσιάζεται να είναι εξαρτημένη από ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν την καθημερινή ζωή του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσει με αυτό (Lerner, 2019).

Γίνεται σαφές επομένως ότι η υγεία δεν αφορά αποκλειστικά την απουσία ασθένειας αλλά συνεπάγεται την πλήρη φυσική, πνευματική και ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου. Συνιστά μια δυναμική κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος παρουσιάζει την ικανότητα να αντιμετωπίζει τα προβλήματα και τις πιθανές διαταραχές στις ισορροπίες που απαντά στην καθημερινότητα του και μέσω των οποίων διαμορφώνει τις συνθήκες διαβίωσης του. Κάθε άτομο επιχειρεί να εντοπίσει ποικίλους τρόπους προκειμένου να επιτύχει την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση πιθανής εκδήλωσης νόσου ή ανικανότητας (Ereshesky, 2009). Η αντίληψη ότι η υγεία δεν αποτελεί απλώς τον αντίθετο όρο της ασθένειας βασίζεται στην αποδοχή ότι περιλαμβάνει πρόσθετες έννοιες όπως είναι η ευεξία και η ευημερία ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια έντονη αλληλεξάρτηση ανάμεσα σε ποικίλους βιολογικούς, πνευματικούς,

ψυχολογικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που ενεργούν σε κάθε στιγμή στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Subbarayappa, 2001).

Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία συνδέεται στενά με την έννοια της πληρότητας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το κάθε άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του, τις δυνατότητες του, τις πεποιθήσεις του και τις ισχύουσες κοινωνικο-πολιτικές αξίες που υιοθετεί. Η παρουσία υγείας θεωρείται ως μια από τις κυριότερες παραμέτρους για την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου ευτυχισμένης και ποιοτικής ζωής (Sorensen, 2012).

Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής βασίζεται στην εικόνα του διαμορφώνει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση του. Αποτελεί την υποκειμενική εκτίμηση των εμπειριών του, των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας του με βάση την προσωπική του αντίληψη για τον εαυτό του και την κατάσταση του. Παράλληλα συνυπολογίζεται η ικανοποίηση του από την παρεχόμενη σε αυτό φροντίδα και αποτελεί την σύνοψη της προσωπικής αξιολόγησης του σε σχέση με την εικόνα του, την κατάσταση του και τις επιπτώσεις αυτής στην καθημερινότητα του (Moons, 2004). Τα αποτελέσματα από την εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ατόμου σε σχέση με την υγεία του παρέχουν πληροφορίες οι οποίες δε δύναται να προκύψουν από άλλες πηγές. Απεικονίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει την υφιστάμενη κατάσταση του μέσω και αναδεικνύουν δεδομένα που δεν παρατηρούνται ή δεν γίνονται αντιληπτά από τον περίγυρο του. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία επιτρέπει την αξιολόγηση και συνεπώς τη βελτίωση της παρεχόμενης βοήθειας και θεραπείας στο άτομο ενώ ταυτόχρονα λειτουργεί ως μέτρο έκβασης της πορείας του και του βαθμού προσαρμογής στην κατάσταση του. Αποτελεί επομένως σημαντικό εργαλείο στρατηγικής για την κριτική εξέταση της εξέλιξης της υγείας του ατόμου και επιτρέπουν την κατανόηση της υποκειμενικής αντίληψης του, η οποία κρίνεται ως ουσιαστική κατά την προσέγγιση του (Michalos, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Διαταραχές ούρησης

2.1 Πιθανές εκδηλώσεις διαταραχών ούρησης

Η ούρηση αποτελεί τη διεργασία εκκένωσης της ουροδόχου κύστης. Περιλαμβάνει την προοδευτική πλήρωση αυτής η οποία καταλήγει σε μια κρίσιμη τιμή που προκαλεί το έναυσμα, την επιθυμία για ούρηση και το αντανακλαστικό της ούρησης το οποίο οδηγεί στην εκκένωση της κύστης. Σε ορισμένες περιπτώσεις το αντανακλαστικό της ούρησης είναι εφικτό να ανασταλεί για σύντομο χρονικό διάστημα οπότε και η συγκέντρωση ούρων στην ουροδόχο κύστη αυξάνεται σε ποσότητα. Στην περίπτωση όμως που η συγκεκριμένη αναστολή διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα και η ποσότητα των ούρων εντός της ουροδόχου κύστης υπερβεί την τιμή των 500 ml τότε το αίσθημα πλήρωσης γίνεται εντονότερο με τη μορφή πόνου. Στην περίπτωση αυτή η αναστολή της επιθυμίας για κένωση της κύστης δεν είναι εφικτή και η ούρηση είναι αναπόφευκτη (García-Fadrique et al., 2011).

Η φυσιολογική λειτουργία της ούρησης προϋποθέτει την κάθοδο των ούρων μέσω των ουρητήρων από τους νεφρούς και την προσωρινή αποθήκευσή τους στην ουροδόχο κύστη προκειμένου να αποβληθούν εντός σύντομου χρονικού διαστήματος. Η πλήρωση της κύστης δεν γίνεται αντιληπτή μέχρι η ποσότητα των ούρων σε αυτή να ανέλθει στα 200 ml έως 250 ml οπότε και λόγω αύξησης της πίεσης στην κύστη εκδηλώνονται ερεθίσματα που μεταφράζονται ως επιθυμία για ούρηση (Kavia et al., 2006). Σε περίπτωση αναστολής αυτής τα ούρα εξακολουθούν να συγκεντρώνονται εντός της κύστης οπότε σε συγκέντρωση 300 ml έως 350 ml εγείρεται εκ νέου το αίσθημα της επιθυμίας για ούρηση, εντονότερο σε σύγκριση με την αρχική εκδήλωσή του. Στην περίπτωση που ανασταλεί και πάλι η συγκέντρωση ούρων δύναται να ανέλθει στα 450 ml έως 500 ml οπότε και πλέον είναι αδύνατο να συγκρατηθεί (Shamliyan et al., 2015).

Ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας που εντοπίζεται στο γενικό πληθυσμό είναι οι **διαταραχές ούρησης**. Οι διαταραχές στην ούρηση αφορούν κάθε αλλαγή σε ότι αφορά τη συχνότητα ούρησης ή την ποιότητα των παραγόμενων ούρων. Φυ-

σιολογικά η κένωση της ουροδόχου κύστεως πραγματοποιείται γρήγορα και δίχως ακούσιες διακοπές μέχρι το σημείο που δεν εντοπίζεται εντός αυτής υπόλειμμα ούρων. Ο αριθμός των ουρήσεων που καταγράφονται σε ένα ενήλικα εντός 24 ωρών ανέρχεται σε 5 έως 6 στους άνδρες και 3 έως 4 στις γυναίκες με δεδομένο ότι δεν καταγράφονται διακοπές του ύπνου προκειμένου να ουρήσουν (Utomo et al., 2015).

Η συχνότητα των διαταραχών ούρησης είναι υψηλότερη ειδικά εάν υφίσταται συνδυαστικά κάποιο ανατομικό πρόβλημα στην ουροποιητική οδό ή στους νεφρούς. Οι διαταραχές αυτές είναι πιθανό να συνοδεύονται από ήπια κλινική εικόνα αν και δεν αποκλείεται να ευθύνονται για βαρύτερες κλινικές περιπτώσεις με σοβαρά συνοδά προβλήματα (García-Fadrique et al., 2011).

2.1.1 Διαταραχές της λειτουργίας της ούρησης

Η πιο συχνή διαταραχή ούρησης είναι η **συχνοουρία** κατά την οποία εκδηλώνονται ουρήσεις σε σύντομα χρονικά διαστήματα με κοινό χαρακτηριστικό ότι ο όγκος των αποβαλλόμενων σε κάθε ούρηση ούρων είναι μικρός. Οι ουρήσεις που καταγράφονται υπερβαίνουν τις 6 με 7 ανά ημέρα ενώ ο όγκος των αποβαλλόμενων ούρων δεν υπερβαίνει τα 200 ml ανά ούρηση (Kavia et al., 2006).

Η συχνοουρία συνοδεύεται σε αρκετές περιπτώσεις με **νυκτουρία** δηλαδή με την εμφάνιση ουρήσεων κατά τη διάρκεια της νυχτερινής κατάκλισης. Η νυκτουρία αποτελεί ιδιαίτερα έντονη ενόχληση καθώς το άτομο υποχρεούται να διακόψει τον ύπνο του και για το λόγο αυτό συχνά προκαλεί την παράλληλη εκδήλωση διαταραχών στον ύπνο (Utomo et al., 2015).

Η ακούσια απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια της νυχτερινής κατάκλισης καλείται **ενούρηση**. Κατά βάση εντοπίζεται σε άτομα νηπιακής και παιδικής ηλικίας ως κατάλοιπο της αντανεκλαστικής ούρησης που χαρακτηρίζει την βρεφική ηλικία. Φυσιολογικά το αντανεκλαστικό αυτό υποχωρεί μετά από την ηλικία των τριών ετών,

επομένως κρίνεται ως παθολογική η εκδήλωση του σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Townsend, Danforth & Lifford, 2007).

Η **δυσουρία** αποτελεί διαταραχή της ούρησης κατά την οποία δυσχεραίνεται η προσπάθεια του ατόμου να ουρήσει. Συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της ούρησης το άτομο δυσκολεύεται να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη του. Αρχικά εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης σε συνδυασμό με την αύξηση της διάρκειας αυτής. Ειδικότερα στους άνδρες είναι πιθανό να εντοπισθεί ελάττωση της ακτίνας των αποβαλλόμενων ούρων (Burgio, 2013). Η επιδείνωση της δυσουρίας οδηγεί στην πραγματοποίηση διακοπτόμενων ουρήσεων με μειωμένη ροή ούρων. Σε προχωρημένα στάδια κάθε προσπάθεια κένωσης καταλήγει στην αποβολή ελάχιστων σταγόνων ούρων (Ramsey & Palmer, 2006).

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

Η **στραγγουρία** παρουσιάζεται όταν το άτομο παρότι επιθυμεί να ουρήσει δεν το καταφέρνει οπότε και δεν ανακουφίζεται. Αποτελεί επομένως την συχνή τάση για ούρηση η οποία δεν ολοκληρώνεται και συνήθως συνοδεύεται από έντονο πόνο (Elneil, 2010). Στην περίπτωση που ο πόνος εκδηλώνεται ταυτόχρονα με αίσθημα καύσης κατά την ούρηση πρόκειται για εκδήλωση **καυσουρίας**. Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι συχνή σε περιπτώσεις φλεγμονής της ουροδόχου κύστης ή σε περιπτώσεις φλεγμονής της ουρήθρας (Avery et al., 2004).

2.1.2 Διαταραχές της ποσότητας ούρων

Πέρα από τις διαταραχές που αφορούν τη συχνότητα της ούρησης και την ικανότητα του ατόμου να καταλήξει σε πλήρη κένωση της ουροδόχου κύστης, σημαντικές θεωρούνται και οι διαταραχές ούρησης που αναφέρονται στην ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων. Φυσιολογικά ο όγκος των ούρων που αποβάλλονται ανά η-

μέρα ανέρχεται στα 1500 ml έως 2000 ml. Κάθε παρέκκλιση από τις τιμές αυτές θεωρείται προβληματική και κατατάσσεται στις διαταραχές ούρησης που αφορούν την ποσότητα των ούρων (Kelly, 2004).

Η **πολυουρία** αφορά την κατάσταση κατά την οποία αποβάλλεται μεγαλύτερη ποσότητα ούρων από 2000 ml ημερησίως. Συνήθως αποτελεί συνοδό σύμπτωμα παθολογικών καταστάσεων όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα ενώ δεν αποκλείεται να οφείλεται και στην λήψη διουρητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων έπειτα από την εκδήλωση ολιγουρίας (Abrams et al., 2000).

Στην περίπτωση της **ολιγουρίας** η ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων είναι μικρότερη από το φυσιολογικό όριο των 1500 ml ημερησίως. Προκειμένου όμως να αξιολογηθεί ως παθολογική κατάσταση θα πρέπει ο όγκος των ούρων που αποβάλλονται να είναι μικρότερος από 500 ml ανά ημέρα. Παρότι πρόκειται για κατάσταση που εκδηλώνεται φυσιολογικά σε άτομα έπειτα από έντονη εφίδρωση είναι σημαντικό να τονισθεί η παράλληλη εκδήλωση της με νοσήματα όπως είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οξεία σπειραματονεφρίτιδα αλλά και σε εμπύρετες λοιμώξεις (Amargo, Gameiro & Padovani, 2007).

Η **ανουρία** αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρή διαταραχή και εντοπίζεται σε περιπτώσεις που ο συνολικός όγκος των αποβαλλόμενων ούρων ημερησίως δεν υπερβαίνει τα 100 ml. Σε αντίθεση με την επίσχεση ούρων όπου το άτομο ενώ επιθυμεί να ουρήσει δεν μπορεί να αποβάλλει την ανάλογη ποσότητα ούρων, κατά την ανουρία δεν εκδηλώνεται επιθυμία για ούρηση γεγονός που συνεπάγεται ότι η ουροδόχος κύστη του ατόμου είναι κενή (Shamliyan et al., 2015).

2.1.3 Διαταραχές της ποιότητας ούρων

Πέρα από την ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων σημαντική είναι και η ποιότητα τους. Φυσιολογικά τα ούρα εμφανίζουν ωχρο κίτρινο χρώμα και η όψη τους είναι διαυγής. Κάθε αλλαγή στα χαρακτηριστικά αυτά αποτελεί ένδειξη εκδήλωσης παθολογικών καταστάσεων και επομένως κατατάσσεται στις διαταραχές ούρησης που αφορούν την ποιότητα των ούρων. Οι παρεκκλίσεις από τη φυσιολογική χροιά

αποτελούν σημείο πάθησης αν και είναι πιθανό να οφείλονται στη λήψη συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων που περιέχουν χρωστικές και αλλοιώνουν το χρώμα των αποβαλλόμενων ούρων (Pomfret, 2007).

Συγκεκριμένα η ερυθρά ή ακόμη και καστανή χροιά στα ούρα είναι δυνατό να οφείλεται στην παρουσία ερυθροκυττάρων σε αυτά και καλείται *αιματοουρία*. Η διάγνωση της αιματοουρίας βασίζεται σε ορισμένα χαρακτηριστικά και επομένως ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης αίματος στα ούρα διακρίνεται σε κατηγορίες. Η αρχική αιματοουρία εκδηλώνεται με αιματηρά ούρα κατά την έναρξη της ούρησης τα οποία όμως κατά τη διάρκεια αυτής μετατρέπονται σε διαυγή. Σε αντίθεση η τελική αιματοουρία παρουσιάζει διαυγή ούρα κατά την αρχή της διαδικασίας της ούρησης και στη συνέχεια εμφανίζονται αιματηρά ούρα. Η ολική αιματοουρία είναι χαρακτηριστική καθώς από την αρχή μέχρι και την ολοκλήρωση της ούρησης τα ούρα είναι αιματηρά και αποτελούν ένδειξη παθολογίας των νεφρών (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015).

Η περίπτωση παρουσίας πύου στα ούρα (*πυουρία*) αποτελεί επίσης διαταραχή στην ποιότητα των ούρων και 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. Κύριο αίτιο της εκδήλωσης πυουρίας είναι η παρουσία φλεγμονής σε κάποιο σημείο του ουροποιητικού συστήματος (Pomfret, 2007).

Σε περιπτώσεις που ανιχνεύεται ποσότητα λευκωμάτων στα ούρα, με δεδομένο ότι φυσιολογικά η ανίχνευση τους λόγω μικρής ποσότητας δεν είναι δυνατή, αποτελεί ένδειξη *λευκωματουρίας*. Η λευκωματουρία είναι πιθανό να οφείλεται στην εκδήλωση νεφρίτιδας (Avery et al., 2004).

2.2 Αιτιολογικοί παράγοντες

Η παθοφυσιολογία των διαταραχών ούρησης μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες ανάλογα με τη φύση της συγκεκριμένης διαταραχής. Σε μια άθικτη ουροφόρο οδό η ροή των ούρων ενεργοποιείται μόνο όταν η μέγιστη

πίεση στην ουροδόχο κύστη υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο επίπεδο. Διαταραχές στον κύκλο της ούρησης καθώς και εκδήλωση δυσάρεστων οχλήσεων κατά τη διάρκεια της είναι πιθανό να οφείλονται σε ποικίλες καταστάσεις όπως είναι χρόνια φλεγμονώδη περιστατικά αλλά και νευρολογικά νοσήματα (García-Fadrique et al., 2011).

Συγκεκριμένα διαταραχές όπως είναι η συχνουρία μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος όπως είναι οι ουρολοιμώξεις, η λιθίαση και η νευρογενής κύστη (Kavía et al., 2006). Δεν αποκλείεται όμως να αποτελεί συνοδή εκδήλωση συστηματικών παθήσεων όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Η συχνότερη όμως ουρολογική της αιτία είναι η καλοήθης απόφραξη του προστάτη (Kelly, 2004).

Διαταραχές όπως είναι η καυσουρία οφείλονται συνήθως σε λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος ή σε παθήσεις που επηρεάζουν την ουρήθρα, όπως είναι η λιθίαση και η βαλανοποσθίτιδα. Η διαταραχή αυτή επιδεινώνεται σε περιπτώσεις που εντοπίζεται μειωμένη ροή των ούρων όπως για παράδειγμα σε στένωση της ουρήθρας και απαιτείται η ταυτοποίηση της με ακρίβεια (Avery et al., 2004).

Η πολουρία και ειδικότερα η νυκτερινή εκδήλωση της δύναται να εκδηλωθεί ανεξάρτητα από την ηλικία αν και είναι πιο συχνή σε άτομα άνω των 65 ετών. Το συχνότερο αίτιο αυτής είναι η διαταραχή του φυσιολογικού ρυθμού παραγωγής των ούρων, μια κατάσταση αρκετά συχνή σε ηλικιωμένα άτομα. Συνυπάρχουσες παθήσεις που πιθανό να αποτελούν αίτιο εκδήλωσης πολουρίας είναι η αποφρακτική άπνοια που οδηγεί σε αύξηση της αποβαλλόμενης συγκέντρωσης ιόντων νατρίου κατά τη νυκτερινή κατάκλιση και επομένως αυξάνεται σημαντικά ο όγκος των αποβαλλόμενων νυκτερινών ούρων (Abrams et al., 2000). Ασθένειες όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η φλεβική στάση καθώς και περιστατικά περιφερικών οιδημάτων παχυσαρκίας προκαλούν επανακυκλοφορία κατά την κατάκλιση υγρών και συνεπώς την εμφάνιση νυκτερινής πολουρίας. Άλλες αιτίες πολουρίας είναι και η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη ή άποιου διαβήτη ενώ είναι πιθανή η πολουρική φάση να εκδηλωθεί έπειτα από επεισόδιο οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (García-Fadrique et al., 2011).

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. Ειδικότερα η χρόνια επίσχεση είναι πιθανό να οφείλεται σε επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις και σε νοσήματα όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια (Schreiner et al., 2013).

Συνηθέστερη αιτία της ανουρίας αποτελεί επίσης η οξεία ή η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οποία είναι δυνατό να είναι νεφρικής, προνεφρικής ή και μετανεφρικής αιτιολογίας. Επιπρόσθετα είναι πιθανό η διαταραχή αυτή να οφείλεται σε απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος, σε σοβαρές λοιμώξεις που προκαλούν ουρόσηψη αλλά και στη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων (Shamliyan et al., 2015).

Η ολιγουρία οφείλεται κατά βάση σε οξεία βλάβη των νεφρών. Κύρια αίτια εκδήλωσης της είναι επίσης η έντονη πτώση της αρτηριακής πίεσης, η σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια αλλά και η αποφρακτική ουροπάθεια. Επιπλέον η λήψη νεφροτοξικών φαρμάκων είναι πιθανό να προκαλέσει ολιγουρία (Kelly, 2004).

Η δυσουρία προκαλείται λόγω λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, ουρολιθίασης, διάμεσης κυστίτιδας αλλά και εμφάνισης νεοπλάσματος στην ουροδόχο κύστη. Η υπερτροφία του προστάτη στους άνδρες επίσης προκαλεί συμπτώματα δυσουρίας (Ramsey & Palmer, 2006).

Η αιματουρία προκαλείται λόγω ουρολοιμώξεων αλλά και λιθιάσεων στο ουροποιητικό σύστημα ενώ δεν αποκλείεται η πρόκληση της λόγω εκδήλωσης καρκινώματος στα νεφρά, στην ουροδόχο κύστη ή στον προστάτη στους άνδρες. Οι τραυματισμοί σε διάφορα σημεία του ουροποιητικού συστήματος αλλά και η λήψη φαρμάκων είναι δυνατό επίσης να προκαλέσουν την παρουσία αίματος στα ούρα (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015).

Σε ότι αφορά την πυουρία υπάρχουν πολλά αίτια που προκαλούν την εκδήλωση της με κυριότερο τις λοιμώξεις. Άλλα αίτια είναι η παρουσία νοσημάτων όπως είναι η φυματίωση ή η εκδήλωση λιθίασης στο ουροποιητικό σύστημα (Pomfret, 2007).

2.3 Διαγνωστικές δοκιμασίες

Βασικά στοιχεία των διαγνωστικών δοκιμασιών είναι η διαγνωστική τους ακρίβεια, η αξιοπιστία και η προγνωστική αξία τους. Για το λόγο αυτό και κατά τη διάγνωση των διαταραχών ούρησης στην κλινική πράξη είναι σημαντική 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. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι δεν αποκλείεται ανωμαλίες στη φάση της ούρησης να προκαλούν προβλήματα και στη φάση της αποθήκευσης (Schreiner et al., 2013).

Η εκτίμηση των διαταραχών ούρησης βασίζεται στη λήψη ιστορικού και στην κλινική εξέταση του ασθενή. Κατά τη λήψη του ιστορικού ελέγχεται η 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). Σημαντική είναι και η λήψη του σεξουαλικού ιστορικού για τον εντοπισμό πιθανών λοιμώξεων αλλά και η καταγραφή του μαιευτικού ιστορικού, καθώς οι διαταραχές ούρησης είναι συχνές σε γυναίκες μετά από ένα ή περισσότερους τοκετούς (Utomo et al., 2015).

Η κλινική εξέταση πέρα από τον εντοπισμό πιθανών νοσημάτων που δύναται να προκαλέσουν ανωμαλίες στη φυσιολογική λειτουργία της ούρησης, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, εκτιμά την λειτουργία της έμμηνου ρύσεως στις γυναίκες καθώς η εμφάνιση εμμηνόπαυσης συνδέεται με την διαταραχή της ούρησης (Faiena et al., 2015). Η φυσική εξέταση αφορά την γενική ουρολογική εξέταση του ασθενή και εκτιμά τα νευρολογικά αντανακλαστικά και την αισθητικότητα αυτών (Kelly, 2004). Σημαντική είναι και η βιοχημική εξέταση όπου ελέγχονται τα επίπεδα ουρίας, κρεατινίνης, η συγκέντρωση ερυθρών αιμοσφαιρίων και πυοσφαιρίων αλλά και το pH (Elneil, 2010).

Ο ουροδυναμικός έλεγχος περιλαμβάνει την κυστεομετρία, το ηλεκτρομυογράφημα σφιγκτήρα αλλά και τον έλεγχο της λειτουργικότητας της ουρήθρας. Πα-

ράλληλα προτείνεται η πραγματοποίηση δυναμικού σπινθηρογραφήματος νεφρών και ταυτόχρονος υπολογισμός του ρυθμού σπειραματικής διήθησης ώστε να εντοπισθούν πιθανές αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές. Η εξέταση κυστεοσκόπησης επίσης διενεργείται όπως και η δυναμική κυστεογραφία προκειμένου να ληφθούν πληροφορίες για την λειτουργικότητα της ουροδόχου κύστης (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 κυστεοουρητική συμβολή. Πρόκειται για ανώδυνη μη επεμβατική εξέταση που επιτρέπει την απεικόνιση των εσωτερικών οργάνων και η οποία αποκαλύπτει πιθανές αλλοιώσεις αυτών (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015). Η ακρίβεια της διαγνωστικής μεθόδου του υπερηχογραφήματος είναι ιδιαίτερα υψηλή και επιτρέπει την ανίχνευση θρόμβων, λίθων, τραυματισμών αλλά και νεοπλασμάτων στην ουροδόχο κύστη καθώς και την πιθανότητα παρουσίας κυστίτιδας (Amaro, Gameiro & Padovani, 2007).

Βασικό σημείο στην διάγνωση αποτελεί η καταγραφή της λήψης υγρών και της αποβολής ούρων ανά 24ωρό και συγκεκριμένα 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). Η καταγραφή επιπλέον των επεισοδίων ακράτειας αλλά και επιτακτικής ούρησης θα επιτρέψει την εξαγωγή διαγνωστικών συμπερασμάτων. 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; Yamanishi, Kamai & Yoshida, 2008).

Ο ουροδυναμικός έλεγχος μελετά τη λειτουργικότητα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος και αξιολογεί την αποδοτικότητα του τόσο κατά τη φάση κένωσης όσο και κατά τη φάση πλήρωσης αυτού. Αποτελεί διαγνωστική εξέταση απαραίτητη για τη διερεύνηση και την τεκμηρίωση της λειτουργικότητας του εξωστήρα και τον εντοπισμό της αιτιολογίας της διαταραχής (Schreiner et al., 2013).

2.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Τα προβλήματα ούρησης είναι δυνατό να αφορούν τόσο τη φάση της αποθήκευσης των ούρων όσο και τη φάση της κένωσης αυτών και η αντιμετώπιση τους αρχικά επικεντρώνεται σε συντηρητικές παρεμβάσεις με στόχο τη σταθεροποίηση της λειτουργικότητας του σφιγκτήρα μυ. Σημαντικό σημείο στην επιτυχία της επιλεγόμενης θεραπευτικής παρέμβασης αποτελεί ο ακριβής εντοπισμός της υποκείμενης διαταραχής (Utomo et al., 2015).

Ως θεραπευτική μέθοδο σε περιπτώσεις αδυναμίας κένωσης της ουροδόχου κύστης εφαρμόζεται ο διαλείπων καθετηριασμός. Σε αυτόν ένας ειδικός μικρός εύκαμπος καθετήρας εισάγεται από την ουρήθρα και ωθείται μέχρι την ουροδόχο κύστη με σκοπό την παροχέτευση των ούρων. Ο καθετήρας αφαιρείται μετά την κένωση της ουροδόχου κύστης (Amaro, Gameiro & Padovani, 2007). 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. Η συχνότητα των καθετηριασμών διαφέρει από άτομο σε άτομο και δεν απαιτείται να είναι συχνότερη από κάθε 4-6 ώρες (Avery et al., 2004; Diokno et al., 2004).

Η απουσία συγχρονισμού της ουρήθρας με την ουροδόχο κύστη επιχειρείται να αντιμετωπισθεί με τη λήψη οι α-αδρενεργικών ανταγωνιστών που προκαλούν χάλαση του σφιγκτήρα (Brubaker, 2004). Εάν οι διαταραχές ούρησης δεν αντιμετωπίζονται ούτε φαρμακευτικά ούτε μέσω καθετηριασμών τότε επιλέγεται ο χρόνιος καθετηριασμός της κύστης που όμως εγκυμονεί τον μεγάλο κίνδυνο των χρόνιων λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015).

Η λήψη κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων προτείνεται προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία της ούρησης και αφορά ουσίες που δρουν είτε στην ουροδόχο κύστη είτε στον προστάτη. Εναλλακτικές λύσεις σε ότι αφορά την κένωση της κύστης προτείνονται σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η λήψη φαρμάκων (Cardozo et al., 2004; Shamliyan et al., 2015). Μια κοινή μέθοδος που επιτρέπει την

πληρέστερη κένωση της κύστης είναι η τεχνική Crede. Η συγκεκριμένη τεχνική συνιστά 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. Οι άνδρες είναι απαραίτητο να κάθονται στην διάρκεια της ούρησης (Bo, 2004; Dumoulin et al., 2004).

Σε περιπτώσεις ακράτειας ούρων και συχνουρίας εφαρμόζονται ταινίες και σφικτήρες οι οποίες παρέχουν στήριξη στην ουρήθρα και εξασφαλίζουν την αποφυγή ανεξέλεγκτων απωλειών. Οι κοιλιακές ταινίες είναι σχεδιασμένες ώστε να διατηρούν κλειστή την ουρήθρα ενώ ο τεχνητός σφικτήρας είναι αποτελεσματικός σε περιπτώσεις έντονης ανδρικής ακράτειας ούρων (Costantini et al., 2008; Faiena et al., 2015).

Η ρύθμιση της λειτουργίας της κύστης ελέγχεται φυσιολογικά μέσω αντανακλαστικού το οποίο εντοπίζεται στο νωτιαίο μυελό. Το αντίστοιχο νεύρο εκφύεται από την σπονδυλική στήλη στο ύψος του ιερού οστού. Είναι εφικτή η ρύθμιση της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης με την τοποθέτηση ενός βηματοδότη στο σημείο αυτό και τη νευροδιέγερση του ιερού νεύρου (Yamanishi, Kamai & Yoshida, 2008; Elneil, 2010). Σε ασθενείς με υπερδραστήρια 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).

2.5 Ο ρόλος της μαίας στην θεραπευτική προσέγγιση

Ιδιαίτερα στις γυναίκες η ανατομική σχέση και η λειτουργική συνάφεια του γεννητικού και του ουροποιητικού συστήματος εγείρουν την εκδήλωση παθήσεων που σχετίζονται μεταξύ τους και αντιμετωπίζονται από κοινού. Η παρουσία συμπτωμάτων διαταραχών ούρησης κατά την κύηση ή και μετά τον τοκετό συνιστούν συγκριτικά κοινό πρόβλημα και για το λόγο αυτό τον τομέα της μαιευτικής και της γυναικολογίας αναπτύσσονται μέθοδοι και προσεγγίσεις που υποστηρίζουν την ορθή

διαγνωστική διερεύνηση της ασθενούς, η οποία πάσχει από ουρογεννητικά προβλήματα στοχεύοντας στην αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της με σύγχρονα θεραπευτικά μέσα και τεχνικές. Καίρια στην προσπάθεια αυτή κρίνεται η συμβολή της μαιάς η οποία γνωρίζει την ανατομία και τις παθήσεις του γυναικείου γεννητικού συστήματος ενώ συγχρόνως βρίσκεται κοντά στη γυναίκα σε σημαντικές περιόδους της ζωής της (MacArthur et al., 2016).

Συχνή διαταραχή η οποία εκδηλώνεται σε γυναίκες αποτελεί η ακράτεια ούρων. Οι κακώσεις που προκαλούνται κατά τον τοκετό και τις μαιευτικές επεμβάσεις στο γεννητικό σύστημα, αλλά και στο ουροποιητικό αποτελούν τις κύριες αιτίες ακράτειας των ούρων. Ο ειδικός ρόλος της μαιάς στα πλαίσια της έγκαιρης διάγνωσης αλλά και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των διαταραχών αυτής της μορφής έγκειται στον τρόπο χειρισμού των γυναικών και στην αντιμετώπιση των υποτροπών με κατανόηση της συσχέτισης της κοινής γυναικολογικής και ουρολογικής φύσης της διαταραχής (Morino et al., 2019). Δε δύναται να μελετηθεί απομονωμένα η ουρήθρα από το λοιπό πυελικό έδαφος και συνεπώς η συνδυαστική γυναικολογική προσέγγιση κρίνεται αναγκαία. Η μαιά, σε συνεργασία με τον μαιευτήρα – γυναικολόγο, ως γνώστης της ανατομίας και της φυσιολογίας της γυναικείας ανατομίας δύναται με την κατάλληλη εκπαίδευση που έχει λάβει να υποστηρίξει την προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης και να υποστηρίξει ταυτόχρονα τη γυναίκα σε μια ευάλωτη περίοδο της ζωής της (Nygaard, 2015).

Η αντιμετώπιση των διαταραχών ούρησης στις γυναίκες είναι δυνατή με την επιλογή συντηρητικών μεθόδων θεραπείας και την εφαρμογή ασκήσεων πυελικών μυών που αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των εσωτερικών μυών που στηρίζουν την ουρήθρα και την ουροδόχο κύστη. Η μαιά δύναται να επιδείξει το σωστό τρόπο άσκησης και να διορθώσει πιθανά λάθη ενισχύοντας το αποτέλεσμα της συντηρητικής προσέγγισης (Gyhagen, Akervall & Molin, 2019). Επιπρόσθετα με την υιοθέτηση προγράμματος εκπαίδευσης της κύστης με τη βοήθεια και πάλι της μαιάς η γυναίκα είναι δυνατό να μειώσει τα συμπτώματα διαταραχών όπως είναι η συχνουρία καθώς και τα επεισόδια απώλειας ούρων (Lin et al., 2018).

Πέρα από τη σημαντική συμβολή της μαιάς κατά τη θεραπευτική παρέμβαση σημαντική κρίνεται και η δράση της αναφορικά με την κατάλληλη πληροφόρηση που θα πρέπει να λάβουν οι γυναίκες σε ότι αφορά τις διαταραχές ούρησης και τα συ-

μπτώματα τους. Ειδικότερα σε περιστατικά διαταραχών που οφείλονται στην κύηση ή στον τοκετό η μαία θα πρέπει να ενημερώνει με τρόπο κατανοητό για τις πιθανές εκδηλώσεις ώστε η γυναίκα να είναι προετοιμασμένη για όσα πιθανό να ακολουθήσουν. Μέσω της ενημέρωσης διασφαλίζεται η αναζήτηση έγκαιρα ιατρικής βοήθειας και συνεπώς ο άμεσος έλεγχος των συμπτωμάτων με σαφή θετική επίδραση στη ζωή της γυναίκας (Morino et al., 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Διαταραχές ούρησης στις γυναίκες

3.1 Διαφοροποίηση διαταραχών ούρησης ανάλογα με το φύλο

Η διαφορετική ανατομία των ουροποιητικών οργάνων οδηγεί στην διαφοροποίηση στην εκδήλωση διαταραχών στην ούρηση μεταξύ των δύο φύλων. Η γυναικεία ουρήθρα παρουσιάζεται περισσότερο ευπαθής σε μολύνσεις κυρίως λόγω της μικρής γειννίας της με τον πρωκτό γεγονός που συνεπάγεται την εκδήλωση συχνών διαταραχών ούρησης λόγω ουρολοιμώξεων. Η ολιγουρία αποτελεί συνήθης διαταραχή όπως και η συχνουρία ακολουθούμενη από το αίσθημα ατελούς κένωσης της ουροδόχου κύστης και την νυχτουρία (Townsend, Danforth & Lifford, 2007; Burgio, 2013).

Προβλήματα ούρησης εκδηλώνονται σε ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών τα οποία συχνά υποδιαγιγνώσκονται κυρίως λόγω του ποικίλου αριθμού αιτιών που οδηγούν στην εκδήλωση τους. Η συχνότερη αιτία είναι οι πιθανές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος ενώ σε αρκετές περιπτώσεις εντοπίζεται υπολειτουργικότητα του συστήματος του εξωστήρα των ούρων. Η υπολειτουργικότητα του εξωστήρα προκαλεί μειωμένη δύναμη συστολής και διάρκειας και οδηγεί σε αποτυχία κένωσης της ουροδόχου κύστης (Elneil, 2010; Seshan, Alkhasawneh & Hashmi, 2016).

3.2 Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης διαταραχών ούρησης στις γυναίκες

Η συχνότερη μορφή πρόπτωσης οργάνου στο γυναικείο κόλπο είναι η πρόπτωση της ουροδόχου κύστης η οποία καλείται κυστεοκήλη. Η πάθηση αυτή συνοδεύεται κατά βάση από την εκδήλωση διαταραχών στην ούρηση (Ashton-Miller, Howard & DeLancey, 2001). Γυναίκες που έχουν αποκτήσει ένα τουλάχιστον παιδί παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης κυστεοκήλης και συνεπώς συνοδών

διαταραχών στην ούρηση. Ειδικότερα η ακούσια ακράτεια ούρων αποτελεί πρόβλημα των γυναικών που έχουν βιώσει ένα ή και περισσότερους τοκετούς (Osborn et al., 2013). Σε ηλικίες άνω των 65 ετών η εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων διαταραχών ούρησης είναι πιθανό να σχετίζεται με την πρόπτωση της μήτρας σε αυτή την ηλικία. Η υπολειπτικότητα του εξωστήρα επίσης σχετίζεται αποκλειστικά με την ηλικία καθώς η γήρανση αποτελεί τον κυριότερο λόγο αδυναμίας αυτού οπότε συσπάται λιγότερο αποτελεσματικά (Danforth et al., 2006; García-Fadrique et al., 2011).

Τα ινομύματα επίσης αποτελούν σύνθετες γυναικολογικό αίτιο εκδήλωσης διαταραχών ούρησης και συγκεκριμένα αφορούν τη δυσκολία κένωσης της ουροδόχου κύστης. Πρόκειται για καλοήθεις όγκους που αναπτύσσονται στη μήτρα και είναι πιθανό να προκαλέσουν εξωτερική απόφραξη του αυχένα της κύστης οπότε και δυσχεραίνεται η κένωσης της (Bo, 2004; Seshan, Alkhasawneh & Hashmi, 2016). Δυσκολία στην κένωσης της κύστης διαπιστώνεται και σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε κολποανάρτηση οπότε και διαπιστώνουν ότι η ούρηση πραγματοποιείται σε πιο αργό ρυθμό σε σχέση με πριν από τη χειρουργική επέμβαση (Bouallalene-Jaramillo, Bagur-Calafat & Girabent-Farrés, 2015).

Μεταξύ των παραγόντων που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση διαταραχών ούρησης στις γυναίκες είναι και η εμμηνόπαυση η οποία προκαλεί τον εκφυλισμό και την απώλεια μυϊκών κυττάρων του εξωστήρα και επομένως παρεμποδίζεται η φυσιολογική λειτουργία ούρησης (Utomo et al., 2015).

Διαφοροποιήσεις παρατηρούνται στη συχνότητα εκδήλωσης διαταραχών ούρησης ανάλογα με την ηλικία των γυναικών και τη φυσική δραστηριοποίηση τους. Γυναίκες μεγαλύτερη ηλικίας είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν διαταραχές κατά την ούρηση όπως και γυναίκες με έντονη φυσική δραστηριότητα. Σε ότι αφορά την εθνικότητα οι εκτιμώμενες διαφορές δεν κρίνονται αξιόλογες γεγονός που συνάδει με το συμπέρασμα ότι οι διαταραχές ούρησης αφορούν το σύνολο των γυναικών διεθνώς. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι διαταραχές ούρησης συνοδεύονται από γυναικολογικά και μαιευτικά προβλήματα τα οποία δε διαγνώστηκαν έγκαιρα με αποτέλεσμα την εδραίωση και την εξέλιξη τους (Fenner et al., 2008).

3.3 Επιπτώσεις στην καθημερινότητα των γυναικών

Οι διαταραχές ούρησης έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινότητα των γυναικών σε σύγκριση με άλλες διαταραχές καθώς εξαναγκάζουν το άτομο να τροποποιήσει ή και να αναβάλει συγκεκριμένες δραστηριότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει το είδος αλλά και την ένταση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων που τις συνοδεύουν (Kavia et al., 2006). Η γυναίκα προσαρμόζει την καθημερινότητα της ώστε να μπορεί να συμβιώσει με την παθολογική κατάσταση της και επομένως στερείται δραστηριοτήτων αλλά και συναναστροφών λόγω του προβλήματος που αντιμετωπίζει. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία συγκρούσεων στην οικογενειακή, προσωπική, κοινωνική αλλά και επαγγελματική ζωή και την σταδιακή αποξένωση της από το περιβάλλον της (Ramsey & Palmer, 2006).

Μια εξίσου σημαντική παράμετρος είναι και η νοσηρότητα που συνοδεύει την πλειονότητα των διαταραχών ούρησης η οποία συμβάλλει στην επιδείνωση της ζωής των γυναικών και στην δυσκολία πραγματοποίησης ενός συνόλου καθημερινών ασχολιών. Οι συνεχείς οχλήσεις, ο πόνος αλλά και το αίσθημα πίεσης στην κύστη δυσχεραίνουν τη δραστηριοποίηση και άρα τη φυσιολογική διαβίωση των γυναικών με διαταραχές ούρησης. Σε αυτό θα πρέπει να συνυπολογισθεί το σημαντικό οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η συμβατική ή η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος (Utomo et al., 2015).

3.4 Ποιότητα ζωής γυναικών με διαταραχές ούρησης

Οι διαταραχές ούρησης οποιασδήποτε μορφής επιδρούν σαρωτικά στην καθημερινή ζωή των γυναικών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων εκλαμβάνονται ως μια μορφή απώλειας της υγείας επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητα και την φυσιολογική δραστηριοποίησή τους (Cardozo et al., 2004). Σε αρκετές περιπτώσεις οι γυναίκες ασθενείς αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις και γενικότε-

ρα τις κοινωνικές συναναστροφές λόγω σημαντικής απώλειας της αυτοπεποίθησης τους. Έντονα συναισθήματα ντροπής αλλά και δυσαρέσκειας επηρεάζουν την συναισθηματική ισορροπία τους και ενέχουν σοβαρές ψυχολογικές προεκτάσεις με κυριότερη την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Ashton-Miller, Howard & DeLancey, 2001). Πέρα από τη κοινωνική ζωή επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό και η σεξουαλική ζωή των γυναικών λειτουργώντας επιβαρυντικά στην ομαλή σεξουαλική τους δραστηριοποίηση. Συχνή είναι και η εκδήλωση συνοδών διαταραχών ύπνου ιδίως σε διαταραχές ούρησης όπως η συχουρία και η νυκτουρία (Ptak et al., 2017).

Η θεραπεία των διαταραχών ούρησης στις γυναίκες επιχειρείται με διάφορες προσεγγίσεις ανάλογα με την τελική διάγνωση και στοχεύει κατά βάση στην βελτίωση της λειτουργικότητας της ούρησης. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος είναι δυνατό να επιλεγούν συντηρητικές παρεμβάσεις ή ακόμη και χειρουργική αντιμετώπιση με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων και την ελαχιστοποίηση των μακροπρόθεσμων επιπλοκών που συνδέονται με αυτά (Ramsey & Palmer, 2006). Με δεδομένο ότι η πλήρης ίαση δεν είναι πάντα εφικτή είναι σημαντική η διαχείριση των διαταραχών με τρόπο που να επιτυγχάνεται η ανακούφιση των συμπτωμάτων προκειμένου οι γυναίκες 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 γυναικών μέσω πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών (Shamliyan et al., 2015).

Βασικό βήμα στην αντιμετώπιση των διαταραχών ούρησης αποτελεί η προσφυγή των ασθενών ώστε να λάβουν την κατάλληλη ιατρική συμβουλή. Συχνά όμως οι γυναίκες εκδηλώνουν έντονη απροθυμία να παραδεχθούν την εκδήλωση της συγκεκριμένης φύσης διαταραχών καθώς και να ακολουθήσουν την προτεινόμενη θεραπευτική προσέγγιση (Pomfret, 2007). Κυριότερος παράγοντας είναι η πίστη ότι το πρόβλημα οφείλεται καθαρά στη γήρανση, η δυσπιστία ότι είναι εφικτή η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αλλά και η ντροπή που διαισθάνονται (Townsend, Danforth & Lifford, 2007; Seshan, Alkhasawneh & Hashmi, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Έναυσμα για την παρούσα μελέτη αποτέλεσε η ανάγκη να εξετασθεί η ποιότητα της ζωής γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν διαταραχές στην ούρηση και να αποτυπωθεί η υποβάθμιση του επιπέδου αυτής λόγω των προβλημάτων ούρησης που αντιμετωπίζουν. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιχειρούν να αναδείξουν την καθοριστική επίδραση των διαταραχών αυτών στη ζωή των γυναικών, όπως αυτή κρίνεται από τις ίδιες. Ταυτόχρονα καταγράφονται οι κοινωνικές και δημογραφικές συσχετίσεις αναφορικά με τις διαταραχές ούρησης και με την ποιότητα ζωής των γυναικών. Ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας των γυναικών οι οποίες τροποποιούνται εξαιτίας των προβλημάτων ούρησης που αντιμετωπίζουν δύναται να επιτρέψει την επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων απέναντι σε αυτές και συνεπώς τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Η διατύπωση ερευνητικών ερωτήσεων είναι απαραίτητη διότι οδηγεί στον περιορισμό του ευρύτερου ερευνητικού πεδίου σε συγκεκριμένα ερευνητικά προβλήματα και οριοθετεί το συγκεκριμένο ερευνητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο επιχειρεί να επικεντρωθεί η παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα τα ερωτήματα τα οποία διατυπώθηκαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας ήταν τα εξής:

- 1.** Υφίσταται συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων γυναικών και στις διαταραχές στην ούρηση που αντιμετωπίζουν;

2. Σε ποιο επίπεδο καθορίζεται η ποιότητα ζωής των γυναικών που συμμετέχουν στη μελέτη;
3. Η σοβαρότητα των διαταραχών στην ούρηση συσχετίζεται με την έκπτωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των γυναικών;
4. Η χρονιότητα του προβλήματος στην ούρηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και σε ποιο βαθμό;
5. Ποιες καθημερινές δραστηριότητες επηρεάζονται λόγω των διαταραχών ούρησης;
6. Υφίσταται συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων γυναικών, στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα της ζωής τους και στις διαταραχές ούρησης;

Τα ερευνητικά αυτά ερωτήματα επιχειρούν να στοιχειοθετήσουν την εικόνα που έχουν οι γυναίκες αναφορικά με την ποιότητα της ζωής τους καθώς και το βαθμό στον οποίο τα προβλήματα ούρησης που αντιμετωπίζουν επηρεάζουν τη καθημερινότητα τους.

4.3 Σχεδιασμός της έρευνας

Ο ερευνητικός σχεδιασμός για τη παρούσα εργασία περιλάμβανε τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων αναφορικά με την εικόνα που διαμορφώνουν γυναίκες που αντιμετωπίζουν διαταραχές στην ούρηση σε σχέση με την ποιότητα της ζωής τους. Συγχρόνως κατέγραψε το βαθμό στον οποίο οι διαταραχές αυτές αλλοιώνουν το επίπεδο της καθημερινής λειτουργικότητας τους.

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε με τη διάθεση ερωτηματολογίων σε επιλεγόμενο δείγμα του γυναικείου πληθυσμού. Τα ερωτηματο-

λόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire--GHQ-28)* και το ερωτηματολόγιο *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form (ICIQ-SF)*.

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 γυναικών προκειμένου να συμμετέχουν στη διαδικασία και δόθηκε στην καθεμία από αυτές ένας αύξοντα σειριακός αριθμός για να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους.

Η επιλογή του δείγματος της έρευνας, στην προκειμένη περίπτωση γυναίκες που προσήλθαν σε ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή του Νομού Κοζάνης και οι οποίες αντιμετώπιζαν διαταραχές στην ούρηση, έγινε τυχαία. Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια μοιράσθηκαν σε διάφορα ιατρεία και η επιλογή των γυναικών στις οποίες δόθηκαν υπήρξε τυχαία. Ο λόγος ήταν για να περιέχονται σε αυτό άτομα διαφορετικής ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, εκπαίδευσης και κοινωνικής θέσης. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε η ποικιλομορφία των συμμετεχόντων και άρα η αντικειμενικότερη αντιμετώπιση των ερευνητικών ερωτημάτων.

4.3.1 Δείγμα της έρευνας

Κυρίαρχο στοιχείο στο σχεδιασμό μιας ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί ο προσδιορισμός του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να στραφεί. Στη συνέχεια ο ερευνητικός σχεδιασμός επικεντρώνεται στη διαδικασία της δειγματοληψίας που αποτελεί ένα σημαντικό μέρος αυτού καθώς η επιλογή του δείγματος επηρεάζει τόσο την ποιότητα των δεδομένων όσο και τα συμπεράσματα της έρευνας.

Η κατάλληλη επιλογή του δείγματος σε μια έρευνα επιτρέπει να ληφθούν σχετικά ακριβείς πληροφορίες οι οποίες και μπορούν στη συνέχεια να γενικευθούν στον ευρύτερο πληθυσμό. Στην ουσία η δειγματοληψία επιτρέπει σε έναν ερευνητή να ε-

ξάγει ενδεικτικά συμπεράσματα για τον συνολικό πληθυσμό με το μικρότερο δυνατό κόστος. Επιβάλλεται όμως να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις όπως το ότι δείγμα θα πρέπει να είναι επαρκές και να αντιστοιχεί σε ένα αξιοπρεπές ποσοστό του συνολικού πληθυσμού.

Κατά την παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν να συμμετέχουν γυναίκες οι οποίες κατέφυγαν σε ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή του Νομού Κοζάνης και οι οποίες αντιμετώπιζαν διαταραχές στην ούρηση. Η τυχαία επιλογή των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τον επαρκή αριθμό τους αποτελεί ένα σημαντικό βήμα σε ότι αφορά την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

4.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Οι στόχοι μιας ερευνητικής διαδικασίας είναι εκείνοι που καθορίζουν τον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Στην παρούσα εργασία επιλέχτηκε η ποσοτική προσέγγιση με τη χρήση ερωτηματολογίων. Η μέθοδος αυτή επέτρεψε την μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση του υπό μελέτη δείγματος και συνεπώς την αξιόπιστη διεξαγωγή της μελέτης.

Η επιλογή της χρήσης ερωτηματολογίων ως βασικού εργαλείου για τη διεξαγωγή της έρευνας βασίστηκε στο γεγονός ότι παρέχουν τη δυνατότητα να συλλεχθούν δεδομένα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα και από έναν ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων. Επιπλέον η συμμετοχή υπήρξε ανώνυμη καθώς δόθηκε στην κάθε γυναίκα ένας μοναδικός σειριακός αριθμός εξασφαλίζοντας τα προσωπικά της 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 στις γυναίκες να απαντηθεί και να παραδοθεί σε δεύτερο χρόνο.

Βασικά εμπόδια όμως στη χρήση ερωτηματολογίων αποτελούν το μικρό σε ορισμένες περιπτώσεις ποσοστό ανταπόκρισης και η έλλειψη συγκέντρωσης από τους συμμετέχοντες οι οποίοι απαντούν βιαστικά και χωρίς σκέψη.

Η διατύπωση των ερωτημάτων στα ερωτηματολόγια που επιλέχθηκαν είναι σαφής και επομένως διασφαλίζεται η αποφυγή πιθανών παρερμηνειών στις απαντήσεις τους. 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. Το ερωτηματολόγιο **International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form**, επίσης ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, επιτρέπει τον υπολογισμό του επιπέδου απώλειας του ελέγχου της ούρησης και της ποιότητας ζωής ατόμων που αντιμετωπίζουν διαταραχές ούρησης. Στο ερωτηματολόγιο αυτό τα 4 από τα συνολικά 6 ερωτήματα αφορούν τον καθορισμό των διαταραχών στην ούρηση σε χρονικό διάστημα διάρκειας 4 εβδομάδων. Η υψηλή βαθμολογία σε αυτό συνάδει με τη σοβαρότητα της διαταραχής ούρησης που εντοπίζεται.

4.4 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Κατά την εκπόνηση της παρούσας έρευνας προέκυψαν συγκεκριμένοι περιορισμοί και δυσκολίες. Αρχικά η αποτυχία λήψης πληροφοριών από ένα τμήμα των μελών του δείγματος λόγω έλλειψης χρόνου ή διάθεσης συμμετοχής περιορίσε το συνολικό αριθμό των γυναικών που συμμετείχαν τελικά στη μελέτη. Κάποια από τα μέλη του δείγματος αρνήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες από τις ερωτήσεις μειώνοντας τον αριθμό των ολοκληρωμένων ερωτηματολογίων και με τον τρόπο αυτό και το συνολικό αριθμό των συμμετεχόντων.

4.5 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων

Μετά την συγκέντρωση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια το επόμενο βήμα ήταν η επεξεργασία των δεδομένων. Κατά την ανάλυση καταγράφηκαν αρχικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών 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 χ^2 test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε $p < 0,05$ ($\alpha=5\%$). Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το IBM SPSS V23. (SPSSinc., Chicago, Illinois, USA).

4.6 Προοπτικές της μελέτης

Η συγκεκριμένη έρευνα επιχειρήσε να αξιολογήσει το επίπεδο της ποιότητας της ζωής γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν διαταραχές στην ούρηση και οι οποίες επισκέφθηκαν ιατρεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Νομό Κοζάνης.

Παρότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της ζωής αποτελεί σαφώς μια υποκειμενική θεώρηση με πολλαπλές διαστάσεις θεωρείται αναμφισβήτητο ότι διαμορφώνεται βασισόμενη 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. 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.

Παράλληλα ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας που επηρεάζονται λόγω των προβλημάτων ούρησης στις γυναίκες αυτές δύναται να επιτρέψει την βέλτιστη κατανόηση αυτών και κατά συνέπεια την επιλογή κατάλληλων παρεμ-

βατικών στρατηγικών με στόχο την διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα – Επεξεργασία

5.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών

Το δείγμα των γυναικών κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και την επαγγελματική απασχόληση ενώ μελετήθηκαν και οι καπνιστικές συνήθειες τους. Παράλληλα εξετάστηκε η ηλικία έναρξης της έμμηνου ρήσεως αλλά και η παρουσία ή όχι εμμηνόπαυσης. Σε ότι αφορά τις διαταραχές σύρρησης οι γυναίκες κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με τη συχνότητα των επισκέψεων τους στο Ουρολογικό ιατρείο αλλά και τη συχνότητα και την ποσότητα των απωλειών ούρων που αντιμετωπίζουν. Τέλος διαχωρίστηκαν ανάλογα με το βαθμό στον οποίο οι διαταραχές σύρρησης επηρεάζουν την καθημερινότητα τους.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρειάστηκε να κατηγοριοποιηθούν ορισμένες μεταβλητές οι οποίες είχαν πολλές δυνατές επιλογές μεταξύ των απαντήσεων. Η μεταβλητή που αφορούσε την ηλικία των συμμετεχόντων διαχωρίστηκε σε κατηγορίες «24-41», «42-56» και «57 και άνω» ετών, προκειμένου να μελετηθεί καλύτερα το σύνολο αυτών.

Η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών επίσης διαχωρίστηκε σε κατηγορίες και συγκεκριμένα υφίστανται οι κατηγορίες «άγαμη», «έγγαμη», «διαζευγμένη» και «χήρα». Στην κατηγορία «άγαμη» περιλαμβάνεται το σύνολο των γυναικών οι οποίες κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της μελέτης είτε είχαν κάποια διαπροσωπική σχέση δίχως όμως να έχει επισημοποιηθεί είτε δεν είχαν διαπροσωπική σχέση και ήταν ελεύθερες. Στην κατηγορία «έγγαμη» συγκαταλέγεται το σύνολο των γυναικών σε γάμο δίχως όμως να καταγράφεται η χρονική διάρκεια αυτού. Στις κατηγορίες «διαζευγμένη» και «χήρα» περικλείονται οι γυναίκες των οποίων ο γάμος έχει λυθεί με διαζύγιο και εκείνες των οποίων οι σύζυγοι έχουν πεθάνει αντίστοιχα, χωρίς να σημειωθούν τα έτη που έχουν παρέλθει από το συμβάν αυτό.

Σε ότι αφορά την εκπαίδευση οι κατηγορίες διαμορφώθηκαν ως «αναλφάβητη» για εκείνες που δεν πήγαν καθόλου σχολείο ή που παρακολούθησαν ορισμένες μόνο τάξεις του Δημοτικού, «Πρωτοβάθμια» για εκείνες που τελείωσαν το Δημοτικό

Σχολείο, «Δευτεροβάθμια» για όσες τελείωσαν το Λύκειο ή αντίστοιχη εκπαιδευτική μονάδα Δευτεροβάθμιας βαθμίδας και «Τριτοβάθμια» για όσες έλαβαν πανεπιστημιακό τίτλο σπουδών από οποιοδήποτε Ανώτερο ή Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. Στην κατηγορία «Μεταπτυχιακό» συγκαταλέγονται εκείνες που έλαβαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών αλλά και εκείνες που κατέχουν διδακτορικό δίπλωμα, ανεξάρτητα από τον αριθμό αυτών.

Η επαγγελματική κατάσταση των γυναικών επίσης παρουσίαζε πολλές κατηγορίες και αποφασίστηκε να συγχωνευθεί. Έτσι, ενώ αρχικά υπήρχαν περισσότερες επιλογές τελικά μετατράπηκαν σε «Εργαζόμενη», «Συνταξιούχος» και «Άνεργη», ενώ η επιλογή «Οικιακά» παρέμεινε ως είχε.

Οι καπνιστικές συνήθειες των γυναικών επίσης εξετάστηκαν και διαμορφώθηκε μια διττή επιλογή με «Ναι» για εκείνες που είναι καπνίστριες κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας και «Όχι» για όσες δεν καπνίζουν δίχως να μελετηθεί εάν δεν κάπνισαν ποτέ ή εάν έχουν διακόψει τη συνήθεια αυτή. Ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα και γενικότερα η συχνότητα καπνίσματος δεν μελετήθηκε.

Σε ότι αφορά την πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων γυναικολογικής φύσης επίσης η επιλογή υπήρξε διττή με «Ναι» για εκείνες που υποβλήθηκαν σε γυναικολογικές επεμβάσεις και «Όχι» για όσες δε χρειάστηκε ποτέ να δεχθούν κάποιου είδους χειρουργική παρέμβαση. Η κατηγορία «Ναι» δε διακρίθηκε επιπρόσθετα αναφορικά με το είδος της γυναικολογικής επέμβασης που πραγματοποιήθηκε.

5.2 Αποτελέσματα

5.2.1 Περιγραφική ανάλυση των γυναικών της μελέτης

Στο δείγμα των 93 γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα προκύπτει ότι η πλειοψηφία τους συγκαταλέγεται στην ηλικιακή ομάδα «25-41» ετών (n=45, 48,9%) ενώ το 31,5 % (n=29) είναι από «42-56» ετών. Από το σύνολο των γυναικών μόνο 18 (19,6%) ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία «57 και άνω» ετών.

Σε ότι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση 67 (72,8 %) γυναίκες δήλωσαν ότι είναι έγγαμες, 18 (19,6%) γυναίκες είναι άγαμες, 5 (5,4%) γυναίκες έχουν χάσει το σύντροφο τους και είναι χήρες και 2 (2,2%) γυναίκες είναι διαζευγμένες.

Σε ότι αφορά τη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχουν παρακολουθήσει και συνεπώς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο 42,4% (n=39) των γυναικών δήλωσε ότι έχει ολοκληρώσει τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ Τριτοβάθμια εκπαίδευση έχουν ολοκληρώσει 36 (39,1%) γυναίκες. Τη Πρωτοβάθμια εκπαίδευση έχουν ολοκληρώσει 9 (9,8%) γυναίκες και ελάχιστες έχουν λάβει Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (n=7, 7,6%). Από το σύνολο των γυναικών μόνο 1 (1,1%) δήλωσε ότι δεν έχει πάει καθόλου σχολείο και είναι αναλφάβητη.

Από το σύνολο των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα οι 58 (62,4%) εργάζονται, οι 17 (18,3%) είναι άνεργες και 11 (11,8%) έχουν συνταξιοδοτηθεί. Το 7,5% (n=7) των γυναικών ασχολείται με τα οικοκυρικά.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής είναι σε αστική περιοχή για το 80,6 % (n=75) των γυναικών, σε αγροτική περιοχή για το 17,2 % (n=16) και σε ημιαστική περιοχή για το 2,2% (n=2).

Σε ότι αφορά την παρουσία ή όχι εμμηνόπαυσης 33 (35,5%) από τις γυναίκες έχουν εισέλθει στην εμμηνόπαυση ενώ οι υπόλοιπες 60 (64,5%) όχι.

Σε ότι αφορά τις καπνιστικές τους συνήθειες οι περισσότερες (n=66, 71,0%) γυναίκες δήλωσαν ότι δεν καπνίζουν. Αντίθετα το 29,0% (n=27) των γυναικών καπνίζει δίχως όμως να δηλώνει τη συχνότητα της συνήθειας αυτής.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων 21 (22,6%) γυναίκες δεν έχουν τεκνοποιήσει. Οι υπόλοιπες 72 (77,4%) έχουν τεκνοποιήσει είτε φυσιολογικά είτε με τη βοήθεια καισαρικής τομής. Συγκεκριμένα η πλειονότητα των γυναικών (n=53, 73,6%) γέννησε φυσιολογικά και 19 (20,4%) γέννησε με καισαρική τομή. Από αυτές το 18,1% (n=13) υπεβλήθησαν σε μια καισαρική τομή, 6,9% (n=5) σε δύο και μόνο 1 γυναίκα (1,4%) σε 3 καισαρικές τομές.

Η πλειονότητα των γυναικών (n=35, 37,6%) δήλωσε ότι αποκτήσσει 2 παιδιά. Το 20,4% (n=19) των γυναικών έχει 1 τοκετό στο ιστορικό του και το 17,2% (n=16) έχει πραγματοποιήσει 3 τοκετούς. Μόνο 2 (2,2%) γυναίκες έχουν 4 τοκετούς.

Σε χειρουργική επέμβαση γυναικολογικής φύσης, δίχως να περιλαμβάνεται σε αυτές η καισαρική τομή, έχει υποβληθεί το 28,0% (n=28) των γυναικών ενώ 67 γυναίκες από το συνολικό δείγμα (72,0%) όχι.

Ο αριθμός των ουρολογικών επισκέψεων που καταγράφηκε για την πλειονότητα των γυναικών (n=71, 78,0%) στο παρελθόν ήταν μηδενικός και η επίσκεψη αυτή ήταν η αρχική τους. Αντίστοιχα 16 γυναίκες (17,6%) είχαν επισκεφθεί ουρολογικό ιατρείο 1 φορά στο παρελθόν, 2 γυναίκες (2,2%) 2 φορές και επίσης 2 γυναίκες (2,2%) 3 φορές.

Σε ότι αφορά την απώλεια ούρων οι περισσότερες γυναίκες (n=42, 45,7%) δεν αντιμετώπισαν αντίστοιχο πρόβλημα σε πρότερο χρόνο. Από τις υπόλοιπες γυναίκες οι 34 (37,0%) παρουσίασαν απώλεια ούρων με συχνότητα 1 φορά/ ημέρα, 12 (13,0%) γυναίκες με συχνότητα 2 με 3 φορές/ εβδομάδα. Μόνο 4 γυναίκες (4,3%) εμφάνισαν προβλήματα απώλειας ούρων αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Η ποσότητα των ούρων λόγω απωλειών ήταν μικρή για την πλειονότητα των γυναικών (n=42, 45,7%), μέτρια για 7 (7,6%) από αυτές και αρκετά μεγάλη για μόνο 1 (1,1%) γυναίκα από το σύνολο των συμμετεχόντων. Σε ότι αφορά την ποσότητα απώλειας ούρων οι 42 (45,7%) γυναίκες που δεν παρουσίαζαν προβλήματα απώλειας ούρων δήλωσαν μηδενική ποσότητα απωλειών στο ερώτημα αυτό.

Τέλος σε ότι αφορά το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται η καθημερινή ζωή των γυναικών λόγω των διαταραχών ακράτειας που αντιμετωπίζουν οι 42 (46,5%) γυναίκες που δεν παρουσιάζουν προβλήματα δηλώνουν μηδενική επιρροή στην καθημερινότητα τους. Από τις υπόλοιπες μόνο 1 (1,2%) γυναίκα δήλωσε ότι επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό ενώ οι περισσότερες παρουσιάζουν μια διαβάθμιση με τον μεγαλύτερο όγκο των γυναικών να κατατάσσεται όμως σε υψηλές βαθμίδες δηλώνοντας ότι η καθημερινότητα του επηρεάζεται αρκετά. Αντίθετα χαμηλά στη βαθμονόμηση τοποθετείται μικρός συγκριτικά αριθμός γυναικών. Η καταγραφή των αποτελεσμάτων αναφορικά με το βαθμό επιρροής της καθημερινότητας λόγω των διαταραχών ούρησης απεικονίζεται στον **Πίνακα 1** που ακολουθεί. Επιπρόσθετα στον **Πίνακα 1** απεικονίζονται τα περιγραφικά στοιχεία των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Δημογραφικά στοιχεία			
Μεταβλητή		Αριθμός ατόμων (n)	Ποσοστό (%)
Ηλικία	25-41	45	48,9
	42-56	29	31,5
	57 και άνω	18	19,6
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	18	19,6
	Έγγαμη	67	72,8
	Διαζευγμένη	2	2,2
	Χήρα	5	5,4
Εκπαίδευση	Αναλφάβητη	1	1,1
	Πρωτοβάθμια	9	9,8
	Δευτεροβάθμια	39	42,4
	Τριτοβάθμια	36	39,1
	Μεταπτυχιακό	7	7,6
Επαγγελματική απασχόληση	Εργαζόμενη	58	62,4
	Συνταξιούχος	11	11,8
	Άνεργη	17	18,3
	Οικιακά	7	7,5
Τόπος διαμονής	Αστική περιοχή	75	80,6

	Ημιαστική περιοχή	2	2,2
	Αγροτική περιοχή	16	17,2
Εμμηνόπαυση	Ναι	33	35,5
	Όχι	60	64,5
Κάπνισμα	Ναι	27	29,0
	Όχι	66	71,0
Αριθμός τοκετών	0	21	22,6
	1	19	20,4
	2	35	37,6
	3	16	17,2
	4	2	2,2
Αριθμός καισαρικών τομών	0	53	73,6
	1	13	18,1
	2	5	6,9
	3	1	1,4
Γυναικολογικά χειρουργεία	Ναι	26	28,0
	Όχι	67	72,0
Αριθμός ουρολογικών επισκέψεων	0	71	78,0
	1	16	17,6
	2	2	2,2
	3	2	2,2
Απώλεια ούρων	Ποτέ	42	45,7
	2-3 φορές/εβδομάδα	12	13,0

	1 φορά/ εβδομάδα	34	37,0
	αρκετές φορές/ημέρα	4	4,3
Ποσότητα απώλειας ούρων	Καθόλου	42	45,7
	Λίγο	42	45,7
	Μέτρια	7	7,6
	Πολύ	1	1,1
Βαθμός επιρροής της καθημερινότητας λόγω ακράτειας ούρων	0 (Καθόλου)	42	46,5
	1	6	8,1
	2	8	9,3
	3	9	10,5
	4	5	5,8
	5	4	4,7
	6	6	8,1
	7	2	2,3
	8	3	3,5
	9 (Πάρα πολύ)	1	1,2

Στον **Πίνακα 2** απεικονίζεται η ηλικία έναρξης της έμμηνου ρύσεως για τις γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη καθώς και η ηλικία έναρξης της εμμηνόπαυσης. Σε ότι αφορά την έμμηνου ρύση προέκυψε πως η μέση ηλικία έναρξης είναι 12,93 έτη με απόκλιση $\pm 1,221$ ενώ η ελάχιστη ηλικία είναι τα 10 και η μέγιστη ηλικία τα 16 έτη. Αντίστοιχα σε ότι αφορά την εμμηνόπαυση η μέση ηλικία έναρξης αυτής είναι 49,76 έτη με απόκλιση $\pm 4,161$ ενώ η ελάχιστη ηλικία είναι τα 38 και η μέγιστη ηλικία τα 57 έτη.

Πίνακας 2: Ηλικία έναρξης έμμηνου ρήσεως και εμμηνόπαυσης

Ηλικία συμμετεχόντων της μελέτης					
	Αριθμός ατόμων (n)	Ελάχιστη ηλικία Minimum	Μέγιστη ηλικία Maximum	Μέσος όρος Mean	Απόκλιση Std. Deviation
Ηλικία εμμήνου ρύσης	93	10	16	12,93	1,221
Ηλικία εμμηνόπαυσης	33	38	57	49,76	4,161

Στον **Πίνακα 3** που ακολουθεί καταγράφονται σωματικά χαρακτηριστικά των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα όπως είναι το βάρος και το ύψος αυτών. Σε ότι αφορά βάρος προέκυψε ότι το μέσο βάρος των συμμετεχόντων είναι 70,61 kg με απόκλιση $\pm 13,358$ ενώ το ελάχιστο βάρος είναι τα 45,0 kg και το μέγιστο τα 110,0 kg. Αντίστοιχα σε ότι αφορά το ύψος των γυναικών το μέσο ύψος αυτών είναι 164,27 cm με απόκλιση $\pm 5,507$ ενώ το ελάχιστο ύψος είναι τα 152 cm και το μέγιστο ύψος τα 180 cm.

Πίνακας 3: Βάρος και ύψος των γυναικών

Σωματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων της μελέτης					
	Αριθμός ατόμων (n)	Ελάχιστη τιμή Minimum	Μέγιστη τιμή Maximum	Μέσος όρος Mean	Απόκλιση Std. Deviation
Βάρος (kg)	93	45	110	70,61	13,358
Υψος (cm)	93	152	180	164,27	5,507

5.2.2 Επίπεδο Υγείας, διαταραχές ύπνου και παράμετροι

Η εκτίμηση του επιπέδου της υγείας των γυναικών πραγματοποιήθηκε με βάση το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)*. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο βαθμονόμησης 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 αναφέρονται στη φυσική ικανότητα του ατόμου και στη δυνατότητα του να καλύπτει τις σωματικές του ανάγκες. Ο παράγοντας *Άγχος/ Αϋπνία* αφορά τα ερωτήματα 8,9,10,11,12,13 και 14 τα οποία απεικονίζουν τα γενικά συναισθήματα άγχους που πηγάζουν από την πίεση της καθημερινότητας και δύναται να προκαλέσουν διαταραχές στον ύπνο. Η *Κοινωνική δυσλειτουργικότητα* προκύπτει από τα ερωτήματα 15,16,17,18,19,20, και 21 και περιγράφει την ανικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και εκείνα των άλλων προκειμένου να αναπτύσσει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Η *Κατάθλιψη*, η οποία προκύπτει με βάση τα ερωτήματα 22,23,24,25,26,27 και 28 αναφέρεται στην εκδήλωση δυσάρεστων συμπτωμάτων λύπης και απογοήτευσης.

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 πραγματοποιείται με τη βοήθεια 4βαθμης κλίμακας Likert 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 του δείγματος και το αποτέλεσμα καθορίζεται από το δείγμα.

Το ερωτηματολόγιο *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form* συνιστά επίσης ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς και επιτρέπει τον υπολογισμό του επιπέδου απώλειας του ελέγχου της ούρησης και της ποιότητας ζωής ατόμων που αντιμετωπίζουν διαταραχές ούρησης. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο 4 ερωτήματα από το σύνολο των 6 ερωτημάτων αφορούν τον καθορισμό των διαταραχών στην ούρηση σε χρονικό διάστημα διάρκειας 4 εβδομάδων. Η υψηλή βαθμολογία σε αυτό συνάδει με τη σοβαρότητα της διαταραχής ούρησης που εντοπίζεται. Με βάση τα αποτελέσματα των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο αυτό καθορίστηκε η παρουσία και η βαρύτητα των διαταραχών ούρησης των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη.

5.2.3 Διαταραχές ούρησης των γυναικών

Από το σύνολο των 93 γυναικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο των διαταραχών ούρησης οι 52 (55,4%) δήλωσαν ότι δεν εμφανίζουν απώλειες ούρων σε αντίθεση με τις 41 (44,6%) οι οποίες απάντησαν καταφατικά. Για την πλειονότητα αυτών (n=87, 93,5%) το πρόβλημα δεν είναι αρκετά έντονο ώστε να υφίσταται απώλεια ούρων προτού προλάβουν να φθάσουν στην τουαλέτα. Για 6 (6,5%) όμως από τις γυναίκες η ακράτεια είναι αρκετά ισχυρή με συνέπεια να μην προλαβαίνουν να φθάσουν στην τουαλέτα.

Απώλεια ούρων κατά το βήχα ή το πτέρνισμα εντοπίζουν 39 γυναίκες (42,4%) ενώ οι υπόλοιπες 54 (57,6%) γυναίκες δεν παρουσιάζουν αυτής της μορφής τις απώλειες.

Σε ότι αφορά τη νυχτερινή κατάκλιση και την απώλεια ούρων οι περισσότερες γυναίκες (n=91, 97,8%) δεν αντιμετωπίζουν αντίστοιχο πρόβλημα οπότε και δεν απαιτείται να διακόψουν τον ύπνο τους προκειμένου να ουρήσουν. Μόνο 2 γυναίκες (2,2%) εμφάνισαν προβλήματα απώλειας ούρων κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Η απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια φυσικής δραστηριότητας και άσκησης εντοπίζεται σε 20 (21,7%) γυναίκες αν και οι περισσότερες γυναίκες (n=73, 78,3%)

δεν έχουν τέτοιας μορφής απώλειες. Απώλειες ούρησης αφού έχει διαπιστωθεί η κένωση της ουροδόχου κύστης και αφού έχει ολοκληρωθεί η ένδυση παρουσιάζει μόνο 1 (1,1%) γυναίκα, καθώς η πλειονότητα (n=92, 98,9%) δεν παρουσιάζει απώλεια αυτού του είδους.

Οι περισσότερες γυναίκες (n=83, 89,1%) δεν μπορούν να κατανοήσουν το λόγο εμφάνισης των απωλειών ούρων ενώ 10 (10,9%) από το σύνολο των συμμετεχόντων έχουν κατορθώσει να αποδώσουν την απώλεια ούρων σε σαφείς αιτιολογικούς παράγοντες.

Τέλος σχεδόν το σύνολο των γυναικών (n=91, 97,8%) δεν παρουσιάζει διαταραχές ούρησης και συγκεκριμένα απώλεια ούρων σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Μόνο 2 (2,2%) από τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσαν ότι το πρόβλημα της ακράτειας τις ταλαιπωρεί συνεχόμενα.

Η καταγραφή των αποτελεσμάτων αναφορικά με τις διαταραχές ούρησης που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα απεικονίζεται στον **Πίνακα 4** που ακολουθεί.

Πίνακας 4: Διαταραχές ούρησης των γυναικών

Διαταραχές ούρησης			
Μεταβλητή		Αριθμός ατόμων (n)	Ποσοστό (%)
Ποτέ δεν έχω απώλειες ούρων	Ναι	41	44,6
	Όχι	52	55,4
Πριν προλάβω να φτάσω στην τουαλέτα	Ναι	6	6,5
	Όχι	87	93,5

Όταν βήχω ή φτερνίζομαι	Ναι	39	42,4
	Όχι	54	57,6
Όταν κοιμάμαι	Ναι	2	2,2
	Όχι	91	97,8
Όταν έχω φυσική δραστηριότητα/άσκηση	Ναι	20	21,7
	Όχι	73	78,3
Όταν τελειώσει η σύρση και έχω ντυθεί	Ναι	1	1,1
	Όχι	92	98,9
Έχω απώλειες ούρων χωρίς εμφανή λόγο	Ναι	10	10,9
	Όχι	83	89,1
Έχω απώλειες ούρων όλες τις ώρες	Ναι	2	2,2
	Όχι	91	97,8

5.2.4 Επίπεδο Γενικής Υγείας των γυναικών και Συσχετίσεις

Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου της Γενικής Υγείας των γυναικών και των μεταβλητών που μελετήθηκαν χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία συσχέτισης Pearson χ^2 - test. Η σύγκριση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με το σύνολο των ερωτημάτων που αντικατοπτρίζουν το επίπεδο της Γενικής Υγείας σύμφωνα με το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)* προκειμένου να ελεγχθούν οι επιμέρους συσχετίσεις.

Η *δοκιμασία συσχέτισης Pearson χ^2 - test* αποτελεί στατιστική δοκιμασία η οποία επιτρέπει να αξιολογηθεί η συσχέτιση που αναπτύσσεται μεταξύ των κατηγο-

ριοποιημένων 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 5** απεικονίζονται οι τιμές αναφορικά με την καταγραφή συμπτωμάτων απώλειας ούρων των γυναικών και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι η Απώλεια ούρων συσχετίζεται σημαντικά με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων γεγονός που υποδηλώνει ότι η διαταραχή αυτή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εικόνα που διαμορφώνουν οι γυναίκες αναφορικά με το γενικό επίπεδο της υγείας τους. Ειδικότερα τα τρία τελευταία ερωτήματα αποτυπώνουν την απογοήτευση των γυναικών από την καθημερινότητα τους και το βαθμό παραίτησης λόγω των διαταραχών ούρησης που τις ταλαιπωρούν.

Πίνακας 5: Απώλεια ούρων και έλεγχος συσχετίσεων

ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΥΡΩΝ	Pearson χ^2-Value	P-Value
A4. Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστη;	17,205 ^a	,046
A7. Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	21,822 ^a	,009
B1. Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχη;	19,497 ^a	,021
B2. Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	18,239 ^a	,033
C2. Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	38,206 ^a	,000
C3. Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	18,535 ^a	,005
C4. Είσαι ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	15,537 ^a	,016
C5. Έχεις αισθανθεί ότι παίζεις χρήσιμο ρολό σε ότι γίνεται γύρω σου;	36,369 ^a	,000
D1. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	17,366 ^a	,043
D2. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	22,610 ^a	,001

D3. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζεις;	28,411 ^a	,000
D4. Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	22,242 ^a	,000

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τις συσχετίσεις αναφορικά με την ποσότητα ούρων σε κάθε απώλεια και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Η Ποσότητα ούρων συσχετίζεται με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων γεγονός που αποκαλύπτει τη σημασία αυτής στην καθημερινότητα των γυναικών. Όσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα ούρων που χάνεται τόσο εντονότερη είναι η μεταβολή της ποιότητας της ζωής των γυναικών. Επίσης εντοπίζεται συσχέτιση και της μεταβλητής αυτής με τα τρία τελευταία ερωτήματα που αφορούν την απογοήτευση από τη ζωή και την επιθυμία παραίτησης από αυτή λόγω των διαταραχών ούρησης.

Πίνακας 6: Ποσότητα ούρων και έλεγχος συσχετίσεων

<u>ΠΟΣΑ ΟΥΡΑ ΧΑΝΕΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ</u>	Pearson χ^2 -Value	P-Value
A7. Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	32,423 ^a	,000
B1. Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχη;	30,759 ^a	,000
C1. Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	23,060 ^a	,006
C2. Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	29,336 ^a	,001
C3. Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	13,759 ^a	,032
C4. Είσαι ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	18,573 ^a	,005
C5. Έχεις αισθανθεί ότι παίζεις χρήσιμο ρολό σε ότι γίνεται γύρω σου;	23,965 ^a	,004
C6. Έχεις αισθανθεί ικανή να παίρνεις αποφάσεις για διαφορά θέματα;	20,799 ^a	,002
D2. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	52,219 ^a	,000
D3. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζεις;	25,216 ^a	,000
D4. Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα	12,276 ^a	,006

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 το σύνολο σχεδόν των 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 οι γυναίκες 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 κατώτερο επίπεδο.

Πίνακας 7: Εκπαίδευση και έλεγχος συσχετίσεων

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Pearson χ^2-Value	P-Value
A1. Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	35,706 ^a	,000
A5. Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	26,770 ^a	,008
A7. Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	24,094 ^a	,020
B3. Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	21,176 ^a	,048
C1. Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	27,769 ^a	,006
C2. Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	101,849 ^a	,000
C3. Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	26,388 ^a	,001
C4. Είσαι ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	21,301 ^a	,006
C5. Έχεις αισθανθεί ότι παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	39,056 ^a	,000
D2. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	26,463 ^a	,001
D3. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	54,944 ^a	,000

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στο Επάγγελμα των γυναικών και το σύνολο των ερωτημάτων. Το οικονομικό επίπεδο και η οικονομική άνεση γενικότερα συμβάλλουν σημαντικά στην θετική εικόνα των γυναικών αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους. Η επαγγελματική απασχόληση συνεπάγεται την θετικότερη εικόνα σε σχέση με την υγεία και την ικανοποίηση καθημερινών αναγκών.

Πίνακας 8: Επάγγελμα και έλεγχος συσχετίσεων

<u>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>	Pearson χ^2 -Value	P-Value
A4. Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστη;	18,775 ^a	,027
C1. Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	26,286 ^a	,002
C4. Είσαι ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	12,646 ^a	,049
C5. Έχεις αισθανθεί ότι παίζεις χρήσιμο ρολό σε ότι γίνεται γύρω σου;	28,463 ^a	,001
D6. Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένη και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	13,151 ^a	,041
D7. Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	12,276 ^a	,006

Αντίστοιχα ο Πίνακας 9 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στην Οικογενειακή Κατάσταση των γυναικών και το σύνολο των ερωτημάτων. Η παρουσία οικογένειας συσχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο της υγείας των γυναικών σε αντίθεση με την απουσία της και συνεπώς την μοναξιά.

Πίνακας 9: Οικογενειακή Κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων

<u>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u>	Pearson χ^2 -Value	P-Value
C2. Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	22,987 ^a	,006
C5. Έχεις αισθανθεί ότι παίζεις χρήσιμο ρολό σε ότι γίνεται γύρω σου;	26,023 ^a	,002
C6. Έχεις αισθανθεί ικανή να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	13,196 ^a	,040

D1. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	17,799 ^a	,038
D2. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	24,676 ^a	,000

Στον **Πίνακα 10** παρατίθενται οι τιμές αναφορικά με την Ηλικία των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι η Ηλικία συσχετίζεται με ένα μικρό αριθμό ερωτημάτων γεγονός που υποδηλώνει ότι δε διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εικόνα που διαμορφώνουν οι γυναίκες αναφορικά με το γενικό επίπεδο της υγείας τους.

Πίνακας 10: Ηλικία και έλεγχος συσχετίσεων

<u>ΗΛΙΚΙΑ</u>	Pearson χ^2 -Value	P-Value
A4. Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστη;	22,601 ^a	,001
A7. Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	20,556 ^a	,002
C1. Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	13,717 ^a	,033
D3. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	14,173 ^a	,007

Ο **Πίνακας 11** παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στην Εμμηνόπαυση στην οποία έχουν εισέλθει ορισμένες από τις γυναίκες και το σύνολο των ερωτημάτων. Η Εμμηνόπαυση φαίνεται να συσχετίζεται με μικρό αριθμό ερωτημάτων επομένως δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την εικόνα της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 11: Εμμηνόπαυση και έλεγχος συσχετίσεων

<u>ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</u>	Pearson χ^2 -Value	P-Value
A4. Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστη;	13,804 ^a	,003
A7. Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	9,684 ^a	,021
B2. Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	10,149 ^a	,017

C5. Έχεις αισθανθεί ότι παίζεις χρήσιμο ρολό σε ότι γίνεται γύρω σου;	12,849 ^a	,005
D2. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	8,479 ^a	,014

5.3 Περιορισμοί της μελέτης

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι περιορισμοί που τη χαρακτηρίζουν και οι οποίοι έχουν επιπτώσεις στη γενίκευση των αποτελεσμάτων της. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή γυναικών που προσήλθαν σε ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή του Νομού Κοζάνης και οι οποίες αντιμετώπιζαν διαταραχές στην ούρηση. Η δειγματοληψία ενισχύθηκε με την προσωπική διανομή των ερωτηματολογίων σε ένα ικανοποιητικό αριθμό ιατρείων προκειμένου να ληφθεί ένας επαρκής αριθμός συμμετεχόντων. Ως εργαλεία της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια γεγονός που ενέχει τον κίνδυνο της αυτό-αναφοράς. Συγκεκριμένα ενδέχεται οι γυναίκες που συμμετείχαν να ωραιοποίησαν συνειδητά ή και ασυνείδητα τις αυτό-αναφορές τους με στόχο την παρουσίαση του εαυτού τους με περισσότερο αποδεκτό και αξιόλογο τρόπο ή και λόγω της μη ικανοποιητικής κατανόησης των ερωτημάτων.

Επίσης ένας ακόμη περιορισμός υπήρξε η αδυναμία εξασφάλισης ιδανικών συνθηκών κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η διαδικασία διενεργήθηκε κατά κύριο λόγο σε κοινόχρηστους χώρους των ιατρείων και παρατηρήθηκε έντονη διάσπαση από εξωτερικούς παράγοντες 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 6

Συζήτηση

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην εκτίμηση της ποιότητας της ζωής γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν διαταραχές ούρησης και κυρίως ακράτεια ούρων. Συγκεκριμένα επιχειρεί να αποτυπώσει την εικόνα που διαμορφώνουν οι γυναίκες αναφορικά με το επίπεδο διαβίωσης τους καθώς και να αποσαφηνίσει το σύνολο των παραγόντων που το καθορίζουν. Επικεντρώνεται κατά βάση στον εντοπισμό της επίπτωσης των διαταραχών ούρησης στην καθημερινότητα τους. Η σκιαγράφηση της ποιότητας της ζωής των γυναικών πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια 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 το καθορίζουν.

Προκειμένου να αποσαφηνισθεί η επίπτωση των διαταραχών ούρησης στην καθημερινότητα των γυναικών 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. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με το γεγονός ότι σαφώς οι διαταραχές ούρησης αλλοιώνουν την εικόνα που έχουν οι γυναίκες αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους. Η εμφάνιση διαταραχών στην ούρηση συνοδεύεται από ένα σύνολο αλλαγών στην καθημερινότητα τους που επηρεάζει την πλειονότητα των δραστηριοτήτων τους και δυσχεραίνει την ολοκλήρωσή τους και συνεπώς την ικανοποίηση σημαντικών τους αναγκών. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που εντοπίζεται αυξημένη συχνότητα εκδήλωσης των διαταραχών αυτών η αδυναμία εκπλήρωσης καθημερινών ενεργειών είναι εντονότερη και επιφέρει δυσμενείς αλλαγές σε ότι αφορά την αντίληψη των γυναικών αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους, συμπέρασμα στο οποίο επίσης καταλήγουν συναφείς μελέτες (García-Fadrique et al., 2011; Burgio, 2013; Ptak et al., 2017).

Οι διαταραχές ούρησης καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων. Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στις διαταραχές ακράτειας ούρων και για το λόγο αυτό πέρα από τη συχνότητα των απωλειών εξετάστηκε και η ποσότητα των

αποβαλλόμενων ούρων. Η αυξημένη ποσότητα ούρων που αποβάλλονται ανά ούρηση επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο λειτουργικότητας των γυναικών και δυσχεραίνει σημαντικά την καθημερινότητα τους. Οι γυναίκες αισθάνονται δέσμιες της διαταραχής και νιώθουν ανίκανες να απολαύσουν τις καθημερινές χαρές της ζωής τους. Η δραστηριοποίηση τους μειώνεται αισθητά όπως και η διάθεση τους γενικότερα. Αντίστοιχες έρευνες έχουν καταλήξει στην σημαντική επίδραση των διαταραχών ούρησης καθώς και των αυξημένων απωλειών ούρων στην λειτουργικότητα αλλά και στην ευχαρίστηση από τη ζωή των ατόμων (Seshan, Alkhasawneh & Hashmi, 2016; Graça Pereira, Lynch & Hall-Faul, 2019).

Το επίπεδο μόρφωσης των γυναικών αποδεικνύεται ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα που σχηματίζουν αναφορικά 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 σύγκριση με άτομα των οποίων η μόρφωση εντοπίζεται να βρίσκεται σε κατώτερα επίπεδα. Το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και γενικότερα η ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στις ποικίλες αντιξοότητες της ζωής και επιτρέπει τη βέλτιστη αντιμετώπιση των πιθανών εμποδίων. Η έκπτωση των λειτουργιών και η διαταραχή της καθημερινότητας λόγω των διαταραχών της ούρησης αποτελούν ένα βαρύ φορτίο για το άτομο. Η κατανόηση της ιατρικής φύσης της κατάστασης και η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης επιτρέπουν στο άτομο να αντιμετωπίσει ομαλά τα προβαλλόμενα προβλήματα με τη βοήθεια της κριτικής του ικανότητας η οποία εντοπίζεται ανεπτυγμένη σε άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου (Faiena et al., 2015; Shamliyan et al., 2015).

Η εικόνα των γυναικών σε σχέση με την ποιότητα της υγείας και της ζωής τους καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την επαγγελματική τους κατάσταση. Το επάγγελμα κατέχει ένα κύριο ρόλο στην καθημερινότητα των ατόμων καθώς συνιστά το βασικότερο μέσο για την κάλυψη των ποικίλων καθημερινών αναγκών της διαβίωσης τους. Σε περιπτώσεις που εντοπίζονται προβλήματα υγείας όπως είναι οι διαταραχές ούρησης η επιτυχημένη επαγγελματική ζωή δύναται να αντισταθμίσει την αρνητική εικόνα της υγείας καθώς παρέχει οικονομική ασφάλεια και συνεπώς τη δυνατότητα παροχής φροντίδας υγείας αυξημένης ποιότητας. (Graça Pereira, Lynch & Hall-Faul, 2019).

Η προσωπική ζωή και συγκεκριμένα η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών εντοπίζεται να είναι στενά συνδεδεμένη με την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας από τα οποία πιθανό βάζονται. Η στήριξη που προέρχεται από το οικογενειακό περιβάλλον ενισχύει την εικόνα των γυναικών αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους και επομένως της διαβίωσης τους καθώς διαισθάνονται ότι δεν είναι μόνες τους απέναντι στο πρόβλημα αυτό. Η σημαντική συμβολή της υποστήριξης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον εντοπίζεται σε πρόσφατες έρευνες οι οποίες επίσης καταλήγουν στην αξία της συμπαράστασης και της αλληλεγγύης σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν διαταραχές ούρησης (Osborn et al., 2013; Ptak et al., 2017).

Παρότι παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σε ορισμένα ερωτήματα σε σχέση με την ηλικία των γυναικών, ο αριθμός των ερωτημάτων είναι σχετικά μικρός και συνεπώς δεν προκύπτει σαφής διάκριση. Αν και οι διαταραχές ούρησης παρουσιάζονται εντονότερες με το πέρασ της ηλικίας η παρούσα έρευνα δεν κατέληξε σε σημαντικές συσχετίσεις αναφορικά με την ηλικία και το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα συμπεράσματα πρόσφατων ερευνών στις οποίες η ηλικία αποδείχθηκε ότι αποτελεί βασικό παράγοντα τόσο στην εκδήλωση διαταραχών ούρησης όσο και στην εικόνα αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων (Townsend, Danforth & Lifford, 2007; García-Fadrique et al., 2011). Η διαφοροποίηση αυτή πιθανό να οφείλεται στον μικρό αριθμό των γυναικών οι οποίες συμμετείχαν στη μελέτη και αποτελεί σαφώς το έναυσμα για την διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας.

Αντίστοιχα η παρουσία εμμηνόπαυσης συσχετίζεται με ιδιαίτερα μικρό αριθμό ερωτημάτων και επηρεάζει σε ελάχιστο βαθμό την εικόνα της υγείας των συμμετεχόντων. Η εμμηνόπαυση αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο στη ζωή των γυναικών που συνοδεύεται από ένα σύνολο αλλαγών και λειτουργικών μεταβολών των οποίων ο αντίκτυπος κρίνεται καίριος στην καθημερινότητα των γυναικών, ειδικότερα όταν εντοπίζονται συγχρόνως διαταραχές σε σωματικές λειτουργίες όπως συνιστούν οι διαταραχές ούρησης (Elneil, 2010; Utomo et al., 2015). Η αντίθεση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας πιθανό να οφείλεται επίσης στο μικρό αριθμό των γυναικών του δείγματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συμπεράσματα

Οι διαταραχές ούρησης αφορούν ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας που εντοπίζεται στο γενικό πληθυσμό και περιλαμβάνουν αλλαγές στη συχνότητα ούρησης ή την ποιότητα και την ποσότητα των παραγόμενων ούρων. Εντοπίζεται μια διαφοροποίηση στην εκδήλωση των διαταραχών στην ούρηση ανάμεσα στα δύο φύλα λόγω κυρίως της διαφορετικής ανατομίας των ουροποιητικών οργάνων. Ταυτόχρονα οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτες σε ότι αφορά τις αλλαγές στην καθημερινότητα τους λόγω διαταραχών στην ούρηση και το επίπεδο της ζωής τους φαίνεται να βάζεται σημαντικά. Σε περιπτώσεις στις οποίες η ένταση των συμπτωμάτων είναι αυξημένη τα προβλήματα που προκύπτουν αλλοιώνουν έντονα την εικόνα των γυναικών αναφορικά με το επίπεδο της ζωής τους. Στην πλειονότητα των περιστατικών η διάγνωση και συνεπώς η θεραπευτική προσέγγιση των διαταραχών αυτής της μορφής καθυστερεί σημαντικά καθώς οι γυναίκες δυσκολεύονται να εκφράσουν το συγκεκριμένο πρόβλημα ακόμη και στο οικείο περιβάλλον τους. Η υποτίμηση της σημασίας των συμπτωμάτων οδηγεί στη διόγκωση αυτών και σταδιακά στην έκπτωση της ποιότητας της ζωής των γυναικών.

Κρίνεται καίρια η προσπάθεια βέλτιστης αντιμετώπισης του προβλήματος εστιάζοντας κυρίως στην προστασία της αξιοπρέπειας των γυναικών και στην εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου καθημερινής λειτουργικότητας. Κύρια προσδοκία των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαιτίας διαταραχών στην ούρηση αποτελεί η ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας απέναντι στα συμπτώματα και η διαφύλαξη της ψυχολογίας τους με απώτερο στόχο την ποιοτική διαβίωση τους.

Η λεπτομερής πληροφόρηση αναφορικά με το σύνολο των εκδηλώσεων των διαταραχών ούρησης επιτρέπει την αντιμετώπιση των αισθημάτων άγνοιας και αιδούς που παρατηρούνται σε αυξημένα επίπεδα. Μέσω της ορθής και έγκυρης ενημέρωσης θα είναι εφικτή η αποβολή συμπεριφορών εσωστρέφειας και κοινωνικής αποξένωσης οι οποίες εντείνουν τη σοβαρότητα της υφιστάμενης κατάστασης και βάλλουν σημαντικά το επίπεδο της ζωής των ατόμων που πάσχουν από κάποια μορφή διαταραχής στην ούρηση. Ο εντοπισμός κατάλληλων παρεμβάσεων αντιμετώπισης σε συνδυασμό

με την ψυχολογική υποστήριξη θα επιφέρουν την ανακούφιση των συμπτωμάτων αλλά και την αποβολή των αρνητικών συναισθημάτων βελτιώνοντας αισθητά την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Οι γυναίκες δε θα πρέπει να διστάζουν να αποκαλύψουν την φύση του προβλήματος τους προκειμένου να επιτύχουν το ορθό χειρισμό και έλεγχο του ώστε να απαλύνουν τον αντίκτυπο στην καθημερινότητα τους διευκολύνοντας τις συνθήκες διαβίωσης τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

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.

Brubaker, L. (2004). Surgical treatment of urinary incontinence in women. *Gastroenterology*, 126(1): 71–76.

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.

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

Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D.G., & Robert, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socio-economic variation between adult men and women in the US: Evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research*, 19(8): 1115-1124.

Claes, C., van Hove, G., van Loon, J., Vandeveld, S., & Schalock, R.L. (2010). Quality of life measurement in the field of intellectual disability: Eight principles for assessing quality of life-related outcomes. *Social Indicators Research*, 98: 61-75.

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.

Danforth, K.N., Townsend, M.K., Lifford, K., Curhan, G.C., Resnick, N.M. & Grodstein F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2): 339-345.

Diokno, A.C., Burgio, K., Fultz, N.H., Kinchen, K.S., Obenchain, R. & Bump, R.C. (2004). Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *The American Journal of Managed Care*, 2(1): 69-78.

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.

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

Ereshefsky, M. (2009). Defining “health” and “disease.” *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40: 221-227.

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.

Fenner, D.E., Trowbridge, E.R., Patel, D.A., Fultz, N.H., Miller, J.M., Howard, D. & DeLancey, J.O. (2008). Establishing the Prevalence of Incontinence Study: Racial Differences in Women's Patterns of Urinary Incontinence. *Journal of Urology*, 179(4): 1455–1460.

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.

Graça Pereira, M., Lynch, L. & Hall-Faul, M. (2019). Quality of life of women with urinary incontinence in rehabilitation treatment. *Journal of Health Psychology*, 24(2): 245-255.

Gyhagen, M., Akervall, S. & Molin, M. (2019). The effect of childbirth on urinary incontinence: a matched cohort study in women aged 40–64 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221: 1-17.

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.

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.

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.

Lin, Y.H., Chang, S.D., Hsieh, W.C., Chang, Y.L., Chueh, H.Y. & Chao, A.S. (2018). Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and oneyear after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57: 340-345

MacArthur, C., Wilson, D., Herbison, P., Lancashire, R.J., Hagen, S. & Toozs-Hobson, P. (2016). Urinary incontinence persisting after childbirth: Extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123: 1022-1029.

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.

Morino, S., Ishihara, M., Umezaki, F., Hatanaka, H., Yamashita, M. & Aoyama, T. (2019). Pelvic alignment changes during the perinatal period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14(10): 223-226.

Nygaard, I. (2015). Pelvic floor recovery after childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 125: 529-530.

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.

Osborn, D.J., Strain, M., Gomelsky, A., Rothschild, J. & Dmochowski, R. (2013). Obesity and female stress urinary incontinence. *Urology*, 82(4): 759-763.

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.

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.

Seshan, V., Alkhasawneh, E. & Hashmi, I.H. (2016). Risk factors of urinary incontinence in women: A literature review. *International Journal of Urological Nursing*, 10(3): 118-126.

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.

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

Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S. & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1): 80-93.

Subbarayappa, BV. (2001). The Roots of Ancient Medicine: An Historical Outline. *Journal of Biosciences*, 26 (2): 135-144.

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.

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγια

1. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.-28) (General Health Questionnaire—GHQ-28)

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε.Γ.Υ. – 28

Παρακαλούμε διάβασε τα παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχες κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σου τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα. Πρόσεξε, θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σου και όχι εκείνα που είχες στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσεις να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σου.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1	Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
A2	Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A3	Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A4	Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A5	Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A6	Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A7	Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B1	Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B2	Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3	Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

B4	Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5	Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B6	Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7	Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

C1	Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C2	Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C3	Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4	Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
C5	Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
C6	Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
C7	Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
D1	Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D2	Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D3	Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D4	Σου έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει

D5	Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D6	Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D7	Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiazidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A., (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84, 371-37

A B C

2. Ερωτηματολόγιο International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short form (ICIQ-SF).

ICIQ-SF											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Αύξων αριθμός				Μέρα		Μήνας		Χρόνος		Σημερινή ημέρα	
<p>Πολλοί άνθρωποι έχουν ακράτεια ούρων κάποιες φορές. Προσπαθούμε να προσδιορίσουμε πόσοι άνθρωποι έχουν ακράτεια ούρων και πόσο αυτή τους ενοχλεί. Θα ήμασταν ευγνώμονες εάν μπορούσατε να μας απαντήσετε στις επόμενες ερωτήσεις, σκεπτόμενοι το πώς ήσασταν κατά μέσο όρο ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ.</p>											
1. Παρακαλώ γράψτε την ημερομηνία γέννησής σας						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
						Μέρα		Μήνας		Χρόνος	
2. Είστε (σημειώστε ένα):											
						Γυναίκα <input type="checkbox"/>		Άνδρας <input type="checkbox"/>			
3. Πόσο συχνά έχετε απώλεια ούρων; (σημειώστε ένα τετραγωνάκι)											
						Ποτέ	<input type="text"/>	0			
						Περίπου μία φορά την εβδομάδα ή σπανιότερα	<input type="text"/>	1			
						2 ή 3 φορές την εβδομάδα	<input type="text"/>	2			
						Περίπου 1 φορά την ημέρα	<input type="text"/>	3			
						Αρκετές φορές την ημέρα	<input type="text"/>	4			
						Συνεχώς	<input type="text"/>	5			
4. Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσα ούρα πιστεύετε ότι χάνετε. Πόσα ούρα χάνετε συνήθως (είτε φοράτε προστατευτικό είτε όχι); (σημειώστε ένα τετραγωνάκι)											
						Καθόλου	<input type="text"/>	0			
						Μικρή ποσότητα	<input type="text"/>	2			
						Μέτρια ποσότητα	<input type="text"/>	4			
						Μεγάλη ποσότητα	<input type="text"/>	6			
5. Συνολικά, πόσο επηρεάζει την καθημερινή ζωή σας η ακράτεια ούρων; Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό μεταξύ του 0 (καθόλου) και του 10 (εξαιρετικά)											
						0	1	2	3	4	5
						6	7	8	9	10	
						Καθόλου			Εξαιρετικά		
6. Πότε έχετε απώλειες ούρων; (σημειώστε όλα όσα ισχύουν για εσάς)											
						Ποτέ- δεν έχω απώλειες ούρων	<input type="checkbox"/>				
						Πριν προλάβω να φθάσω στην τουαλέτα	<input type="checkbox"/>				
						Όταν βήχω ή φτερνίζομαι	<input type="checkbox"/>				
						Όταν κοιμάμαι	<input type="checkbox"/>				
						Όταν έχω φυσική δραστηριότητα-άσκηση	<input type="checkbox"/>				
						Όταν έχω τελειώσει την ούρηση και έχω ντυθεί	<input type="checkbox"/>				
						Έχω απώλειες ούρων χωρίς εμφανή λόγο	<input type="checkbox"/>				
						Έχω απώλειες ούρων όλες τις ώρες	<input type="checkbox"/>				

Σας ευχαριστώ που απαντήσατε