



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία
Π.Φ.Υ. σε ημιαστική»**

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Τζαννή Ελένη

A.M:18034

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Άννα Δελτσίδου, Καθηγήτρια

Τμήμα Μαιευτικής

Αθήνα

Νοέμβριος 2022



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
ADVANCED AND APPLIED OBSTETRIC CARE

Diploma Thesis

Title

**Quality of life of women with urinary incontinence visiting primary care clinics in
a semi-urban area**

Student name and surname: Eleni Tzanni

Registration Number: 18034

Supervisor name and surname: Anna Deltsidou

Athens, November 2022



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Τίτλος εργασίας: «Ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ. σε ημιαστική περιοχή»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΤΕΠΙΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Άννα Δελτσίδου	Καθηγήτρια	
2	Βικτωρία Βιβιλάκη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Γιαννούλα Κόρκου	Επίκουρος Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **Τζαννή Ελένη** του Ευστρατίου με αριθμό μητρώου 18034 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 2 έτη και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Η Δηλούσα



Άννα Δελτσίδου, Καθηγήτρια

Τζαννή Ελένη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου κα Δελτσίδου Άννα για την καθοδήγηση της και την πολύτιμη συνδρομή της καθ' όλη τη διάρκεια της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, τον απερχόμενο διευθυντή του Κέντρου Υγείας Λαυρίου κο Βλαχογιάννη Νικόλαο που διευκόλυνε τη διεξαγωγή της έρευνας στο Κέντρο Υγείας Λαυρίου καθώς και όλες τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα και βοήθησαν στην ολοκλήρωσή της.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ακράτεια ούρων είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας που πλήττει κυρίως τις γυναίκες και επιφέρει πολυάριθμα συμπτώματα και επιπλοκές που δυσχεραίνουν την καθημερινή τους ζωή. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ακράτειας ούρων και σημαντική διαβάθμιση ως προς τη σοβαρότητα και την ποσότητα των συμπτωμάτων, ωστόσο, ακόμα και στις περιπτώσεις ήπιων συμπτωμάτων, είναι πολύ πιθανόν να επηρεάζεται το επίπεδο ποιότητας ζωής αυτών των γυναικών.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ. σε ημιαστική περιοχή.

Μεθοδολογία: Μέσω δειγματοληψίας ευκολίας, έγινε συλλογή δεδομένων από 110 γυναίκες που επισκέπτονταν τα ιατρεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ πραγματοποιήθηκε και μία δεύτερη αξιολόγηση μόνο στις 32 από αυτές γυναίκες. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε, εκτός των ερωτήσεων των δημογραφικών χαρακτηριστικών, το ερωτηματολόγιο PFQ ("Pelvic Floor Questionnaire"), την υποκλίμακα UDI – 6 ("Urinary Distress Inventory") του εργαλείου PFDI ("Pelvic Floor Distress Inventory"), και το ερωτηματολόγιο PFIQ - 7 ("Pelvic Floor Impact Questionnaire - 7"), σύντομης μορφής. Μετά τη συλλογή των δεδομένων, έγινε κωδικοποίησή τους και ακολούθησε επεξεργασία των δεδομένων με το στατιστικό πακέτο SPSS v21.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι οι γυναίκες ενοχλούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό από τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης ($mean=1,32 \pm 0,9$), και ακολούθως, από τα συμπτώματα της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων ($mean=1 \pm 1,06$), ενώ σε ελάχιστο, σχεδόν μηδαμινό βαθμό, ενοχλούνταν από τα συμπτώματα του εντέρου ($mean=0,53 \pm 0,81$) και από τα προβλήματα που αφορούσαν στη σεξουαλική λειτουργία ($mean=0,49 \pm 0,81$). Όσον αφορά στη συνολική μέση βαθμολογία που αφορούσε στα συμπτώματα σχετικά με την ακράτεια ούρων, την ακράτεια κοπράνων και τη σεξουαλική λειτουργία και τη σοβαρότητα αυτών, εκείνη ήταν ίση με $5,81 \pm 3,18$, τιμή πολύ χαμηλή που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες του δείγματος δεν υποφέρουν σε μεγάλο βαθμό από τα συμπτώματα της ακράτειας ούρων, της ακράτειας κοπράνων και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Η συνολική μέση βαθμολογία δυσφορίας των γυναικών (UDI – 6)

ήταν ίση με $32,57 \pm 16,60$, τιμή αρκετά χαμηλή, που υποδεικνύει μικρή συνολική δυσφορία των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη λόγω συμπτωμάτων από το ουροποιητικό. Οι συσχετίσεις έδειξαν ότι όταν μειώνεται η ενόχληση από τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης και της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, αυξάνεται η συνολική ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$, $r_s=0,542$ και $p\text{-value}=0,000 < 0,05$, $r_s=0,829$, αντίστοιχα). Επίσης, ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τη σεξουαλική λειτουργία βρέθηκε ότι συσχετίζεται σημαντικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της σεξουαλικής λειτουργίας ($p\text{-value}=0,005 < 0,05$, $r_s=0,319$), αλλά όχι με τη σοβαρότητα των συνολικών συμπτωμάτων, ούτε με τη συνολική δυσφορία ($p\text{-value}=0,05$, $r_s=0,019$) και την ποιότητα ζωής των γυναικών ($p\text{-value}=0,873$, $r_s=0,230$).

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες με ακράτεια ούρων που επισκέπτονταν χώρους παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσίασαν μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής, χαμηλά επίπεδα δυσφορίας, και χαμηλά επίπεδα σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Το γεγονός ότι οι γυναίκες του δείγματος είχαν χαμηλά επίπεδα σοβαρών προβλημάτων υγείας και συμπτωμάτων, μπορεί να εξηγήσει το λόγο για τον οποίο, παρά το πρόβλημα της ακράτειας ούρων, οι γυναίκες αυτές φαίνεται να διατηρούν μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής.

Λέξεις – Κλειδιά: ακράτεια ούρων, τύποι ακράτειας ούρων, ακράτεια τύπου τάσης, μικτή ακράτεια, επιτακτική ακράτεια, ποιότητα ζωής, γυναίκες

Abstract

Introduction: Urinary incontinence is a very important health problem that mainly affects women and causes numerous symptoms and complications that make their daily lives difficult. There are different types of urinary incontinence and a significant gradation in the severity and the amount number of symptoms, however, even in cases of mild symptoms, it is very likely for the quality of life of these women to be affected.

Aim: The main purpose of the present study was to investigate the quality to life of women with urinary incontinence who visit PHC in a semi-urban area.

Methodology: Through convenience sampling, a sample of 110 women who visited primary healthcare clinics was collected, while a second evaluation was performed on only 32 of these women. Data collections was performed using a questionnaire, which included, in addition to demographic questions, the PFQ ("Pelvic Floor Questionnaire"), the subscale UDI – 6 ("Urinary Distress Inventory") of the tool PFDI ("Pelvic Floor Distress Inventory"), and the short form questionnaire PFIQ - 7 ("Pelvic Floor Impact Questionnaire - 7"). After the collection of the data, the latter ones were coded and processed with the statistical package SPSSv21.

Results: The data analysis indicate that women, who were bothered, on average, to a greater extent by the symptoms of the bladder ($1,32 \pm 0,9$), and then, from the symptoms of pelvic problems ($1 \pm 1,06$), whereas to minimal extent, they bothered by the symptoms of the intestine ($0,53 \pm 0,81$) and by the problems related to sexual function ($0,49 \pm 0,81$). As far as the total mean score of the symptoms related to urinary incontinence, fecal incontinence and sexual function and their severity, it was $5,81 \pm 3,18$, a score very low, indicating that the women of the sample do not suffer greatly from the symptoms of urinary incontinence, fecal incontinence and sexual function. The total mean score of female distress (UDI – 6) was equal to $32,57 \pm 16,60$, a score quite low, indicating low total distress among the women who participated in this study due to urinary symptoms. Correlations indicated that when symptoms of the bladder and pelvic problems are reduced, the total quality of life of women with urinary incontinence is increased. Furthermore, the women's distress by sexual function is associated with the severity of the problems related to sexual

function, but neither with the severity of the total symptoms nor the women's total distress and quality of life.

Conclusions: Women with urinary incontinence who visited primary healthcare showed moderate levels of quality of life, low levels of distress, and low levels of severity of symptoms. The fact that the women of the sample had low levels of serious health problems and symptoms could explain why, despite the problem of urinary incontinence, these women appeared to maintain moderate levels of quality of life.

Keywords: urinary incontinence, types of urinary incontinence, urge incontinence, mixed incontinence, stress incontinence, quality of life, women

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη	6
Abstract.....	8
Εισαγωγή.....	12
Κεφάλαιο 1. Ακράτεια Ούρων.....	14
1.1 Ορισμός και Επιδημιολογία.....	14
1.2 Τύποι ακράτειας ούρων	15
1.3 Παθοφυσιολογία	15
1.4 Παράγοντες Κινδύνου.....	17
1.5 Ενδείξεις για επίσκεψη σε ειδικό για την ακράτεια ούρων	19
1.6 Διάγνωση	19
1.6.1 Λήψη ιστορικού ασθενούς.....	19
1.6.2 Κλινική εξέταση της ασθενούς	20
1.6.3 Εργαστηριακοί έλεγχοι	22
1.7 Συμπτώματα – Επιπτώσεις.....	22
1.8 Αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων.....	23
1.8.1 Φαρμακολογική αντιμετώπιση	24
1.8.1.1 Φαρμακολογική αντιμετώπιση ακράτειας ούρων επιτακτικού τύπου.....	24
1.8.1.2 Φαρμακολογική αντιμετώπιση ακράτειας ούρων από προσπάθεια.....	25
1.8.2 Χειρουργική Αντιμετώπιση ακράτειας ούρων.....	26
Κεφάλαιο 2. Ακράτεια Ούρων και Ποιότητα ζωής	27
2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση ερευνών που αφορούν στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων	27
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία έρευνας.....	34
3.1 Σκοπός.....	34
3.2 Δείγμα	34
3.3 Εργαλεία Μέτρησης.....	35
3.4 Έλεγχος αξιοπιστίας εργαλείων	36
3.5 Στατιστική Ανάλυση	37
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα.....	40
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	40
4.2 "Pelvic Floor Questionnaire" (PFQ).....	42
4.3 Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6).....	45
4.4 "Pelvic Floor Impact Questionnaire - 7" (PFIQ - 7).....	47
4.5 Συσχετίσεις	49

4.6 Ενδοσυσχέτιση.....	59
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση – Συμπεράσματα	60
Βιβλιογραφία	63

Εισαγωγή

Η ακράτεια ούρων αποτελεί μία παθολογική κατάσταση που εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στο γυναικείο φύλο και χαρακτηρίζεται από οποιαδήποτε ακούσια απώλεια ούρων από το άτομο (Bardsley, 2016; Nystrom *et al.*, 2018). Η ακράτεια ούρων συνήθως διακρίνεται σε 3 διαφορετικούς κλινικούς υποτύπους: στην ακράτεια ούρων από στρες, ή στην ακράτεια από προσπάθεια, όπως διαφορετικά ονομάζεται, στην ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου, και στη ακράτεια ούρων μικτού τύπου (Gorforth & Langaker, 2016; Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Η ακράτεια ούρων αποδεδειγμένα αποτελεί μία πολυπαραγοντική διαδικασία, η οποία οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι μπορούν να διακριθούν σε 3 βασικές κατηγορίες: στους παράγοντες προδιάθεσης, στους επιβαρυντικούς παράγοντες, και στους παράγοντες προαγωγής, όπως είναι η τακτική σωματική άσκηση (Alves *et al.*, 2017; Rodriguez-Mias *et al.*, 2015). Η ακράτεια ούρων είναι μία κατάσταση που στιγματίζει τα άτομα, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται δυσκολίες στον ακριβή υπολογισμό των επιδημιολογικών δεδομένων (Saboia *et al.*, 2017). Σύμφωνα με τις υπάρχουσες εκτιμήσεις, στη σημερινή εποχή, περίπου 6,8 εκατομμύρια γυναίκες διαγιγνώσκονται κάθε έτος με ακράτεια ούρων, και το 15,3% αυτών επισκέπτονται και δέχονται θεραπεία σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Lucacz *et al.*, 2018).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πολύ σημαντικός καθώς εκείνοι αναλαμβάνουν τη διάγνωση και τη θεραπεία της ακράτειας ούρων των ασθενών (Anderson *et al.*, 2015). Η αρχική διάγνωσης της ακράτειας των ούρων περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του τύπου της ακράτειας και των υποκείμενων αιτιών της και περιλαμβάνει τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού της ασθενούς, τη φυσική εξέταση της ασθενούς, τη διεξαγωγή βασικών εργαστηριακών εξετάσεων, και τη μέτρηση του υπολειπόμενου όγκου ούρων με υπέρηχο, ύστερα από την εκκένωση της κύστης (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017). Η διαχείριση της ακράτειας ούρων περιλαμβάνει συντηρητικές, μηχανικές, φαρμακολογικές και χειρουργικές επεμβάσεις, με τις συντηρητικές και μηχανικές μεθόδους να προηγούνται, ενώ εάν αποτύχουν, η αντιμετώπιση επιχειρείται μέσω φαρμακολογικών και χειρουργικών μεθόδων (Ford *et al.*, 2017). Ωστόσο, εάν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, η ακράτεια ούρων μπορεί να επιφέρει σημαντικές

αρνητικές επιπτώσεις όπως οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και οι ψυχικές διαταραχές (Lucacz *et al.*, 2018).

Η ακράτεια ούρων σχετίζεται με ένα πλήθος διαφορετικών συμπτωμάτων, όπως είναι τα νευρολογικά συμπτώματα, ο πυελικός πόνος, τα προβλήματα στη σπονδυλική στήλη, οι δυσλειτουργίες της ούρησης, η δυσκοιλιότητα και τα προβλήματα στα άκρα (Alappattu *et al.*, 2016). Τόσο η ίδια η φύση της ακράτειας των ούρων όσο και τα συμπτώματα και οι σημαντικές επιπλοκές που επιφέρει είναι πιθανόν να επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινότητα των ατόμων αυτών, και συνεπώς, να οδηγήσουν σε κακή ποιότητα ζωής των γυναικών (Alves *et al.*, 2017). Πράγματι, πολλές γυναίκες με ακράτεια ούρων παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, άγχους και στρες, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, έντονες συναισθηματικές ενοχλήσεις και κοινωνική απομόνωση (Saboia *et al.*, 2017). Μάλιστα, πολλά άτομα δεν αναζητούν βοήθεια λόγω της φύσης του προβλήματος που τους προκαλεί ντροπή και λόγω του κοινωνικού στίγματος, με αποτέλεσμα να υποφέρουν από το συγκεκριμένο πρόβλημα και να μην ακολουθούν κάποια μέθοδο αντιμετώπισής του (Bardsley, 2016).

Λόγω των παραπάνω σημαντικών επιπτώσεων των συμπτωμάτων και των επιπλοκών της ακράτειας ούρων στην καθημερινότητα των γυναικών, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής και του βαθμού στον οποίο επηρεάζονται ή ενοχλούνται οι γυναίκες με ακράτεια ούρων από τα συμπτώματα ή προβλήματα υγείας λόγω της ακράτειας. Στο πλαίσιο αυτό, βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ. σε ημιαστική περιοχή. Αρχικά, στο θεωρητικό μέρος, παρουσιάζονται ορισμένες θεωρητικές πληροφορίες για την ακράτεια ούρων (τύποι, επιπλοκές, συμπτώματα, διάγνωση και αντιμετώπιση), και πραγματοποιείται μία ανασκόπηση πρόσφατων σχετικών μελετών, ενώ στο ερευνητικό μέρος, περιγράφεται η μεθοδολογία και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και τέλος γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης και σύγκρισή τους με άλλες αντίστοιχες μελέτες.

Κεφάλαιο 1. Ακράτεια Ούρων

1.1 Ορισμός και Επιδημιολογία

Ως «ακράτεια ούρων» ορίζεται οποιαδήποτε ακούσια απώλεια ούρων από το άτομο (Nystrom *et al.*, 2018). Πρόκειται για ένα πολύ πιο συχνό φαινόμενο μεταξύ των γυναικών, σε σύγκριση με τους άνδρες, με τον επιπολασμό να αυξάνεται με την ηλικία (Bardsley, 2016). Περίπου το 50% του συνόλου των γυναικών βιώνει κάποια μορφή ακράτειας ούρων κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ, σε μεγαλύτερη διάρκεια, το πρόβλημα αυτό εντοπίζεται στο 10% έως 20% των περιπτώσεων (Gorforth & Langaker, 2016; Lucacz *et al.*, 2018). Η υψηλή μεταβλητότητα των ορισμών των περιπτώσεων ακράτειας επηρεάζει σημαντικά τα ποσοστά του επιπολασμού (Lucacz *et al.*, 2018). Λαμβάνοντας υπόψη τις ηλικίες των γυναικών, το ποσοστό των γυναικών άνω των 20 ετών με ακράτεια είναι περίπου 17%, το ποσοστό των γυναικών άνω των 60 ετών με ακράτεια ούρων ανέρχεται στο 38%, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών που διαμένουν σε ιδρύματα και παρουσιάζουν ακράτεια ούρων ανέρχεται στο 77%, ενώ το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας συνδέεται και με σημαντικό οικονομικό βάρος σε συλλογικό επίπεδο (Gorforth & Langaker, 2016; Lucacz *et al.*, 2018). Ωστόσο, στον ανδρικό πληθυσμό που έχει ξεπεράσει την ηλικία των 65 ετών, ο επιπολασμός της ακράτειας των ούρων ανέρχεται στο 11% έως 34% του συνόλου (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Ως προς την κλινική διάγνωση της ακράτειας των ούρων, περίπου 6,8 εκατομμύρια γυναίκες διαγιγνώσκονται κάθε έτος με ακράτεια ούρων, και το 15,3% θεραπεύονται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ωστόσο, πολλές φορές η ακράτεια των ούρων παραμένει χωρίς διάγνωση ή χωρίς θεραπεία, αφού μόνο το ¼ περίπου των γυναικών με το συγκεκριμένο πρόβλημα αναζητούν θεραπεία, και από αυτές, λιγότερες από τις μισές εν τέλει λαμβάνουν θεραπεία. Η ακράτεια ούρων που δεν αντιμετωπίζεται έχει συσχετιστεί με πτώσεις και κατάγματα, με κατάθλιψη, με διαταραχές ύπνου και με λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Οι ηλικιωμένες γυναίκες με συμπτώματα ακράτειας ούρων παρουσιάζουν 1,5 έως 2,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να βιώσουν κάποια πτώση, με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και του κόστους φροντίδας (Lucacz *et al.*, 2018).

1.2 Τύποι ακράτειας ούρων

Η ακράτεια ούρων συνήθως διακρίνεται σε 3 διαφορετικούς κλινικούς υποτύπους: στην ακράτεια ούρων από στρες, ή στην ακράτεια από προσπάθεια, όπως διαφορετικά ονομάζεται, στην ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου, και στη ακράτεια ούρων μικτού τύπου (Gorforth & Langaker, 2016; Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Η ακράτεια ούρων από στρες είναι ο πιο συχνός τύπος ακράτειας ούρων, ιδίως μεταξύ γυναικών νεότερης ηλικίας, και περιλαμβάνει την ακούσια απώλεια ούρων λόγω κάποιας σωματικής δραστηριότητας, όπως είναι η καταβολή κάποιας προσπάθειας σε μία αθλητική δραστηριότητα, ή ακόμα και το φτάρνισμα, το γέλιο ή ο βήχας (Alves *et al.*, 2017; Gorforth & Langaker, 2016; Ladha, Wagg & Dytoc, 2017; Nystrom *et al.*, 2018). Η παθοφυσιολογία του συγκεκριμένου τύπου ακράτειας περιλαμβάνει την εξασθένηση της μυϊκής υποστήριξης στην ουρηθροκολπική διασταύρωση, η οποία προκαλεί υπερκινητικότητα της ουρήθρας κατά τις στιγμές αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης (Gorforth & Langaker, 2016).

Η ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου περιλαμβάνει την ξαφνική, επείγουσα ανάγκη για ούρηση, με την παράλληλη αίσθησης της μεγάλης δυσκολίας ελέγχου της ούρησης, ενώ πρόκειται για μια ιδιοπαθή κατάσταση που οφείλεται στην αδυναμία αναστολής της συστολής του εξωστήρα μυός (Gorforth & Langaker, 2016). Η άμεση ανάγκη εκκένωσης με την ακούσια διαρροή ούρων μπορεί να συνοδευτεί από νυκτουρία και αυξημένη συχνότητα ούρησης (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Τέλος, η ακράτεια ούρων μικτού τύπου αποτελεί ουσιαστικά τη συνύπαρξη της ακράτειας από προσπάθεια και της ακράτειας επιτακτικού τύπου, και περιλαμβάνει μια ισχυρή, ανεξέλεγκτη τάση για ούρηση που συνοδεύεται από απώλεια των ούρων κατά τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας (Alves *et al.*, 2017; Gorforth & Langaker, 2016; Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

1.3 Παθοφυσιολογία

Η ουροδόχος κύστη αποτελεί μία δομή σε σχήμα «μπαλονιού» με μυϊκά τοιχώματα που αποθηκεύει τα ούρα. Κατά την ούρηση, τα ούρα μεταφέρονται, μέσω μικρών σωληνάρων, από την ουροδόχο κύστη στην ουρήθρα, προκειμένου να εξέλθουν από το σώμα (Muth, 2017). Η ουροδόχος κύστη, οι σφιγκτήρες των ούρων

και η ουρήθρα εργάζονται, υπό φυσιολογικές συνθήκες, από κοινού με στόχο την αποθήκευση των ούρων σε χαμηλή πίεση και την εκούσια εκκένωση σε κοινωνικά κατάλληλες ή βολικές στιγμές (Aoki *et al.*, 2017). Έτσι, υπό φυσιολογικές συνθήκες, οι μύες που περιβάλλουν την ουρήθρα συστέλλονται ώστε να αποτρέψουν τη διαρροή των ούρων μέχρι την εκούσια αποβολή των ούρων (Muth, 2017). Ο εξωστήρας μυς και ο εσωτερικός σφιγκτήρας της ουρήθρας είναι κυρίως λείος μυς, ενώ ο εξωτερικός σφιγκτήρας της ουρήθρας και οι μύες του πυελικού εδάφους ανήκουν στους ραβδωτούς μύες. Παράλληλα, η ουροδόχος κύστη είναι επενδυμένη με επιθηλιακά κύτταρα και με τη βασική μεμβράνη που προστατεύουν τον υποκείμενο εξωστήρα μυ από τις τοξίνες που περιέχονται στα ούρα και επιτρέπουν την επικοινωνία με τα νευρικά κύτταρα που συντονίζουν τις φάσεις αποθήκευσης και παροχέτευσης των ούρων (Aoki *et al.*, 2017).

Τη φάση της αποθήκευσης των ούρων συντονίζει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, το οποίο διατηρεί την εγκράτεια των ούρων μέσω των παρασπονδυλικών γαγγλίων, των υπογαστρικών νεύρων και του υπογαστρικού πλέγματος. Αντίθετα, η φάση της εκκένωσης της ουροδόχου κύστης συντονίζεται από το παρασυμπαθητικό σύστημα, μέσω του ιερού πλέγματος και των πυελικών νεύρων (Gomez – Amaya *et al.*, 2015). Αντίστοιχα σήματα από το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης και το επιθήλιο της ουροδόχου κύστης μεταδίδονται στον θάλαμο, και η ισορροπία μεταξύ της αποθήκευσης και της παροχέτευσης των ούρων διατηρείται από το κέντρο ούρησης. Τέλος, αναφέρεται ότι οι νευροδιαβιβαστές που ευθύνονται για την εκτέλεση των παραπάνω εντολών είναι η ακετυλοχολίνη και η νοραδρεναλίνη (Aoki *et al.*, 2017).

Η φυσιολογική συχνότητα παροχέτευσης των ούρων κατά τη διάρκεια των ωρών όπου το άτομο δεν κοιμάται, ανέρχεται περίπου στις 3 έως 7 φορές ανά ημέρα, ενώ ο μέσος όγκος ούρησης ισούται περίπου με 250 έως 300 ml ανά φορά (DeGennaro, Capitanucci & Mosiello, 2016). Ένας υγιής ενήλικος άνθρωπος μπορεί να συγκρατήσει στην ουροδόχο κύστη του έναν όγκο ούρων περίπου 500 ml. Η ακράτεια, λοιπόν, εμφανίζεται όταν για κάποιον λόγο δεν είναι δυνατή η συγκράτηση ακόμη και πολύ μικρότερου όγκου ούρων από το ίδιο το άτομο (Aoki *et al.*, 2017).

Παρόλο που υπάρχει κάποια αλληλοεπικάλυψη στην παθοφυσιολογία της ακράτειας ούρων μεταξύ των δύο φύλων, η ακράτεια στους άνδρες είναι κυρίως αποτέλεσμα της υπερτροφίας του προστάτη ή της κατάργησης των μηχανισμών αντοχής εξαιτίας κάποιας χειρουργικής επέμβασης ή ακτινοθεραπείας για τον

καρκίνο του προστάτη. Αντιθέτως, στις γυναίκες, η ακράτεια των ούρων σχετίζεται συνήθως με δυσλειτουργία των μυών της ουροδόχου κύστης ή του πυελικού εδάφους, και η δυσλειτουργία μπορεί να προκύψει πολλές φορές κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού ή της εμμηνόπαυσης (Aoki *et al.*, 2017).

Διάφοροι παράγοντες εμπλέκονται στους μηχανισμούς που σχετίζονται με την ακράτεια ούρων. Μεταξύ των παραγόντων αυτών ανήκουν η μειωμένη λειτουργία του σφιγκτήρα του ουροποιητικού συστήματος, οι μεταβολές στο επιθήλιο της ουροδόχου κύστης, οι μεταβολές στη συμμόρφωση και στη νεύρωση του εξωστήρα μυός, οι μεταβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος και η καταστροφή των μυών του πυελικού εδάφους και της ενδοπυελικής περιτονίας που στηρίζουν την ουρήθρα (Aoki *et al.*, 2017). Συγκεκριμένα, η παθοφυσιολογία της ακράτειας από προσπάθεια περιλαμβάνει μειωμένη υποστήριξη της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας και βλάβες στο στόμιο της ουρήθρας, ενώ η παθοφυσιολογία της ακράτειας επιτακτικού τύπου περιλαμβάνει την εσωτερική ενεργοποίηση των μυών του εξωστήρα, μη ελεγχόμενες συσπάσεις των μυών του εξωστήρα και βλάβες στις οδούς σηματοδότησης σε επίπεδο φλοιού, ουροδόχου κύστης ή /και νωτιαίου μυελού. Τέλος, στην ακράτεια ούρων μικτού τύπου, παρατηρείται συνδυασμός των αιτιών των δύο προηγούμενων τύπων ακράτειας (Vaughan & Markland, 2020).

1.4 Παράγοντες Κινδύνου

Η ακράτεια ούρων αποδεδειγμένα αποτελεί μία πολυπαραγοντική διαδικασία, η οποία οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες κινδύνου (Alves *et al.*, 2017). Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να διακριθούν σε 3 βασικές κατηγορίες: στους παράγοντες προδιάθεσης, όπως είναι για παράδειγμα το οικογενειακό ιστορικό, στους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως είναι ο κολπικός τοκετός με νευρομυϊκή αλλοίωση ή η παχυσαρκία, και στους παράγοντες προαγωγής, όπως είναι η τακτική σωματική άσκηση (Alves *et al.*, 2017; Rodriguez-Mias *et al.*, 2015).

Αναλυτικότερα, οι πιο βασικοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη ακράτειας ούρων είναι οι ακόλουθοι (Alves *et al.*, 2017; Bardsley, 2016; Ladha, Wagg & Dytoc, 2017):

- Η ηλικία. Η ηλικία συνδέεται με τη μείωση της λειτουργίας σε κάθε φυσιολογικό σύστημα. Έτσι, ως μέρος της διαδικασίας γήρανσης, η

ουροδόχος κύστη αποκτά μειωμένη ικανότητα συγκράτησης των ούρων και μειωμένη ικανότητα αποτελεσματικής εκκένωσης της κύστης (Siroky, 2004). Η ηλικία αποτελεί τον πιο ισχυρό παράγοντα κινδύνου τόσο για τον επιπολασμό όσο και για τη σοβαρότητα της ακράτειας των ούρων (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

- Το οικογενειακό ιστορικό ακράτειας ούρων.
- Η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την ακράτεια των ούρων, καθώς οι παχύσαρκοι ασθενείς παρουσιάζουν 3πλάσιο κίνδυνο εμφάνισης ακράτειας ούρων, σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ενήλικες (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).
- Η σωματική άσκηση. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που ασκούνται σωματικά με μεγαλύτερη συχνότητα, αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ακράτειας ούρων (Alves *et al.*, 2017; Da Roza *et al.*, 2015).
- Οι συγγενείς καταστάσεις, όπως η εγκεφαλική παράλυση.
- Η λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων.
- Το είδος τοκετού που βιώνει κάθε γυναίκα.
- Το κάπνισμα.
- Οι νευρολογικές παθήσεις που επηρεάζουν τη σπονδυλική στήλη και τον εγκέφαλο, όπως είναι η νόσος Parkinson, η σκλήρυνση κατά πλάκας και το εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Η λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος.
- Η πρόκληση κάποιας βλάβης στο ουροποιητικό σύστημα κατά τη διάρκεια του τοκετού.
- Ο σακχαρώδης διαβήτης.
- Η βλάβη λόγω χειρουργικής επέμβασης κοντά ή πάνω στην ουροδόχο κύστη, η οποία καταστρέφει τους συνδετικούς ιστούς ή τα νεύρα.
- Η δυσκοιλιότητα.
- Η υπνική άπνοια.
- Οι σωματικές αναπηρίες που μειώνουν την επιδεξιότητα και την κινητικότητα των ατόμων.
- Η αυξημένη λήψη συγκεκριμένων υγρών, όπως είναι το αλκοόλ και η καφεΐνη, καθώς και η κακή λήψη υγρών μπορούν να προκαλέσουν έντονη συμπίκνωση των ούρων που οδηγεί σε ενόχληση της ουροδόχου κύστης και σε αυξημένη ανάγκη και συχνότητα ούρησης (Bardsley, 2016).

1.5 Ενδείξεις για επίσκεψη σε ειδικό για την ακράτεια ούρων

Οι ενδείξεις που υποδεικνύουν την ανάγκη αναφοράς σε κάποιον ειδικό ιατρό για την ακράτεια ούρων είναι οι ακόλουθες (Lucacz *et al.*, 2018):

- Ο εντοπισμός συμπτωμάτων κατά την κλινική εξέταση.
- Οι υποτροπιάζουσες συμπτωματικές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος
- Η μακροχρόνια χρήση καθετήρα
- Η ύπαρξη μακροχρόνιου ιστορικού ακράτειας ούρων, όπως όταν η ακράτεια εμφανίζεται από την παιδική ηλικία.
- Η πρόπτωση πυελικού οργάνου πέρα από τον υμένα
- Η δυσκολία εισόδου ενός καθετήρα στην ουρήθρα
- Το κυρίαρχο σύμπτωμα του πόνου
- Ο αυξημένος υπολειπόμενος όγκος ούρων μετά την εκκένωση
- Η διαγνωστική αβεβαιότητα ή η πτωχή βελτίωση με τη θεραπεία
- Η στείρα μικροβίων αιματοουρία

1.6 Διάγνωση

Η αρχική εκτίμηση της ακράτειας των ούρων περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του τύπου της ακράτειας και των υποκείμενων αιτιών της. Η διαδικασία της διάγνωσης περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017):

- Λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού του ασθενούς.
- Φυσική εξέταση της ασθενούς.
- Διεξαγωγή βασικών εργαστηριακών εξετάσεων, και
- Μέτρηση του υπολειπόμενου όγκου ουρών με υπέρηχο ύστερα από την εκκένωση.

1.6.1 Λήψη ιστορικού ασθενούς

Όλες οι οδηγίες και συστάσεις για την ακράτεια ούρων περιλαμβάνουν αναμφισβήτητα τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, κατά την αρχική αξιολόγηση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας (Sussman, Syan & Brucker, 2020). Η λήψη

ενός πλήρους, λεπτομερούς ιστορικού είναι απαραίτητη για τον καθορισμό του τύπου της ακράτειας ούρων, τη σοβαρότητά της, και της αρνητικής της επίδρασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών, και περιλαμβάνει την καταγραφή των παραπόνων και των συμπτωμάτων των ασθενών, το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, το τυχόν ιστορικό τραυματισμών, το ιστορικό μεταβολικών νόσων, την παρουσία ή μη συμπτωμάτων ακράτειας, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων αυτών και το βαθμό στον οποίο ενοχλούν τις ασθενείς (Sussman, Syan & Brucker, 2020; Zhang *et al.*, 2017). Παρόλο που η συγκεκριμένη διαδικασία φαίνεται αρκετά εύκολη και απλή, το 50% των ασθενών και άνω με ακράτεια δεν μοιράζονται οικειοθελώς πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή τους, επομένως ο ιατρός θα πρέπει να θέτει συγκεκριμένα ερωτήματα σχετικά με τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τα ερεθίσματα που σχετίζονται με την ακράτεια, όπως είναι το γέλιο ή ο βήχας, και το πρότυπο της ακράτειας (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Τα κυριότερα συμπτώματα που πρέπει οπωσδήποτε να σημειώνονται στο ιστορικό είναι η δυσουρία, η αιματουρία, η παρουσία χαμηλού πόνου στη μέση, η ακράτεια κοπράνων, το ιστορικό επαναλαμβανόμενης ακράτειας ούρων και η αναισθησία στην ουρογεννητική περιοχή (Sussman, Syan & Brucker, 2020). Παράλληλα, σημαντικές ασθένειες που θα πρέπει να καταγράφονται είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο χρόνιος βήχας, η συγγενής καρδιακή ανεπάρκεια, η νόσος Parkinson, οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού, και οι υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017). Κάθε ιατρός οφείλει κατά τη λήψη του ιστορικού, να καταγράψει προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στο ουρογεννητικό σύστημα, όπως οι χειρουργικές επεμβάσεις στην πύελο ή η εφαρμογή ακτινοθεραπείας, καθώς και να ρωτήσει την ασθενή εάν κάνει χρήση αλκοόλ, εάν λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή και εάν καταναλώνει καφεΐνη (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017; Sussman, Syan & Brucker, 2020).

1.6.2 Κλινική εξέταση της ασθενούς

Η κλινική εξέταση της ασθενούς είναι επίσης ένα πολύ σημαντικό μέρος της αξιολόγησης και διάγνωσης της ακράτειας ούρων, αποσκοπεί στον προσδιορισμό της παρουσίας άλλων ιατρικών καταστάσεων και πρέπει πάντοτε να προσαρμόζεται στα

συμπτώματα της ασθενούς και στο ιατρικό ιστορικό της (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017; Sussman, Syan & Brucker, 2020). Παρόλο που υπάρχουν λίγα αποδεικτικά στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η κλινική εξέταση μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη φροντίδα των ασθενών με ακράτεια ούρων, όλες οι οδηγίες / συστάσεις επισημαίνουν ότι αποτελεί απαραίτητο μέρος της αξιολόγησης των ασθενών με πιθανή ακράτεια ούρων (Sussman, Syan & Brucker, 2020).

Η αξιολόγηση των ασθενών περιλαμβάνει τη γενική κατάσταση (κινητικότητα, παχυσαρκία, ψυχική κατάσταση), μία πυελική εξέταση με αξιολόγηση των μυών του πυελικού εδάφους και αξιολόγηση για τυχόν πρόπτωση των πυελικών οργάνων ή την ύπαρξη κυστεοκήλης ή ορθοκήλης.

Μια δοκιμασία βήχα είναι απαραίτητη καθώς πρόκειται για την πιο αξιόπιστη κλινική εξέταση επιβεβαίωσης της ακράτειας ούρων από προσπάθεια. Πρωταρχικός σκοπός της δοκιμασίας αυτής είναι να διαπιστωθεί εάν υπάρχει διαρροή από την ουρήθρα ταυτόχρονα με το βήχα (Medina *et al.*, 2017). Κατά την εξέταση αυτή, οι ασθενείς καλούνται με πλήρη ουροδόχο κύστη να σταθούν σε οριζόντια θέση με τα πόδια σε απόσταση, να χαλαρώσουν τους μύες της πυέλου και να βήξουν δυνατά. Οι ασθενείς με ακράτεια από προσπάθεια θα χάσουν μερικές σταγόνες ούρων, κι έτσι θα διαπιστωθεί η ύπαρξη του συγκεκριμένου τύπου ακράτειας (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Επιπλέον, ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν τη διεξαγωγή και νευρολογικής εξέτασης σε όλες τις ασθενείς, ή / και την εξέταση των κάτω άκρων για οίδημα, ώστε να εκτιμηθεί η ενδεχόμενη ύπαρξη μετατόπισης υγρών κατά τη διάρκεια των αλλαγών στάσης, ενώ άλλες οδηγίες δεν συνιστούν τις συγκεκριμένες εξετάσεις (Sussman, Syan & Brucker, 2020). Η εξονυχιστική νευρολογική εξέταση δεν είναι συχνή εξέταση για την ακράτεια ούρων, αλλά συνιστάται στην περίπτωση που η ασθενής αναφέρει ξαφνική έναρξη των συμπτωμάτων ή σχετικά νευρολογικά συμπτώματα (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Η εξέταση του καρδιαγγειακού είναι μία άλλη εξέταση που πραγματοποιείται και εκτιμά τις ενδείξεις υπερφόρτωσης όγκου, η οποία μπορεί να αυξήσει τον όγκο και τη συχνότητα των ούρων. Η κοιλιά θα πρέπει να εξεταστεί για τυχόν ύπαρξη μαζών ή για διάταση της ουροδόχου κύστης, ενδείξεις που υποδεικνύουν ακράτεια (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Τέλος, από δερματολογική άποψη, το δέρμα θα πρέπει να εξετάζεται για δερματολογικές επιπτώσεις της ακράτειας των ούρων, όπως είναι η δερματίτιδα που σχετίζεται με την ακράτεια ούρων (“Incontinence–associated dermatitis”, IAD) (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

1.6.3 Εργαστηριακοί έλεγχοι

Μια ανάλυση ούρων θα πρέπει να διεξαχθεί υποχρεωτικά προκειμένου να αποκλείσει την οξεία λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος, ενώ οποιαδήποτε γλυκοζουρία, αιματουρία ή πρωτεϊνουρία ανιχνευθεί στην ανάλυση των ούρων θα χρειαστεί περαιτέρω διερεύνηση και διάγνωση του προβλήματος. Επιπλέον, θα πρέπει να μετρηθούν τα επίπεδα της κρεατινίνης του ορού όταν η νεφρική δυσλειτουργία θεωρείται επίπτωση της παθολογίας του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017).

Μια συχνή εξέταση που πραγματοποιείται για τη διάγνωση της ακράτειας των ούρων είναι η μέτρηση του υπολειπόμενου όγκου ούρων ύστερα από την εκκένωση της κύστης (“Postvoid Residual volume”, PVR volume). Ο όγκος αυτός πρέπει να ελέγχεται όταν οι ασθενείς έχουν συμπτώματα ατελούς εκκένωσης ή ευρήματα εξετάσεων που είναι ανησυχητικά για διογκωμένη ουροδόχο κύστη (Sussman, Syan & Brucker, 2020). Η ποσότητα των ούρων που παραμένει στην ουροδόχο κύστη ύστερα από την εκκένωση της ουροδόχου κύστης μετρείται με τη χρήση υπερήχων. Μια εναλλακτική λύση που δεν προτιμάται, όμως, συχνά είναι ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Η συγκεκριμένη εξέταση δεν είναι απαραίτητη για την πλειοψηφία των γυναικών, όταν απουσιάζουν σημαντικά συμπτώματα ανεπαρκούς εκκένωσης της κύστης (Ladha, Wagg & Dytoc, 2017). Παράλληλα, η μέτρηση του υπολειπόμενου όγκου ούρων θα πρέπει να πραγματοποιείται σε κάθε ασθενή όπου η διάγνωση δεν είναι προφανής (Wagg *et al.*, 2015).

1.7 Συμπτώματα – Επιπτώσεις

Η ακράτεια ούρων σχετίζεται με ένα πλήθος διαφορετικών συμπτωμάτων που είναι τα ακόλουθα (Alappattu *et al.*, 2016):

- Δυσλειτουργίες της ούρησης

- Πυελικός πόνος
- Νευρολογικά συμπτώματα
- Δυσκοιλιότητα
- Προβλήματα στη σπονδυλική στήλη
- Προβλήματα στα άκρα

1.8 Αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων

Η διαχείριση της ακράτειας ούρων περιλαμβάνει συντηρητικές, μηχανικές, φαρμακολογικές και χειρουργικές επεμβάσεις, με τις συντηρητικές και μηχανικές μεθόδους να προηγούνται, ενώ εάν αποτύχουν, η αντιμετώπιση επιχειρείται μέσω φαρμακολογικών και χειρουργικών μεθόδων (Ford *et al.*, 2017). Σύμφωνα με πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση, δεν έχουν προσδιοριστεί μέχρι σήμερα συγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές που μπορούν να εξαλείψουν πλήρως τα υπάρχοντα συμπτώματα της ακράτειας ούρων, ενώ, παράλληλα, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να υποδεικνύουν την εμφάνιση ή την επιδείνωση των συμπτωμάτων της ακράτειας λόγω της λήψης διάφορων ειδικών για κάποια ασθένεια φαρμάκων (Nambiar *et al.*, 2018).

Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή ή δεν υπάρχει διαθέσιμη η θεραπεία, ή όταν οι κίνδυνοι μιας θεραπείας υπερβαίνουν των ωφελειών, προτιμάται η συντηρητική αντιμετώπιση. Υπάρχουν πολύ τρόποι συντηρητικής αντιμετώπισης, όπως είναι η χρήση ουροκαθετήρων, η χρήση απορροφητικού υλικού, οι εξωτερικές συσκευές συλλογής των ούρων, και οι ενδοκολπικές συσκευές για τις γυναίκες (Nambiar *et al.*, 2018; Veenboer & Bosch, 2014).

Εκτός από τη φαρμακευτική / ιατρική θεραπεία της ακράτειας ούρων, είναι γεγονός πως το συγκεκριμένο πρόβλημα θα μπορούσε να περιοριστεί με ορισμένες παρεμβάσεις που αφορούν στον τρόπο ζωής των ασθενών. Μεταξύ των παρεμβάσεων αυτών ανήκουν οι ακόλουθες (Hashim & Abrams, 2008; KrugerDietz & Murphy, 2007; Nambiar *et al.*, 2018; Swithinbank, Hashim & Abrams, 2005):

- Η σωματική άσκηση. Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να ενισχύει τους μύες του πυελικού εδάφους και πιθανόν να μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ακράτειας ούρων. Ωστόσο είναι επίσης πιθανό η

έντονη σωματική άσκηση να επιδεινώνει την ακράτεια ούρων. Βάσει των ερευνητικών στοιχείων, η έντονη φυσική άσκηση δεν προδιαθέτει την ανάπτυξη ακράτειας ούρων για τις γυναίκες αργότερα στη ζωή τους, αλλά η μέτριας σοβαρότητας άσκηση σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά ακράτειας ούρων μεταξύ μεσηλικών ή ηλικιωμένων γυναικών (KrugerDietz & Murphy, 2007).

- Η πρόσληψη υγρών. Παρόλο που η τροποποίηση των επιπέδων πρόσληψης υγρών, ιδίως ο περιορισμός τους, είναι πιο συχνή στρατηγική που χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους με ακράτεια ούρων προκειμένου να ανακουφίσουν τα συμπτώματά τους, η μείωση της πρόσληψης υγρών κατά 25% μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα των ασθενών με υπερδραστήρια ουροδόχο κύστη αλλά όχι με ακράτεια ούρων (Hashim & Abrams, 2008).
- Η μείωση της καφεΐνης. Βάσει ερευνητικών στοιχείων, η μείωση της πρόσληψης καφεΐνης δεν είναι ικανή να βελτιώσει την ακράτεια ούρων, αλλά μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα της συχνότητας και του επείγοντος χαρακτήρα της ακράτειας (Swithinbank, Hashim & Abrams, 2005).

1.8.1 Φαρμακολογική αντιμετώπιση

1.8.1.1 Φαρμακολογική αντιμετώπιση ακράτειας ούρων επιτακτικού τύπου

Η βασική συνιστώμενη θεραπεία για την ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου μεταξύ γυναικών είναι η εκπαίδευση της ουροδόχου κύστης, η προγραμματισμένη εκκένωση και η εκπαίδευση των μυών του πυελικού εδάφους. Εκτός, όμως, από τις παραπάνω ενέργειες, σημαντικό ρόλο κατέχει και η φαρμακολογική θεραπεία. Συγκεκριμένα, η αμέσως επόμενη επιλογή αντιμετώπισης του συγκεκριμένου τύπου ακράτειας ούρων είναι τα αντιχολινεργικά φάρμακα. Πολλά, διαφορετικά αντιχολινεργικά φάρμακα έχουν αναπτυχθεί και εισαχθεί για θεραπεία της υπερδραστήριας ουροδόχου κύστης, μία κατάσταση που συνδέεται στενά με την

ακράτεια ούρων, αφού περίπου το 1/3 έως το 1/2 των ατόμων με υπερδραστήρια ουροδόχο κύστη παρουσιάζουν επίσης και ακράτεια ούρων (Samuelsson *et al.*, 2015).

Σήμερα, τα διαθέσιμα αντιχολινεργικά φάρμακα για την ακράτεια ούρων είναι η οξυβουτίνη, η φεσοτεροδίνη, η τολτεροδίνη, η δαριφενασίνη, η σολιφενασίνη, η μιραβεγρόνη και το τρόσπιο. Τα ποσοστά των συμπτωμάτων που επιμένουν παρά τη χορήγηση των αντιχολινεργικών φαρμάκων είναι σχετικά υψηλά, και το 12% έως το 39% των ασθενών που λαμβάνουν αυτήν την κατηγορία φαρμάκων εξακολουθούν να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ύστερα από ένα έτος (Samuelsson *et al.*, 2015; Veenboer & Bosch, 2014). Η συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή είναι επίσης χαμηλή, ενώ η συμμόρφωση τείνει να επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας των ατόμων, ενώ συχνά αίτια για διακοπή της αγωγής είναι η έλλειψη βελτίωσης, καθώς τα συμπτώματα επιμένουν, η αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής, η βελτίωση της κατάστασης χωρίς την φαρμακευτική αγωγή και οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής (Benner *et al.*, 2010; Veenboer & Bosch, 2014).

Σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, η λήψη αντιχολινεργικών φαρμάκων από γυναίκες με ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου οδηγεί σε μικρή αλλά κλινικά σημαντική βελτίωση της ακράτειας ούρων, σε σύγκριση με την placebo φαρμακευτική αγωγή, και με παρόμοια αποτελεσματικότητα για άλλα φάρμακα. Ωστόσο, τα συγκεκριμένα φάρμακα παρουσιάζουν επίσης και πολυάριθμες παρενέργειες (Shamliyan *et al.*, 2012).

1.8.1.2 Φαρμακολογική αντιμετώπιση ακράτειας ούρων από προσπάθεια

Στις γυναίκες με ακράτεια ούρων από προσπάθεια, ως βασική θεραπεία συνιστάται η εκπαίδευση των μυών του πυελικού εδάφους, η δεύτερη επιλογή θεραπείας είναι η χειρουργική επέμβαση, με χρήση συνθετικού πλέγματος που υποστηρίζει την ουροδόχο κύστη, ενώ η τρίτη επιλογή θεραπείας είναι η φαρμακολογική θεραπεία. Όσον αφορά στην φαρμακολογική αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων από προσπάθεια, σε πολλές χώρες, συνιστάται η χορήγηση της ντουλοξετίνης, ενός αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης,

ενώ, αντιθέτως, δεν ενδείκνυται για τη θεραπεία της ακράτειας ούρων η λήψη από του στόματος οιστρογόνων (Samuelsson *et al.*, 2015).

1.8.2 Χειρουργική Αντιμετώπιση ακράτειας ούρων

Σε περίπτωση που δεν αποδειχθεί αποτελεσματική η συντηρητική θεραπεία, κρίνεται απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση (Zugor *et al.*, 2018). Οι διαθέσιμες σήμερα επιλογές χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνουν την κολποανάρτηση (“colposuspension”), την τοποθέτηση ταινιών (“slings”), και τις περιουρηθρικές εγχύσεις (“periurethralbulking”). Καθεμία από αυτές τις επιλογές παρουσιάζει διαφορετικό ποσοστό επιτυχίας και διαφορετικές παρενέργειες (Gomelsky *et al.*, 2019).

Μεγάλος αριθμός γυναικών με ακράτεια ούρων υποβάλλονται σε θεραπεία με υπο-ουρηθρική τοποθέτηση ταινιών, ενώ η πραγματοποίηση των κλασικών και πιο γνωστών χειρουργικών επεμβάσεων, όπως η κολποανάρτηση, μειώνεται (Zugor *et al.*, 2018). Για αρκετές δεκαετίες, η χρήση αυτόλογων μοσχευμάτων επί της ουρήθρας (“Autologous Fascial Pubovaginal Sling”, AFPVS) είχε αποτελέσει τον χρυσό κανόνα για τη θεραπεία της ακράτειας ούρων από προσπάθεια μεταξύ γυναικών, αλλά σήμερα, η δημοτικότητα των συγκεκριμένων ταινιών έχει μειωθεί σημαντικά και έχει ευρέως αντικατασταθεί από τις συνθετικές μέσο-ουρηθρικές ταινίες (“synthetic midurethral slings”, SMUS). Η αλλαγή αυτή πραγματοποιήθηκε λόγω της αυξημένης αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και ευκολίας λειτουργίας των δεύτερων ταινιών (Blaiwas *et al.*, 2019). Συγκεκριμένα, η χειρουργική επέμβαση με συνθετικές μέσο-ουρηθρικές ταινίες είναι μία κατάλληλη επέμβαση για τις γυναίκες που υποβάλλονται στην πρώτη τους εγχείρηση και που είχαν υποβληθεί προηγουμένως σε ανεπιτυχή χειρουργική επέμβαση. Σε αυτήν την επέμβαση, μία ταινία τοποθετείται κάτω από την ουρήθρα. Όταν η γυναίκα βήχει, η ταινία αυτή συμπιέζει τον αυχένα της κύστης, παρέχοντας την απαραίτητη στήριξη για να αποτρέπεται η διαρροή των ούρων (Ford *et al.*, 2017).

Τέλος, μία σπάνια επιλογή είναι ο τεχνητός σφιγκτήρας ούρων, αλλά η επιλογή αυτή είναι δυνατή μόνο όταν η ασθενής είναι σε καλή σωματική κατάσταση (Zugor *et al.*, 2018).

Κεφάλαιο 2. Ακράτεια Ούρων και Ποιότητα Ζωής

Η απώλεια των ούρων επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών, και μπορεί να προκαλέσει άγχος, δυσφορία και χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία, και την κοινωνική, οικογενειακή και σεξουαλική ευημερία των γυναικών (Alves *et al.*, 2017). Πράγματι, η αρνητική επίδραση της ακράτειας των ούρων στην ποιότητα ζωής των ατόμων έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλά χρόνια (Minassian *et al.*, 2015) καθώς οδηγεί συχνά σε αποφυγή της κοινωνικής ζωής των ατόμων, και περιορίζει τις συμπεριφορές των γυναικών που πάσχουν από αυτήν, δημιουργώντας αισθήματα ντροπής, χαμηλής αυτοεκτίμησης και ανεπάρκειας (Caruso *et al.*, 2017). Μάλιστα, πολλά άτομα δεν αναζητούν βοήθεια λόγω της φύσης του προβλήματος που τους προκαλεί ντροπή και λόγω του κοινωνικού στίγματος, με αποτέλεσμα να υποφέρουν από το συγκεκριμένο πρόβλημα και να μην ακολουθούν κάποια μέθοδο αντιμετώπισής του (Bardsley, 2016). Η ακράτεια ούρων έχει συσχετιστεί επίσης με ψυχολογικές διαταραχές, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, ενώ ορισμένες φορές, παρατηρούνται σεξουαλικά προβλήματα, αύξηση του κινδύνου πτώσης και πιο συχνές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (Caruso *et al.*, 2017; Turkcü & Kukulü, 2017). Ως εκ τούτου, γίνεται σαφές πως οι γυναίκες με ακράτεια ούρων αντιμετωπίζουν πολυάριθμα άλλα προβλήματα και χαρακτηρίζονται από μειωμένη ποιότητα ζωής (Lim *et al.*, 2016).

2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση ερευνών που αφορούν στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων

Οι Senra & Pereira (2015) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στις ψυχολογικές, κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, και στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων. Οι συμμετέχουσες ήταν συνολικά 80 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με ακράτεια ούρων σε ένα Κεντρικό Νοσοκομείο της Πορτογαλίας. Οι βασικές μεταβλητές που αξιολογήθηκαν ήταν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση από τη σεξουαλική σχέση. Οι γυναίκες με καλύτερη ποιότητα ζωής παρουσίαζαν ήπιας ή μέτριας σοβαρότητας απώλεια ούρων, ενώ σε μικρότερο ποσοστό ήταν εκείνες με σοβαρή απώλεια ούρων. Η λιγότερο

σοβαρή απώλεια ούρων συσχετίστηκε με μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση. Στο πλαίσιο διαχείρισης του προβλήματος της ακράτειας ούρων, οι γυναίκες που θεωρούσαν την απώλεια ούρων ως σοβαρό πρόβλημα εξέφρασαν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα ως προς την ακράτεια. Τέλος, οι πιο σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της καλύτερης ποιότητας ζωής αναδείχθηκαν η ακράτεια ούρων από στρες, η χρήση σε μικρότερο βαθμό των στρατηγικών διαχείρισης των προβλημάτων της θρησκείας, η απόσπαση προσοχής, καθώς και η μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση.

Στη συγχρονική μελέτη των Kwak, Kwon και Kim (2016), συγκρίθηκε η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η ψυχική υγεία μεταξύ των γυναικών με και χωρίς ακράτεια ούρων. Συνολικά, 1.874 γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω συμμετείχαν στην εθνική έρευνα για την υγεία και τη Διατροφή στην Κορέα (KNHANES). Μεταξύ των γυναικών με υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας και πόνου, το 25,4% των συμμετεχουσών ανέφεραν ακράτεια ούρων, ενώ μεταξύ των γυναικών με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, η ακράτεια ούρων ήταν παρούσα στο 8,3%. Στη συγκεκριμένη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι οι βαθμολογίες της κλίμακας πόνου που μετρήθηκε με το εργαλείο Euro QoL VAS και της ποιότητας ζωής που μετρήθηκε με την κλίμακα EQ – 5D ήταν σημαντικά υψηλότερες και χαμηλότερες, αντίστοιχα, στις γυναίκες με ακράτεια ούρων, σε σύγκριση με εκείνες που δεν είχαν ακράτεια ούρων. Τέλος, ο κίνδυνος άγχους και κατάθλιψης στις ηλικιωμένες γυναίκες με ακράτεια ούρων ήταν 2 φορές και 1,5 φορές περίπου υψηλότερος από εκείνους των γυναικών χωρίς ακράτεια, αντίστοιχα. Συνεπώς, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων γυναικών με ακράτεια ούρων ήταν σχετικά χαμηλή, ενώ τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ήταν πολύ υψηλά.

Η αναλυτική, περιγραφική, συγχρονική μελέτη των Paes *et al.* (2016) αξιολόγησε την ποιότητα ζωής των ασθενών με άσθμα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα υποστήριξης των ασθενών με άσθμα με και χωρίς ακράτεια ούρων. Οι μεταβλητές που εκτιμήθηκαν ήταν η ακράτεια ούρων και η ποιότητα ζωής των ασθενών με το ερωτηματολόγιο SF-36 (“Short Form 36 Health Survey”), το ερωτηματολόγιο QLAQ – ASTHMA (“Quality of Life in Asthma Questionnaire”) και το ερωτηματολόγιο ICIQ – SF (“International Consultation Incontinence Questionnaire – Simplified Form”). Ο γενικός επιπολασμός της ακράτειας ούρων ήταν 55,3%, ενώ η συνολική ποιότητα ζωής, όπως προσδιορίστηκε από τα εργαλεία

QLAQ – ASTHMA και SF-36, δεν συσχετίστηκε με την παρουσία ακράτειας ούρων. Ωστόσο, η ποσότητα της απώλειας των ούρων συσχετίστηκε σημαντικά με τις υποκλίμακες της γενικής υγείας, της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής λειτουργικότητας και των σωματικών πτυχών του ερωτηματολογίου SF-36 και με τους ψυχοκοινωνικούς και κοινωνικοοικονομικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLAQ – ASTHMA. Ως εκ τούτου, συμπεραίνεται ότι η ακράτεια ούρων μπορεί να επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών με άσθμα (Paes *et al.*, 2016).

Στόχος της συγχρονικής μελέτης των Guvenç, Kocaoz και Kok (2016) ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου της ακράτειας ούρων μεταξύ γυναικών με κλιμακτήριο και των επιδράσεων της ακράτειας ούρων στην ποιότητα ζωής. Οι συμμετέχουσες στη μελέτη ήταν 258 γυναίκες ηλικίας 40 έως 64 ετών που επισκέφθηκαν μία εξωτερική κλινική στην Τουρκία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής της ακράτειας (“Incontinence Quality of Life Questionnaire”) και του ερωτηματολογίου σύντομης μορφής διεθνούς συμβουλευτικής για την ακράτεια (“International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form”). Ο συνολικός επιπολασμός της ακράτειας ούρων ήταν 45,3%, ενώ τα ποσοστά της ακράτειας ούρων από προσπάθεια, της ακράτειας μικτού τύπου και της ακράτειας επιτακτικού τύπου αναφέρθηκαν ότι ήταν 54,7%, 22,2% και 10,3% του συνόλου των ατόμων, αντίστοιχα. Το ποσοστό των γυναικών με ακράτεια ούρων που αναζήτησαν ιατρική θεραπεία ήταν χαμηλό παρά την ήπια ή μέτρια αρνητική επίδραση της ακράτειας στην ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς, η αύξηση της γνώσης των γυναικών για την ακράτεια ούρων και η λήψη προστατευτικών μέτρων κρίνεται αναγκαία.

Οι Turkcu & Kukulu (2017) πραγματοποίησαν μια μελέτη για την επίδραση της ακράτειας των ούρων στην ποιότητα ζωής των γυναικών που ζούσαν σε οίκους ευγηρίας σε περιοχή της Τουρκίας. Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των γυναικών που δεν θεωρούσαν την ακράτεια ούρων ως ένα πρόβλημα υγείας ήταν σημαντικά υψηλότερη από εκείνη των γυναικών που τη θεωρούσαν πρόβλημα υγείας. Η ακράτεια μικτού τύπου ήταν ο πιο συχνός τύπος ακράτειας στο δείγμα, με ποσοστό 31,7%, ενώ η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε κυρίως στις γυναίκες που είχαν νυχτερινή ακράτεια. Τέλος, ο βαθμός στον οποίο η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε από την ακράτεια ούρων ήταν υψηλότερος

μεταξύ των γυναικών με μικτό τύπο ακράτειας, ακολουθεί ο τύπος ακράτειας από προσπάθεια και η ακράτεια επιτακτικού τύπου.

Ο βασικός σκοπός της μελέτης των Caruso *et al.* (2017) ήταν η εκτίμηση της επίδρασης των διαφορετικών τύπων ακράτειας των ούρων στη σεξουαλική λειτουργία και στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Στη μελέτη συμμετείχαν 93 γυναίκες με ακράτεια ούρων, εκ των οποίων το 34,5% είχαν διαγνωστεί με ακράτεια από προσπάθεια, το 27,9% με ακράτεια μικτού τύπου και το 37,6% με ακράτεια επιτακτικού τύπου, ενώ τα δεδομένα συλλέχθηκαν με το ερωτηματολόγιο SF - 36 που αξιολογεί την ποιότητα ζωής, με την κλίμακα σεξουαλικής δυσφορίας των γυναικών (“Female Sexual Distress Scale”), και με τον δείκτη σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών (“Female Sexual Function Index”). Τα αποτελέσματα ανέδειξαν υψηλή σεξουαλική δυσφορία και χαμηλή βαθμολογία στη συνολική σεξουαλική λειτουργία, ενώ οι γυναίκες με ακράτεια ούρων μικτού τύπου παρουσίασαν σημαντικά καλύτερη σεξουαλική δυσλειτουργία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες. Οι γυναίκες με ακράτεια μικτού τύπου και εκείνες με ακράτεια επιτακτικού τύπου είχαν μεγαλύτερη οργασμική διαταραχή από τις γυναίκες με ακράτεια από προσπάθεια, ενώ οι γυναίκες με ακράτεια μικτού τύπου και οι γυναίκες με ακράτεια από προσπάθεια είχαν λιγότερο συχνά σεξουαλική επιθυμία από εκείνες με ακράτεια επιτακτικού τύπου. Τέλος, η ποιότητα ζωής των γυναικών που έπασχαν από όλους τους τύπους ακράτειας ούρων ήταν χειρότερη, και ιδίως μεταξύ εκείνων με ακράτεια μικτού τύπου και με ακράτεια επιτακτικού τύπου. Συνολικά, λοιπόν, η ακράτεια ούρων, ανεξαρτήτως τύπου, έχει σημαντική αρνητική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία και στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια.

Οι Krhut *et al.* (2018) εξέτασαν το εάν η σοβαρότητα της ακράτειας ούρων συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των γυναικών που πάσχουν από ακράτεια ούρων. Συνολικά, αξιολογήθηκαν 391 γυναίκες με ακράτεια ούρων και 81 γυναίκες χωρίς ακράτεια, και σε αυτές εκτιμήθηκε η σοβαρότητα της ακράτειας και η ποιότητα ζωής τους, μέσω της χρήσης των εργαλείων PPBC (“Patient Perception of Bladder Condition”), 24h pad – weight test, και των ερωτηματολογίων KHQ (“King’s Health Questionnaire”) και ICIQ – SF (“International Consultation on Incontinence short-form questionnaire”). Στη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η ακράτεια ούρων σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, με όλα τα εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Η ακράτεια ούρων από

προσπάθεια είχε χαμηλότερη επίδραση στην ποιότητα ζωής από την ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου και από την ακράτεια τύπου μικτού τύπου. Συνολικά, στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι ακόμη και η ήπια διαρροή ούρων μειώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής, ενώ η αύξηση του βαθμού ακράτειας έχει μόνο ελάχιστη επιπρόσθετη επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της ακράτειας ούρων και της ποιότητας ζωής.

Κύριος σκοπός της συγχρονικής μελέτης των Ozdemir *et al.* (2018) ήταν ο καθορισμός του επιπολασμού της ακράτειας ούρων και η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της ακράτειας ούρων και της ποιότητας ζωής των παντρεμένων γυναικών. Οι συμμετέχουσες ήταν 1.161 παντρεμένες γυναίκες ηλικίας 20 έως 49 ετών στην Τουρκία. Η συχνότητα της ακράτειας ούρων βρέθηκε ίση με 71,5%. Από το σύνολο των 830 αυτών ασθενών με συμπτώματα ακράτειας ούρων, η ακράτεια μικτού τύπου ήταν ο πιο συχνός τύπος (60,4%), ακολουθούμενη από την ακράτεια επιτακτικού τύπου (33,9%) και την ακράτεια από προσπάθεια. Οι μέσες τιμές της γενικής υγείας και της κοινωνικής λειτουργικότητας διαπιστώθηκε ότι ήταν πιο χαμηλές μεταξύ των γυναικών με ακράτεια ούρων σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς ακράτεια. Συνεπώς, η ακράτεια ούρων βρέθηκε να είναι ένα συχνό πρόβλημα μεταξύ γυναικών και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.

Οι Gascon *et al.* (2018) εξέτασαν την επίδραση της ακράτειας ούρων στην εικόνα του σώματος, στην ποιότητα ζωής, στη σεξουαλικότητα και στη διάθεση των ασθενών με μυελοπάθεια. Το δείγμα της εν λόγω μελέτης αποτελούνταν από 31 γυναίκες, ενώ για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο υγείας KHQ (“King’s Health Questionnaire”), η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης HAD (“Hospital Anxiety and Depression Scale”), η κλίμακα εκτίμησης της εικόνας σώματος, η βαθμολογία κινητικής αναπηρίας OSAME και το ερωτηματολόγιο για τη σεξουαλική ζωή των ασθενών. Από τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ακράτεια ούρων είχαν σημαντική αρνητική επίδραση στους ακόλουθους τομείς: στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής τους, στην ίδια την ακράτεια, στον ύπνο, στους κοινωνικούς και σωματικούς περιορισμούς, στις κοινωνικές σχέσεις και στα συναισθήματα. Συνεπώς, η ακράτεια ούρων μπορεί να προκαλέσει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών, αφού έχει υγειονομικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες.

Άλλοι ερευνητές διερεύνησαν τον επιπολασμό της ακράτειας ούρων μεταξύ παχύσαρκων γυναικών με ένδειξη για χειρουργική επέμβαση, και διερεύνησαν τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου και την επίδραση της ακράτειας ούρων στην ποιότητα ζωής. Το δείγμα αποτελούνταν από 221 ασθενείς και τα δεδομένα συλλέχθηκαν με δομημένες συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια σχετικά με την ποιότητα ζωής. Από το σύνολο των 221 ασθενών, οι 118 είχαν επεισόδια ακράτειας ούρων, και από τις ασθενείς με ακράτεια, το 52,5% των ασθενών είχαν μικτού τύπου ακράτεια ούρων, το 33,9% είχαν ακράτεια ούρων από προσπάθεια, και μόνο το 13,5% των ασθενών παρουσίασαν επείγουσας μορφής ακράτεια ούρων (Nygaard *et al.*, 2018). Ο επιπολασμός της ακράτειας ούρων αυξήθηκε κατά 47% μεταξύ των γυναικών που είχαν γεννήσει φυσιολογικά και κατά 34% μεταξύ των γυναικών που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση, κι έτσι οι δύο αυτοί παράγοντες προσδιορίστηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ακράτεια ούρων. Τέλος, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ήταν μέτρια μεταξύ των ασθενών με ακράτεια ούρων. Ως εκ τούτου, γίνεται σαφές ότι η ακράτεια ούρων επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και ο επιπολασμός της ακράτειας ούρων είναι ιδιαίτερα υψηλός μεταξύ παχύσαρκων γυναικών (Nygaard *et al.*, 2018).

Οι Pereira *et al.* (2019) διερεύνησαν την ενδεχόμενη επίδραση της σεξουαλικής ικανοποίησης, του βαθμού σοβαρότητας της ακράτειας ούρων, του πόνου και της ψυχολογικής νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής των γυναικών, καθώς και το εάν ο πόνος μεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στην νοσηρότητα που αφορά την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Στη συγκεκριμένη μελέτη που διεξήχθη σε 80 γυναίκες που διαγνώστηκαν με ακράτεια ούρων και έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης, βρέθηκε ότι ο πόνος, η σεξουαλική ικανοποίηση και η σοβαρότητα της ακράτειας ούρων αποτέλεσαν παράγοντες πρόβλεψης της ποιότητας ζωής, και ότι ο πόνος μεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στην νοσηρότητα από ψυχιατρικά νοσήματα και στην ποιότητα ζωής.

Τέλος, οι Gumussoy, Kavlak και Donmez (2019) διερεύνησαν την επίδραση της ακράτειας ούρων στην ποιότητα ζωής, στην εικόνα του σώματος και στην αυτοεκτίμηση των ασθενών με ακράτεια ούρων. Στη μελέτη συμμετείχαν 218 γυναίκες με ακράτεια ούρων και τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής για την ακράτεια ούρων (“Incontinence Quality of Life Questionnaire”), της κλίμακας αυτοεκτίμησης Roseneberg (“Roseneberg Self -

Esteem”), και της κλίμακας “Body Cathexis”. Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα, υπήρξε μια αδύναμη, στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της κλίμακας Body Cathexis και της κλίμακας αυτοεκτίμησης Roseneberg, καθώς και μια αδύναμη, στατιστικά σημαντική, αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Επίσης αδύναμη, στατιστικά σημαντική, αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Τέλος, σημαντικές επιδράσεις παρατηρήθηκαν για την εικόνα του σώματος, για την αυτοεκτίμηση σε σχέση με τη διάρκεια και τη συχνότητα της ακράτειας, και για την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη διάρκεια και τη συχνότητα της ακράτειας ούρων. Συνολικά, συμπεραίνεται ότι οι περισσότερες γυναίκες με ακράτεια ούρων έχουν αρνητική εικόνα σώματος και περισσότερες από τις μισές έχουν μέτρια ποιότητα ζωής και χαμηλή ή μέτρια αυτοεκτίμηση.

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Σκοπός

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ. σε ημιαστική περιοχή. Πιο συγκεκριμένα επιμέρους ερευνητικούς στόχους αποτέλεσαν:

- Η διερεύνηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ..
- Η μέτρηση της συχνότητας των συμπτωμάτων των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ. σχετικά με την ακράτεια ούρων, την ακράτεια κοπράνων, την πρόπτωση των πυελικών οργάνων και τη σεξουαλική λειτουργία, τη σοβαρότητα αυτών και τον βαθμό στον οποίο αυτά ενοχλούσαν τις γυναίκες στην καθημερινότητά τους
- Η διερεύνηση της συνολικής δυσφορίας των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ. λόγω των συμπτωμάτων της ακράτειας ούρων.
- Ο έλεγχος της συσχέτισης των επιμέρους συμπτωμάτων και προβλημάτων με την ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ.

3.2 Δείγμα

Προκειμένου να επιτευχθούν οι βασικοί στόχοι της παρούσας έρευνας, συλλέχθηκαν δεδομένα από δείγμα 110 γυναικών, μέσης ηλικίας $57,87 \pm 8,54$ ετών, που επισκέπτονταν τα ιατρεία του κέντρου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η δειγματοληψία που αξιοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας, λόγω των πρακτικών δυσκολιών που ενέχει η εύρεση ενός τυχαίου δείγματος γυναικών που επισκέπτονται τα ιατρεία ΠΦΥ από όλη την Ελλάδα.

Κατά την προσέλευσή τους οι γυναίκες ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και εφόσον έδιναν την γραπτή τους συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη καλούνταν να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους δεδομένης της ακράτειας ούρων που εμφανίζουν.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε επαναξιολόγηση της ποιότητας ζωής στο ίδιο δείγμα γυναικών προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης, αλλά από το σύνολο των 110 ατόμων που συγκεντρώθηκαν αρχικά, η δεύτερη αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε μόνο σε 32 γυναίκες.

3.3 Εργαλεία Μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος, ερωτήσεις σχετικές με την ακράτεια ούρων και ερωτήσεις σχετικές με την ποιότητα της ζωής τους.

Τα συμπτώματα σχετικά με την ακράτεια ούρων, την ακράτεια κοπράνων και τη σεξουαλική λειτουργία και η σοβαρότητα αυτών αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου PFQ (“Pelvic Floor Questionnaire”). Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί και εφαρμοστεί σε πολυάριθμους πληθυσμούς όπως και στην Ελλάδα (Billis E., *et al.*, 2022) συμπεριλαμβανομένων των γυναικών με ουρογυναικολογικά προβλήματα και περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις που διακρίνονται σε 4 επιμέρους κατηγορίες-υποκλίμακες (Lin *et al.*, 2017):

- Την υποκλίμακα που αφορά στην κύστη (“Bladder subscale”)
- Την υποκλίμακα που αφορά στο έντερο (“Bowel Subscale”)
- Την υποκλίμακα που αφορά στη σεξουαλική λειτουργία (“Sexual Function Subscale”), και
- Την υποκλίμακα που αφορά στην πρόπτωση των πυελικών οργάνων (“Pelvic Organ Prolapse (POP) Subscale”).

Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία στις επιμέρους αυτές υποκλίμακες, καθώς και στη συνολική κλίμακα PFQ, τόσο πιο σοβαρά είναι τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς.

Η συνολική δυσφορία λόγω των ουρολογικών συμπτωμάτων μετρήθηκε επίσης και με την υποκλίμακα UDI – 6 (“Urinary Distress Inventory”) του εργαλείου PFDI (“Pelvic Floor Distress Inventory”). Το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις, με 5 απαντητικές επιλογές που λαμβάνουν τις τιμές 0 έως και 4. Η συνολική βαθμολογία της υποκλίμακας αυτής λαμβάνει τιμές μεταξύ 0 και 100, με τις

υψηλότερες τιμές να αντανακλούν υψηλότερη δυσφορία λόγω των συμπτωμάτων (Gleason *et al.*, 2015).

Η ποιότητα ζωής των γυναικών που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου PFIQ - 7 (“Pelvic Floor Impact Questionnaire - 7”), σύντομης μορφής (Sanchez – Sanchez *et al.*, 2013). Το εργαλείο αυτό έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες, και περιλαμβάνει 3 υποκλίμακες (ουροδόχος κύστη ή ούρα, έντερο ή ορθό, κόλπος ή λεκάνη) και 7 επιμέρους ερωτήσεις που αφορούν στις σωματικές δραστηριότητες, σε καθημερινές δραστηριότητες του σπιτιού, στην ψυχαγωγία, στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην ικανότητα πραγματοποίησης ταξιδιών, στη συναισθηματική υγεία και στον εκνευρισμό (Bochenska *et al.*, 2020; Sanchez – Sanchez *et al.*, 2013). Στις 7 αυτές ερωτήσεις – κατηγορίες, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να δηλώσουν σε ποιο βαθμό κάθε σύμπτωμα ή κατάσταση επηρεάζει την ικανότητά τους να λειτουργήσουν στους 7 αυτούς τομείς, και οι απαντητικές επιλογές ήταν 4 (Καθόλου = 0, Κάπως = 1, Μέτρια = 2, Αρκετά = 4), ενώ η συνολική βαθμολογία για κάθε μία από τις κλίμακες του ερωτηματολογίου κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 0 και 100, με τις μεγαλύτερες τιμές να αντιστοιχούν στην υψηλότερη, αρνητική επίδραση. Αθροίζοντας τις τρεις αυτές βαθμολογίες, προκύπτει το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου, το οποίο μπορεί να λάβει τιμές από 0 έως και 300 (Bochenska *et al.*, 2020).

3.4 Έλεγχος αξιοπιστίας εργαλείων

Από τον έλεγχο της αξιοπιστίας των επιμέρους υποκλιμάκων και κλιμάκων των ερωτηματολογίων που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα, μέσω του υπολογισμού του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach’s Alpha, προέκυψε ότι όλες οι υποκλίμακες και οι κλίμακες είχαν καλή έως και πολύ υψηλή αξιοπιστία. Εξαίρεση αποτέλεσαν η υποκλίμακα της σεξουαλικής λειτουργίας PFQ και η συνολική βαθμολογία του PFQ, όπου δεν ήταν δυνατός ο υπολογισμός του δείκτη αξιοπιστίας, λόγω μη επαρκών έγκυρων απαντήσεων. Συγκεκριμένα, η υψηλότερη αξιοπιστία παρατηρήθηκε στην κλίμακα ακράτειας ούρων PFIQ7 (0,948), στην κλίμακα ακράτειας κοπράνων PFIQ7 (0,960), στην κλίμακα πρόπτωσης μήτρας PFIQ7 (0,976), ενώ εξίσου υψηλές ήταν οι τιμές αξιοπιστίας στις τρεις αυτές κλίμακες, και

όταν ελέγχθηκε η αξιοπιστία τους κατά τη 2^η αξιολόγηση. Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές αξιοπιστίας σημειώθηκαν στην υποκλίμακα ακράτειας κοπράνων APF (0,787), στην υποκλίμακα πρόπτωσης μήτρας APF (0,779), στην κλίμακα ακράτειας ούρων UDI (0,758), αλλά ακόμα και αυτές οι τιμές υποδεικνύουν υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας. Τέλος, στις μετρήσεις της 2^{ης} αξιολόγησης, χαμηλότερη αξιοπιστία παρουσίασαν μόνο οι κλίμακες της ακράτειας κοπράνων UDI (0,743) και η υποκλίμακα ακράτειας κοπράνων APF (0,761) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Τιμές του δείκτη Cronbach's α για τις υποκλίμακες και τις κλίμακες των ερωτηματολογίων, κατά την 1^η και τη 2^η αξιολόγηση

	Cronbach's Alpha 1 ^η αξιολόγηση	Cronbach's Alpha 2 ^η αξιολόγηση	N of items
Υποκλίμακα ουροδόχου κύστης PFQ	0,833	0,844	15
Υποκλίμακα εντέρου PFQ	0,809	0,785	12
Υποκλίμακα πρόπτωσης πυελικών οργάνων PFQ	0,788	0,814	5
Υποκλίμακα σεξουαλικής λειτουργίας PFQ	-	-	10
Συνολική κλίμακα PFQ	-	-	42
Κλίμακα ακράτειας ούρων UDI	0,768	0,730	6
Κλίμακα ακράτειας ούρων PFIQ7	0,948	0,953	7
Κλίμακα ακράτειας κοπράνων PFIQ7	0,960	0,989	7
Κλίμακα πρόπτωσης μήτρας PFIQ7	0,972	0,981	7

3.5 Στατιστική Ανάλυση

Μετά τη συλλογή των δεδομένων, έγινε κωδικοποίησή τους και ακολούθησε επεξεργασία των δεδομένων με το στατιστικό πακέτο SPSS v21. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, με υπολογισμό των συχνοτήτων και των ποσοστών των ατόμων που επέλεξαν την κάθε απάντηση στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, καθώς και της ελάχιστης και μέγιστης τιμής, της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης στις ποσοτικές μεταβλητές.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ των επιμέρους ποσοτικών μεταβλητών που προέκυψαν ως σκορ από τα ερωτηματολόγια που αξιοποιήθηκαν. Για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου συσχέτισης (παραμετρικός ή μη παραμετρικός έλεγχος), πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των

μεταβλητών. Βάσει των αποτελεσμάτων της κανονικότητας, οι μεμονωμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου PFQ που αφορούσαν στην επίδραση των επιμέρους συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής, η υποκλίμακα που περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη λειτουργία του εντέρου του PFIQ -7 / UIQ-7, η υποκλίμακα που περιλαμβάνει ερωτήσεις για προβλήματα του κόλπου του PFIQ-7 / UIQ-7 και οι υποκλίμακες της σεξουαλικής λειτουργίας και του εντέρου δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, ενώ οι υπόλοιπες μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή (Πίνακας 4). Δεδομένου ότι οι περισσότερες μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, και ο έλεγχος συσχέτισης πραγματοποιήθηκε μεταξύ κανονικών και μη κανονικών μεταβλητών, επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος, δηλαδή ο έλεγχος της συσχέτισης κατά Spearman. Το όριο της στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $p < 0.05$.

Τέλος, ελέγχθηκε η συνοχή εντός των ομάδων μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} αξιολόγησης των γυναικών του δείγματος με τη χρήση του συντελεστή ενδοσυσχέτισης “Intraclass Correlation Coefficient” (ICC). Η συγκεκριμένη περιγραφική στατιστική χρησιμοποιείται για την περιγραφή του πόσο ισχυρά μοιάζουν οι μονάδες εντός μία ομάδας μεταξύ τους (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 15	,228	28	,001	,883	28	,005
Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 27	,344	28	,000	,649	28	,000
Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 32	,196	28	,007	,852	28	,001
Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 42	,451	28	,000	,573	28	,000
Pelvic Floor Questionnaire TOTAL (adding the 4 subscores)	,083	28	,200*	,975	28	,730
PFDI/UDI-6 Total score (mean score * 100/3, range 0-100)	,114	28	,200*	,957	28	,303
PFIQ-7/UIQ-7 - BLADDER subscore (mean score * 100)/3	,110	28	,200*	,945	28	,145
PFIQ-7/UIQ-7 - BOWEL subscore (mean score * 100) /3	,292	28	,000	,626	28	,000
PFIQ-7/UIQ-7 - VAGINAL subscore (mean score)*100/3	,204	28	,004	,868	28	,002
PFIQ-7/UIQ-7 TOTAL SCORE (add 3 subscores /range 0-300)	,114	28	,200*	,960	28	,352
PFQ –Bladder subscore (1-15) Calculate: (1+...+15)/45 *10	,151	28	,101	,968	28	,519
PFQ –Bowel subscore (16-27) Calculate: (16+...+27)/34 *10	,201	28	,005	,892	28	,007
PFQ –POP subscore (28-32) Caclulate: (28+...+32)/15 *10	,152	28	,097	,916	28	,028
PFQ-Sexual function subscore (33- 42) Caclulate: (33+...+41)/21 *10	,334	28	,000	,707	28	,000

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Η μέση ηλικία των γυναικών που προσέρχονταν στο ΚΥ ήταν $57,87 \pm 8,54$ ετών και οι περισσότερες εξ αυτών ήταν παντρεμένες με παιδιά (85,5%). Το 21,8% των γυναικών του δείγματος δεν έχουν εισέλθει ακόμα στην εμμηνόπαυση, και το 30,8% αυτών καπνίζουν (16,3% του δείγματος: περισσότερα από 40 τσιγάρα ανά ημέρα, 14,5% του δείγματος: λιγότερα από 20 τσιγάρα ανά ημέρα). Οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα είχαν μέσο ύψος $161,05 \pm 5,49$ εκατοστά, και μέσο βάρος $74,92 \pm 14,29$ (Πίνακας 3 & 4).

Από τις 106 γυναίκες που είχαν αποκτήσει ένα τουλάχιστον παιδί (μέσο βάρος 1^{ου} παιδιού: $3.257,74 \pm 667,88$ γραμμάρια), στο 73,6% των περιπτώσεων πραγματοποιήθηκε φυσιολογικός τοκετός, στο 14,2% έγινε χρήση βεντούζας, στο 2,8% έγινε χρήση εμβρυουλκών, ενώ το υπόλοιπο 9,4% των γυναικών υποβλήθηκε σε καισαρική τομή (προγραμματισμένη: 2,8%, επείγουσα: 6,6%). Από τις 91 γυναίκες που είχαν αποκτήσει δεύτερο παιδί (μέσο βάρος 2^{ου} παιδιού: $3.304,46 \pm 576,48$ γραμμάρια), στο 79,1% των περιπτώσεων πραγματοποιήθηκε φυσιολογικός τοκετός, και στο 11% των γυναικών έγινε καισαρική τομή, προγραμματισμένη ή επείγουσα, ενώ οι υπόλοιπες γυναίκες δεν απάντησαν στο εν λόγω ερώτημα. Τρίτο παιδί απέκτησαν οι 34 γυναίκες του δείγματος (μέσο βάρος 3^{ου} παιδιού: $3.152,73 \pm 530,77$ γραμμάρια), εκ των οποίων φυσιολογικός τοκετός διεξήχθη στο 85,3% των περιπτώσεων. Τέλος, το μέσο χρονικό διάστημα που οι γυναίκες του δείγματος είχαν εισέλθει στη φάση της εμμηνόπαυσης ήταν ίσο με $12,64 \pm 8,31$ έτη, ενώ το μέσο χρονικό διάστημα που οι γυναίκες είχαν εμφανίσει το πρόβλημα της ακράτειας ήταν ίσο με $51,15 \pm 47,41$ μήνες (Πίνακας 3 & 4).

Πίνακας 3. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος και μαιευτικό ιστορικό

		Συχνότητα	Ποσοστό(%)
Εθνικότητα	Ελληνική	105	95,5
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένη	2	1,8
	Παντρεμένη με παιδιά	94	85,5
	Διαζευγμένη	8	7,3
	Συμβίωση με σύντροφο	1	,9
	Ελεύθερη	5	4,5
Καπνίστρια	Ελαφριά(<20 τσιγάρα / ημέρα)	16	14,5
	Βαριά(>40 τσιγάρα / ημέρα)	18	16,3
Έμμηνος ρύση		24	21,8
Είδος τοκετού (1 ^ο παιδί)	Φυσιολογικός τοκετός	78	73,6
	Με βεντούζα	15	14,2
	Προγραμματισμένη Καισαρική	3	2,8
	Επείγουσα Καισαρική	7	6,6
	Με εμβρυολκούς	3	2,8
Είδος τοκετού (2 ^ο παιδί)	Φυσιολογικός τοκετός	72	79,1
	Με βεντούζα	9	9,9
	Προγραμματισμένη Καισαρική	9	9,9
	Επείγουσα Καισαρική	1	1,1
Είδος τοκετού (3 ^ο παιδί)	Φυσιολογικός τοκετός	29	85,3
	Με βεντούζα	1	2,9
	Προγραμματισμένη Καισαρική	3	8,8
	Επείγουσα Καισαρική	1	2,9
Είδος τοκετού (4 ^ο παιδί)	Φυσιολογικός τοκετός	12	75,0
	Με βεντούζα	1	6,3
	Προγραμματισμένη Καισαρική	3	18,8
Είδος τοκετού (5 ^ο παιδί)	Φυσιολογικός τοκετός	2	66,7
	Προγραμματισμένη Καισαρική	1	33,3
Είδος τοκετού (6 ^ο παιδί)	Φυσιολογικός τοκετός	1	50,0
	Προγραμματισμένη Καισαρική	1	50,0

Πίνακας 4. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά: Ποσοτικές μεταβλητές

	Αριθμός γυναικών	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία	110	35	70	57,87	8,54
Ύψος	110	150	178	161,05	5,49
Βάρος	110	47,00	110,00	74,92	14,29
Διάρκεια προβλήματος (μήνες)	110	4	264	51,15	47,41
Εμμηνόπαυση (έτη)	86	1,00	40,00	12,64	8,31
Βάρος 1 ^{ου} παιδιού	106	860,00	4800,00	3257,74	667,88
Βάρος 2 ^{ου} παιδιού	92	980,00	5200,00	3304,46	576,48
Βάρος 3 ^{ου} παιδιού	33	1500,00	3850,00	3152,73	530,77
Βάρος 4 ^{ου} παιδιού	16	1250,00	3850,00	2996,88	602,90
Βάρος 5 ^{ου} παιδιού	3	2600,00	3800,00	3383,33	678,85
Βάρος 6 ^{ου} παιδιού	2	2650,00	3250,00	2950,00	424,26

4.2 "Pelvic Floor Questionnaire" (PFQ)

Στο ερωτηματολόγιο PFQ, 4 επιμέρους ερωτήσεις εστίασαν στην ποιότητα ζωής των γυναικών, και οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν στην ουροδόχο κύστη (ερώτηση 15), στο έντερο (ερώτηση 27), στην πρόπτωση των πυελικών οργάνων (ερώτηση 32) και στη σεξουαλική λειτουργία (ερώτηση 42). Από τις απαντήσεις των γυναικών στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, βρέθηκε ότι όλες οι ερωτήσεις έλαβαν απαντήσεις σε όλο το φάσμα των διαθέσιμων απαντητικών επιλογών (από 0 έως και 3), ενώ κατά μέσο όρο, υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερωτήσεων αυτών. Συγκεκριμένα, ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τα προβλήματα της ουροδόχου κύστης ήταν, κατά μέσο όρο, ίσος με $1,32 \pm 0,9$, συνεπώς οι γυναίκες

φαίνεται να ενοχλούνται σε μέτριο βαθμό από τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ουροδόχο κύστη (Πίνακας 5).

Πίνακας 1. Κλίμακα PFQ: ερωτήσεις για ουροδόχο κύστη, έντερο, πρόπτωση πυελικών οργάνων και σεξουαλική λειτουργία που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
PFQ -individual QoL items					
PFQ-Item 15 (Bladder)	110	0	3	1,32	,9
PFQ-Item 27 (Bowel)	110	0	3	,53	,81
PFQ-Item 32 (POP)	40	0	3	1,00	1,06
PFQ-Item 42(Sexual function)	75	0	3	,49	,81

Στην περίπτωση του εντέρου, η μέση βαθμολογία ενόχλησης των γυναικών από τα συμπτώματα που αφορούσαν στο έντερο ήταν ίση με $0,53 \pm 0,81$, τιμή που είναι εξαιρετικά χαμηλή, επομένως, φαίνεται πως οι γυναίκες του δείγματος δεν ενοχλούνταν σχεδόν καθόλου, από τα προβλήματα του εντέρου. Σε παρόμοια χαμηλά επίπεδα βρέθηκε και η ενόχληση των γυναικών από τα προβλήματα σεξουαλικής λειτουργίας, όπου σημειώθηκε μέση βαθμολογία ίση με $0,49 \pm 0,81$. Τέλος, ως προς το βαθμό στον οποίο ενοχλούνταν οι γυναίκες λόγω των συμπτωμάτων της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, η μέση βαθμολογία στο συνολικό, αρχικό δείγμα, ήταν ίση με $1 \pm 1,06$, συνεπώς οι γυναίκες φαίνεται να ενοχλούνται ελάχιστα από τη συγκεκριμένη ομάδα συμπτωμάτων (Πίνακας 5).

Βάσει των παραπάνω, συνολικά, οι γυναίκες που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι ενοχλούνταν, κατά μέσο όρο, σε μεγαλύτερο βαθμό από τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης, και ακολούθως, από τα συμπτώματα της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, ενώ σε ελάχιστο, σχεδόν μηδαμινό βαθμό, ενοχλούνταν από τα συμπτώματα του εντέρου και από τα προβλήματα που αφορούσαν στη σεξουαλική λειτουργία.

Όσον αφορά στη συνολική βαθμολογία που αφορούσε στα συμπτώματα σχετικά με την ακράτεια ούρων, την ακράτεια κοπράνων και τη σεξουαλική λειτουργία και τη σοβαρότητα αυτών, όπως εκείνη προέκυψε από τη χρήση του

ερωτηματολογίου PFQ, η βαθμολογία αυτή κυμαίνεται μεταξύ των τιμών 1,33 και 14,68, και η μέση βαθμολογία των γυναικών ως προς τα συμπτώματα ακράτειας και σεξουαλικής λειτουργίας είναι ίση με $5,81 \pm 3,18$. Η τιμή αυτή είναι πολύ χαμηλή, που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες του δείγματος δεν υποφέρουν σε μεγάλο βαθμό από τα συμπτώματα της ακράτειας ούρων, της ακράτειας κοπράνων και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Στη συνέχεια, μετά την αρχική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, μέσω του ερωτηματολογίου PFQ, πραγματοποιήθηκε μία επαναξιολόγηση στο ίδιο δείγμα γυναικών, αλλά από το σύνολο των 110 ατόμων, μόνο οι 32 γυναίκες έλαβαν μέρος στη δεύτερη αξιολόγηση. Στη 2^η αξιολόγηση, η μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ ήταν ίση με $35,77 \pm 14,32$, κι έτσι παρατηρείται, μία σημαντική αύξηση της μέσης βαθμολογίας των συμπτωμάτων της ακράτειας ούρων, κοπράνων και σεξουαλικής λειτουργίας από την 1^η στη 2^η αξιολόγηση (Πίνακας 6).

Η βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στην κύστη (“Bladder subscore”) κυμάνθηκε μεταξύ των τιμών 0,44 και 7,11, και η μέση βαθμολογία των γυναικών στις ερωτήσεις που αφορούν στην κύστη βρέθηκε ίση με $2,78 \pm 1,41$. Η βαθμολογία αυτή είναι πολύ χαμηλή, που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα δεν υποφέρουν σε μεγάλο βαθμό από συμπτώματα που σχετίζονται με την κύστη. Στη 2^η αξιολόγηση, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στην κύστη ήταν ίση με $32,43 \pm 13,92$, κι έτσι παρατηρείται, μία σημαντική αύξηση των συμπτωμάτων που αφορούν στην κύστη από την 1^η στη 2^η αξιολόγηση (Πίνακας 6).

Η βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στο έντερο (“Bowel Subscore”) κυμάνθηκε μεταξύ των τιμών 0 και 4,71, και η μέση βαθμολογία των γυναικών ως προς τα συμπτώματα που αφορούν στο έντερο βρέθηκε ίση με $1,48 \pm 1,19$. Η βαθμολογία αυτή είναι πολύ χαμηλή, που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες του δείγματος δεν υποφέρουν σε μεγάλο βαθμό από συμπτώματα που σχετίζονται με το έντερο. Στη 2^η αξιολόγηση, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στο έντερο ήταν ίση με $1,45 \pm 1,18$, κι έτσι φαίνεται πως δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} αξιολόγησης των συμπτωμάτων του εντέρου (Πίνακας 6).

Η βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στη σεξουαλική λειτουργία (“Sexual Function Subscore”) κυμάνθηκε μεταξύ των τιμών 0 και 4,76, και η μέση βαθμολογία των γυναικών ως προς τα συμπτώματα που αφορούν στη σεξουαλική λειτουργία βρέθηκε ίση με $0,68 \pm 1,25$. Η βαθμολογία αυτή είναι πολύ χαμηλή, επομένως, φαίνεται πως οι γυναίκες του δείγματος δεν υποφέρουν σε μεγάλο βαθμό

από συμπτώματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική λειτουργία. Στη 2^η αξιολόγηση, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στη σεξουαλική λειτουργία ήταν ίση με $1,23 \pm 1,86$, κι έτσι, παρατηρήθηκε ότι η μέση βαθμολογία των συμπτωμάτων σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία σχεδόν διπλασιάστηκε από την 1^η στη 2^η αξιολόγηση (Πίνακας 6).

Τέλος, η βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στην πρόπτωση των πυελικών οργάνων (“Pelvic Organ Prolapse (POP)Subscore”)κυμάνθηκε μεταξύ των τιμών 0 και 6,67, και η μέση βαθμολογία των γυναικών ως προς τα συμπτώματα που αφορούν στην πρόπτωση των πυελικών οργάνων βρέθηκε ίση με $0,88 \pm 1,66$. Η βαθμολογία αυτή είναι πολύ χαμηλή, που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες του δείγματος δεν έχουν σοβαρά συμπτώματα που σχετίζονται με την πρόπτωση των πυελικών οργάνων. Στη 2^η αξιολόγηση, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά στην πρόπτωση των πυελικών οργάνων ήταν ίση με $1,23 \pm 1,13$, κι έτσι, παρατηρήθηκε ότι η μέση βαθμολογία των συμπτωμάτων σχετικά με την πρόπτωση των πυελικών οργάνων σχεδόν διπλασιάστηκε από την 1^η στη 2^η αξιολόγηση (Πίνακας 6).

Πίνακας 2. Ερωτηματολόγιο PFQ: Συνολική κλίμακα και μέση τιμή επιμέρους υποκλιμάκων για ουροδόχο κύστη, έντερο, πρόπτωση πυελικών οργάνων και σεξουαλική λειτουργία κατά την 1^η και 2^η αξιολόγηση

	1^η Αξιολόγηση mean (N)	2η Αξιολόγηση RETEST mean (N)
Pelvic Floor Questionnaire (Total) score)	5,80 (108)	35,77 (32)
PFQ-Bladder subscore (1-15)	2,78 (110)	32,43 (32)
PFQ-Bowel subscore (16-27)	1,48 (108)	1,45 (32)
PFQ-POP subscore (28-32)	,88 (110)	1,23 (32)
PFQ-Sexual function subscore (33-42)	,68 (110)	1,23 (32)

4.3 Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6)

Από τις απαντήσεις των γυναικών στο ερωτηματολόγιο UDI – 6 προέκυψε ότι περισσότερες από τις μισές (55,5%) δεν έχουν καθόλου συχνοουρία, και μεταξύ αυτών που έχουν, μόνο το 10% δήλωσαν πολύ μεγάλη ενόχληση και το 12,7% δήλωσαν ενόχληση σε μέτριο βαθμό. Απώλεια ούρων που συνδέεται με αίσθηση επιτακτικότητας και απώλεια ούρων που σχετίζεται με φυσική δραστηριότητα, φτάρνισμα ή βήχα βιώνει η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος (93,6% και 95,5%, αντίστοιχα), ενώ, ιδιαίτερα ενοχλητικά είναι τα συγκεκριμένα συμπτώματα για το 10,9% και το 20% των γυναικών, αντίστοιχα. Μικρή ποσότητα απώλειας ούρων παρουσιάζει το 84,5% των συμμετεχουσών, εκ των οποίων οι περισσότερες γυναίκες ενοχλούνται σε ήπιο βαθμό από την απώλεια αυτή (40,9%), και μόνο το 11,8% ενοχλείται σε μεγάλο βαθμό. Αντίθετα, οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος δεν παρουσιάζουν καθόλου δυσκολία στην κένωση της ουροδόχου κύστης (81,8%) ή δυσφορία και πόνο στο υπογάστριο και τη γεννητική χώρα (80,9%), ενώ, από τις γυναίκες που παρουσιάζουν τα συγκεκριμένα συμπτώματα, καμία δεν ενοχλείται σε μεγάλο βαθμό από αυτά.

Υπολογίζοντας τη συνολική βαθμολογία των γυναικών του δείγματος για το ερωτηματολόγιο UDI – 6, η βαθμολογία αυτή κυμάνθηκε μεταξύ των τιμών 0 και 70,83, και η μέση βαθμολογία των γυναικών ως προς τη δυσφορία που σχετίζεται με την ακράτεια ούρων βρέθηκε ίση με $32,57 \pm 16,60$. Δεδομένου ότι η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου αυτού μπορεί να λάβει γενικά τιμές από 0 έως και 100, η μέση αυτή τιμή είναι αρκετά χαμηλή, που υποδεικνύει μικρή συνολική δυσφορία των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη λόγω συμπτωμάτων από το ουροποιητικό (Πίνακας 7).

Στη συνέχεια, μετά την αρχική μέτρηση και αξιολόγηση της δυσφορίας των γυναικών που σχετίζεται με τα συμπτώματα από το ουροποιητικό μέσω του ερωτηματολογίου UDI - 6, καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν τα επίπεδα δυσφορίας των 32 γυναικών που έλαβαν μέρος στη δεύτερη αξιολόγηση μετά από 20 ημέρες.

Βάσει των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, η συνολική βαθμολογία των γυναικών του δείγματος για το ερωτηματολόγιο UDI – 6 κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 12,5 και 83,33, ενώ η μέση βαθμολογία ως προς τη δυσφορία που σχετίζεται με την ακράτεια ούρων βρέθηκε ίση με $41,02 \pm 16,80$. Δεδομένου ότι η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου αυτού μπορεί να λάβει γενικά τιμές από 0 έως και 100, η μέση αυτή τιμή στο δείγμα είναι χαμηλή προς

μέτρια, που υποδεικνύει ότι η συνολική δυσφορία κατά τη 2^η αξιολόγηση ήταν χαμηλή προς μέτρια. Σημειωτέον, ότι η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου UDI- 6 αυξήθηκε κατά 8 περίπου μονάδες, συνεπώς, βρέθηκε ότι η μέση δυσφορία στις γυναίκες του δείγματος αυξήθηκε κατά τη 2^η μέτρηση, σε σύγκριση με την 1^η μέτρηση.

Πίνακας 7. Κλίμακα UDI – 6: 1^η και 2^η αξιολόγηση

	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
UDI-6 (Total score) 1^η αξιολόγηση	110	,00	70,83	32,57	16,60
UDI-6 (Total score) 2^η αξιολόγηση	32	12,50	83,33	41,02	16,80

4.4 “Pelvic Floor Impact Questionnaire - 7” (PFIQ - 7)

Από τις απαντήσεις των γυναικών στο ερωτηματολόγιο της επίδρασης των συμπτωμάτων της ακράτειας ούρων στην ποιότητα ζωής των γυναικών, βρέθηκε ότι η συνολική βαθμολογία του PFIQ-7/UIQ-7 έλαβε τιμές από 100 έως και 285,71, και η μέση συνολική βαθμολογία βρέθηκε ίση με $152,5 \pm 42,48$. Δεδομένου ότι η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου μπορεί να κυμανθεί από 0 έως και 300, διαπιστώνεται ότι η παρατηρηθείσα μέση τιμή υποδεικνύει ότι τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων του δείγματος είναι μέτρια.

Το ερωτηματολόγιο PFIQ-7/UIQ-7 περιλαμβάνει επίσης 3 επιμέρους υποκλίμακες (ουροδόχος κύστη ή ούρα, έντερο ή ορθό, κόλπος ή λεκάνη). Έτσι, εκτός από τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκαν και οι συνολικές βαθμολογίες για τις επιμέρους αυτές κλίμακες. Βάσει των αποτελεσμάτων στο δείγμα των 110 γυναικών της παρούσας έρευνας, η βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορούσε στην ουροδόχο κύστη κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 33,33 και 133,33, και η μέση βαθμολογία βρέθηκε ίση με $68,5 \pm 26,75$, η βαθμολογία της υποκλίμακας του εντέρου κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 33,33 και 133,33 και η μέση βαθμολογία βρέθηκε ίση με $42,9 \pm 19,93$, ενώ η βαθμολογία της υποκλίμακας του κόλπου

κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 33,33 και 133,33 και η μέση βαθμολογία βρέθηκε ίση με $41,1 \pm 19,08$. Δεδομένου ότι οι βαθμολογίες αυτές των υποκλιμάκων μπορούν δυνητικά να λάβουν τιμές από 0 έως και 100, οι παρατηρηθείσες μέσες τιμές υποδεικνύουν ότι τα προβλήματα της ουροδόχου κύστης και τα προβλήματα του εντέρου και του κόλπου επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Στη συνέχεια, μετά την αρχική μέτρηση και αξιολόγηση της αρνητικής επίδρασης των προβλημάτων στη ζωή των γυναικών, μέσω του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν τα επίπεδα επίδρασης σε λιγότερες γυναίκες, και συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν 32 έγκυρες απαντήσεις των γυναικών κατά τη δεύτερη αξιολόγηση. Βάσει των αποτελεσμάτων της 2^{ης} αξιολόγησης, η βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορούσε στην ουροδόχο κύστη κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 33,33 και 133,33, και η μέση βαθμολογία βρέθηκε ίση με $82,59 \pm 26,46$, η βαθμολογία της υποκλίμακας του εντέρου κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 33,33 και 133,33 και η μέση βαθμολογία βρέθηκε ίση με $46,43 \pm 27,15$, ενώ η βαθμολογία της υποκλίμακας των συμπτωμάτων από τον κόλπο κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 33,33 και 133,33 και η μέση βαθμολογία βρέθηκε ίση με $48,07 \pm 25,58$. Δεδομένου ότι οι βαθμολογίες αυτές των υποκλιμάκων μπορούν δυνητικά να λάβουν τιμές από 0 έως και 100, οι παρατηρηθείσες μέσες τιμές υποδεικνύουν ότι κατά τη 2^η αξιολόγηση τα προβλήματα της ουροδόχου κύστης επηρεάζουν πολύ έντονα αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών, και τα προβλήματα του εντέρου και του κόλπου ελαφρά έως μέτρια.

Αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία της αρνητικής επίδρασης των προβλημάτων στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων, η συνολική βαθμολογία του PFIQ-7 / UIQ-7 έλαβε τιμές από 100 έως και 285,71, και η μέση συνολική βαθμολογία ήταν ίση με $177,08 \pm 51,21$. Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη συνολική βαθμολογία μπορεί δυνητικά να λάβει τιμές από 0 έως και 300, κατά τη 2^η αξιολόγηση, τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων του δείγματος βρέθηκαν μέτρια προς υψηλά, και ήταν υψηλότερα από εκείνα της αρχικής αξιολόγησης (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. PFIQ-7 / UIQ-7: 1^η & 2^η μέτρηση

Μετρήσεις & Επαναμετρήσεις	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
PFIQ-7/UIQ-7 (Total score)	110	100,00	285,71	152,5974	42,48607
PFIQ-7/UIQ-7 (RETEST Total score)	32	100,00	285,71	177,08	51,21
PFIQ-7/UIQ-7 –Bladder	110	33,33	133,33	68,5281	26,75215
PFIQ-7/UIQ-7 - Bladder-RETEST	32	33,33	133,33	82,59	26,46
PFIQ-7/UIQ-7 – Bowel subscore	110	33,33	133,33	42,9004	19,93870
PFIQ-7/UIQ-7 - Bowel -RETEST	32	33,33	133,33	46,43	27,15
PFIQ-7/UIQ-7 – Vaginal subscore	110	33,33	133,33	41,1688	19,08675
PFIQ-7/UIQ-7 - Vaginal -RETEST	32	33,33	133,33	48,07	25,58

4.5 Συσχετίσεις

Από τον έλεγχο συσχετίσεων κατά Spearman μεταξύ όλων των επιμέρους κλιμάκων και υποκλιμάκων που εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα, προέκυψε ότι ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης συσχετίζεται γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της ουροδόχου κύστης (p-value=0,000 <0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή (r=0,836).
- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων (p-value=0,020 <0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική αλλά ασθενής (r_s=0,222).
- Με τη βαθμολογία της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου PFQ (p-value=0,000 <0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή (r_s=0,542).
- Με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PFDI/UDI-6 (p-value=0,000 <0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή (r_s=0,793).

- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r=0,773$).
- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας των συμπτωμάτων από τον κόλπο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,004 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ασθενής ($r_s=0,272$).
- Με τη βαθμολογία της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,664$).

Η βαθμολογία της υποκλίμακας της ουροδόχου κύστης, του ερωτηματολογίου PFQ, βρέθηκε ότι συσχετίζεται γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με το βαθμό ενόχλησης των γυναικών από την πρόπτωση των πυελικών οργάνων ($p\text{-value}=0,009 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτριας ισχύος ($r_s=0,407$).
- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, του PFQ, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,376$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,647$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του PEDI/UDI-6 ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,839$).
- Με την υποκλίμακα της ουροδόχου κύστης, του PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,832$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από τον κόλπο, του PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,442$).
- Με τη συνολική κλίμακα του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,751$).

Ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τα συμπτώματα του εντέρου βρέθηκε ότι συσχετίζεται γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας των συμπτωμάτων από το έντερο, του ερωτηματολογίου PFQ, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,762$).
- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της σεξουαλικής λειτουργίας ($p\text{-value}=0,042 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική αλλά ασθενής ($r_s=0,192$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,414$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από το έντερο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,778$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,378$).

Η βαθμολογία της υποκλίμακας των συμπτωμάτων από το έντερο, του ερωτηματολογίου PFQ, βρέθηκε ότι συσχετίζεται γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με την υποκλίμακα της σεξουαλικής λειτουργίας, του ερωτηματολογίου PFQ, ($p\text{-value}=0,024 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ασθενής ($r_s=0,217$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,454$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από το έντερο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,753$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,342$).

Ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης βρέθηκε ότι συσχετίζεται γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, του ερωτηματολογίου PFQ, ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,828$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ ($p\text{-value}=0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,829$).

- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFDI/UDI-6 ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,644$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,043<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτριας ισχύος ($r_s=0,321$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από τον κόλπο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{value} = 0,000 < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s= 0,833$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000 <0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s= 0,622$).

Η υποκλίμακα των συμπτωμάτων της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων συσχετίστηκε γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,621$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFDI/UDI-6 ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,381$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,002<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική αλλά ασθενής ($r_s=0,299$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από τον κόλπο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,760$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,472$).

Ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τη σεξουαλική λειτουργία βρέθηκε ότι συσχετίζεται γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της σεξουαλικής λειτουργίας, του ερωτηματολογίου PFQ, ($p\text{-value}=0,005<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,319$).

Η υποκλίμακα της σεξουαλικής λειτουργίας, του ερωτηματολογίου PFQ, συσχετίστηκε γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,346$).

Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ συσχετίστηκε γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFDI/UDI-6 (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και υψηλής ισχύος ($r_s=0,627$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,589$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από το έντερο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,417$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από τον κόλπο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,635$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,774$).

Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFDI/UDI-6 συσχετίστηκε γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,811$).
- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων από τον κόλπο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,412$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 (p-value=0,000<0,05). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,721$).

Η υποκλίμακα των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, συσχετίστηκε γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με την υποκλίμακα των συμπτωμάτων του κόλπου, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UI-7, ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,355$).
- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρής ($r_s=0,853$).

Η υποκλίμακα των συμπτωμάτων από το έντερο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, συσχετίστηκε γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και μέτρια ($r_s=0,440$).

Η υποκλίμακα των συμπτωμάτων από τον κόλπο, του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7, συσχετίστηκε γραμμικά στατιστικά σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές:

- Με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFIQ-7/UIQ-7 ($p\text{-value}=0,000<0,05$). Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και ισχυρή ($r_s=0,572$) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων και υποκλιμάκων

			Pelvic Floor Questionnaire-Item 15	PFQ – Bladder subscore (1-15)	Pelvic Floor Questionnaire-Item 27	PFQ – Bowel subscore	Pelvic Floor Questionnaire-Item 32	PFQ – POP subscore	Pelvic Floor Questionnaire-Item 42	PFQ- Sexual function subscore	Pelvic Floor Questionnaire TOTAL	PFDI/UDI-6 Total score	PFIQ-7/UIQ-7 - BLADDER subscore	PFIQ-7/UIQ-7 - BOWEL subscore	PFIQ-7/UIQ-7 - VAGINAL subscore	PFIQ-7/UIQ-7 TOTAL SCORE
Spearman's rho	Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 15	Correlation Coefficient	1,000	,836**	,109	,033	,272	,222*	,143	-,126	,542**	,793**	,773**	,016	,272**	,664**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,256	,733	,090	,020	,222	,188	,000	,000	,000	,871	,004	,000
		N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
	PFQ – Bladder subscore	Correlation Coefficient	,836**	1,000	,023	-,008	,407**	,376**	,009	-,137	,647**	,839**	,832**	,013	,442**	,751**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,809	,935	,009	,000	,942	,153	,000	,000	,000	,896	,000	,000
		N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
	Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 27	Correlation Coefficient	,109	,023	1,000	,762**	-,009	,027	,179	,194*	,414**	,038	,142	,778**	,051	,378**
		Sig. (2-tailed)	,256	,809	.	,000	,954	,782	,124	,042	,000	,697	,140	,000	,594	,000
		N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
	PFQ – Bowel subscore	Correlation Coefficient	,033	-,008	,762**	1,000	,015	,025	,226	,217*	,454**	,092	,139	,753**	,068	,342**

		Sig. (2-tailed)	,733	,935	,000	.	,929	,797	,054	,024	,000	,343	,150	,000	,482	,000
		N	108	108	108	108	40	108	73	108	108	108	108	108	108	108
	Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 32	Correlation Coefficient	,272	,407**	-,009	,015	1,000	,829**	,085	-,025	,644**	,398*	,321*	-,026	,833**	,622**
		Sig. (2-tailed)	,090	,009	,954	,929	.	,000	,667	,878	,000	,011	,043	,875	,000	,000
		N	40	40	40	40	40	40	28	40	40	40	40	40	40	40
		Correlation Coefficient	,222*	,376**	,027	,025	,829**	1,000	-,055	,003	,621**	,381**	,299**	,098	,760**	,472**
		Sig. (2-tailed)	,020	,000	,782	,797	,000	.	,636	,971	,000	,000	,002	,307	,000	,000
		N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
	Pelvic Floor Questionnaire-Bladder 42	Correlation Coefficient	,143	,009	,179	,226	,085	-,055	1,000	,319**	,230	,019	,092	,116	,037	,061
		Sig. (2-tailed)	,222	,942	,124	,054	,667	,636	.	,005	,050	,873	,430	,321	,751	,601
		N	75	75	75	73	28	75	75	75	75	73	75	75	75	75
	PFQ-Sexual function subscore	Correlation Coefficient	-,126	-,137	,194*	,217*	-,025	,003	,319**	1,000	,346**	-,098	-,136	,186	,159	-,023
		Sig. (2-tailed)	,188	,153	,042	,024	,878	,971	,005	.	,000	,311	,156	,052	,096	,810
		N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110

Pelvic Floor Questionnaire TOTAL	Correlation Coefficient	,542**	,647**	,414**	,454**	,644**	,621**	,230	,346**	1,000	,627**	,589**	,417**	,635**	,774**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,050	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	108	108	108	108	40	108	73	108	108	108	108	108	108	108
PFDI/UDI-6 Total score	Correlation Coefficient	,793**	,839**	,038	,092	,398*	,381**	,019	-,098	,627**	1,000	,811**	,031	,412**	,721**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,697	,343	,011	,000	,873	,311	,000	.	,000	,751	,000	,000
	N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
PFIQ-7/UIQ-7 - BLADDER subscore	Correlation Coefficient	,773**	,832**	,142	,139	,321*	,299**	,092	-,136	,589**	,811**	1,000	,141	,355**	,853**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,140	,150	,043	,002	,430	,156	,000	,000	.	,141	,000	,000
	N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
PFIQ-7/UIQ-7 - BOWEL subscore	Correlation Coefficient	,016	,013	,778**	,753**	-,026	,098	,116	,186	,417**	,031	,141	1,000	,084	,440**
	Sig. (2-tailed)	,871	,896	,000	,000	,875	,307	,321	,052	,000	,751	,141	.	,383	,000
	N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
PFIQ-7/UIQ-7 - VAGINAL	Correlation Coefficient	,272**	,442**	,051	,068	,833**	,760**	,037	,159	,635**	,412**	,355**	,084	1,000	,572**

		Sig. (2-tailed)	,004	,000	,594	,482	,000	,000	,751	,096	,000	,000	,000	,383	.	,000
		N	110	110	110	108	40	110	75	110	108	110	110	110	110	110
	PFIQ-7/UIQ-7 TOTAL SCORE	Correlation Coefficient	,664**	,751**	,378**	,342**	,622**	,472**	,061	-,023	,774**	,721**	,853**	,440**	,572**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,601	,810	,000	,000	,000	,000	,000	,000

4.6 Ενδοσυσχέτιση

Μεταξύ των ομάδων γυναικών της 1^{ης} και της 2^{ης} αξιολόγησης για το ερωτηματολόγιο PFQ (ICC=0,28) και τις επιμέρους ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αυτού ως προς το βαθμό ενόχλησης των γυναικών λόγω των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης (ICC = 0,017) και του εντέρου (ICC = -0,266), δεν παρατηρήθηκε υψηλή αξιοπιστία. Αντίθετα, πολύ καλή αξιοπιστία προέκυψε ως προς το βαθμό ενόχλησης των γυναικών λόγω των συμπτωμάτων της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων (ICC=-0,893) και της σεξουαλικής λειτουργίας (ICC=835) (Πίνακας 11).

Πίνακας 3. Ενδοσυσχέτιση 1^{ης} και 2^{ης} αξιολόγησης

Pelvic Floor Questionnaire -test-retest								
	Intraclass Correlation b			95% Confidence Interval		F Test with True Value 0		
				Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2
Single		,280a		-0,07	0,569		31	31
Average	0,438			-0,151	0,726		31	31
Pelvic Floor Questionnaire /item 15-BLADDER -test-retest								
	Intraclass Correlation b			95% Confidence Interval		F Test with True Value 0		
				Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2
Single		,017a		-0,334	0,364		30	30
Average	0,033			-	0,534		30	30
Pelvic Floor Questionnaire /item 27-BOWEL -test-retest								
	Intraclass Correlation b			95% Confidence Interval		F Test with True Value 0		
				Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2
Single		-,266a		-0,58	0,112		27	27
Average	-0,726			-	0,201		27	27
Pelvic Floor Questionnaire /item 32-POP -test-retest								
	Intraclass Correlation b			95% Confidence Interval		F Test with True		
				Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2
Single		,893a		0,711	0,963		14	14
Average	0,943			0,831	0,981		14	14
Pelvic Floor Questionnaire /item 42-Sexual function-test-retest								
	Intraclass Correlation b			95% Confidence Interval		F Test with True Value 0		
				Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2
Single		,835a		0,612	0,935		17	17
Average	0,91			0,76	0,966		17	17

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Δεδομένου ότι η ακούσια απώλεια των ούρων μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινή ζωή των γυναικών με ακράτεια ούρων, καθώς και του ότι δεν μπορεί να επέλθει με εύκολο και άμεσο τρόπο η πλήρης ίαση του συγκεκριμένου προβλήματος, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση της επίπτωσης της ακράτειας ούρων στην ψυχολογία και στην ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών. Πράγματι, πολλές γυναίκες τείνουν να αντιλαμβάνονται την απώλεια ούρων ως σοβαρό πρόβλημα και εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα ως προς την ακράτεια (Senra & Pereira, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, ως βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας τέθηκε η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ. σε ημιαστική περιοχή.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 110 γυναίκες, μέσης ηλικίας $57,87 \pm 8,54$ ετών και οι περισσότερες εξ αυτών είναι παντρεμένες με παιδιά (85,5%).

Από τις απαντήσεις των γυναικών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, στις τέσσερις επιμέρους ερωτήσεις του ερωτηματολογίου PFQ που αφορούσαν στην ποιότητα ζωής των γυναικών, προέκυψε ότι οι γυναίκες του δείγματος φαίνεται να ενοχλούνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης, και ακολούθως, από τα συμπτώματα της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, ενώ σε ελάχιστο, σχεδόν μηδαμινό βαθμό, ενοχλούνται από τα συμπτώματα του εντέρου και από τα προβλήματα που αφορούν στη σεξουαλική λειτουργία. Στην αρχική αξιολόγηση, η συνολική δυσφορία λόγω συμπτωμάτων από το ουροποιητικό στις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ήταν γενικά χαμηλή, στη 2^η αξιολόγηση, η συνολική δυσφορία ήταν χαμηλή προς μέτρια, δηλαδή η δυσφορία φαίνεται ότι αυξήθηκε σε σύγκριση με την 1^η μέτρηση οπότε και παρατηρήθηκε επιδείνωση των συνολικών συμπτωμάτων της ακράτειας των ούρων, και ιδίως των συμπτωμάτων της ουροδόχου κύστης

Τόσο από την 1^η όσο και από τη 2^η αξιολόγηση, προκύπτει ότι τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια είναι μέτρια, γεγονός που επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα της μελέτης των Gumussoy, Kavlak και Donmez, (2019), αλλά έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων, προηγούμενων μελετών, όπου υποστηρίζεται η σημαντική αρνητική επίδραση της ακράτειας ούρων στην ποιότητα ζωής των

γυναικών, με αποτέλεσμα τα επίπεδα της ποιότητας ζωής της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών να είναι αρκετά χαμηλά (Caruso *et al.*, 2017; Gascon *et al.*, 2018; Krhut *et al.*, 2018; Kwak, Kwon, & Kim, 2016; Nygaard *et al.*, 2018). Μάλιστα, σύμφωνα με την συγχρονική μελέτη των Ozdemir *et al.* (2018) οι μέσες τιμές γενικής υγείας των γυναικών με ακράτεια ούρων ήταν πιο χαμηλές συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς ακράτεια καθιστώντας την ακράτεια ούρων ένα συχνό πρόβλημα με αρνητικό αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής.

Από τον έλεγχο των συσχετίσεων, προέκυψε ότι όταν μειώνεται η ενόχληση από τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης και της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, αυξάνεται η συνολική ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων.

Ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τα συμπτώματα του εντέρου στην παρούσα έρευνα ήταν εξαιρετικά χαμηλός και δεν φάνηκε να επηρεάζει την καθημερινότητα των γυναικών. Σε χαμηλά επίπεδα βρέθηκε και η ενόχληση των γυναικών από τα προβλήματα σεξουαλικής λειτουργίας, καθώς όταν τέθηκαν οι συγκεκριμένες ερωτήσεις οι περισσότερες γυναίκες έδειχναν μηδαμινό ενδιαφέρον για την σεξουαλική τους ζωή χωρίς να θεωρούν καν πρόβλημα την έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Το εύρημα αυτό έρχεται σε σημαντική αντίθεση με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, όπου δείχθηκε ότι η σεξουαλική λειτουργία και ικανοποίηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης των επιπέδων ποιότητας ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων (Caruso *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2019; Senra, & Pereira, 2015).

Ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών από τα συμπτώματα της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων βρέθηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με τις ακόλουθες μεταβλητές με τη σοβαρότητα των συγκεκριμένων συμπτωμάτων και τη σοβαρότητα όλων των συμπτωμάτων, με τη δυσφορία των γυναικών, και με την ποιότητα ζωής, τόσο σε συνολικό επίπεδο όσο και συγκεκριμένα ως προς τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης και του κόλπου.

Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου PFQ, η οποία υποδεικνύει τη σοβαρότητα των συνολικών συμπτωμάτων των γυναικών με ακράτεια ούρων, συσχετίστηκε, μεταξύ άλλων, σημαντικά με τη συνολική δυσφορία των γυναικών και με την ποιότητα ζωής τους, και η συνολική δυσφορία συσχετίστηκε σημαντικά με τη συνολική ποιότητα ζωής των γυναικών.

Συνολικά, λοιπόν, φαίνεται πως οι γυναίκες με ακράτεια ούρων παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής, χαμηλά επίπεδα δυσφορίας, και χαμηλά προς μέτρια επίπεδα σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Από την επαγωγική ανάλυση, προέκυψε ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η δυσφορία και η ποιότητα ζωής των γυναικών σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους. Έτσι, το γεγονός πως οι γυναίκες του δείγματος είχαν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα σοβαρών προβλημάτων υγείας και συμπτωμάτων, μπορεί να εξηγήσει το λόγο για τον οποίο, παρά το πρόβλημα της ακράτειας ούρων, οι γυναίκες αυτές διατηρούν χαμηλά επίπεδα δυσφορίας και μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής.

Σημαντικοί περιορισμοί της παρούσας έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός γυναικών που αξιοποιήθηκε ως δείγμα, ιδίως στη 2^η αξιολόγηση, καθώς και η μέθοδος δειγματοληψίας, η οποία δεν ήταν τυχαία δειγματοληψία. Αναμφισβήτητα, ο έλεγχος της συσχέτισης μεταξύ της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, της δυσφορίας και της ποιότητας ζωής των γυναικών ήταν εξαιρετικά σημαντικός, ωστόσο, θα ήταν χρήσιμος και ο έλεγχος της επίδρασης άλλων σημαντικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων στην Ελλάδα.

Συγκεκριμένα, ορισμένες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας έχουν υποδείξει ότι τα άτομα με πιο αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στην ακράτεια ούρων τείνουν να έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, αλλά στην παρούσα έρευνα, δεν εξετάστηκαν οι αντιλήψεις των γυναικών ως προς την ακράτεια ούρων, ώστε να είναι δυνατός ο έλεγχος της τυχόν σχέσης των αντιλήψεων αυτών με την ποιότητα ζωής τους (Senra, & Pereira, 2015; Turkcu, & Kukulcu, 2017). Επίσης, θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθεί η ποιότητα ζωής και ο βαθμός ενόχλησης των γυναικών με ακράτεια ούρων από τα διαφορετικά είδη συμπτωμάτων, ξεχωριστά σε κάθε κατηγορία, βάσει του τύπου ακράτειας ούρων, ώστε να ελεγχθεί εάν ο τύπος της ακράτειας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα επίπεδα της ποιότητας ζωής και το βαθμό ενόχλησης των γυναικών από τα διάφορα συμπτώματα που βιώνουν. Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η διεξαγωγή περισσότερων σχετικών μελετών στο μέλλον, και ιδίως στην Ελλάδα, όπου σε ένα μεγαλύτερο δείγμα γυναικών που θα επιλεγεί με τυχαία δειγματοληψία, θα εκτιμηθούν τα επίπεδα της ποιότητας ζωής αλλά και οι διάφοροι παράγοντες διαμόρφωσης των επιπέδων αυτών.

Βιβλιογραφία

- Alappattu, M., Neville, C., Beneciuk, J., & Bishop, M. (2016). Urinary Incontinence Symptoms and Impact on Quality of Life in Patients Seeking Outpatient Physical Therapy Services. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(2), 107–112.
- Alves, J. O., Luz, S. T. D., Brandão, S., Da Luz, C. M., Jorge, R. N., & Da Roza, T. (2017). Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors. *International Journal of Sports Medicine*, 38(12), 937–941.
- Anderson, K. M., Davis, K., & Flynn, B. J. (2015). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *The Medical Clinics of North America*, 99(2), 405–416.
- Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17042.
- Bachmann, G.A. & Nevadunsky, N.S. (2000). Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. *American Family Physician*, 61(10), 3090-3096.
- Bardsley, A. (2016). An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*, 25(18), S14-S21.
- Benner, J. S., Nichol, M. B., Rovner, E. S., Jumadilova, Z., Alvir, J., Hussein, M., Fanning, K., Trocio, J. N., & Brubaker, L. (2010). Patient-reported reasons for discontinuing overactive bladder medication. *BJU International*, 105(9), 1276–1282.
- Billis E., Kritikou S., Konstantinidou E., Fousekis K., Deltsidou A., Sergaki C., Giannitsas K. (2022) .The Greek version of the Australian Pelvic Floor Questionnaire: Cross-cultural adaptation and validation amongst women with urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 279, pp. 171 - 175, DOI: 10.1016/j.ejogrb.2022.10.025
- Blaivas, J. G., Simma-Chiang, V., Gul, Z., Dayan, L., Kalkan, S., & Daniel, M. (2019). Surgery for Stress Urinary Incontinence: Autologous Fascial Sling. *The Urologic Clinics of North America*, 46(1), 41–52.
- Bochenska, K., Grzybowska, M. E., Piaskowska-Cala, J., Mueller, M., Lewicky-Gaup, C., Wydra, D., & Kenton, K. (2020). Translation and validation of the Polish version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire short form 7. *International Urogynecology Journal*, DOI: 10.1007/s00192-20-04574-0, Online ahead of print

- Caruso, S., Brescia, R., Matarazzo, M. G., Giunta, G., Rapisarda, A. M. C., & Cianci, A. (2017). Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Women's Sexual Function and Quality of Life. *Urology*, *108*, 59–64.
- Chapple, C., & Manassero, F. (2005). Urinary incontinence in adults. *Surgery (Oxford)*, *23*(3), 101–107.
- Clothier, J. C., & Wright, A. J. (2018). Dysfunctional voiding: The importance of non-invasive urodynamics in diagnosis and treatment. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, *33*(3), 381–394.
- Da Roza, T., Brandão, S., Mascarenhas, T., Jorge, R. N., & Duarte, J. A. (2015). Volume of training and the ranking level are associated with the leakage of urine in young female trampolinists. *Clinical Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, *25*(3), 270–275.
- Ford, A. A., Rogerson, L., Cody, J. D., & Ogah, J. (2015). Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*, CD006375.
- Gascón, M. R. P., Mellão, M. de A., Mello, S. H., Negrão, R. M., Casseb, J., & Oliveira, A. C. P. de. (2018). The impact of urinary incontinence on the quality of life and on the sexuality of patients with HAM/TSP. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases: An Official Publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases*, *22*(4), 288–293.
- Gleason, J. L., Parden, A. M., Jauk, V., Ballard, A., Sung, V., & Richter, H. E. (2015). Outcomes of Midurethral Sling Procedures in Women with Mixed Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal*, *26*(5), 715–720.
- Goforth, J., & Langaker, M. (2016). Urinary Incontinence in Women. *North Carolina Medical Journal*, *77*(6), 423–425.
- Gomelsky, A., Athanasiou, S., Choo, M.-S., Cosson, M., Dmochowski, R. R., Gomes, C. M., Monga, A., Nager, C. W., Ng, R., Rovner, E. S., Sand, P., & Tomoe, H. (2019). Surgery for urinary incontinence in women: Report from the 6th international consultation on incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *38*(2), 825–837.
- Gomez-Amaya, S. M., Ruggieri, M. R., Arias Serrato, S. A., Massicotte, V. S., & Barbe, M. F. (2015). Gross anatomical study of the nerve supply of genitourinary

structures in female mongrel hound dogs. *Anatomia, Histologia, Embryologia*, 44(2), 118–127.

GöralTürkcü, S., & Kukulü, K. (2017). Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the Mediterranean region of Turkey. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 17(6), 446–452.

Gumussoy, S., Kavlak, O., & Dönmez, S. (2019). Investigation of body image, self-esteem, and quality of life in women with urinary incontinence. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5), e12762.

Güvenç, G., Kocaöz, S., & Kök, G. (2016). Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 649–659.

Hashim, H., & Abrams, P. (2008). How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU International*, 102(1), 62–66.

Krhut, J., Gärtner, M., Mokris, J., Horcicka, L., Svabik, K., Zachoval, R., Martan, A., & Zvara, P. (2018). Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourology and Urodynamics*, 37(6), 1925–1930.

Kruger, J. A., Dietz, H. P., & Murphy, B. A. (2007). Pelvic floor function in elite nulliparous athletes. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 30(1), 81–85.

Kwak, Y., Kwon, H., & Kim, Y. (2016). Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging & Mental Health*, 20(7), 719–726.

Ladha, M., Wagg, A., & Dytoc, M. (2017). An Approach to Urinary Incontinence for Dermatologists. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 21(1), 15–22.

Lim, R., Liong, M. L., Leong, W. S., Khan, N. A. K., & Yuen, K. H. (2016). Effect of Stress Urinary Incontinence on the Sexual Function of Couples and the Quality of Life of Patients. *The Journal of Urology*, 196(1), 153–158.

Lin, K.-Y., Frawley, H. C., Granger, C. L., & Denehy, L. (2017). The Australian Pelvic Floor Questionnaire is a valid measure of pelvic floor symptoms in patients

following surgery for colorectal cancer. *Neurourology and Urodynamics*, 36(5), 1395–1402.

Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary Incontinence in Women: A Review. *JAMA*, 318(16), 1592–1604.

Medina, C. A., Costantini, E., Petri, E., Mourad, S., Singla, A., Rodríguez-Colorado, S., Ortiz, O. C., & Doumouchsis, S. K. (2017). Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: A FIGO working group report. *Neurourology and Urodynamics*, 36(2), 518–528.

Minassian, V. A., Sun, H., Yan, X. S., Clarke, D. N., & Stewart, W. F. (2015). The interaction of stress and urgency urinary incontinence and its effect on quality of life. *International Urogynecology Journal*, 26(2), 269–276.

Muth, C. C. (2017). Urinary Incontinence in Women. *JAMA*, 318(16), 1622.

Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., Bedretdinova, D. A., Ambühl, D., Farag, F., Lombardo, R., Schneider, M. P., & Burkhard, F. C. (2018). EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology*, 73(4), 596–609.

Nygaard, C. C., Schreiner, L., Morsch, T. P., Saadi, R. P., Figueiredo, M. F., & Padoin, A. V. (2018). Urinary Incontinence and Quality of Life in Female Patients with Obesity. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia:Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, 40(9), 534–539.

Nyström, E., Asklund, I., Sjöström, M., Stenlund, H., & Samuelsson, E. (2018). Treatment of stress urinary incontinence with a mobile app: Factors associated with success. *International Urogynecology Journal*, 29(9), 1325–1333.

Özdemir, K., Şahin, S., Özerdoğan, N., & Ünsal, A. (2018). Evaluation of urinary incontinence and quality of life in married women aged between 20 and 49 years (Sakarya, Turkey). *Turkish Journal of Medical Sciences*, 48(1), 100–109.

Paes, F. G. da S., Salgado Filho, N., Neto da Silva, M. A. C., Lima, H. C. M., Ferreira, D. A. P., Brandão Nascimento, M. do D. S., & Costa, M. do R. da S. R. (2016). Effect of urinary incontinence on the quality of life of asthmatic women. *The Journal of Asthma: Official Journal of the Association for the Care of Asthma*, 53(5), 553–558.

- Park, H. K., Chang, S., Palmer, M. H., Kim, I., & Choi, H. (2015). Assessment of the Impact of Male Urinary Incontinence on Health-Related Quality of Life: A Population Based Study. *Lower Urinary Tract Symptoms*, 7(1), 22–26.
- Pereira, M. G., Lynch, B., Hall-Faul, M., & Pedras, S. (2019). Quality of life of women with urinary incontinence in rehabilitation treatment. *Journal of Health Psychology*, 24(2), 254–263.
- Rodríguez-Mias, N. L., Martínez-Franco, E., Aguado, J., Sánchez, E., & Amat-Tardiu, L. (2015). Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence, do they share the same risk factors? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 190, 52–57.
- Saboia, D. M., Firmiano, M. L. V., Becerra, K. de C., Vasconcelos, J. A., Oriá, M. O. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2017). Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 51, e03266.
- Samuelsson, E., Odeberg, J., Stenzelius, K., Molander, U., Hammarström, M., Franzen, K., Andersson, G., & Midlöv, P. (2015). Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 521–534.
- Sánchez-Sánchez, B., Torres-Lacomba, M., Yuste-Sánchez, M. J., Navarro-Brazález, B., Pacheco-da-Costa, S., Gutiérrez-Ortega, C., & Zapico-Goñi, Á. (2013). Cultural adaptation and validation of the Pelvic Floor Distress Inventory short form (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire short form (PFIQ-7) Spanish versions. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 170(1), 281–285.
- Senra, C., & Pereira, M. G. (2015). Quality of life in women with urinary incontinence. *Revista Da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 61(2), 178–183.
- Shamliyan, T., Wyman, J. F., Ramakrishnan, R., Sainfort, F., & Kane, R. L. (2012). Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 156(12), 861–874, W301-310.
- Siroky, M. B. (2004). The Aging Bladder. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 1), S3–S7.
- Sussman, R. D., Syan, R., & Brucker, B. M. (2020). Guideline of guidelines: Urinary incontinence in women. *BJU International*, 125(5), 638–655.

- Swithinbank, L., Hashim, H., & Abrams, P. (2005). The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *The Journal of Urology*, *174*(1), 187–189.
- Vaughan, C. P., & Markland, A. D. (2020). Urinary Incontinence in Women. *Annals of Internal Medicine*, *172*(3), ITC17–ITC32.
- Veenboer, P. W., & Bosch, J. L. H. R. (2014). Long-term adherence to antimuscarinic therapy in everyday practice: A systematic review. *The Journal of Urology*, *191*(4), 1003–1008.
- Wagg, A., Gibson, W., Ostaszkievicz, J., Johnson, T., Markland, A., Palmer, M. H., Kuchel, G., Szonyi, G., & Kirschner-Hermanns, R. (2015). Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *34*(5), 398–406.
- Zhang, Y.-G., Song, Q.-X., Song, B., Zhang, D.-L., Zhang, W., & Wang, J.-Y. (2017). Diagnosis and Treatment of Urinary Incontinence after Orthotopic Ileal Neobladder in China. *Chinese Medical Journal*, *130*(2), 231–235.
- Zugor, V., Akbarov, I., Karapanos, L., & Heidenreich, A. (2018). [Surgical management of female stress urinary incontinence]. *Aktuelle Urologie*, *49*(1), 78–82.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΕΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω, ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniwa.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή Αιγάλεω : 15/09/2020

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ: κ. Δελτσίδου Άννα

ΚΟΙΝ: κ. Τζαννή Ελένη

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Π.Α.Δ.Α.), στην 13η/11-09-2020 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «**Ποιότητα ζωής των γυναικών με ακράτεια ούρων που επισκέπτονται τα ιατρεία Π.Φ.Υ σε ημιαστική περιοχή**», με αριθμό πρωτοκόλλου 59945/04-09-2020 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Δελτσίδου Άννα.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεγμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου.

Η Αντιπρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής
και Δεοντολογίας της Έρευνας

Digitally signed by
Anastasia
Barmpouni
Date: 2020.10.06
15:00:04 +03'00'
Δρ Αναστασία Μπαρμπούνη
Καθηγήτρια

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία μελέτη σχετική με την δημιουργία ενός εύχρηστου ερωτηματολογίου για προβλήματα γυναικών που είτε επισκέπτονται ουρολογική ή/και γυναικολογική-μαιευτική κλινική, είτε έχουν ουρο-γυναικολογικά προβλήματα. Η παρούσα μελέτη εκπονείται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του ΠΜΣ του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με επιβλέπουσα την Δρ Άννα Δελτσίδου, Καθηγήτρια σε συνεργασία με το Τμήμα Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας), με υπεύθυνη καθηγήτρια την Δρ. Ευδοκία Μπίλλη (Αναπλ. Καθηγήτρια Φυσικοθεραπείας).

Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών στον κόσμο υποφέρουν από προβλήματα γυναικολογικής φύσεως (π.χ. ακράτειας ούρων/κοπράνων, πρόπτωση μήτρας, επώδυνα σύνδρομα, σεξουαλικές δυσλειτουργίες κ.α.). Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η επισημοποίηση του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους ‘Australian Pelvic Floor Questionnaire’. Το ερωτηματολόγιο αφού μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα πρέπει να ελεγχθεί εάν είναι εύκολα κατανοητό από όλες τις ηλικιακές ομάδες και τα μορφωτικά επίπεδα.

Τι θα χρειαστεί να κάνω;

Το μόνο που θα χρειαστεί να κάνετε είναι να διαβάσετε προσεκτικά το παρακάτω έντυπο και να απαντήσετε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του, οι οποίες θα σας πάρουν περίπου 15-20 λεπτά για να τις συμπληρώσετε. Ενημερώνουμε ότι η συμμετοχή σας στην ερευνητική εργασία είναι εθελοντική, ενώ η ανωνυμία σας θα διασφαλιστεί πλήρως.

Δήλωση συναίνεσης

Διάβασα το έντυπο αυτό, κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω και συναινώ να συμμετάσχω στην μελέτη.

Υπογραφή συμμετέχοντος

Όνοματεπώνυμο

Ημερομηνία: __/__/__

Email (προαιρετικό):

Τηλ. (προαιρετικό):

Δημογραφικά στοιχεία

Παρακαλώ απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις.

1. Πόσων ετών είστε;

2. Εθνικότητα στην οποία ανήκετε

₁ Ελληνική ₂ Άλλη (προσδιορίστε)

3. Επάγγελμα.....

4. Οικογενειακή κατάσταση

₁ Έγγαμη ₂ Έγγαμη με παιδιά ₃ Διαζευγμένη
₄ Σε συμβίωση ₅ Άγαμη

5. Ύψος.....

6. Βάρος.....

7. Ποιο είναι το κύριο πρόβλημά σας

.....
.....

8. Πόσο καιρό έχετε το πρόβλημα αυτό; (μήνες ή χρόνια).....

9. Έχετε περίοδο ή όχι ₀ ΟΧΙ ₁ ΝΑΙ

10. Εάν ΟΧΙ, πριν πόσα χρόνια είχατε την τελευταία περίοδο;.....

11. Αριθμός τοκετών:.....

12. Σημειώστε το βάρος και το είδος των τοκετών:

Παιδιά	Βάρος	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	Βεντούζα	Κουτάλες	Καισαρική προγραμματισμένη	Καισαρική επείγουσα
1 ^ο						
2 ^ο						
3 ^ο						
4 ^ο						

13. Σημειώστε τα προβλήματα υγείας που έχετε (π.χ. υπέρταση)

.....
.....

13. Ποια φάρμακα παίρνετε; (π.χ. ασπιρίνη, φάρμακα πίεσης κλπ)

.....
.....

14. Σημειώστε τις χειρουργικές επεμβάσεις που έχετε κάνει;

ΕΤΟΣ	ΕΠΕΜΒΑΣΗ

18. Καπνίζετε;

₀ Όχι ₁ Λίγο (<20τσιγ/εβδ) ₂ Πολύ (20-40 ημερ.) ₃ Πάρα πολύ (>40 ημ)

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ
(Pelvic Floor Questionnaire)**

Παρακαλώ κυκλώστε την πιο κατάλληλη απάντηση.

Αναλογισθείτε τις εμπειρίες σας τον τελευταίο μήνα.

Λειτουργία Κύστης

1. Πόσες φορές την ημέρα ουρείτε;

- ₀ μέχρι 7
- ₁ μεταξύ 8-10
- ₂ μεταξύ 11-15
- ₃ περισσότερο από 15

2. Πόσες φορές σηκώνεστε το βράδυ για να ουρήσετε;

- ₀ 0-1
- ₁ 2
- ₂ 3
- ₃ περισσότερο από 3 φορές

3. Βρέχετε το κρεβάτι πριν ξυπνήσετε το βράδυ;

- ₀ ποτέ
- ₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- ₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- ₃ πάντα (κάθε βράδυ)

4. Χρειάζεται να τρέξετε ή να βιαστείτε όταν σας έρθει να ουρήσετε;

- ₀ μπορώ να κρατηθώ
- ₁ περιστασιακά χρειάζεται να τρέξω (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- ₂ συχνά χρειάζεται να τρέξω (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- ₃ καθημερινά

5. Έχετε απώλεια ούρων όταν τρέχετε ή βιάζεστε για την τουαλέτα ή όταν δεν φτάνετε εγκαίρως;

- ₀ καθόλου
- ₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- ₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- ₃ καθημερινά

6. Έχετε απώλεια ούρων όταν βήχετε, φτερνίζετε, γελάτε ή ασκίσετε;

- ₀ καθόλου
- ₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- ₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- ₃ καθημερινά

7. **Η ροή των ούρων σας είναι ασθενής, παρατεταμένη ή αργή;**
- ₀ ποτέ
 - ₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
 - ₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
 - ₃ καθημερινά
8. **Έχετε την αίσθηση ότι δεν αδειάζει τελείως η κύστη σας;**
- ₀ ποτέ
 - ₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
 - ₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
 - ₃ καθημερινά
9. **Χρειάζεται να ζοριστείτε για να αδειάσετε την κύστη σας;**
- ₀ ποτέ
 - ₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
 - ₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
 - ₃ καθημερινά
10. **Χρειάζεται να φοράτε σερβιέτες λόγω απώλειας ούρων;**
- ₀ καμία-ποτέ
 - ₁ σαν πρόληψη
 - ₂ κατά τη γυμναστική /στη διάρκεια κρυολογήματος
 - ₃ καθημερινά
11. **Περιορίζετε την πρόσληψη υγρών για να μειώσετε την απώλεια ούρων;**
- ₀ ποτέ
 - ₁ πριν βγω έξω
 - ₂ μετρίως
 - ₃ πάντα
12. **Έχετε συχνά ουρολοιμώξεις;**
- ₀ όχι
 - ₁ 1-3 το χρόνο
 - ₂ 4-12 το χρόνο
 - ₃ περισσότερες από μία το μήνα
13. **Πονάτε στην κύστη ή στην ουρήθρα σας όταν αδειάζει η κύστη σας;**
- ₀ ποτέ
 - ₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
 - ₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
 - ₃ καθημερινά
14. **Η απώλεια των ούρων σας επηρεάζει τις καθημερινές σας δραστηριότητες όπως ψυχαγωγία, κοινωνικότητα, ύπνος, ψώνια κτλ.;**
- ₀ καθόλου
 - ₁ λίγο

- ₂ μετρίως
₃ πολύ

15. Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα της κύστης σας;

- ₀ καθόλου
₁ λίγο
₂ μετρίως
₃ πολύ

Total

/45

Λειτουργία εντέρου

16. Πόσο συχνά ενεργείτε;

- ₀ μέρα παρά μέρα ή καθημερινά
₁ λιγότερο από 3 ημέρες
₂ λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
₀ περισσότερο από μία φορά την ημέρα

17. Ποια είναι η συνηθισμένη σύσταση των κοπράνων σας;

- ₀ μαλακά ₀ σφικτά ₀ σκληρά (σαν πετραδάκια)
₂ νερουλά ₁ ευμετάβλητα

18. Χρειάζεται να προσπαθήσετε αρκετά για να εκκενώσετε το έντερό σας;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

19. Χρειάζεστε καθαρτικά για να αδειάσετε το έντερό σας;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

20. Αισθάνεστε ότι είστε δυσκοίλια;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

21. Όταν έχετε αέρια, μπορείτε να τα ελέγξετε ή σας διαφεύγουν;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

22. Έχετε αισθανθεί ποτέ αφόρητη ανάγκη για να αδειάσετε το έντερό σας;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

23. Σας διαφεύγουν νερουλά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

24. Σας διαφεύγουν κανονικά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

25 Έχετε την αίσθηση ατελούς εκκένωσης του εντέρου σας;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

26. Χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε την πίεση του δακτύλου σας για βοήθεια στην εκκένωση του εντέρου σας;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

27. Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα του εντέρου σας;

- ₀ καθόλου
₁ λίγο
₂ μετρίως
₃ πολύ

Total

/34

Συμπτώματα πρόπτωσης

28. Έχετε ποτέ την αίσθηση εξογκώματος ή τμήματος που προεξέχει ή που προβάλλει από τον κόλπο σας?

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

29. Έχετε την αίσθηση πίεσης στον κόλπο ή βάρους ή τραβήγματος;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

30. Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ουρήσετε;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

31. Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ενεργηθείτε;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
₂ συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
₃ καθημερινά

32. Πόσο πολύ σας ενοχλεί η πρόπτωσή σας;

- _{na} δεν ισχύει, δεν έχω πρόπτωση
₀ καθόλου
₁ λίγο
₂ μετρίως
₃ πολύ

Total

/15

Σεξουαλική λειτουργία

33. Έχετε σεξουαλικές επαφές;

- _a όχι
_b λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
_c μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
_d καθημερινά ή τις περισσότερες ημέρες

34. Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή, παρακαλώ πείτε μας γιατί

- _a δεν έχω σύντροφο
_b δεν με ενδιαφέρει
_c ο σύντροφός μου είναι ανίκανος
_d κολπική ξηρότητα
_e πολύ επώδυνο
_f ντροπή λόγω πρόπτωσης ή ακράτειας
_g άλλοι λόγοι _____

35. Έχετε αρκετή φυσική κολπική λίπανση κατά την επαφή;

- ₀ ναι
₁ όχι

36. Κατά την επαφή η αίσθηση του κόλπου είναι:

- ₀ φυσιολογική /ευχάριστη
₁ ελάχιστη
₁ επώδυνη
₃ καμία

37. Έχετε την αίσθηση ότι ο κόλπος σας είναι πολύ φαρδύς ή χαλαρός;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά
₂ συχνά
₃ πάντα

38. Αισθάνεστε ότι ο κόλπος σας είναι πολύ σφικτός;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά
₂ συχνά
₃ πάντα

39. Αισθάνεστε πόνο κατά την σεξουαλική επαφή;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά
₂ συχνά
₃ πάντα

40. Που είναι ο πόνος σας κατά την επαφή;

- ₀ δεν ισχύει, δεν έχω πόνο
₁ στην είσοδο του κόλπου
₁ βαθιά μέσα στην λεκάνη
₂ και στα δύο στην είσοδο και στην λεκάνη

41. Έχετε απώλεια ούρων κατά την σεξουαλική επαφή;

- ₀ ποτέ
₁ περιστασιακά
₂ συχνά
₃ πάντα

42. Πόσο πολύ σας ενοχλούν αυτά τα σεξουαλικά θέματα;

- _{na} δεν ισχύει, δεν έχω πρόβλημα
₀ καθόλου
₁ λίγο
₂ μετρίως
₃ πολύ

Total

/40

Οδηγίες : κάποιες γυναίκες βρίσκουν ότι τα συμπτώματα που έχουν από την ουροδόχο κύστη, το έντερο ή τον κόλπο, επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, τις σχέσεις τους και τα συναισθήματά τους.

Για κάθε ερώτηση τοποθετήστε X στην απάντηση που περιγράφει καλύτερα πόσο πολύ / σε ποιο βαθμό έχουν επηρεαστεί οι δραστηριότητες, οι διαπροσωπικές σας σχέσεις, ή τα συναισθήματά σας, από συμπτώματα ή καταστάσεις που σχετίζονται με την ουροδόχο κύστη σας, το έντερο ή τον κόλπο στο **διάστημα των τελευταίων 3 μηνών**. Παρακαλούμε σιγουρευτείτε ότι έχετε απαντήσει και στις 3 σελίδες για κάθε ερώτηση.

(PFIQ-7/UIQ-7) Πόσο τα συμπτώματα ή τα προβλήματα που έχετε <u>με την ουροδόχο κύστη ή την ούρηση</u> επηρεάζουν:	
1. τις δουλειές σας για το σπίτι; (π.χ. μαγείρεμα, νοικοκυριό);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
2. τις σωματικές σας δραστηριότητες (π.χ. περπάτημα, κολύμβηση, γυμναστική);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
3. την ψυχαγωγία σας (π.χ. να πάτε σινεμά ή σε μια συναυλία);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
4. τη δυνατότητα σας να ταξιδεύετε για πάνω από μισή ώρα με το λεωφορείο ή αυτοκίνητο;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
5. τις εκτός σπιτιού κοινωνικές σας δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
6. Την συναισθηματική σας κατάσταση (π.χ. νευρικότητα, κατάθλιψη κλπ)	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
7. Αισθάνεστε απογοήτευση ή νιώθετε άβολα;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ

(PFIQ-7/CRAIQ-7)Πόσο τα συμπτώματα ή τα προβλήματα που έχετε **με το έντερο ή το ορθό** επηρεάζουν:

1. τις δουλειές σας για το σπίτι; (π.χ. μαγείρεμα, νοικοκυριό);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
2. τις σωματικές σας δραστηριότητες (π.χ. περπάτημα, κολύμβηση, γυμναστική);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
3. την ψυχαγωγία σας (π.χ. να πάτε σινεμά ή σε μια συναυλία);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
4. τη δυνατότητα σας να ταξιδεύετε για πάνω από μισή ώρα με το λεωφορείο ή αυτοκίνητο;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
5. τις εκτός σπιτιού κοινωνικές σας δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
6. Την συναισθηματική σας κατάσταση (π.χ. νευρικότητα, κατάθλιψη κλπ)	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
7. Αισθάνεστε απογοήτευση ή νιώθετε άβολα;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ

(PFIQ-7/POPIQ-7)Πόσο τα συμπτώματα ή τα προβλήματα που έχετε **με τον κόλπο ή την πύελο** επηρεάζουν:

1. τις δουλειές σας για το σπίτι; (π.χ. μαγείρεμα, νοικοκυριό);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
2. τις σωματικές σας δραστηριότητες (π.χ. περπάτημα, κολύμβηση, γυμναστική);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
3. την ψυχαγωγία σας (π.χ. να πάτε σινεμά ή σε μια συναυλία);	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
4. τη δυνατότητα σας να ταξιδεύετε για πάνω από μισή ώρα με το λεωφορείο ή αυτοκίνητο;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
5. τις εκτός σπιτιού κοινωνικές σας δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
6. Την συναισθηματική σας κατάσταση (π.χ. νευρικότητα, κατάθλιψη κλπ)	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ
7. Αισθάνεστε απογοήτευση ή νιώθετε άβολα;	<input type="checkbox"/> ₁ Καθόλου <input type="checkbox"/> ₂ Λίγο <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Πολύ

Ευχαριστούμε πολύ για την συμπλήρωση των στοιχείων αυτών!