



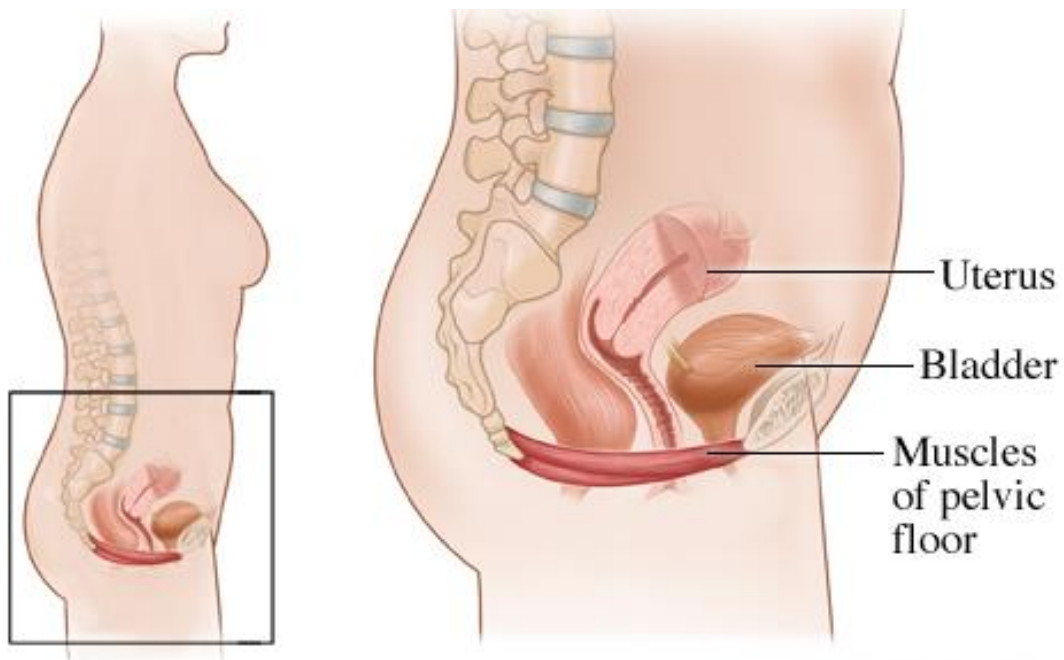
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ ‘AUSTRALIAN PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE’



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΕΡΓΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΒΕΡΟΝΙΚΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : κ. ΜΠΙΛΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ**

**ΑΙΓΙΟ-2016**

**DEVELOPMENT OF THE GREEK VERSION OF THE  
PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE ‘AUSTRALIAN  
PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE’**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το πυελικό έδαφος αποτελεί μια συνθέτη μυοσκελετική δομή που προσφέρει στήριξη και προστασία στα όργανα που περικλείονται στην πύελο. Η σωστή λειτουργία και δομή του πυελικού εδάφους επιτρέπει την φυσιολογική λειτουργία των συστημάτων του οργανισμού. Κάποια διαταραχή του πυελικού εδάφους μπορεί να προκαλέσει διαταραχή στην ομαλή λειτουργία των συστημάτων και να παρουσιαστούν συμπτώματα ακράτειας ουρών και κοπράνων, πρόπτωσης μήτρας ή σεξουαλικής δυσλειτουργίας (π.χ. πόνο). Η παρούσα πτυχιακή έχει ως στόχο την δημιουργία της ελληνικής έκδοσης ενός ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους που προϋπάρχει και χρησιμοποιείται στην αγγλική γλώσσα. (Australian Pelvic Floor Questionnaire). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί το μοναδικό αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που έχει την δυνατότητα αξιολόγησης της σοβαρότητας όλων των παραπάνω συμπτωμάτων καθώς και την επιρροή που έχουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών. (Baessler et al, 2010)

Για την μετάφραση ενός ερωτηματολογίου σε μια ξένη γλώσσα δεν απαιτείται μια απλή μετάφραση αλλά μια διαδικασία μετάφρασης και επαναμετάφρασης (backward-translation). Το παρών ερωτηματολόγιο πρέπει να μεταφραστεί από 2 Έλληνες υπηκόους, να δημιουργηθεί μια Σύνθεση (T12) και στην συνέχεια να επαναμεταφραστεί στην αρχική πρωτότυπη γλώσσα από έναν τρίτο μεταφραστή. Στο τελικό στάδιο της μετάφρασης γίνεται ένα πιλοτικός έλεγχος της κατανόησης του ερωτηματολογίου από τον ελληνικό πληθυσμό και ανάλογα με τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης δημιουργείται η τελική έκδοση του ελληνικού ερωτηματολογίου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Το ερωτηματολόγιο του πυελικού εδάφους ‘Australian Pelvic Floor Questionnaire’ αποτελεί το μοναδικό ερωτηματολόγιο που αξιολογεί διαταραχές του πυελικού εδάφους όπως ακράτεια ουρών και κοπράνων, πρόπτωση μήτρας και σεξουαλική δυσλειτουργία. Ο στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η δημιουργία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους και η προσαρμογή του στον ελληνικό πολιτισμό.

**Μέθοδος:** Το ερωτηματολόγιο μεταφέρθηκε στην ελληνική γλώσσα μέσω της διαδικασίας της μετάφρασης και επαναμετάφρασης (backward translation). Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την αρχική μετάφραση στα ελληνικά από δυο μεταφραστές, την δημιουργία μιας Σύνθεσης (T12), την ανάποδη μετάφραση της σύνθεσης T12 από ελληνικά σε αγγλικά (backwards translation), τη δημιουργία της προ-πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου και τον πιλοτικό έλεγχο του ερωτηματολογίου. Στον πιλοτικό έλεγχο του ερωτηματολογίου πήραν μέρος εθελοντικά 20 γυναίκες. Στο τελικό στάδιο αφού έγιναν οι απαραίτητες τροποποιήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκε η τελική του μορφή.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μετάφρασης διαπιστώθηκε ότι χρειάστηκαν να γίνουν κάποιες τροποποιήσεις των λέξεων και εκφράσεων ώστε να αποδίδεται με ακρίβεια το νόημα της πρωτότυπης μορφής του Australian Pelvic Floor Questionnaire. Εν συνέχεια στον πιλοτικό έλεγχο εντοπίστηκαν μερικά σημεία της ελληνική μορφής του ερωτηματολογίου που δεν ήταν κατανοητά και χρειάστηκαν αλλαγές. Σε τελικό στάδιο δημιουργήθηκε η τελική μορφή της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους.

**Συζήτηση:** Μέσα από την έρευνα αυτή δημιουργήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου Australian Pelvic Floor Questionnaire, η οποία επιβεβαιώθηκε από τον ελληνικό γυναικείο πληθυσμό ότι είναι εύστοχη, εύχρηστη και κατανοητή στην χρήση. Επομένως, θεωρήθηκε κατάλληλη προς χρήση σε Ελληνικό κλινικό πληθυσμό. Περαιτέρω μελέτη χρειάζεται για να διερευνηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ελληνικής μορφής του APFQ.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	ii
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	iii
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	iv
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΕΛΑΦΟΣ</b> .....	1
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
1.1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ.....	1
1.1.3 ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	10
1.2 ΔΥΣΛΕΙΟΥΡΓΙΕΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ .....	13
1.2.2 ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ .....	14
1.2.3 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ .....	21
1.2.4 ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ .....	28
1.2.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ .....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ</b> .....	34
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	34
2.1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΔΙΑΣΚΕΥΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ..	34
2.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ.....	35
2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....	37
2.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΚΥΣΤΗΣ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΟΥ .....	42
2.5 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΕΝΤΕΡΟΥ .....	43
2.6 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ .....	44
2.7 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ .....	46
2.8 ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ARFQ) .....	48
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ</b> .....	51
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	51
3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ .....	51
3.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....	56
3.3.2 ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	61
3.3.3 ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ .....	63
3.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΤΕΡΟΥ .....	67

3.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΠΤΩΣΗΣ ΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ .....	69
3.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ .....	71
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	<b>72</b>
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	72
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	73
4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ .....	73
4.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	77
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>78</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>88</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> :ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>93</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>94</b>
<b>ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>94</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	<b>104</b>

# **1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΕΛΔΑΦΟΣ**

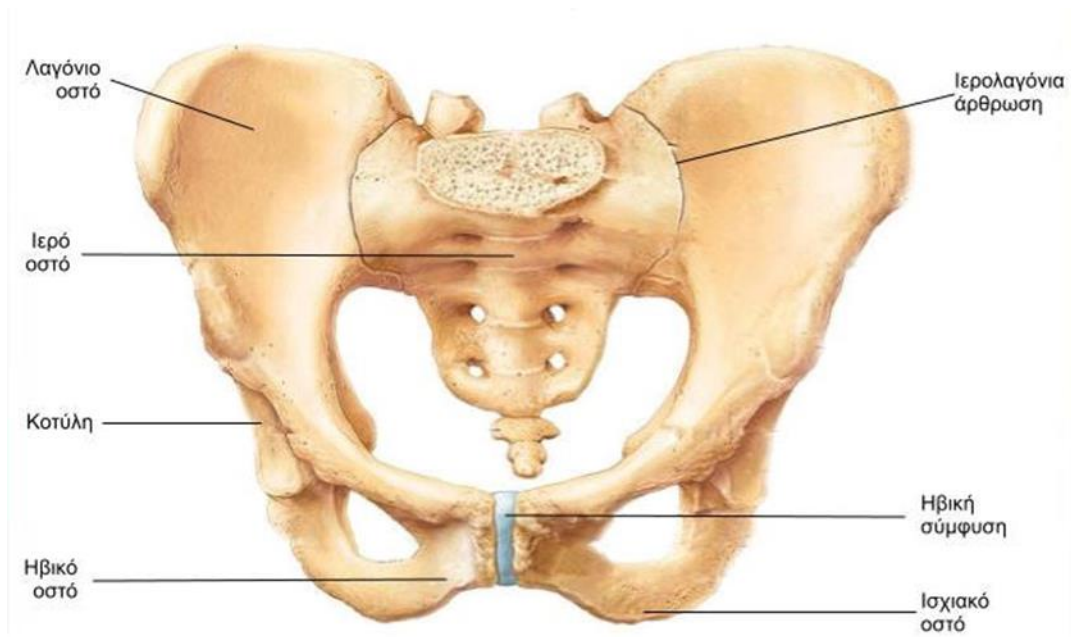
## **1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στο παρών κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί μια περιγραφή της ανατομίας της πύελου καθώς και της λειτουργίας του ουροποιητικού συστήματος. Πιο συγκριμένα το κεφάλαιο αυτό αναλύει το πυελικό έδαφος, το μυϊκό πλέγμα του, τα εσωτερικά όργανα που το αποτελούν καθώς και τον μηχανισμό λειτουργίας του ουροποιητικού συστήματος. Αφού ολοκληρωθεί η ανάλυση των παραπάνω στη συνέχεια θα ακολουθήσει μια αναφορά στις σημαντικότερες παθήσεις του πυελικού εδάφους όπως η ακράτεια ούρων και κοπράνων, η πρόπτωση μήτρας και οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, οι οποίες στη σημερινή εποχή προσβάλουν ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών.

### **1.1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΔΑΦΟΥΣ**

Πυελική κοιλότητα ονομάζεται ο χώρος που περιβάλλεται από την οστέινη πύελο της γυναίκας, η οποία σχηματίζεται από τα δυο ανώνυμα οστά (δεξιά και αριστερά) και το ιερό οστό με την απόληξη αυτού, τον κόκκυγα στο πίσω μέρος. Στο πρόσθιο τοίχωμα τα δύο ανώνυμα οστά ενώνονται διαμέσου της ηβικής σύμφυσης, σχηματίζοντας με αυτό τον τρόπο μια οστέινη ασπίδα προστασίας των ενδοπυελικών οργάνων, ενώ το κάτω πυελικό τοίχωμα, που αποτελείται “πυελικό έδαφος”, φράζει το κύτος της κοιλιάς και σχηματίζεται από ερμητικό μυϊκό πλέγμα αποτελούμενο από τρεις βασικές στιβάδες : την έξω ή επιβολής, το ουροποιητικό διάφραγμα (μέση στιβάδα) και το πυελικό διάφραγμα (άνω στοιβάδα).

Η πυελική κοιλότητα διαχωρίζεται νοητά με την ονομαζόμενη ‘ανώνυμη η πυελική γραμμή σε ένα ανώτερο μέρος, τη μείζονα ή μεγάλη πύελο και ένα κατώτερο τμήμα την ελάσσονα ή μικρή πύελο. Η ανώνυμη γραμμή οριοθετείται μεταξύ του άνω χείλους της ηβικής σύμφυσης, της κτενιαίας ακρολοφίας του ηβικού οστού, της τοξοειδούς γραμμής του λαγόνιου οστού και του ακρωτηρίου των μαιευτήρων (συνένωση τελευταίου οσφυϊκού σπονδύλου με τον πρώτο σπόνδυλο του ιερού οστού).



Εικόνα 1. Γυναικεία Πύελο ([www.inshape.com.cy](http://www.inshape.com.cy))

## **ΠΥΕΛΙΚΟ ΕΛΑΦΟΣ**

Το πυελικό έδαφος φράσσει το επίπεδο εξόδου της ελάσσονος πυέλου με πλήθος πεπλατυσμένων μυϊκών ινών και περιτονιών, αφήνοντας μόνον οπές απ' όπου διέρχονται η ουρήθρα, ο κόλπος και το ορθό. Το πυελικό έδαφος διαδραματίζει σημαντικό στηρικτικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού αλλά και γενικότερα σε καταστάσεις αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης, διότι φέρει όλο το βάρος του περιεχομένου της πυέλου. Συγχρόνως, η δομή και η λειτουργία του επιτρέπει το πέρασμα ενός τελειομηνου εμβρύου κατά τον τοκετό. (Κρεατσα 2009)

## **ΜΥΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ ΠΥΕΛΟΥ**

Οι μύες του πυελικού εδάφους διακρίνονται σε τρεις στιβάδες:

α) **Έξω ή Επιπολής:** Τη στιβάδα αυτή αποτελούν :

- Ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού: Οι μυϊκές του ίνες προσφυγόνται μπροστά στο κέντρο του περινέου και πίσω, διαμέσου του πρωκτοκοκκυγικού συνδέσμου, στο κόκκυγα και στο δέρμα. Περιβάλλει το κατώτερο τμήμα του ανελκτήρα του πρωκτού, το πέρασ του πρωκτικού σωλήνα και τον πρωκτό.



- Ο Επιπολής εγκάρσιος του περινέου : Αποτελεί το όριο του ουρογεννητικού-πρωκτικού τριγώνου. Εκτείνεται κάτω από το ισχιακό κύρτωμα στο κέντρο του περινέου όπου συγχωνεύεται με ίνες του έξω σφιγκτήρα και του βολβοσηραγγώδους.
- Ο ισχιοσηραγγώδης: Εκφύεται από τα ισχιακά κυρτώματα και περιβάλλει από κάτω και πλάγια το σύστοιχο σηραγγώδες σώμα της κλειτορίδας. Καταφύεται στον ινώδη χιτώνα του σώματος αυτής.
- Ο βολβοσηραγγώδης ( ή βολβοσπογγιώδης) : εκφύεται από το κέντρο του περινέου, περιβάλλει τους βολβούς του προδρόμου και καταφύεται στο κάτω πέταλο της μέσης περιτονίας και στον ινώδη χιτώνα των σηραγγωδών σωμάτων της κλειτορίδας. Οι δυο απέναντι μύες δεν συνενώνονται, όπως στον άνδρα, διότι μεταξύ τους σχηματίζεται η αιδοϊκή σχισμή και παρεμβάλλεται το στόμιο του κόλπου. Οι μύες αυτοί έχουν την δυνατότητα να στενεύουν το στόμιο του κόλπου και να συμπιέζουν την εν τω βαθει ραχιαία φλέβα της κλειτορίδας.

**β) Μέση ή Ουρογεννητικό διάφραγμα:** Τη στιβάδα αυτή αποτελούν κυρίως:

- Ο εν τω βαθει εγκάρσιος μυς του περινέου και ο έξω σφιγκτήρας της ουρήθρας( ή ουρηθροκολεϊκός μυς) που περιβάλλει τη ουρήθρα και τον κολεό. Οι μυς της μέσης στιβάδας ευρίσκονται μέσα στα δυο πέταλα της μέσης περιτονίας του περινέου (περιτονία του ουρογεννητικού διαφράγματος). Το σύμπλεγμα μυών και περιτονίας σχηματίζει το ουρογεννητικό διάφραγμα, το οποίο προς τα εμπρός συμπληρώνεται με τον εγκάρσιο σύνδεσμο (ή προουρηθραιο). Πλαγίως προσφύεται στους κάτω ηβιοισχιακούς κλάδους και όπισθεν στο κέντρο του περινέου, με αποτέλεσμα να στηρίζει το περίνεο και να παρεμποδίζει την υπερβολική μετακίνηση του σε κάθε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.

**γ) Άνω ή Πνευλικό διάφραγμα:** Η στιβάδα αυτή αποτελείται από:

- Τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού: Εκφύεται από την οπίσθια επιφάνεια του σώματος του ηβικού οστού, το τενόντιο τόξο της θυροειδούς περιτονίας και την ισχιακή άκανθα. Οι μυϊκές ίνες του μυός, ανάλογα με την έκφυση και την κατάφυση τους διακρίνονται σε ομάδες που είναι:

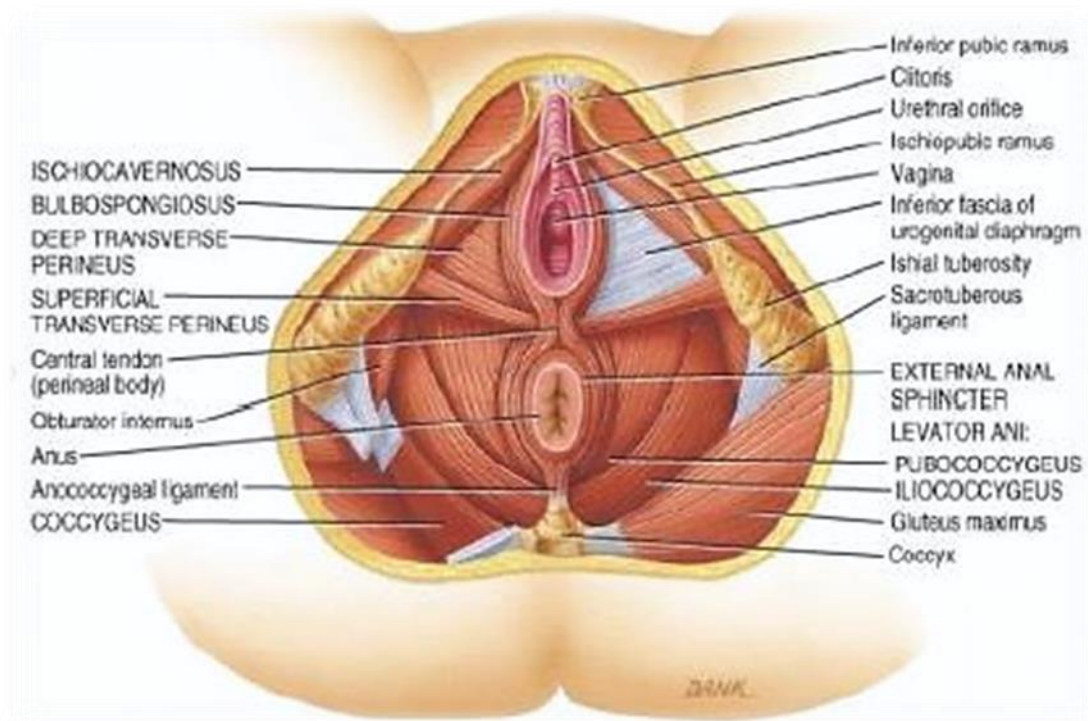
-Οι πρόσθιες έσω μυϊκές δεσμίδες που εκφύονται από το ηβικό οστό, καταφύονται στο κέντρο του περινέου, αφού πρώτα είτε σχηματίζουν σφενδόνη γύρω από τον κολεό δημιουργώντας τον σφικτήρα του κολεού είτε σχηματίζουν αγκύλη όπισθεν της ουρήθρας δημιουργώντας τον ηβοουρηθρικό μυ.

-Οι ενδιάμεσες μυϊκές δεσμίδες που εκφύονται από το ηβικό οστό περιβάλλουν το ορθό, κατά τη μετάπτωση του στον πρωκτικό σωλήνα, σαν σφενδόνη και αποτελούν το ηβοορθικό μυ. Οι έσω ίνες του μυός αυτού σχηματίζουν τα λεγόμενα σκέλη του ανεκκτήρα, μεταξύ των οποίων αφορίζεται το γενετικό τρήμα, δια του οποίου διέρχονται η ουρήθρα και ο κολεός. Άλλες ίνες αυτού απολήγουν στον έξω σφικτήρα μυ του πρωκτού, ενώ οι προορθικές ίνες χωρίζουν τον ουρογεννητικό από τον πρωκτικό σωλήνα.

-Οι πρόσθιες έξω μυϊκές δεσμίδες που εκφύονται από το ηβικό οστό, περνούν κάτω από το ορθό και καταφύονται στο πρωκτοκοκκυγικό σύνδεσμο η καταφύονται απευθείας στον κόκκυγα αποτελώντας τον ηβοκοκκυγικό μυ.

- Οι οπίσθιες μυϊκές δεσμίδες που εκφύονται από τον τενόντιο τόξο της θυροειδούς περιτονίας και την ισχιακή άκανθα καταφύονται στο πρωτοκοκκυγικό σύνδεσμο και τον κόκκυγα και αποτελούν τον λαγονοκοκκυγικό μυ.

- Τον κοκκυγικό μυ. Είναι ένας μικρός μυς που εκφύεται από την ισχιακή άκανθα και καταφύεται στον κόκκυγα. Μερικές φορές είναι δυνατόν να λείπει.



Εικόνα 2. Μυϊκό Πλέγμα του Πνελικού Εδάφους ([www.web.minsal.cl](http://www.web.minsal.cl))

Οι μύες του πυελικού εδάφους συσπώνται με σκοπό την εγκράτεια των ούρων και των κοπράνων, ενώ χαλαρώνουν κατά την ούρηση και την αφόδευση. Οι πυελικοί μύες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην σεξουαλική διέγερση. Κατά τον τοκετό διατείνονται σημαντικά ώστε να επιτευχθεί το πέρασμα του τελειομηνου νεογνού, αλλά έχουν και τη δυνατότητα να συσπώνται ξανά μετά τον τοκετό, επιτρέποντας έτσι τις φυσιολογικές λειτουργίες της κύστης και του εντέρου.

Στην ενίσχυση των μυών του περινέου συμβάλλουν οι περιτοναϊκές, το κέντρο του περιτοναίου η περιφερικό σώμα και πρωκτοκοκκυγικός σύνδεσμος. Οι μύες περιβάλλονται από τρεις περιτοναϊκές, την άνω η περιτονία του πυελικού διαφράγματος, την μέση ή περιτονία ουρογεννητικού διαφράγματος και την κάτω ή επιπολής περιτονία. Μεταξύ των περιτονιών δημιουργούνται κλειστοί χώροι γνωστοί ως περίνεο θύλακοι (εν τω βαθει και επιπολής).

Το κέντρο του περινέου το περινεϊκό σώμα είναι μια μυοτενοντια μάζα μπροστά από τον πρωκτό και στο μέσο της γραμμής που ενώνει τα ισχιακά κυρτώματα. Σχηματίζεται από την σύμφυση μυϊκών ινών του ουρογεννητικού και πρωκτικού τριγώνου με τις περιτοναϊκές του περινέου.

Ο πρωκτοκοκκυγικό σύνδεσμος αποτελείται από ινώδης δεσμίδες φερόμενες από το δέρμα και τον κόκκυγα προς τον έξω σφικτήρα του πρωκτού.

Στην περινεϊκή χώρα, μεταξύ πυελικού και ουρογεννητικού διαφράγματος, βρίσκεται ο πλήρης λίπους ευθυσχιακός βόθρος οποίος είναι ανοιχτός προς τα κάτω και πίσω. (Κρεατσα, 2009)

## **ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ**

### **Ωοθήκες**

Η ωοθήκη αποτελεί τον γεννητικό αδέν του γυναικείου φύλου. Έχει σχήμα ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο. Το μήκος της είναι 3-6εκ και το πλάτος 1.5-3.5εκ. Περιλαμβάνει 2 επιφάνειες την έσω και την έξω, δυο άκρα το άνω και το κάτω και δυο χείλη το πρόσθιο και οπίσθιο. Η έσω επιφάνεια επικοινωνεί με τον κώδωνα του ωαγωγού ενώ η έξω προς τον έσω θυροειδή μυ, αγγεία και νευρά. Από το πρόσθιο χείλος της ωοθήκης εισέρχονται και εξέρχονται τα αγγεία και τα νευρά. Το οπίσθιο χείλος επικοινωνεί προς τον κώδωνα της σάλπιγγας, τον ουρητήρα και την μητριαία αρτηρία. (Κρεατσα 2009).

Σκοπός των ωοθηκών είναι η φιλοξενία και ωρίμαση των αρχεγόνων ωοκυττάρων. Η επιφάνεια της είναι λεία, ενώ αργότερα στιγματίζεται από οζίδια και ουλές ως συνέπεια των

ωοθηλακιορρηξιων. Με την εμμηνόπαυση επέρχεται η συρρίκνωση του αδένου (Αριστείδης, 2010)

Οι ωοθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από βλαστικό επιθήλιο, φλοιώδη ουσία, μυελώδη ουσία και τις πύλες. (Παπανικολάου, 1994)

### **Σάλπιγγες και ωαγωγοί**

Οι σάλπιγγες μαζί με τις ωοθήκες αποτελούν τα εξαρτήματα της μήτρας. Αποτελούν δυο λεπτούς μυϊκούς σωλήνες μήκους 10-12εκ. Ο ρόλος τους είναι η παραλαβή από τις ωοθήκες του ωοκυττάρου και η μεταφορά του στη μητρική κοιλότητα, είτε είναι γονιμοποιημένο είτε όχι. Φυσιολογικά η γονιμοποίηση του ωοκυττάρου πραγματοποιείται στη λήκυθο της σάλπιγγας όπου αφού παραμένει για 72 ώρες περίπου διέρχεται στη συνέχεια δια του ισθμού του ωαγωγού (8ωρη πορεία) στο μητρικό στόμιο και από κει στη μητρική κοιλότητα.

Η θέση των σαλπίγγων είναι πάνω από το μεσοσαλπιγγιο κάτω από τον πυθμένα, στο ύψος των κέρατων της μήτρας και εκτείνονται μέχρι και τις ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα αποτελείται από το ενδομητρικό, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα (Αριστείδης, 2010.)

### **Μήτρα**

Η μήτρα ή αλλιώς υστέρα είναι ένα κοίλο, μυώδες όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα σε σχήμα ανεστραμμένου αχλαδιού, με μέγεθος μήκος 7.5 εκ πλάτος 2.5 εκ περίπου και βάρος 50-70γρ. Παρατηρούνται διάφορες όσον αφορά τα μεγέθη από τη παιδική ηλικία προς την ηλικιωμένη γυναικά και από την άτοκο γυναικά στην πολύτοκο. Κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση καθώς η μήτρα φιλοξενεί το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Σκοπός της μήτρας είναι η υποδοχή, εμφύτευση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου. Για το λόγο αυτό η μήτρα χαρακτηρίζεται από πλούσια αιμάτωση και ανθεκτικά μυϊκά τοιχώματα. Μετα τον τοκετό επανέρχεται σε μεγάλο βαθμό στην προ κύησης κατάσταση αλλά με ελαφρώς μεγαλύτερες διαστάσεις.

Η μήτρα τοποθετείται εντός της ελάσσονος πυέλου μεταξύ ουροδόχου κύστεως και ορθοσιγμοειδούς κοίλου, με ανώτερο άκρος να φτάνει το ύψος του 4<sup>ου</sup> ιερού σπονδύλου. Η φυσιολογική της θέση που χαρακτηρίζεται από την πρόσθια κλίση και κάμψη της οριοθετείται από τις σχέσεις 1) του άξονα της πυέλου με τον άξονα της μήτρας (όσον αφορά την κλίση της μήτρας) και 2) του άξονα του σώματος της μήτρας και του τράχηλου (όσον αναφορά την κάμψη της μήτρας)

Έτσι, υπό φυσιολογικές συνθήκες στη γυναίκα με άδεια ουροδόχο κύστη και σε όρθια θέση, η μήτρα πρέπει να βρίσκεται σχεδόν σε οριζόντιο επίπεδο με την πρόσθια επιφάνεια της να επικάθεται στην άνω επιφάνεια της ουροδόχο κύστης. Πάραυτα παρατηρούνται περιστατικά γυναικών με οπίσθια κλίση της μήτρας και οπίσθια κάμψη. (Αριστείδης, 2010.)

Όταν η μήτρα βρίσκεται στη φυσιολογική της θέση το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί σε γραμμή οπού ενώνει τις ισχιακές άκανθες της οστέινης πυέλου και ο πυθμένας της σε γραμμή οπού συνδέει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης με το τέταρτο ιερό σπόνδυλο. Έτσι η φορά του τράχηλου είναι παρόμοια με τη θέση της μήτρας δηλαδή προς τα κάτω και οπίσθια σχηματίζοντας σχεδόν ορθή γωνιά με τον άξονα του κόλπου.

Η μήτρα αποτελείται από 2 τμήματα: το πάνω, το οποίο είναι ογκώδες και τριγωνικό και αποκαλείται σώμα και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό και αποκαλείται τράχηλος. Αναμεσά σ αυτά τα δυο τμήματα βρίσκεται ο ισθμός. Η σχέση σώματος- τράχηλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της κάθε γυναίκας. Από τα 7.5εκ του μήκους της μήτρας τα 5εκ αντιστοιχούν στο σώμα και τα 2.5 στον τράχηλο της. Στα νεαρά κορίτσια συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο ενώ σε ηλικιωμένες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση η μήτρα ατροφεί και μικραίνει και η ενδοσκοπική μήτρα του τράχηλου σχεδόν εξαφανίζεται. (Παπανικολάου, 1994)

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τον ορογόνο μυϊκό χιτώνα ή μυομήτριο και ενδομήτριο η βλεννογόνο. Ο ορογόνος χιτώνας αποτελεί το περιτόναιο που περιβάλλει τη μήτρα από τις 2 πλευρές τους πλατύς συνδέσμους. Η μήτρα παραμένει ακάλυπτη στα πλαγιά και πρόσθια του τράχηλου. Αγγεία και συνδετικούς ιστούς συναντάμε κάτω από τον ορογόνο. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από 3 στιβάδες λείων μυϊκών ινών που δεν χωρίζονται μεταξύ τους.

A) Εξωτερική στιβάδα: Περιλαμβάνει επιμήκεις και εγκάρσιες μυϊκές ίνες. Επεκτείνονται από τον πυθμένα προς τον τράχηλο και την καλύπτουν ολόκληρη. Άλλες ίνες συνεχίζουν προς τους συνδέσμους και τις σάλπιγγες.

B) Μέση στιβάδα: Αποτελείται από αγκυλωτές διάταξης ίνες και περιβάλλει το σώμα της μήτρας. Η στιβάδα αυτή είναι παχύτερη των άλλων και εκτείνεται ως τον ισθμό της μήτρας. Οι ίνες αυτές συμπλέκονται με ίνες εσωτερικής και εξωτερικής και σχηματίζεται ο δακτύλιος Bandl.

Γ) Εσωτερική Στιβάδα: Αποτελείται από εγκάρσιες, επιμήκεις και λοξές μυϊκές ίνες οι οποίες περιβάλλουν κυκλικά το ανώτερο τμήμα της μήτρας και τα μητρικά στόμια των σαλπίγγων. (Λωλής, 2004)

## Στήριξη της μήτρας

Η μήτρα έχει την δυνατότητα να μεταβάλλει το μέγεθος της και επαγωγικά να αλλάζει τη θέση της. Εκτός των παρακείμενων οργάνων ( κόλπος, κύστη, έντερο) που βοηθούν τη μήτρα να παραμείνει σταθερά στη θέση της συμμετέχουν στο έργο αυτό μια σειρά από μυς περιφερικής περιοχής, και σύνδεσμοι. Οι σύνδεσμοι που συμμετέχουν στο υποστηρικτικό αυτό ρόλο είναι

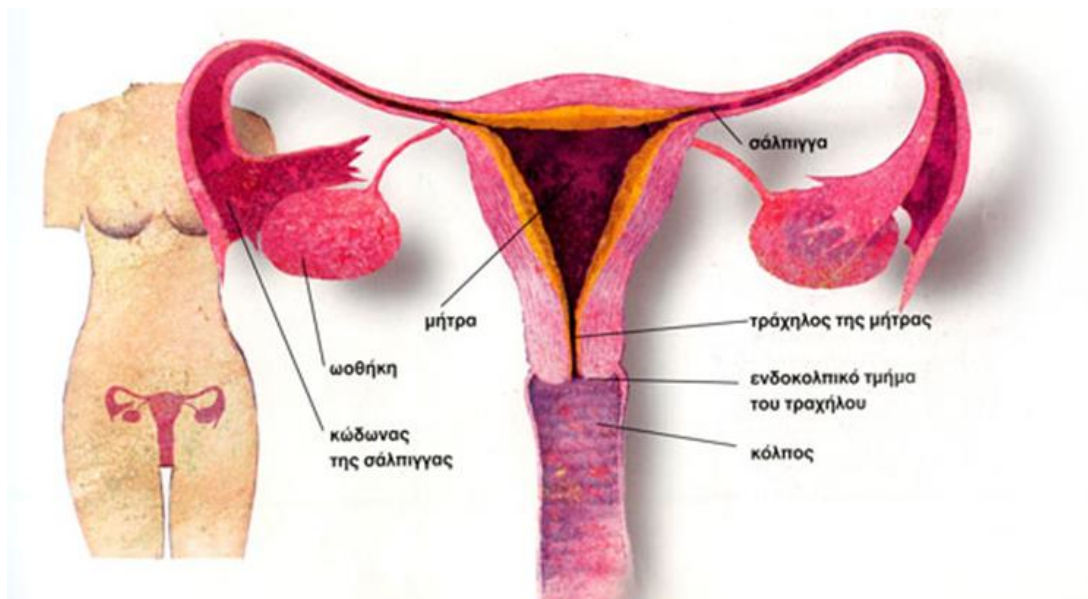
- Πλατεις σύνδεσμοι:  
Οι σύνδεσμοι αυτοί βρίσκονται στα 2 πλαγιά της μήτρας και παριστάνουν αναδιπλώσεις του πυελικού περιτοναίου. Μέσα στο ελεύθερο χώρο βρίσκονται οι σάλπιγγες και αναμεσα στα πέταλα τους σχηματίζονται τριγωνικοί χώροι οπου είναι περιλαμβάνουν τα παραμήτρια.
- Στρογγυλοί σύνδεσμοι:  
Οι δυο αυτοί σύνδεσμοι εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας, μπροστά από τα σημεία εκφύσεις των σαλπίγγων και καταφύονται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Αποτελούνται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό, αγγεία, λεμφαγγεία, νευρά και λείες μυϊκές ίνες)
- Ιερομητρικοί σύνδεσμοι:  
Αποτελούνται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό, λείες και ελαστικές μυϊκές ίνες
- Ηβοτραχηλικοί σύνδεσμοι ( αποτελούνται από ισχυρό συνδετικό ιστό)
- Εγκάρσιοι ή πλάγιοι ή κύριοι ή σύνδεσμοι Mackenrodt  
(Αριστείδης, 2010)

## Κόλπος

Ο κόλπος αποτελεί έναν ινώδη και ελαστικό μυϊκό σωλήνα με καμπυλωτή φορά, της οποίας το κοίλο στρέφεται προς τα εμπρός, με μήκος 8-10εκ και πλάτος 3-5εκ περίπου. Ο κόλπος διαθέτει ιδιαίτερες ικανότητες διάτασης. Προς τα εμπρός του κόλπου ευρίσκεται η ουροδόχος κύστη και όπισθεν το ορθό. Ο κόλπος διερχόμενος δια των μυών του περινέου κατηγοριοποιείται στην άνω η ενδοπυελική μοίρα και την κάτω, ελάσσονα η περινεϊκή μοίρα. Οι μύες έχουν σημαντικό στηρικτικό ρόλο για τη διατήρηση του κόλπου στη θέση του ιδιαίτερος μετα από αύξηση ενδοκοιλιακής πίεσης ως συνέπεια ενός τοκετού η κάποιου ενδοκοιλιακού όγκου για αποφυγή πρόπτωσης του. Ο κόλπος παρουσιάζει το σώμα η μέσον και δυο άκρα το άνω και το κάτω. Το σώμα αποτελείται από τέσσερα τοιχώματα, το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δυο πλάγια. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι μακρύτερο του προσθίου και σχετίζεται με το ορθό. Τα πλαγιά τοιχώματα σχετίζονται εκατέρωθεν προς τους Πλατεις συνδέσμους, τους μυς του περινέου και

τους βολβούς του πρόδρομου. Προς τα άνω τα πλαγιά τοιχώματα σχετίζονται με τον ουρητήρα σε απόσταση 1-2εκ, την μητρίαία αρτηρία και το μητροκολπικο φλεβώδες πλέγμα. Το άνω άκρο του κόλπου καταλήγει κυκλωτερώς περί τον τράχηλο περικλείνοντας το ενδοκολπικο μέρος του τράχηλου δημιουργώντας τον θολό του κόλπου. Το κάτω μέρος του κόλπου καταλήγει στο πρόδρομο του αιδοίου μέσω ενός στομίου οπού βρίσκεται ο συνδετικός ιστός ο παρθενικός υμένας.

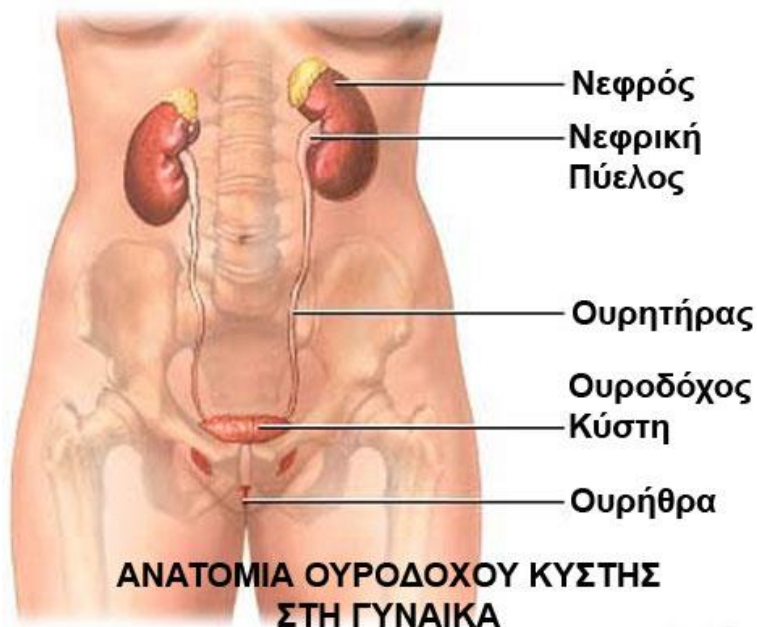
Το εύρος ποικίλει και ενώ στην άτοκο είναι μικρότερος, παρατηρείται αύξηση των διαμέτρων του στην πολύτοκο κατά τη σεξουαλική επαφή καθώς επίσης και στον τοκετό. Η λειτουργία του κόλπου σχετίζεται με τη σεξουαλική επαφή καθώς δρα ως υποδοχέας του ανδρικού πεους και των σπερματοζωαρίων μετα την ενδοκολπικη εκσπερμάτιση με σκοπό την προώθηση αυτών στη μήτρα. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει επίσης κατά τη διέλευση του εμβρύου κατά τον τοκετό. (Λωλής, 2004 ;Αριστείδης, 2010)



**Εικόνα 3. Εσωτερικά Όργανα ([www.kgoumas-obgyn.gr](http://www.kgoumas-obgyn.gr))**

### **1.1.3 ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Στο κείμενο που ακολουθεί περιγράφεται η λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος. Ο ρόλος του ουροποιητικού συστήματος είναι η απομάκρυνση άχρηστών & βλαβερών ουσιών από τον οργανισμό, η ρύθμιση των υγρών & των ηλεκτρολυτών του σώματος και η διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας. Τα όργανα του ουροποιητικού και του γεννητικού συστήματος περιγράφονται παραδοσιακά όλα μαζί ως ουροποιητικό σύστημα, μια ορολογία που αντανακλά την κοινή εμβρυολογική προέλευση τους αλλά είναι λιγότερο ικανή για να περιγράψει τις μορφολογικές και λειτουργικές όψεις των ώριμων οργάνων των συστημάτων. Τα όργανα του ουροποιητικού συστήματος περιλαμβάνουν το ζεύγος των νεφρών, το ζεύγος των νεφρικών πυέλων, το ζεύγος των ουρητήρων, τη μονή ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα. Τα όργανα διαχωρίζονται σε αυτά που σχετίζονται με την παραγωγή των ούρων και αυτά που σχετίζονται με την απέκκριση των ούρων. Τα όργανα του ουροποιητικού συστήματος βρίσκονται έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Είναι τοποθετημένα είτε στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ή στο συνδετικό ιστό της ελάσσοнос πύελου που είναι γνωστός ως υποπεριτοναϊκός χώρος. (Fritsch et Kuhnel 2009)



**Εικόνα 3. Ουροποιητικό Σύστημα της Γυναίκας ([www.poulakis-urology.gr](http://www.poulakis-urology.gr))**



## Ουροδόχος κύστη

Η ουροδόχος κύστη αποτελεί ένα κοίλο όργανο, το τοίχωμα του οποίου αποτελείται από ένα δίκτυο λείων μυϊκών ινών, που ονομάζεται εξωστήρας μυς κύστης. Η τριγωνική περιοχή στη βάση της κύστης που οριορίζεται από το έσω στόμιο της ουρήθρας και τα δυο ουρηθηρικά στόμια και γι' αυτό αποκαλείται τρίγωνο της ουρήθρας. Η ουρήθρα μιας γυναίκας έχει μήκος από 3-5εκ και το τοίχωμα της αποτελείται από: βλεννογόνο, υποβλεννογονιο χιτώνα, λείο μυϊκό σύστημα, και τον γραμμωτό μυ (ραβδοσφιγκτηρα) που περιβάλλει την ουρήθρα. Οι παραπάνω δομές συνεισφέρουν στην παραγωγή ενδοουρηθρικής πίεσης. Πλαγιά της ουρήθρας μεταξύ του μέσου και έξω τριμορίου της διαπερνούν οι μυϊκές ίνες του ανελκτηρα του πρωκτού οι οποίες στηρίζουν με τη σύσπασή τους την ουρήθρα. Οι ίνες αυτές χωρίζονται σε 2 είδη α) τις μυϊκές ίνες βραδείας συσπάσεως που προσφέρουν υποστήριξη στον αυχένα της κύστης σε ηρεμία και β) τις μυϊκές ίνες ταχείας συσπάσεων που δραστηριοποιούνται σε ένταση. (Λωλής, 2004; Αριστείδης, 2010.)

Η χωρητικότητα της ανέρχεται στα 400κ.εκ, αλλά μετά από την περίοδο της εμμηνόπαυσης ο όγκος της συρρικνώνεται και ελαττώνεται. Στην ουροδόχο κύστη διακρίνουμε την κορυφή, το σώμα και τον πυθμένα. Στον πυθμένα υπάρχει το τρίγωνο της κύστης, που βρίσκεται αναμεσα από το εσωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τα δυο στόμια των ουρητήρων. Αναμεσα από τα στόμια υπάρχει το ουρηθηρικά όγκωμα. Η πρόσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης έρχεται σε σχέση με τα πυελικά τοιχώματα μέσω κυτταρολιπωδους ιστού. Η άνω επιφάνεια της καλύπτεται από περιτόναιο του κυστεομητρηαιου χώρου. (Smith et al,2008)

## Νευρολογία

Η λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος αφορά την αποθήκευση των ούρων στη κύστη μέχρι την κένωση της. Οι λειτουργίες αυτές ελέγχονται από το κεντρικό αλλά και το περιφερικό νευρικό σύστημα. Το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα ρυθμίζεται από το αυτόνομα νευρικό σύστημα (συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό) καθώς και περιφερικών σωματικών νευρών. Το παρασυμπαθητικό σύστημα είναι υπεύθυνο κυρίως για την σωστή ούρηση. Εκφύεται από την ιερή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (I2-I4 μυελοτομια) και στέλνει νευρικές ώσεις στην ουροδόχο κύστη όπου συσπάτε ο εξωστήρας και αναστέλλεται η σύσπαση λείων μυϊκών ινών. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα εκφύεται από Θ10-Θ12 έως Ο2 νερώνει τον εξωστήρα και την ουρήθρα. Είναι υπεύθυνο για την πλήρωση της κύστης και την αποθήκευση των ούρων. Εκτός της κινητικής νεύρωσης το κατώτερο ουροποιητικό δέχεται και αισθητική νεύρωση. Τα

σήματα αυτά (πόνος, πληρότητα, τάση) μεταφέρονται μέσω αυτονόμων νευρικών οδών. (Λωλής, 2004)

### **Ούρηση**

Η φυσιολογική ούρηση είναι ένα εκούσιο ενεργητικό φαινόμενο. Όταν η συμπλήρωση ο διαθέσιμος όγκος η πλήρωση της κύστης παράγεται το διάστημα της διάτασης το οποίο αποστέλνεται από τα φλοιώδη κέντρα. Όταν επιτραπεί από τις κοινωνικές συνθήκες ο εγκεφαλικός πυρήνας δίνει εντολή να αρχίσει η εκούσια ούρηση. Αρχικά χαλαρώνει ο έξω σφιγκτήρας της ουρήθρας και το πυελικό έδαφος και στη συνέχεια συσπάτε ο εξωσπληνας. Μετά την ολοκλήρωση της ούρησης χαλαρώνει ο εξωσπληνας και συσπάτε ο έξω σφιγκτήρα και το πυελικό έδαφος. (Λωλής, 2004)

### **Μηχανισμός εγκράτειας ουρών**

Για να αποφευχθεί μια απώλεια ουρών η ενδομυϊκή πίεση πρέπει να υπερτερεί της ενδοκυστεϊκής και σε κατάσταση ηρεμίας και σε κατάσταση έντασης. Αυτό γίνεται για δυο λόγους:

A) Η ουροδόχος κύστη είναι ένα ελαστικό όργανο, το οποίο πληροται με μηδαμινή αύξηση της ενδοκυστεϊκής πίεσης έως ότου φτάσει σε ένα συγκεκριμένο όγκο πλήρωσης. Η ιδιότητα αυτή της κύστης οφείλεται στην ελαστικότητα του τοιχώματος και στη δράση του συμπαθητικού συστήματος.

B) Λόγω της ιδιαίτερης κατασκευής και λειτουργία του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας όπου αποτελείται από δυο τμήματα: 1) το ενδογενές τμήμα που οφείλεται στην αυξημένη ενδοουρηθρικής αντίσταση που προκαλούν οι δομές του ουρηθρικού τοιχώματος, και 2) το εξωγενές τμήμα που περιλαμβάνει μύες και συνδέσμους που στηρίζουν την ουρήθρα.

Με τον τρόπο αυτό η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης που συμβαίνει σε καταστάσεις έντασης όπως γέλιου, φτέρνισμα κλπ. 'μοιράζεται' ισότιμα στην κύστη και την εγγύτερη ουρήθρα. (Αριστείδης, 2010)

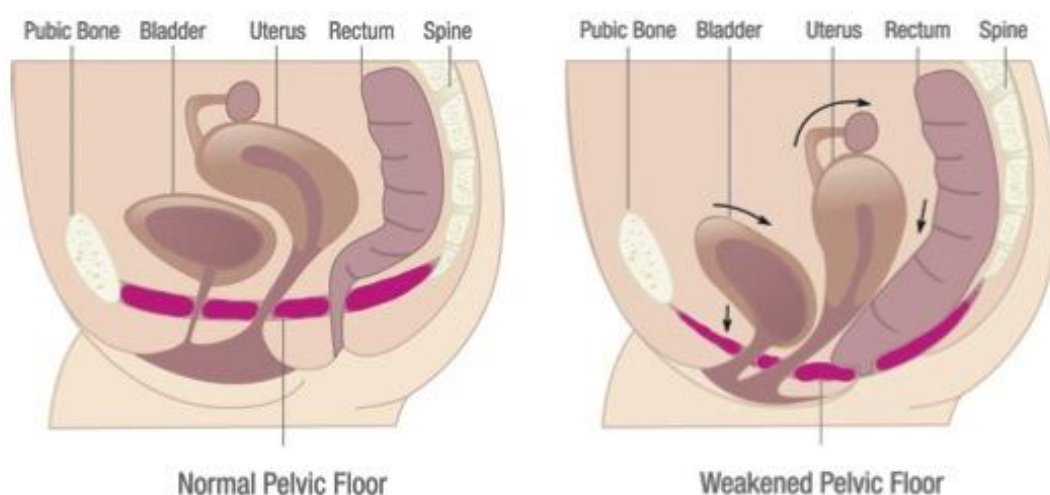
## 1.2 ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

Ολοκληρώνοντας την περιγραφή της ανατομικής λειτουργικής της πυέλου και του κατωτέρου ουροποιητικού συστήματος θα γίνει αναφορά στις σημαντικότερες παθήσεις του πυελικού εδάφους. Οι παθήσεις του πυελικού εδάφους περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων που προκαλούνται στις γυναίκες από μη φυσιολογική λειτουργία των δομών της πυέλου. Τα πιο συχνά προβλήματα που εμφανίζονται στο πυελικό έδαφος είναι η ακράτεια, η πρόπτωση και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Στο κείμενο που ακολουθεί περιγράφονται αναλυτικά οι παθήσεις καθώς και τα αίτια και επιδημιολογικά στοιχεία τους.

### Χαλάρωση (Πρόπτωση) Πυελικού εδάφους

Η χαλάρωση του πυελικού εδάφους αποτελεί ένα συνηθισμένο πρόβλημα στο γυναικείο πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι κατά τη διάρκεια της ζωής της μια γυναίκα έχει περίπου 10% πιθανότητα να υποβληθεί σε επέμβαση για πρόπτωση πυελικών οργάνων. Τα πυελικά όργανα σταθεροποιούνται κυρίως παθητικά από την ενδοπυελική περιτονία, τους πυελικούς μύες και συνδέσμους.

Ως πρόπτωση (ο οποίος είναι και ο πιο δόκιμος όρος) ορίζεται η προς τα κάτω μετατόπιση των πυελικών οργάνων συγκριτικά με τη φυσιολογική τους θέση και η κάθοδος τους στον κόλπο η και εκτός αυτού. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται με τη χαλάρωση του πυελικού εδάφους και την μη στήριξη των οργάνων.



**Εικόνα 4. Φυσιολογικό Πυελικό έδαφος και Χαλαρό Πυελικό Έδαφος**  
([www.kegelmongolia.blogspot.com](http://www.kegelmongolia.blogspot.com))

### Αίτια χαλάρωσης πυελικού εδάφους

Υπεύθυνα για τη χαλάρωση του πυελικού εδάφους αποτελούν πολλοί παράγοντες όπως για παράδειγμα διαταραχές σύνθεσης κολλαγόνου, η εγκυμοσύνη ο τοκετός, χρονιά αύξηση ενδοκοιλιακής πίεσης (σε βήχα, ΧΑΠ, βαριά χειρωνακτική εργασία άρση μεγάλου φορτιού). Πολλά από τα αίτια της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων είναι κοινά με τα αίτια της ακράτειας των ουρών με αποτέλεσμα την συνύπαρξη και των 2 προβλημάτων ταυτόχρονα. Επίσης η προχωρημένη ηλικία και η έλλειψη οιστρογόνων που εντοπίζεται κατά την κλιμακτήριο και την εμμηνόπαυση οδηγούν σε ατροφία την ενδοπυελική περιτονία και τους στηρικτικούς συνδέσμους. Πολλά από τα αίτια της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων είναι κοινά με τα αίτια της ακράτειας των ουρών με αποτέλεσμα την συνύπαρξη και των 2 προβλημάτων ταυτόχρονα.

Η πρόπτωση πυελικών οργάνων (POP) είναι μια πάθηση που σχετίζεται με τη δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους και συχνά συναντάται με συμπτώματα του ακράτειας ούρων (UI), διαταραχή της κένωσης της ουροδόχου κύστης, δυσκολία αφόδευσης και σεξουαλικά προβλήματα. . (Λωλής, 2004)

Είναι σπάνιο να πάσχει από πρόπτωση μια άτοκη γυναίκα. Η πρόπτωση αποδίδεται σε ατροφία στηρικτικών συνδέσμων και μυών, σε δυσπλασίες πυελικού εδάφους, σε χονδροδυστροφία κλπ. Συχνό φαινόμενο αποτελεί η πρόπτωση σε μεγαλύτερες ηλικίες καθώς με την πάροδο του χρόνου ατροφούν σύνδεσμοι περιτοναϊκές και μύες. Η εμμηνόπαυση, η ενδοκοιλιακή πίεση και παρελθοντικές επεμβάσεις αποτελούν επιβαρυντικοί παράγοντες, (Παπανικολάου, 1994)

### 1.2.2 ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Στη στήριξη των οργάνων της πυέλου συμβάλλουν οι σύνδεσμοι και το πυελικό έδαφος. Λόγω δύσκολων τοκετών και άλλων αιτιών τα όργανα δεν βρίσκονται πάντα στη θέση τους

Πυελική πρόπτωση οργάνων ( POP ) είναι η προς τα κάτω κάθοδο των θηλυκών οργάνων της πυέλου ( κόλπος, η μήτρα , την ουροδόχο κύστη και /ή του ορθού ) μέσα ή διαμέσου του κόλπου. POP είναι μια κοινή κλινική κατάσταση , που αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση ιατρικές ειδικότητες εξειδικευμένες στην υγεία των γυναικών. Απώλεια της στήριξης του κόλπου ή της μήτρας στις γυναίκες που χρήζουν ιατρικής γυναικολογικής φροντίδας παρατηρείται σε ποσοστό 43 έως 76 % των γυναικών (Ellerkmann et al, 2001)

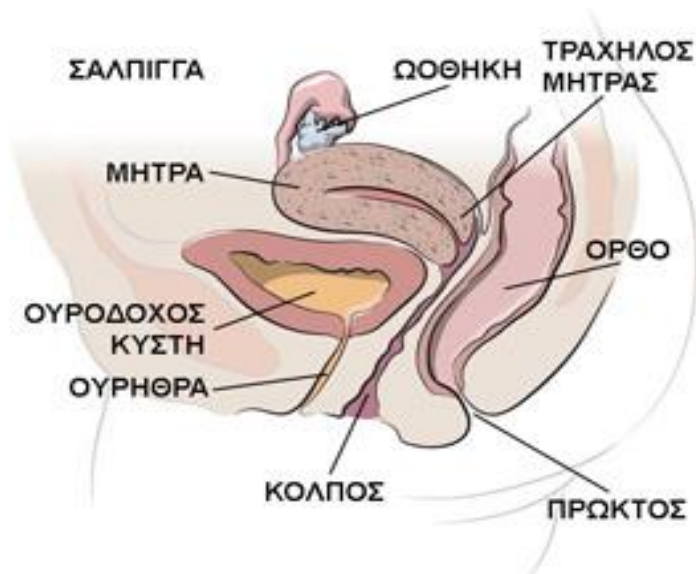
Πολλές γυναίκες με πρόπτωση πυελικών οργάνων είναι ασυμπτωματικές και δεν χρειάζονται θεραπεία . Αυτό είναι ιδιαίτερα συχνό σε γυναίκες με πρόπτωση που είναι ήπια και δεν εκτείνεται πέραν του παρθενικού υμένα . Ωστόσο , περίπου το 3-6 % των γυναικών έχουν καθόδου της μήτρας ή του κόλπου πέρα από τον υμένα και περίπου 3% των γυναικών αναφέρουν συμπτωματική κολπική διόγκωση. (Nygaard et al, 2008).

### **Είδη Πρόπτωσης Οργάνων**

- Κυστεοκήλη: Πρόπτωση ουρήθρας και αυχένα ουροδόχου κύστης
- Πρόπτωση Μήτρας: Ένα από τα πιο συχνά φαινόμενα πρόπτωσης όπου έχουμε κάθοδο της μήτρας προς τον κόλπο και το αιδοίο
- Ορθοκήλη: Πρόπτωση οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου.
- Δουγλασειοκήλη: Πρόπτωση σάκου του Douglas δηλαδή του οπίσθιου θολού του κόλπου
- Εντεροκήλη: Πρόπτωση εντέρου που παρασύρει το κολπικό τοίχωμα προς τα έξω και συνοδεύεται με δουγλασειοκηλη
- Πρόπτωση ωοθηκών: Πρόπτωση των ωοθηκών μέσα στον οπίσθιο δουγλασσειο χώρο (Παπανικολάου, 1994)

### **Πρόπτωση Μήτρας**

φυσιολογική θέση της μήτρας όπως προαναφέρθηκε είναι εντός της πυέλου και αναμεσα από την ουροδόχο κύστη και το ορθό. Σε όρθια θέση πρέπει ο πυθμένας της μήτρας να είναι στο ύψος του επιπέδου που εκτείνεται από το πάνω χείλος της ηβικής σύμφυσης ως τον τέταρτο ιερό σπόνδυλο και το εξωτερικό στόμιο του τράχηλου στο ύψος του επιπέδου, που εκτείνεται αναμεσα από τις 2 ισχιακές άκανθες. Σε περίπτωση που η μήτρα μετατοπιστεί κάτω από τα παραπάνω επίπεδο τότε έχουμε την πρόπτωση της. Όταν όμως ο τράχηλος βρίσκεται χαμηλότερα από το επίπεδο που αναφέρθηκε και προβάλλει μετα από αφοδευση ως την αιδοική σχισμή τότε η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως μερική πρόπτωση. Ολική πρόπτωση έχουμε σε περίπτωση που η μήτρα προβάλλει αναμεσα στην αιδοική σχισμή και προκαλεί εκτροφή του κόλπου. (Παπανικολάου, 1994)



*Εικόνα 5 Φυσιολογική Θέση Μήτρας (www.roulakis-urology.gr)*



*Εικόνα 6 Πρόπτωση Μήτρας (www.roulakis-urology.gr)*

### Αιτιολογία

Η πρόπτωση γενετικών οργάνων οφείλεται σε χαλάρωση των στηρικτικών συνδέσμων, περιτοναίων και μυών του πυελικού εδάφους. Συνήθως προκαλείται μετά από δύσκολους τοκετούς ή μαιευτικές επεμβάσεις, αλλά δεν αποκλείεται να προκληθεί μετά από φυσιολογικό τοκετό η ακόμα σε άτοκες γυναίκες. Σε άτοκες γυναίκες είναι πολύ σπάνιο να προκληθεί και οφείλεται σε συγγενείς δυσπλασίες του πυελικού εδάφους, σε ορμονικές διαταραχές, σε

χονδροδυστροφία και ατροφία συνδέσμων. Επίσης είναι πιθανό να προκληθεί από βήχα, παρμό ύπαρξη ασκητικού υγρού, άρση βάρους, δυσκοιλιότητα και προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις. Μετά την εμμηνόπαυση ατροφούν τα μέρη που στηρίζουν τα γεννητικά όργανα με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος πρόπτωσης. (Λωλής, 2004)

Η παθοφυσιολογία της πρόπτωσης πυελικών οργάνων πιστεύεται ότι είναι μια πολυπαραγοντική και συνδέεται με παθολογίες του κόλπου, μαιευτικοί κίνδυνοι, προχωρημένη ηλικία, αυξημένη μάζα σώματος, το κάπνισμα, η δυσκοιλιότητα, και κοιλιακή υστερεκτομή. Πέρα ταύτα οι επιβαρυντικοί αυτοί παράγοντες δεν είναι αρκετά επιβεβαιωμένοι καθώς πολλές γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει μπορούν να παρουσιάζουν πρόπτωση μήτρας ενώ μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχουν κάνει παιδιά δεν συνηθίζουν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα αυτό. (Ward et al, 2014)

Αιτιολογικοί Παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε δυσλειτουργίες του πυελικού εδάφους έχουν ταξινομηθεί ως εξής:

A) Προδιαθεσιακοί παράγοντες ( π.χ. το φύλο, γενετική ,νευρολογικά , ανατομικά , κολλαγόνο, μυϊκά, πολιτιστικά και του περιβαλλοντικά αίτια)

B) Υποκινητικοί παράγοντες π.χ. τοκετός , βλάβη των νεύρων , των μυών, η ακτινοβολία , η διατάραξη του ιστού, χειρουργική επέμβαση

Γ) Προωθητικοί παράγοντες ( π.χ. δυσκοιλιότητα , επάγγελμα ,αναψυχή , η παχυσαρκία, η χειρουργική επέμβαση , πνευμονοπάθεια , το κάπνισμα, εμμηνορροϊκού κύκλου , μόλυνση , φάρμακα , εμμηνόπαυση)

Δ) Αντιρροπιστικοί παράγοντες (π.χ. γήρανση , άνοια ,αδυναμία , ασθένεια , το περιβάλλον , τα φάρμακα) (Bo et al, 2014)

Επιπρόσθετα η απώλεια φυσιολογικής στήριξης των οργάνων μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμούς, χειρουργικές επεμβάσεις, χρόνια αύξηση ενδοκοιλιακής πίεσης, (π.χ. παχυσαρκία, χρόνιο βήχα, επαναλαμβανομένη άρση μεγάλου φορτίου) ή σε ιδιοπαθή μείωση της αντοχής των ιστών. Συχνότερες θέσεις κάκωσης αποτελούν οι καρδινάλιοι, οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, και οι ανελκτρες του πρωκτού οι οποίοι σχηματίζουν το πυελικό έδαφος και είναι υπεύθυνοι στα τη σταθερότητα του. Επίσης η ελάττωση του μυϊκού τόνου και η χαλάρωση των στηρικτικών δομών στη πύελο μπορεί να προκύψει από κάκωση η νευροπάθεια των I1-I4 νευρικών ριζών.(Smith, 2008)

Σύμφωνα με έρευνα των Law και Fielding 2008 η αδυναμία του πυελικού εδάφους οφείλεται πολλές περίπλοκες αιτίες. Οι παράγοντες κινδύνου για δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους περιλαμβάνουν την εγκυμοσύνη, πολυτοκία, προχωρημένη ηλικία, την εμμηνόπαυση, τη παχυσαρκία, τις διαταραχές του συνδετικού ιστού, το κάπνισμα, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, και άλλους παράγοντες που έχουν ως αποτέλεσμα ένα χρόνια αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Σύμφωνα με μια δήλωση του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας η ηλικία και το φύλο είναι προ εγκατεστημένοι παράγοντες κινδύνου. (Law and Fielding, 2008).

### **Συμπτώματα**

Τα συμπτώματα που σχετίζονται με πρόπτωση είναι συχνά δύσκολο να συσχετιστούν με την ανατομική θέση ή τη σοβαρότητα του 'εξογκώματος' και είναι συχνά δεν μπορούν να προσδιοριστούν. Οι γυναίκες με πρόπτωση συνήθως διαμαρτύρονται για την αίσθηση ενός «όγκου» ή κοιλικό βάρος, επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά συμπτώματα της ουροδόχου κύστης, δυσχέρεια κένωσης της κύστης και ακράτεια. Άλλα συμπτώματα όπως πόνος στην οσφυ ή πυελικό πόνο μπορεί να μην σχετίζεται με πρόπτωση. (Αριστείδης, 2010)

Τα ενοχλήματα για τα οποία παραπονιούνται οι γυναίκες ποικίλουν. Σε κάθε περίπτωση τα ασύμπτωτα επιδεινώνονται με την ορθοστασία και βελτιώνονται σε την κατάκλιση. Σε πρόπτωση μήτρας συνήθως αναφέρουν δυσκολία στη βάδιση, εξελκώσεις (λόγω χρόνιας τριβής) κυκλοφοριακές διαταραχές, αιμορραγίες, πυώδη έκκριση και σπανίως παρουσιάζεται καρκίνος του τράχηλου. (Λώλης, 2004) Άλλα συμπτώματα που έχουν αναφερθεί από πάσχων γυναίκες είναι η απώλεια ουρών μετά από βήχα, δυσκολία στη κένωση της ουροδόχου κύστης, συχνουρία, δυσκολία στην αποπάτηση ή εύκολη έξοδο κοπράνων. (Παπανικολάου, 1994)

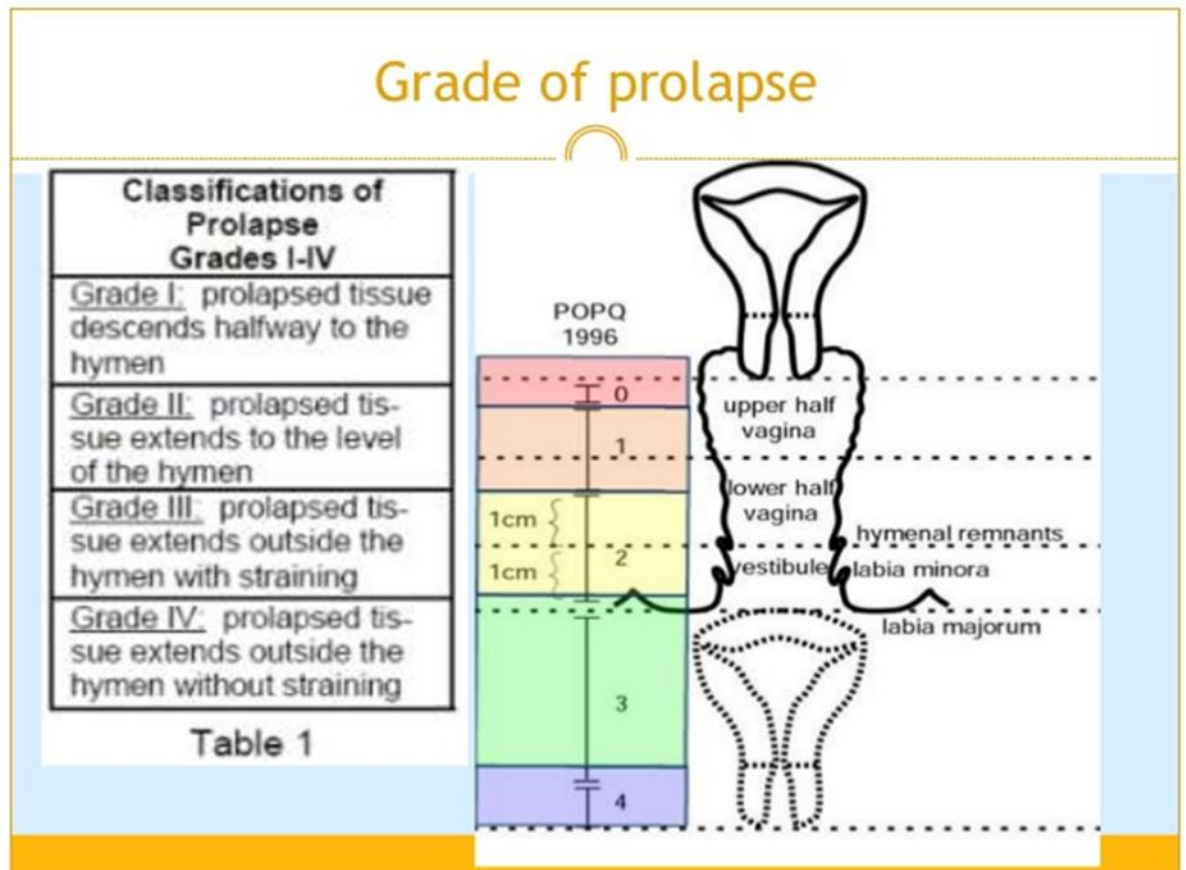
Η πρόπτωση μήτρας συνίσταται στην κάθοδο του τράχηλου και του σώματος της μήτρας μέσα στο κόλπο ή ακόμα και εκτός αυτού. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην αποδυνάμωση ή κάκωση των ιερομητρικών και εγκάρσιων συνδέσμων και της ενδοπυελικής περιτονία που στηρίζουν τη μήτρα και το ανώτερο κοιλικό τοίχωμα.

Η διεθνής κοινότητα ICS (International Continence Society) έχει αναπτύξει μια κλίμακα σταδιοποίησης της πρόπτωσης με σκοπό την αξιόπιστη και έγκυρη ταξινόμηση της πρόπτωσης κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς. (Haslam et al, 2007). Οι προπτώσεις των γεννητικών οργάνων ταξινομούνται κατά την γυναικολογική εξέταση με βάση το σύστημα POP-Q :



## Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)

- Βαθμός (Grade) 0: Φυσιολογική θέση των οργάνων, καμία πρόπτωση δεν έχει πραγματοποιηθεί.
- Βαθμός (Grade) 1: Το σημείο της πρόπτωσης που προπίπτει βρίσκεται περισσότερο από 1 cm πάνω από το επίπεδο του υμένας
- Βαθμός (Grade) 2: Το σημείο της πρόπτωσης που προπίπτει βρίσκεται 1cm ή λιγότερο κάτω από το επίπεδο του υμένα.
- Βαθμός (Grade) 3: Το σημείο της πρόπτωσης που προπίπτει βρίσκεται περισσότερο από 1cm κάτω από το επίπεδο του υμένα αλλά λιγότερο από 2cm., δηλαδή του συνολικού μήκους του κόλπου ( για παράδειγμα δεν έχει υποστεί ολόκληρος ο κόλπος πρόπτωση)
- Βαθμός (Grade) 4: Ολική πρόπτωση (Persu et al, 2011)



Εικόνα 7. Κλίμακα Σταδιοποίησης της πρόπτωσης ([www.slideshare.net](http://www.slideshare.net))

Παρόλο που αποτελεί ένα αξιόπιστο και αναγνωρισμένο εργαλείο για την κατηγοριοποίηση του βαθμού της πρόπτωσης δεν χρησιμοποιείται ακόμα παγκοσμίως. (Hall et al, 1996). Πολλές

φορές υπάρχει πρόπτωση του κοιλιακού τοιχώματος χωρίς πρόπτωση της μήτρας. Αδύνατο όμως είναι να υπάρχει πρόπτωση μήτρας χωρίς να συνοδεύεται με πρόπτωση κοιλιακού τοιχώματος. (Λώλης, 2004)

### **Επιδημιολογία πρόπτωσης**

Παρά τις εκτιμήσεις ότι το 20% των γυναικών στις γυναικολογικές κλινικές βρίσκονται σε λίστες αναμονής περιμένοντας τη χειρουργική επέμβαση για πρόπτωση και το ότι 13% των υστερεκτομών πραγματοποιούνται λόγω της πρόπτωσης είναι λίγες οι επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν το πρόβλημα αυτό. Αυτό πιθανώς οφείλεται λόγω της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οι γιατροί στην αξιολόγηση της πρόπτωσης και τη χρήση μη αξιόπιστων κλίμακων καταγραφής, αν και αυτό θα μπορούσε να βελτιωθεί αν καθιερωνόταν παγκοσμίως η χρήση της κλίμακας σταδιοποίησης της πρόπτωσης International Continence Society POPQ staging Systems. Επίσης η μακροχρόνια παρακολούθηση είναι απαραίτητη σε κάθε μελέτη.

Ίσως η καλύτερη μελέτη της επιδημιολογίας της πρόπτωσης προέρχεται από τον Σύνδεσμο Οικογενειακού Προγραμματισμού της Οξφόρδης (The Oxford Family Planning Association) η οποία συστάθηκε για την παρακολούθηση της υγείας των γυναικών χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους αντισύλληψης. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μεταξύ του 1968 και 1974, και αφορούσε 17 οικογενειακές κλινικές. Υπήρχαν 17.032 γυναίκες ηλικίας μεταξύ 25 και 39 που συμμετείχαν στη μελέτη και στη συνέχεια που παρακολουθούνταν ετησίως μέχρι τον Ιούλιο του 1994. Παρά το γεγονός ότι, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η μελέτη αυτή είχε αρχικά οριστεί για να αξιολογηθούν διαφορετικές μεθόδους αντισύλληψης πολλά δεδομένα συγκεντρώθηκαν από γυναίκες που είχαν εισαχθεί στην κλινική με πρόπτωση και έτσι έγινε μια παράλληλη μελέτη. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης 597 γυναίκες (ποσοστό 3.50 %) ανέπτυξαν πρόπτωση δίνοντας μια συχνότητα 204 ανά χιλιάδες άτομα-έτη, από τις οποίες οι 473 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για πρόπτωση τους. Η μελέτη έδειξε ότι μια γυναίκα μετά την 1<sup>η</sup> της γεννά είναι 4 φορές πιο πιθανό να αναπτύξει μια πρόπτωση, αυξάνοντας τον κίνδυνο αυτό κατά 11 φορές περισσότερο μετά από 4 γέννες. Επιπροσθέτως μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή αρχικά λόγω πρόπτωσης αντιμετωπίζουν ξανά τον κίνδυνο μετέπειτα. (Mayne et al, 2004)

### **Διάγνωση**

Η διάγνωση της πρόπτωσης συνήθως γίνεται με αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση σε συνδυασμό με εκούσιο βήχα. Αν η διάγνωση είναι αμφίβολη ζητείται από την ασθενή να σταθεί όρθια θέση η αλλιώς να περπατήσει μια μικρή απόσταση και να επαναληφθεί η εξέταση.

### **1.2.3 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ**

Η συμπτωματολογία από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα είναι συχνό πρόβλημα των ασθενών που προσέρχονται σε εξωτερικά ιατρεία. Κάποια από τα συμπτώματα αυτά είναι το αποτέλεσμα φλεγμονής ή λοίμωξης της κατώτερης ουροποιητικής οδού. Αλλά προβλήματα αντιπροσωπεύουν ανωμαλίες της αποθήκευσης και επιτυχής κένωσης των ούρων. Η ακράτεια των ούρων αποτελεί ένα συχνό και βασανιστικό σύμπτωμα των ασθενών με τέτοιες παθήσεις και παρουσιάζεται σε ποσοστό 25 και 38% του γυναικείου πληθυσμού. Πολλές δεν αναζητούν θεραπεία λόγω ντροπής και αγνοίας θεραπευτικών επιλογών. (Smith, 2008)

Σε πρόσφατο παρελθόν ακόμα για τις κοινωνίες δυτικού κόσμου οπού είχαν αρχίσει να εξελίσσονται το πρόβλημα της ακράτειας θεωρούνταν taboo που συχνά κρυβόταν πίσω από την αληθοφανή δικαιολογία της φυσιολογικής γήρανσης. Κατά αυτό τον τρόπο για χρόνια το πρόβλημα παρέμεινε ανομολόγητο, επιδεινωνόταν επηρεάζοντας την κοινωνική ζωή, την απόδοση στην εργασία, την ψυχολογική διάθεση και συχνά τις σχέσεις με τον ερωτικό σύντροφο με αποτέλεσμα την αποξένωση και την έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ακράτεια αποτελεί πρωτεύον αίτιο για ιδρυματισμό ηλικιωμένων ανθρώπων. Υπολογίζεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού, περίπου 36-41% αντιμετωπίζει πρόβλημα ακράτειας και δεν αναζητάει ιατρική βοήθεια. Μέχρι στιγμής ο συχνότερος τρόπος αντιμετώπισης, σε ατομικό επίπεδο, είναι η χρήση απορροφητικής πάνας με κόστος που εκτιμάται περίπου 1500 ευρώ ετησίως. Στη σημερινή εποχή ο κόσμος έχει ευαισθητοποιηθεί απέναντι στο πρόβλημα, υπάρχει ενημέρωση έγκυρη από γιατρούς, και νέες μεθόδους αντιμετώπισης. Ανάλογα με τον τύπο της ακράτειας υπάρχουν διαφορετικές θεραπείες που περιλαμβάνουν φάρμακα, χειρουργικές επεμβάσεις και φυσιοθεραπευτικές τεχνικές. (Παπαδημητρίου, 2006)

Ως ακράτεια ουρών ορίζεται η ακουσία απώλεια των ουρών. Η ακράτεια ούρων μπορεί να είναι το τελικό αποτέλεσμα του πολλές διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις και για το λόγο αυτό το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στην ακριβής διάγνωση του αιτιολογικού παράγοντα και μετέπειτα στην διαχείριση. Σημαντικό ρόλο σε όλες αυτές τις μελέτες είναι η κοινή ταξινόμηση των δυσλειτουργιών του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος που παρέχεται από την επιτροπή International Continence Society (ICS). Η επιτροπή αυτή ιδρύθηκε το 1976 από ιατρούς και επιστήμονες με σκοπό να καθορίσει ορολογίες που χρησιμοποιούνταν

παγκοσμίως. Οι ορολογίες αυτές αναθεωρούνται και βελτιώνονται διαρκώς συμβαδίζοντας σύμφωνα με την επιστημονική εξέλιξη και τις ουροδυναμικές τεχνικές.

### **Ταξινόμηση ακράτειας των ούρων**

Το πρόβλημα της ακράτειας αποτελεί ένα κοινωνικό και υγιεινό πρόβλημα το οποίο είναι δυνάμενο να καταδειχθεί. Οι μορφές ακράτειας ταξινομούνται ως κάτωθι:

- Επιτακτική ακράτεια ούρων ( Urgency urinary incontinence UUI)

Πρόκειται για ακούσια διαφυγή ούρων η οποία συμβαίνει με μια δυνατή, ξαφνική και μη ελεγχόμενη επιθυμία για ούρηση, σαν αποτέλεσμα ακουσίας σύσπασης του εξωστηρας.

- Ουροδυναμική ακράτεια ούρων ή γνήσια ακράτεια ούρων από προσπάθεια (Urodynamic stress urinary incontinence- USI)

Πρόκειται για ακούσια διαφυγή ούρων σε προσπάθεια η άσκηση η βήχα η φτέρνισμα σαν αποτέλεσμα της ανεπαρκούς πίεσης σύγκλεισης της ουρήθρας. Εμφανίζεται κυρίως όταν ο σφιγκτήρας μυς της ουρήθρας εξασθενεί.

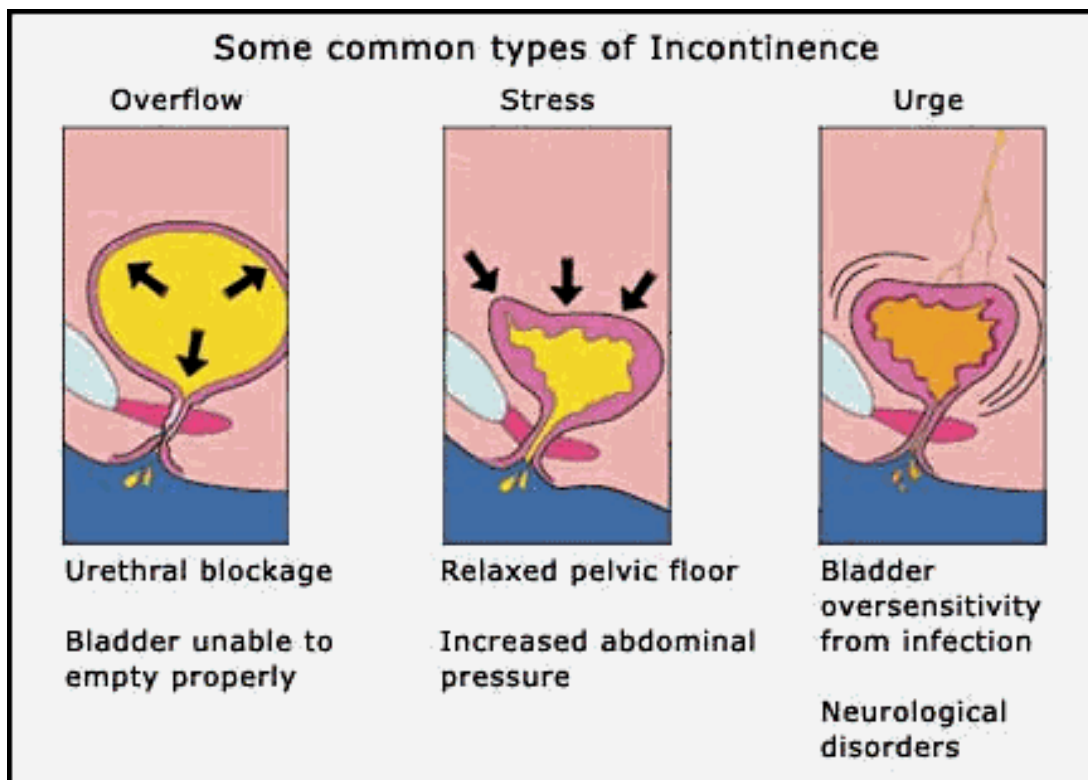
- Μεικτού τύπου ακράτειας ούρων (Mixed urinary incontinence- MUI)

Ο τύπος αυτός παρατηρείται όταν συνυπάρχουν συμπτώματα επιτακτικής ακράτειας ούρων και γνήσιας ακράτειας. Οι συμπτωματικοί αυτοί ορισμοί μπορεί να εκδηλωθούν με σημεία κατά τη φυσική εξέταση (πχ απώλεια ούρων κατά το βήχα) και κατά την Ουροδυναμική μελέτη όπως στην διάρκεια πλήρωσης (πχ ακούσιες συστολές του εξωστηρας κατά τη φάση πλήρωσης). Υπερδραστήρια κύστη ορίζεται η κατάσταση που συνοδεύεται με σύμπτωμα επείγουσας αίσθησης για ούρηση με η χωρίς επείγουσα ακράτεια, συνήθως με συχνουρία και νυκτουρία. Η επείγουσα ακράτεια είναι μόνο ένα μέρος της του ολικού φάσματος της υπερδραστήριας κύστης. Η υπερδραστηριότητα του εξωστηρας είναι ένα ουροδυναμικό εύρημα χαρακτηριζόμενο από ακούσιες συσπάσεις του εξωστηρας κατά τη διάρκεια της φάσης πλήρωσης της κύστης. Οι ασθενείς αυτοί δεν δείχνουν πάντα υπερδραστηριότητα του εξωστηρας σε Ουροδυναμική μελέτη.

Εκτός των παραπάνω μορφών ακράτειας που αναφέρθηκαν υπάρχουν και άλλες μορφές οι οποίες όμως δεν είναι τόσο συχνές. Αυτές περιλαμβάνουν:

- την ακράτεια από υπερπλήρωση (overflow Incontinence)
- την ολική ακράτεια
- και την λειτουργική ακράτεια. (functional Incontinence)

Η ακράτεια από υπερπλήρωση (ψευδοακρατεια) ονομάζεται η παράδοξη ακράτεια όπου συνήθως υπάρχει ένα αίσθημα ατελούς κένωσης της κύστης, υπερβολικό βάρος ή αίσθημα τάσης. Αυτό συμβαίνει όταν η πλήρωση της κύστης ξεπερνάει τη λειτουργική της χωρητικότητα. Οφείλεται στην ύπαρξη ενός μεγάλου υπολείμματος ούρων που παρατηρείται στην χρόνια επίσχεση των ούρων και σε διάφορες καταστάσεις νευρογενούς ουροδόχου κύστης. Η ολική ακράτεια αποτελεί την συνεχή ακουσία διαφυγή ούρων όλο το 24ωρο ή την περιοδική ανεξέλεγκτη διαφυγή μεγάλων ποσοτήτων ούρων. Το φαινόμενο αυτό συνήθως εμφανίζεται σε άτομα με βλάβη του νωτιαίου μυελού ή του ουροποιητικού συστήματος. Η λειτουργική ακράτεια παρατηρείται σε άτομα που έχουν φυσιολογική ικανότητα κένωσης της ουροδόχου κύστης αλλά διαθέτουν μειωμένες κινητικές δυνατότητες ή μειωμένη γνωστική λειτουργία. (Κρεατσα, 2009; Smith ,2008).



*Εικόνα 8. Είδη Ακράτειας: α) ακράτεια από υπερπλήρωση, β) Ουροδυναμική ακράτεια από προσπάθεια και γ) επιτακτικού τύπου ακράτεια (www.puneurologist.com)*

### Συμπτώματα

Η ακράτεια των ούρων είναι ταυτόχρονα σημείο, σύμπτωμα και νόσος. Στη ακράτεια από υπερπλήρωση εμφανίζεται συχνή απώλεια μικρών ποσοτήτων ουρών (μπορεί να σχετίζεται με αύξηση ενδοκοιλιακής πίεσης η όχι), ύπαρξη μάζας στη μέση γραμμή της κατώτερης κοιλιακής

χωράς (με η χωρίς ευαισθησία) η οποία εξαφανίζεται μετα από καθετηριασμό, και διαταραχή στην ικανότητα αυτόματης κένωσης της ουροδόχου κύστης. Η ακράτεια από προσπάθεια χαρακτηρίζεται από απώλεια μικρών ποσοτήτων ουρών επι παροδική αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και συσχετίζεται με κυστεοκήλη, ουρηθροκηλη ή κυστεοουρηθροκήλη. Σε περιπτώσεις ακράτειας επιτακτικού τύπου παρατηρείται ελαττωμένη χωρητικότητα της κύστης, έντονο πρώιμο αίσθημα πληρότητα, αυτόματες μη αναστελλόμενες συσπάσεις των μυών της ουροδόχου κύστης που οδηγούν σε μη ελεγχόμενη απώλεια μεγάλου όγκου ουρών και απώλεια πιθανώς προκαλούμενη μετα από δραστηριότητες (Smith, 2008)

### **Επιβαρυντικοί Παράγοντες**

#### Επιτακτικής ακράτειας ούρων:

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες, δίδυμες και πρώτου βαθμού συγγενείς έδειξαν ότι παίζουν σημαντικό ρολό οι γενετικοί παράγοντες και η ηλικία. Υπάρχουν ενδείξεις για κληρονομικότητα της επιτακτικού τύπου ακράτειας αλλά όχι τόσο της ακράτειας από προσπάθεια. (Rohr et al 2004) Σε πολλές μελέτες γίνεται αναφορά στην ηλικία καθώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε ανατομικές αλλαγές και λειτουργίες. Αλλαγές στη δομή και λειτουργία της πυέλου συμβάλλουν στην εμφάνιση ακράτειας.(Diokno et al 1998) Η εμμηνόπαυση αυξάνει κατά 8 φορές περισσότερο τις πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων ακράτειας σε μια γυναίκα άνω των 45 ετών. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να οφείλεται στην ξαφνική μείωση οιστρογόνων που συμβαίνει στον οργανισμό κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης. (Aniuliene et al, 2016)

Επιδημιολογικές μελέτες εκτιμούν ότι η παχυσαρκία είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την ακράτεια από προσπάθεια ή μεικτού τύπου. Υπάρχει αλληλεξαρτωμένη σύνδεση βάρους- ακράτειας όπου σε κάθε αύξηση 5 μονάδων του ΔΜΣ υπάρχει αύξηση κατά 20% έως 70% του κινδύνου ακράτειας ουρών. Μελέτες σχετικά με απώλεια βάρους δείχνουν ότι η χειρουργική και η μη χειρουργική απώλεια βάρους οδηγούν σε σημαντικές βελτιώσεις συμπτωμάτων της ακράτειας κατά 5-10%. (Subak et al, 2009)

#### Ουροδυναμικής ακράτειας ούρων ή γνήσιας ακράτειας ούρων από προσπάθεια:

Είναι γνωστό ότι χρόνιοι καπνιστές κάποια στιγμή στη ζωή τους αποκτούν χρόνια βήχα. Επειδή ο βήχας αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση επηρεάζεται το ουροποιητικό σύστημα. Το κάπνισμα

επομένως λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση της ακράτειας από προσπάθεια. (Bo et al, 2014)

Συμπτώματα ακράτειας παρουσιάζονται πολύ συχνά κατά την εγκυμοσύνη. Σε πολλές γυναίκες ξεκινούν τα συμπτώματα ακράτειας από την αρχή της εγκυμοσύνης και συνεχίζονται ακόμα και μετά από την γεννά σαν χρόνια πρόβλημα. (Burgio et al, 2003) Το φαινόμενο αυτό συμβαίνει διότι κατά τον τοκετό πραγματοποιούνται κακώσεις αιοδιοκων νευρών λόγω διάτασης και ρήξης συνδετικού ιστού με αποτέλεσμα να μειώνεται η στήριξη του πυελικού εδάφους (Handa et al, 1996). Σε ερευνά του Holst and Wilson (1988) σημειώθηκε ότι το ποσοστό των ατόκων γυναικών που ανέφεραν ακράτεια ήταν μικρότερο από το ποσοστό των μονότοκων αλλά αυξανόταν ανάλογα με τις γέννες.

### **Επιδημιολογία ακράτειας ούρων**

Η ακράτεια ούρων είναι ένα κοινό σύμπτωμα το οποίο επηρεάζει άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας και υπάρχει ένα ευρύ φάσμα όσον αφορά την σοβαρότητα και τη φύση των συμπτωμάτων. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν το μέγεθος του προβλήματος στο γενικό πληθυσμό και να ξεχωρίσουν παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση του. Οι μελέτες αυτές όμως είναι συχνά περιορισμένες λόγω του ότι οι περισσότερες γυναίκες αρνούνται να δηλώσουν ότι βιώνουν πρόβλημα ακράτειας. Εκτός από τη προχωρημένη ηλικία και τον τοκετό άλλοι παράγοντες που παίζουν ρολό στην εμφάνιση της ακράτειας είναι το φύλο, η φυλή, η εμμηνόπαυση, η παχυσαρκία, η δυσκοιλιότητα και οι γυναικολογικές παρεμβάσεις .

Διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την αξιολόγηση του επιπολασμού της ακράτειας των ούρων διέφεραν ως προς τους ορισμούς, τους τύπους ακράτειας, τον πληθυσμό που μελετούσαν και ως προς το σχεδιασμό της μελέτης και μεθόδους αξιολόγησης και συλλογής δεδομένων. Τα ποσοστά επιπολασμού που έχουν αναφερθεί κυμαίνονται από 11% έως 72%. Στην Ελλάδα το ποσοστό ακράτειας ανέρχεται στο 27% περίπου. (Liapis et al, 2010) Η εμφάνιση της ακράτειας στο γυναικείο πληθυσμό αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, με πρόωμη αιχμή στη μέση ηλικία και σταθερή αύξηση άνω των 70 ετών. Ο συχνότερος τύπος ακράτειας που παρουσιάζεται είναι ακράτεια από προσπάθεια κυμαινόμενη από 27% έως 55% με συχνότερη εμφάνιση σε γυναίκες ηλικίας 25 έως 50 ετών. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες εμφανίζουν συνήθως ακράτεια μεικτού τύπου κάτι που οφείλεται στην αύξηση των συμπτωμάτων της επιτακτικής ούρησης. Χαμηλότερη εμφάνιση της ακράτειας παρουσιάζεται στην μαύρη φυλή, τις Ισπανίδες και Ασιατικής καταγωγής γυναικών ενώ πιο συχνή είναι στη

λευκή φυλή. Αναμεσα στα δυο φυλά η εμφάνιση της ακράτειας στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είναι 2.5-3 λόγω διαφορετικής ανατομικής κατασκευής του πυελικού εδάφους. (Κρεατσά, 2009)

Η ακράτεια των ούρων στις γυναίκες προσβάλλει το διπλάσιο ποσοστό από ότι στους άνδρες. Στις γυναίκες άνω των 40 η ακράτεια συναντάται σε ποσοστό 12% σε άτεκνες και 26% σε γυναίκες που έχουν κάνει μέχρι 5 παιδιά. Μετα την εγκυμοσύνη πολλές γυναίκες διαμαρτύρονται για σημαντική ακράτεια κοπράνων, γεγονός που δεν συμβαίνει στις άτεκνες γυναίκες. Σε ποσοστό 21% των γυναικών στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί ιατρική λαβίδα κατά τον τοκετό παρατηρήθηκε ότι συνδέεται με την εμφάνιση ηπίας ακράτειας κοπράνων με αναλογία πιθανοτήτων 1,5. Αντιθέτως η χρήση της λαβίδας δεν επηρέασε την ακράτεια ούρων, επιτακτική ούρηση και την έντονη ακράτεια κοπράνων. Σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική δεν υπήρχε κάποια συσχέτιση με την ακράτεια από προσπάθεια, την επιτακτική ούρηση ή την ακράτεια κοπράνων. Ένα μικρό ποσοστό των 4.16% που παρακολουθούνταν στη μελέτη είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή. Η ομάδα αυτή ήταν πιο πιθανό να διαμαρτυρηθούν για ακράτεια παρά οι γυναίκες που δεν είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή. (Mayne et al, 2004)

Σύμφωνα με τον Brocklehurst σε προσωπική ερευνά που πραγματοποίησε σε τυχαία ομάδα (4007 δείγματα) βρήκε ότι το 14% των γυναικών και το 6% των ανδρών είχαν προβλήματα ακράτειας. Συγκεκριμένα από το ποσό αυτό των γυναικών ποσοστό 5.7% είχε βιώσει ακράτεια ουρών τη τελευταία βδομάδα ενώ 7.5 % τους τελευταίους μήνες. Οι *Dionko et al.*(1988) από την άλλη επικεντρώθηκαν σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Στην μελέτη αυτή ποσοστό 30% είχε προβλήματα ακράτειας και παρατηρήθηκε ότι αυξάνεται η πιθανότητα ακράτειας όσο αυξάνετε η ηλικία. Τη ίδια παρατήρηση είχε κάνει και ο *Molander et al*, (1980) ο οποίος περιλάμβανε στην ερευνά του γυναίκες ηλικίας 65-84. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες όλων των ηλικιακών ομάδων παρατηρήθηκε αυξημένη επικράτηση της ακράτειας μεικτού τύπου και μείωση της ακράτειας από προσπάθεια (Hannestad et al 2000) Λίγες είναι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε μαύρη φυλή. Από τις έρευνες που έγιναν όμως εκτιμάται ότι είναι πολύ σπάνιο η εμφάνιση ακράτειας από προσπάθεια στις γυναίκες αυτές ενώ η μεικτού τύπου ακράτεια συναντάται σε παρόμοιο ποσοστό με την άσπρη φυλή (40%). Δεδομένα εκτιμούν ότι οι γυναίκες της μαύρης φυλής έχουν υψηλότερη πίεση σύγκλεισης της ουρήθρας, μεγαλύτερο μήκος ουρήθρας και μεγαλύτερη κυστική κινητικότητα. (Knobel et al, 1975, Howard et al, 2000)



Σε άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εκτιμούν ότι από το σύνολο των γυναικών που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή το 0,5% αναπτύσσει ακράτεια. Η ακράτεια από υπερπλήρωση είναι σπάνια και συνήθως έπεται μετά από κάποιο τραυματισμό, ιατρικό χειρισμό λανθάνων, ή χειρουργική επέμβαση στη κύστη. Ακράτεια από προσπάθεια παρουσιάζει ποσοστό γυναικών 10-15% ενώ μετά τη εμμηνοπαύσεις προσβάλλει το 30-60%. Η ακράτεια επιτακτικού τύπου εμφανίζεται σε ποσοστό 35% των γυναικών. (Smith, 2008)

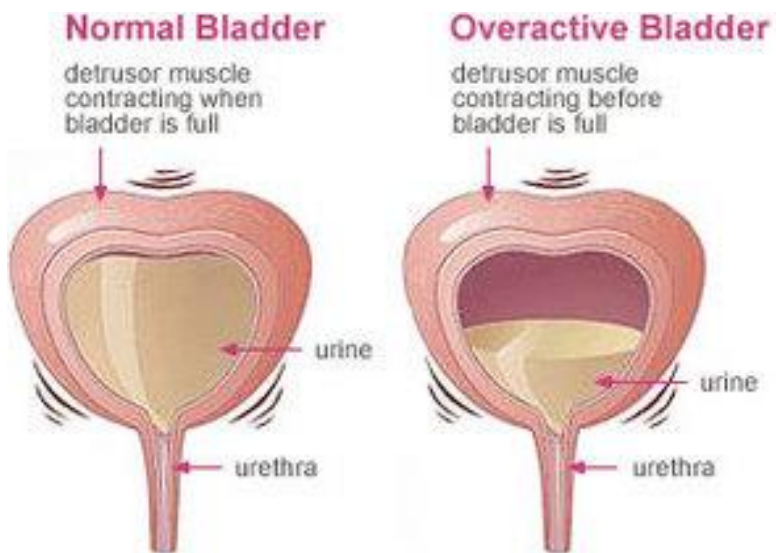
Σε μελέτη που πραγματοποίησαν οι Hannestad et al (2000) με ερωτηματολόγια ποσοστό 25% γυναικών ανέφεραν ότι είχαν ακούσια απώλεια ουρών ενώ ο μέσος ορός των ηλικιών που αντιμετώπιζαν πρόβλημα ακράτειας είναι 53.2 ετών. Ο επιπολασμός της ακράτειας παρατηρήθηκε ότι αυξανόταν ανάλογα με την ηλικία όπου το μεγαλύτερο ποσοστό ακράτειας (40%) να παρουσιάζεται στις ηλικίες άνω των 90 ετών ενώ στις γυναίκες κάτω των 30 μόνο το 12% απάντησε θετικά. Στον γυναικείο πληθυσμό <45 ετών το 57% αντιμετώπιζε ελαφρά συμπτώματα, 33% μέτρια και 21 βαριά, ενώ η ηλικιακή ομάδα 45-65ετων αντιμετώπιζε αντίστοιχα ποσοστά συμπτωμάτων των 46%, 33%, και 21%. Η ακράτεια επιτακτικού τύπου προσβάλλει 1 στις 10 γυναίκες ενώ η μεικτού τύπου 1 στις 3 γυναίκες.

Στην Ελλάδα η ακράτεια ουρών αποτελεί ένα συχνό αλλά και υποτιμημένο πρόβλημα. Σε μια πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη ο εκτιμώμενος επιπολασμός της ακράτειας σε γυναίκες που επισκέπτονταν κέντρα υγείας ήταν περίπου το 27.5%. Σε μια άλλη ερευνά που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και την Τουρκία από τους Anifantaki et al (2009) με σκοπό να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής των γυναικών που υπέφεραν από ακράτεια ουρών βρέθηκε ότι ποσοστό 24.7% από τις 932 γυναίκες που πήραν μέρος αντιμετώπιζαν πρόβλημα. Η ουροδυναμική ακράτεια από προσπάθεια συναντάται περισσότερο στην Ελλάδα συγκριτικά με την Τουρκία σε ποσοστό 39.2 και 20.8% ενώ η μεικτού τύπου ακράτεια στην Τουρκία υπερισχύει (61.3% vs 44.8% στην Ελλάδα)

### **Υπερδραστήρια Κύστη (Overactive Bladder)**

Σύμφωνα με τον ορισμό της ICS ο όρος υπερδραστηριότητα της κύστης αναφέρεται στη φάση αποθήκευσης της κύστης και όχι στην φάση ούρησης. Η διάγνωση της πάθησης γίνεται με ουροδυναμικό έλεγχο (π.χ. Κυστεομετρία). Το βασικό χαρακτηριστικό της πάθησης είναι η ακούσιες συσπάσεις του εξωστήρα που μπορούν να συμβούν αυθόρμητα ή μπορεί να προκληθούν από την ταχεία πλήρωση, μετατροπές της στάσης του σώματος, το βήχα, το περπάτημα, το άλμα, κλπ., ενώ ο ασθενής προσπαθεί να το εμποδίσει. Η υπερδραστήρια κύστη αναφέρεται ως ασταθής όταν η αιτιολογία της δεν είναι νευρολογικού περιεχομένου και

υπεραντανακλαστική όταν είναι ξεκάθαρα νευρολογικής προέλευσης. Τα νευρολογικά αίτια που προκαλούν την υπερδραστήρια κύστη αφορούν παθήσεις του νωτιαίου μυελού ενώ η ασταθής υπερδραστήρια κύστη μπορεί να προκληθεί από απότομη πλήρωση ή έντονο βήχα. Οι ακούσιες συσπάσεις του εξωστήρα σπανίως είναι ασυμπτωματικές, συνήθως συνοδεύεται με αφόρητη ανάγκη για κένωση ή επιτακτική ακράτεια. Η κλινική κατάσταση που σχετίζεται με τα συμπτώματα αυτά ονομάζεται κινητικού τύπου επιτακτική ακράτεια. (Hampel et al, 1997)



*Εικόνα 9 Υπερδραστήρια Κύστη (thesciencyfellow.wordpress.com)*

#### **1.2.4 ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ)**

Οι δυσλειτουργίες του εντέρου ή του ορθού χωρίζονται σε 2 κατηγορίες, σ' αυτές που σχετίζονται με τη δυσκολία κένωσης του εντέρου και σ' αυτές που σχετίζονται με την δυσκολία εγκράτειας των κοπράνων. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν και οι δυο κατηγορίες σ' έναν ασθενή (π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου). Σε ορισμένες περιπτώσεις οι δυσλειτουργίες οφείλονται σε λειτουργικές διαταραχές των μυών και των νεύρων του πυελικού εδάφους μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα όπως ακράτεια κοπράνων. Κάποιες συχνές δυσλειτουργίες του πυελικού εδάφους που συμβάλουν στην μη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου αφορούν την μείωση της συσπαστικής ικανότητας των μυών του πρωκτικού σωλήνα προκειμένου να πραγματοποιηθεί η αφόδευση, παρουσία ορθοκήλης καθώς και η χαλάρωση και αδυναμία του πυελικού μυϊκού πλέγματος. (Mantle et al, 2004)

Η ακράτεια κοπράνων είναι η ακούσια απώλεια κοπράνων (στερεά ή υδαρή). Η πρωκτική ακράτεια και η άθελη διαρροή κοπράνων θεωρείται κυρίως από το νεανικό πληθυσμό

αναπηρική δυσλειτουργία. Η ακράτεια κοπράνων είναι ένα συχνό και σημαντικό πρόβλημα το οποίο όμως είναι μελετημένο κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες όπου επικρατεί περισσότερο. Λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες. (Mallet et al, 1994)

### **Αιτιολογικοί Παράγοντες**

Η ακράτεια κοπράνων συνήθως συμβαίνει λόγω τραυματισμού ενός ή και των δυο δακτυλιοειδών μυών του ορθού οι οποίοι ονομάζονται έσω και έξω σφικτήρες του πρωκτού. Σε μια φυσιολογική λειτουργία οι σφικτήρες συμβάλλουν στη συγκράτηση των κοπράνων ενώ σε περίπτωση τραυματισμού (π.χ. κατά τη γέννα) η δυνατότητα αυτή χάνεται και συχνά παρατηρείται διαρροή. Στις εγκύους γυναίκες η έλξη του γεννητικού νεύρου κατά τη διάρκεια του τοκετού συμβάλει στην ακράτεια κοπράνων. Ο τραυματισμός του περινέου και του νεύρου προκαλεί απονεύρωση στο μυ. (Snooks et al 1984) Η ρήξη του περινέου είναι αρκετά συχνή κατά τον τοκετό. Η ρήξη αυτή επηρεάζει περιστασιακά τους πρωκτικούς μύες τους σφικτήρες και πιο συχνά τον εξωτερικό σφικτήρα του πρωκτού, ο οποίος ελέγχει την εκούσια εγκράτεια κοπράνων. Η περινεοτομή που γίνεται για την διευκόλυνση της διέλευσης του εμβρύου σχετίζεται με το πρόβλημα ακράτειας κοπράνων αν δεν πραγματοποιηθεί σωστά και τραυματιστούν οι μυϊκές ίνες του σφικτήρα. (Guise et al, 2007)

Η ακράτεια κοπράνων είναι συχνό πρόβλημα στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα σε άτομα που ζουν σε ιδρύματα. Παράγοντες που συμβάλουν στο πρόβλημα της ακράτειας είναι η μειωμένη αίσθηση της ανάγκης κενώσεως, μειωμένες πιέσεις του σφικτήρα, ανεπαρκείς πρόσληψη νερού, φυτικών ινών, μεταβολικές διαταραχές (υπερασβεστιαμία, υποκαλιαιμία, υποθυρεοειδισμός, η λήψη ναρκωτικών ουσιών η φαρμάκων (π.χ. τα ναρκωτικά, τα αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά, διουρητικά) (Wrenn et al, 1989)

Παρά τη σημασία της κατάλληλης λειτουργίας πυελικού εδάφους, η διατήρηση της εγκράτειας εξαρτάται από μια άθικτη αλυσίδα των ανατομικών δομών και φυσιολογικών μηχανισμών, μία αλληλουχία που εκτείνεται από τον πρωκτό προς τον εγκέφαλο. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν την ευαισθητοποίηση και την επιθυμία να διατηρηθεί η εγκράτεια. Πολλοί ασθενείς με άνοια είναι ακράτεια λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος ή ευαισθητοποίηση του, τη λειτουργία του εντέρου. Νευρολογική ασθένεια ή τραυματισμό που επηρεάζει τον εγκέφαλο, το νωτιαίο μυελό, ή περιφερικά νεύρα μπορεί να προκαλέσει ακράτεια. Συγγενής νευρολογικά αίτια περιλαμβάνουν δισχιδή ράχη, μυελομηνιγγοκήλη και μηνιγγοκήλη. Επίκτητα νευρολογικά αίτια περιλαμβάνουν εγκεφαλικό επεισόδιο, όγκους, τραυματισμό του νωτιαίου μυελού,

σκληρυνση κατά πλάκας, και διαβητική αυτόνομη νευροπάθεια. Υπερβολικό όγκο των κοπράνων και ταχεία διέλευση του εντέρου μπορεί να κατακλύσουν ένα φυσιολογικό πυελικό έδαφος. Συντρέχον ανωμαλίες που μπορεί να συνυπάρξουν περιλαμβάνουν εντερική δυσασπορρόφηση, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, και μολυσματική διάρροια. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι σε πολλές περιπτώσεις η ακράτεια κοπράνων προκύπτει από ένα συνδυασμό παραγόντων. Γεννητική νευροπάθεια συνοδεύει συνήθως τη κάκωση του σφιγκτήρα από τοκετό. Γυναίκες με προ υπάρχων σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα μετά τον τοκετό συγκριτικά με αυτές που δεν είχαν πρόβλημα πριν τον τοκετό. (Donnelly et al, 1998)

### **Επιδημιολογία**

Η συμπτωματικοί ακράτεια κοπράνων εμφανίζεται με συχνότητα 21% μεγαλύτερη στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν ακράτεια ουρών ή πρόπτωση μήτρας. (Faltin et al, 2001 ). Η επιδημιολογική μελέτη για ακράτεια κοπράνων δεν έχει μελετηθεί αρκετά και οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την παθολογική αυτή κατάσταση προέρχονται από αναπτυγμένες χώρες. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες πολιτείες ποσοστό 8.9% των συμμετεχόντων βίωσαν επεισόδια ακράτειας κοπράνων το τελευταίο μηνά και κυρίως υδαρής σύστασης (6.2%) (Botlero et al, 2011). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που βίωσαν το πρόβλημα της ακράτειας ήταν άνω των 70 ετών (15.3%). Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε με 655 δείγματα που αντιμετώπιζαν προβλήματα δυσλειτουργίας εντέρου τουλάχιστον τα 2/3 των συμμετέχοντα δήλωσαν την παρουσία της ακράτειας ουρών ταυτόχρονα. Η παρουσία αυτή πολλαπλών δυσλειτουργιών του πυελικού εδάφους ταυτόχρονα είναι συχνή και μπορεί να αυξήσει την συμπτωματολογία και επιδείνωση του προβλήματος. (Markland et al, 2007)

Σύμφωνα με κάποιες μελέτες των Kok et al. (1992) ποσοστό 4.2% κάτω των 85 ετών υποφέρουν από το πρόβλημα αυτό ενώ άνω των 85ετων το ποσοστό των 16.9%. Παρόμοια μελέτη των Kemp and Acheson (1989) αναφέρουν ότι σε ηλικίες άνω των 75 ετών η ακράτεια κοπράνων εμφανίζεται σε ποσοστό 9.1%.

### **1.2.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΣ**

Η σεξουαλική λειτουργία αποτελεί μια σημαντική παράμετρο κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής ενός ανθρώπου. Ολοένα και περισσότερες μελέτες γίνονται για τη διερεύνηση δυσλειτουργιών του πυελικού εδάφους και το πώς αυτές επιδρούν στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών. Πολλές γυναίκες για παράδειγμα έχουν υπερτονικό το πυελικό έδαφος με αποτέλεσμα να βιώνουν πόνο κατά την σεξουαλική επαφή. (δυσπαρευνία). Οι δυσλειτουργίες των μυών του πυελικού εδάφους μπορούν να κάνουν δύσκολη ή αδύνατη τη σεξουαλική διεύδυση εξαιτίας του κοιλιακού πόνου. (Mantle et al, 2004). Η δυσπαρευνία είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από επίμονο πόνο πριν, κατά ή μετά τη συνουσία. Πολλές φορές συνδέεται και με κολπόσπασμο.

Σεξουαλικά προβλήματα έχουν αναφερθεί από σχεδόν 43% των γυναικών. Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε τα δύο τρίτα των άνω των 60 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν σεξουαλικά ανενεργοί. Από το υπόλοιπο ένα τρίτο, το 12% που ήταν παντρεμένοι είχαν δυσκολία με τη σεξουαλική επαφή και περίπου 13% βίωναν δυσπαρευνία.

Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών παρουσιάζει σεξουαλικές διαταραχές με αποτέλεσμα αυτό να έχει επιπτώσεις στη σεξουαλική υγεία και κοινωνική συμπεριφορά. Σύμφωνα με το D.S.M III της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (1987) η ταξινόμηση των σεξουαλικών διαταραχών έχει ως εξής:

- Διαταραχές της επιθυμίας
- Υπολειπομένη σεξουαλική επιθυμία
- Σεξουαλική απέχθεια (αποστροφή)
- Διαταραχή σεξουαλικής έκτασης
- Δυσλειτουργία του οργασμού
- Αναστολή του γυναικείου οργασμού
- Άλγος κατά τη σεξουαλική επαφή
- Κολεόσπασμος
- Δυσπαρευνία (Λωλής, 2004)

## **Δυσπαρευνία**

Δυσπαρευνία είναι ένα σύμπτωμα μιας ποικιλίας καταστάσεων που αποτελείται από οργανικές και ψυχολογικές δυσλειτουργίες. Παράγοντες που συμβάλουν στη εμφάνιση του προβλήματος περιλαμβάνουν συγγενείς ανωμαλίες, ψυχοκοινωνική καταπίεση, σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, φόβος της συνουσίας ή επώδυνη πρώτη σεξουαλική επαφή. Αίτια που προκαλούν την δυσπαρευνία είναι: χρόνιος πυελικός πόνος, ενδομητρίωση, χρόνια πυελική φλεγμονή, vulvodynia, κολεόσπασμος, τοκετός, ουρολογικές παθήσεις, μετεγχειρητικές επιπλοκές και ψυχολογικές διαταραχές. (Lucena et al, 2015)

Η δυσπαρευνία μπορεί να συνυπάρχει με κολεόσπασμο. Οφείλεται σε οργανικούς η ψυχολογικούς παράγοντες ή συνδυασμός των δυο. Υπολογίζεται ότι το 30% των γυναικολογικών επεμβάσεων καταλήγουν σε δυσπαρευνία. Τα οργανικά αίτια του προβλήματος οφείλεται σε υπολείμματα του υμένα, ουλές από τον τοκετό ή απόξεση, φλεγμονή βαρθολινειων αδένων, κακή υγιεινή της περιοχής, έλλειψη ε ύγρανσης , κολπίτιδες και τραχηλίτιδες. (Λώλης, 2004)

## **Κολεόσπασμος**

Ο κολεόσπασμος είναι αποτέλεσμα ακούσιου σπασμού έξω τριμορίου του κόλπου με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η συνουσία. Το πρόβλημα αυτό επιβεβαιώνεται κατά τη γυναικολογική εξέταση με την χαρακτηριστική κίνηση της γυναίκας. Η γυναικά μπορεί συνειδητά να επιθυμεί τη συνουσία με το σύντροφο της αλλά την αποφεύγει ασυνείδητα. Τα αίτια περιλαμβάνουν τραυματικές εμπειρίες, σωματικά τραύματα, ατυχήματα, ή χειρουργικές επεμβάσεις. Άλλοτε οφείλεται σε αυστηρές θρησκευτικές προκαταλήψεις. (Λώλης, 2004)

## **Αιτιολογία**

Ο πόνος που προκαλείται κατά τη διάρκεια της συνουσίας (της σεξουαλικής επαφής) οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με βάση την ανατομική του κατάταξη. Από το γεννητικό σύστημα παθήσεις που ενθαρρύνουν την πρόκληση πόνου περιλαμβάνουν ενδομητρίωση, χρόνια πυελική λοίμωξη, Ορθοκήλη, εντεροκήλη, ουρηθροκήλη, βράχυνση κόλπου μετα από χειρουργική επέμβαση και χαλάρωση πυελικού εδάφους. Από το ουροποιητικό σύστημα παθολογικές καταστάσεις που επιβαρύνουν την υγεία των γυναικών είναι η χρόνια λοίμωξη ουροποιητικής οδού, ασυνεργία του εξωστήρα, διάμεση κυστίτιδα, και ουρηθρικό σύνδρομο ενώ παθήσεις του γαστρεντερικού

συστήματος όπως χρόνια δυσκοιλιότητα, εκκολπωματική νόσος, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα, και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Τέλος και τα μυοσκελετικά προβλήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όπως για παράδειγμα η ιωομυοσίτιδα, κήλες και η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου. (Smith, 2008)

### **Επιδημιολογία**

Ποσοστό περίπου 15% των γυναικών αναφέρουν κάθε χρόνο πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή. (Smith et al 2008). Σε μια πρόσφατη μελέτη που περιλαμβάνει γυναικείο πληθυσμό μέχρι την ηλικία των 79 ετών γνωστοποιήθηκε ότι περίπου 35% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζαν κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία. Στην εν λόγω μελέτη, το 71% των γυναικών ήταν σεξουαλικά ενεργές, και 33% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών ταξινομήθηκαν με τη παρουσία κάποιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας αφού απάντησαν σε θετικά σε ερωτήσεις σχετικά με πόνο, της έλλειψης ενδιαφέροντος, η έλλειψη της απόλαυσης, δυσκολία στον οργασμό. Αν και η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία αναγνωρίζεται ως ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο πρόβλημα υγείας, υπάρχουν ενδοιασμοί και περιορισμοί σχετικά με την επιδημιολογία των σεξουαλικών διαταραχών. (Addis et al, 2006)

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο αυτό έχει γίνει αναφορά στην ανατομία του πυελικού εδάφους και στην λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος. Διαπιστώνεται ότι το πυελικό έδαφος αποτελεί μια σύνθετη μυοσκελετική δομή καθώς υποστηρίζει ζωτικά όργανα υπεύθυνα για την φυσιολογική λειτουργία της κύστης, του εντέρου και του αναπαραγωγικού συστήματος. Κάποια διαταραχή στο πυελικό έδαφος μπορεί να οδηγήσει σε παθήσεις όπως ακράτεια ούρων και κοπράνων, πρόπτωση μήτρας και σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

## **2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ**

### **2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούν τα πιο διαδεδομένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως για την κλινική αξιολόγηση του πυελικού εδάφους. Τα ερωτηματολόγια που αφορούν το πυελικό έδαφος ταξινομούνται ανάλογα με την πάθηση ή τα συμπτώματα στα οποία αναφέρονται. Για παράδειγμα υπάρχουν ερωτηματολόγια που αφορούν αποκλειστικά την ακράτεια ούρων αλλά και κάποια που συνδυάζουν την ακράτεια ούρων και κοπράνων με την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Μερικά από τα επίσημα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται σήμερα στα κλινικά ιατρεία θα αναφερθούν στη συνέχεια.

### **2.1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΔΙΑΣΚΕΥΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ**

Προκειμένου να γίνει η ταξινόμηση και ο σχεδιασμός της κατάλληλης θεραπείας για τις δυσλειτουργίες πυελικού εδάφους, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί κλινική εκτίμηση και αξιολόγηση των υποκειμενικών αντιλήψεων των ασθενών. Ένας έγκυρος τρόπος για να μετρηθεί η υποκειμενική αντίληψη των ασθενών για την υγεία και την ευημερία τους είναι μέσω ψυχομετρικών ερωτηματολογίων. Επειδή η δημιουργία νέων ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση των ασθενών είναι δαπανηρή και χρονοβόρα, συνιστάται να προσαρμοστούν και να σταθμιστούν υπάρχουσα ερωτηματολόγια στους διάφορους πληθυσμούς, όπου θα χορηγηθεί. Αρχικά σε πρώτη φάση είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί διαπολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου, ακολουθούμενη από τη στάθμιση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Η μεθοδολογία αυτή, εκτός του ότι είναι λιγότερη δαπανηρή από ό,τι η δημιουργία νέων ερωτηματολογίων, επιτρέπει στους ερευνητές να πραγματοποιούν συγκρίσεις μεταξύ των χωρών. Ο στόχος της διαπολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου είναι να εξασφαλιστεί ίδιο σημασιολογικό, εννοιολογικό λεξιλόγιο και το περιεχόμενο να ισοδυναμεί με το αρχικό. (Sánchez et al, 2013)

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου περιλαμβάνουν την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία του. Η ισχύς καθορίζει εάν το ερωτηματολόγιο αξιολογεί πραγματικά αυτό που προορίζεται για να μετρήσει και αποτελείται από 3 βασικά συστατικά: εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα δομής και την εγκυρότητα κριτηρίων που σχετίζονται με το ερωτηματολόγιο. Η εγκυρότητα του περιεχομένου αξιολογεί κατά πόσον αυτό περιλαμβάνει όλες τις σημαντικές πτυχές της κατάστασης που πρόκειται να αξιολογήσει και αν οι ανταποκρίνεται στον αρχικό στόχο της αξιολόγησης. Η εγκυρότητα της δομής εξετάζει τη συμπεριφορά και την ανταπόκρισή του πληθυσμού στις ερωτήσεις ενώ η εγκυρότητα



κριτήριων έχει να κάνει με την συσχέτιση του ερωτηματικού με άλλες σημαντικές μεθόδους μέτρησης. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αναφέρεται στην ικανότητά της να μετρήσει με αναπαραγωγικό τρόπο. Δύο σημαντικές πτυχές της αξιοπιστίας είναι η εσωτερική συνοχή και αναπαραγωγιμότητα. Εσωτερικής συνοχής είναι ο βαθμός στον οποίο τα στοιχεία σχετίζονται, αλλά δεν επαναλαμβάνονται. Η αναπαραγωγιμότητα καθορίζει την αξιοπιστία μεταξύ διαφορετικών αξιολογήσεων και αξιοπιστία μεταξύ του ίδιας αξιολόγησης. Τέλος, η ευαισθησία ενός ερωτηματολογίου είναι η ικανότητα να ανιχνεύει αποτελέσματα της θεραπείας και κλινικά σημαντικές αλλαγές. (Mestre et al, 2014)

## **2.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ**

Την τελευταία δεκαετία υπήρξε μια αυξανόμενη συνειδητοποίηση της επίδρασης των προβλημάτων του πυελικού εδάφους στην ποιότητα ζωής των ασθενών και μια έκρηξη δημιουργίας ερωτηματολογίων που προσπαθούν να την αξιολογήσουν. Υπάρχουν δύο κύριες ομάδες ερωτηματολογίων, αυτά που αναφέρονται γενικά στη ποιότητα ζωής και αυτά που εξειδικεύονται σε μια συγκεκριμένη πάθηση και το πώς επηρεάζουν τη καθημερινότητα του ασθενή. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια για να είναι έγκυρα και τα αποτελέσματα. (Mantle et al, 2004)

Ο ρόλος της ακράτειας ούρων (UI) και της πρόπτωσης οργάνων (POP) στην σεξουαλική λειτουργία και την ποιότητα ζωής, όπως και οποιοδήποτε άλλο χρόνια ουρογυναικολογικό πρόβλημα, δεν θα πρέπει να υποτιμάται. Μαζί με άλλους παράγοντες που θεωρούνται ότι εμπλέκονται συχνά στη σεξουαλική δυσλειτουργία, όπως η ηλικία ή την εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να εξεταστεί ο ρόλος των ανατομικών και βιολογικών παραγόντων. Οι ψυχολογικές συνέπειες όπως η κατάθλιψη μπορεί να δράσει περιορίζοντας την ελευθέρια της γυναίκας, την ικανότητα να ξεκινήσει σεξουαλικές σχέσεις ή την ίδια την θετική σεξουαλική ανταπόκριση (για παράδειγμα, η εμφάνιση των συμπτωμάτων της ακράτεια στην επαφή ή με τον οργασμό ίσως επηρεάσει αρνητικά). Αυτοδιαχειριζόμενα (self-reported) ερωτηματολόγια αποτελούν μια διακριτική επαναλαμβανομένη μέθοδος για την εκτίμηση της γυναικείας σεξουαλικής υγείας. Κλινικοί γιατροί και οι ερευνητές αναγνωρίζουν τη σημασία της λήψης πληροφοριών από τους ασθενείς χωρίς προκαταλήψεις και με διακριτικότητα. Τα ερωτηματολόγια αποτελούν μια γενική "υποκειμενική" πληροφόρηση με ένα «αντικειμενικό» τρόπο. Χρησιμοποιούνται από ιατρούς προκειμένου να εντοπίσουν / διαγνώσουν άτομα με δυσλειτουργίες, να εκτιμήσουν της σοβαρότητας αυτής της δυσλειτουργίας, να εκτιμήσουν αν

υπάρχει κάποια βελτίωση με την επιλεγμένη φαρμακευτική αγωγή και να εξετάσουν τον αντίκτυπο της δυσλειτουργίας στον ασθενή και στην ποιότητα ζωής του. (Barber et al, 2005)

Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι συνεχώς αυξάνεται η χρήση υψηλής ποιότητας επικυρωμένων ερωτηματολογίων στην έρευνα και την κλινική πρακτική όσον αφορά την UI, τον κόλπου και γενικά προβλήματα του πυελικού ορόφου. Τα ερωτηματολόγια μπορούν να έχουν οφέλη για την φροντίδα των ασθενών λόγω της ακριβής μέτρησης των συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς και της ποιότητα ζωής τους. (Haslam et al, 2008)

### **Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) & Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ)**

Οι Διαταραχές του πυελικού εδάφους επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα των γυναικών που τις αντιμετωπίζουν και γι' αυτό η ποιότητα της ζωής είναι κρίσιμο κριτήριο κατά την αξιολόγηση μιας νέας θεραπείας ή συγκρίνοντας θεραπείες για τις διαταραχές αυτές. Η ανάπτυξη των ερωτηματολογίων που μπορούν να αξιολογήσουν όλο το φάσμα των αλληλένδετων συμπτωμάτων που σχετίζονται με διαταραχές του πυελικού εδάφους και το αντίκτυπο που έχουν στη ποιότητα ζωής είναι απαραίτητο για την καλύτερη επιλογή και εκτίμηση μιας θεραπείας. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο να αξιολογηθεί και η υποκειμενική αντίληψη των γυναικών. Ένας έγκυρος τρόπος για να μετρήσει τις απόψεις των ασθενών είναι μέσω ψυχομετρικά έγκυρα και αυτοδιοικούμενα ερωτηματολόγια που μπορεί να εκτιμήσουν την παρουσία και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του πυελικού εδάφους, και τις επιπτώσεις τους στις καθημερινές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής.

Το παραπάνω μπορεί να αξιολογηθεί με δύο ειδικά ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο Καταγραφής Δυσχερειών Πυελικού Εδάφους (*Pelvic Floor Distress Inventory, PFDI*) και το Ερωτηματολόγιο Επιπτώσεων στο Πυελικό Έδαφος (*Pelvic Floor Impact Questionnaire, PFIQ*). Η PFDI περιλαμβάνει 46 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 3 σκέλη, την καταγραφή δυσφορίας της ακράτειας ούρων(UDI), της πρόπτωσης πυελικών οργάνων (POPDI), των δυσλειτουργιών του παχέος εντέρου-πρωκτού (CRADI). Για την καλύτερη αξιολόγηση και διαχείριση των απαντήσεων το ερωτηματολόγιο μετατράπηκε σε μικρότερο μέγεθος (short version) με 20 ερωτήσεις. Οι 20 ερωτήσεις ταξινομήθηκαν σε 3 υποκατηγορίες για την δυσφορία από πρόπτωση οργάνων (POPDI-6), τη δυσφορία του παχέος εντέρου (CRADI- 8) και του ουροποιητικού συστήματος (UDI-6). Η PFDI εξυπηρετεί το ρόλο τόσο της καταγραφής των συμπτωμάτων αλλά και της βαθμολόγησης της δυσφορίας που προκαλείται από το ευρύ φάσμα των συμπτωμάτων των δυσλειτουργιών. Η PFIQ αξιολογεί την λειτουργία και τα συμπτώματα της ουροδόχου κύστης, του εντέρου και του κόλπου και βαθμολογεί το πως

επιηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες, τις σχέσεις, και τα συναισθήματα των γυναικών. Αρχικά το PFIQ περιλάμβανε 93 ερωτήσεις όμως στη συνέχεια δημιουργήθηκε μια σύντομη φόρμα με 7 ερωτήσεις για να μειωθεί η διάρκεια της αξιολόγησης. Η PFIQ-7 περιλάμβανε συνολικά 21 ερωτήσεις σε τρεις υποκατηγορίες από τις οποίες η καθεμιά περιείχε 7 ερωτήσεις. Οι υποκατηγορίες αυτές περιείχαν ερωτήσεις που αναφέρονταν στις επιπτώσεις της ακράτειας (UIQ-7), της πρόπτωσης πυελικών οργάνων (CRAIG-7) και των προβλημάτων του παχέος εντέρου (POPIQ-7).

Κατά την αξιολόγηση διαπιστώθηκε ότι η μεγάλη μορφή και σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου ήταν πλησιάζαν αρκετά στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα. Πλέον η σύντομη μορφή χρησιμοποιείται, πιο συχνά. (Barber et al 2005) Το παρών ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και στην ελληνική γλώσσα και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα του από τους Grigoriadis et al (2013). Σύμφωνα με την μέθοδο που προτάθηκε από τους Beaton et al (2000) και Guillemin et al (1993) μεταφράστηκε στα ελληνικά και τροποποιήθηκαν οι ερωτήσεις ώστε να είναι κατανοητές και προσαρμοσμένες στον τρόπο ζωής και έκφρασης του ελληνικού λαού (Grigoriadis et al, 2013).

### **Pelvic Floor Bother Questionnaire (PFBQ)**

Ένα άλλο ευρέως διαδεδομένο ερωτηματολόγιο είναι το *Pelvic Floor Bother Questionnaire (PFBQ)* το οποίο αναπτύχθηκε από το προσωπικό της Cleveland Clinic Pelvic Floor με βάση τις κλινικές συνεντεύξεις και ανασκοπήσεις των ερευνών που χρησιμοποιούνται συνήθως, όπως Pelvic Floor Distress Inventory και Pelvic Floor Impact Questionnaire. Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο με εννέα σημεία που περιλαμβάνουν συμπτώματα και δυσχέρειες που σχετίζονται με την ακράτεια ούρων από προσπάθεια, τη συχνότητα ούρησης, επιτακτικού τύπου ακράτεια, δυσουρία, πρόπτωση πυελικών οργάνων, ακράτεια κοπράνων και δυσπαρευνία. Τα προβλήματα αυτά θεωρούνται τα πιο συχνά αναφερόμενα από τους ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα πυελικού εδάφους. Κάθε απάντηση βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 0 έως 5 με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος. Το σύστημα βαθμολόγησης δίνει το ίδιο βάρος σε όλες τις ερωτήσεις. (Peterson et al, 2010)

## **2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Η αξιολόγηση της σοβαρότητας της ακράτειας ουρών τυπικά περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ουροποιητικών συμπτωμάτων, ένα ημερολόγιο της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης, και

ουροδυναμικά δεδομένα. Οι πληροφορίες αυτές όμως παρέχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αναμεσά στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς είναι σημαντικό να εξετάσουμε και κάποιες άλλες πτυχές της καθημερινότητας τους και το πώς αυτές επηρεάζονται. (π.χ., αυτοεκτίμηση, άγχος σχετικά με την υγιεινή όταν έχουν επεισόδια ακράτειας, θλίψη, ανησυχία για την υγεία, και ανικανότητα, σεξουαλική υγεία και κοινωνικότητα) Όλα τα παραπάνω μπορούν να διερευνηθούν με την βοήθεια επικυρωμένων ερωτηματολογίων που υπάρχουν διαθέσιμα. (Abrams et al, 2000)

### **Urogenital Distress Inventory (UDI) & Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)**

Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις που έχουν διάφορες ασθένειες στις ζωές των γυναικών και τις συνθήκες τις οποίες βιώνουν μέρα με τη μέρα. Τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί η ανάγκη για αναζήτηση ερωτηματολογίων και κλίμακων που να αξιολογούν τα συμπτώματα ασθενειών και τις επιπτώσεις που έχουν αυτά στη ποιότητα ζωής. (health-related quality of Life, HRQOL) Μια πάθηση που πραγματικά χρήζει την ανάγκη για αξιολόγηση των συμπτωμάτων της και το πώς επηρεάζει τη ποιότητα ζωής είναι η ακράτεια ούρων (UI). Μετα από συστηματική μελέτη και έρευνα της βιβλιογραφίας που υπάρχει διαθέσιμη για την ακράτεια ούρων και συνεντεύξεις με ασθενείς, οι Shumaker et al (1994) δημιούργησαν 2 ερωτηματολόγια.

Το Urogenital Distress Inventory (UDI) και το Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) αποτελούσαν δυο ερωτηματολόγια που αποσκοπούν στην διερεύνηση των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων που έχει η ακράτεια στη ζωή των γυναικών. Το UDI περιλαμβάνει 19 συμπτώματα που σχετίζονται με το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα. Οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν εάν βιώνουν κάποιο από αυτά τα συμπτώματα και σε τι βαθμό τους ενοχλεί (0= καθόλου μέχρι 4= πάρα πολύ). Το IIQ ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις, 24 από τις οποίες αναφέρονται στον βαθμό που η ακράτεια επηρεάζει ένα σύνολο δραστηριοτήτων (π.χ. ψώνια, δημιουργία, ψυχαγωγία) και οι υπόλοιπες 6 αναφέρουν συναισθήματα που επηρεάζονται από τα συμπτώματα (π.χ. φόβο, θυμό). Όπως και στο UDI ερωτηματολόγιο η κλίμακα της βαθμολόγησης διαμορφώνεται από το πόσο επηρεάζει η ακράτεια τις δραστηριότητες και τα συναισθήματα (1=καθόλου μέχρι 4= πάρα πολύ).

Η συνδυαστική χρήση των ερωτηματολογίων αποτελεί εάν αποτελεσματικό εργαλείο μέτρησης του βαθμού που επηρεάζεται η ζωή των γυναικών από την ακράτεια ούρων. (Shumaker et al, 1994). Η πρωτότυπη μορφή των ερωτηματολογίων μπορεί να αποδειχθεί αναποτελεσματική και μη πρακτική όταν υπάρχει ανάγκη να μειωθεί η επιβάρυνση του

συμμετέχοντα και το κόστος. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν 2 σύντομες μορφές. Το ΠQ ερωτηματολόγιο περιορίστηκε σε 7 ερωτήσεις. Μετά από προσεκτική μελέτη των ερωτήσεων στις υποκατηγορίες επιλέχθηκαν οι 7 περισσότερο κατάλληλες και εύστοχες ερωτήσεις οι οποίες θα δώσουν την ίδια βαθμολογία και αποτέλεσμα με τη πρωτότυπη μορφή. Με την ίδια μέθοδος συνεχίστηκε και η επιλογή των ερωτήσεων για τη σύντομη μορφή του ΥDI ερωτηματολογίου. Από κάθε κατηγορία πάρθηκαν 2 ερωτήσεις με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί το ερωτηματολόγιο UDI-6 και να είναι το ίδιο αποτελεσματικό με το πρωτότυπο. Η βαθμολόγηση των απαντήσεων δεν γίνεται σε υποκατηγορίες όπως στη πρωτότυπη μορφή αλλά στο τέλος συγκεντρώνεται ένα σκορ συνολικά από όλο το ερωτηματολόγιο. Τα 2 παραπάνω εργαλεία είναι χρήσιμα στην κλινική πρακτική για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ακράτεια, τη λήψη αποφάσεων για θεραπεία, και την αξιολόγηση της επιτυχίας της θεραπείας. Επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε έρευνες για το χαρακτηρισμό της ακράτεια σε έναν πληθυσμό, ή να καθορίσει την αποτελεσματικότητα φαρμάκων ή χειρουργικών επεμβάσεων. Η επιλογή της μορφής (πρωτότυπη ή σύντομη) που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τον σκοπό της μελέτης και τον διαθέσιμο χρόνο που έχει. (Uebersax et al, 1995)

### **Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)**

Ανάμεσα στα γνωστά ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ακράτεια των ουρών είναι και το *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)*. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση των συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος (LUTS) στις γυναίκες και τις επιπτώσεις που έχει στη σεξουαλική λειτουργία τους και την ποιότητα ζωής. Αυτό αρχικά αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ακράτεια, άλλα και συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, σεξουαλικά θέματα, και την ποιότητα των ζωής. Το αρχικό ερωτηματολόγιο BFLUTS σχεδιάστηκε σε 3 μέρη. Περιλάμβανε 19 ερωτήσεις σχετικά με συμπτώματα που εμφανίζει το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα, 4 ερωτήσεις σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας και 11 ερωτήσεις για τη ποιότητα ζωής και πως αυτή επηρεάζεται από τα συμπτώματα ή από τη θεραπεία που κάνει. Αξιοσημείωτο γεγονός στο ερωτηματολόγιο αυτό είναι ότι δεν περιορίζεται μόνο στα συμπτώματα της ακράτεια αλλά επεκτείνεται και σε άλλα συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, ιδιότητα που δεν περιλαμβάνουν τα περισσότερα ερωτηματολόγια. (Jackson et al, 1996)

### **Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q)**

Το ερωτηματολόγιο υπερδραστικής κύστης δημιουργήθηκε από μια ομάδα ιατρικών επιστημόνων και μετά από ενδελεχή μελέτη της διαθέσιμης βιβλιογραφίας αναζήτησαν μέσω μιας εφημερίδας συμμετέχοντες πρόθυμοι να υποδείξουν συμπτώματα από το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν. Στη συνέχεια μετά από έλεγχο δημιουργήθηκαν 2 ομάδες 7 ανδρών και 5 γυναικών με σκοπό να εστιάσουν σε συζήτηση που αφορούσαν τα συμπτώματα δυσλειτουργίας της ουροδόχου κύστης. (συχνότητα, επείγον, νυκτουρία). Το πρωτότυπο OAB-q ερωτηματολόγιο αρχικά αποτελούνταν από 62 ερωτήσεις (13 που αφορούν τα συμπτώματα, 4 γενικά περί του προβλήματος, και 44 ερωτήσεις σχετικά με το πώς επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών) και μπορεί να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον ασθενή. Οι ερωτήσεις των συμπτωμάτων απευθύνονταν στην συχνότητα εμφάνισης, την νυκτουρία και το βαθμό ενόχλησης για τον ασθενή. Οι ερωτήσεις σχετικά για την ποιότητα ζωής των ασθενών διευρύναν την συμπεριφορά του ατόμου, την εργασία, τις μετακινήσεις και τα ταξίδια, τον ύπνο, τη σωματική δραστηριότητα, τις κοινωνικές δραστηριότητες, την αυτοεκτίμηση / ψυχολογική ευεξία, τις σχέσεις και τη σεξουαλική λειτουργία.

Στις απαντήσεις των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε κλίμακα τύπου Likert 6 σημείων που υποδεικνύουν την συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων καθόλου- ποτέ μέχρι συνέχεια- πάντα. Στη συνέχεια όμως μετά από ερευνά η τελική μορφή του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκε σε 33 ερωτήσεις από ότι οποίες οι 8 αναφέρονταν στην συμπτωματολογία και 25 στη ποιότητα ζωής. Το ερωτηματολόγιο αποδεικνύεται από την ερευνά ότι είναι έγκυρο και αξιόπιστο τόσο για ασθενείς με συμπτώματα ακράτειας όσο και για ασυμπτωματικούς ασθενείς. Αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο στον έλεγχο των συμπτωμάτων που συνδέονται με την υπερδραστική ουροδόχο κύστη και λειτουργεί συμπληρωματικά στην παρακολούθηση της θεραπείας. (Coyne et al, 2002)

### **ICIQ Short Form Questionnaire**

Το 1998 η Διεθνής Εταιρία Εγκράτειας και Διαβούλευσης Ουρολογικών Παθήσεων (International Continence Society and International Consultation on Urological Diseases) αναγνώρισε την ανάγκη να αναπτυχθεί ένα ενιαίο παγκόσμιο ερωτηματολόγιο για ευρεία εφαρμογή σε όλο τον κόσμο για κλινική πράξη και έρευνα με σκοπό την αξιολόγηση της ακράτειας ούρων. Έτσι η Συμβουλευτική Επιτροπή ICIQ δημιουργήθηκε με σκοπό να κατευθύνουν την ανάπτυξη του ICIQ και συνεδρίασε για πρώτη φορά το 1999. Το πρώτο μοντέλο που αναπτύχθηκε ήταν το ***ICIQ Short Form Questionnaire*** για την ακράτεια ούρων.

Από τότε οι ενότητες του ICIQ έχουν αναπτυχθεί και προσαρμοστεί ανάλογα για τα συμπτώματα του ουροποιητικού συστήματος, του κόλλου και του κατώτερου εντερικού συστήματος. Για κάθε κλινική κατάσταση έχουν προστεθεί ερωτήσεις σχετικά με τις επιπτώσεις στα σεξουαλικά ζητήματα -προβλήματα και την ποιότητα ζωής. (Abrams et al, 2006)

### **Patient Perception of Intensity and Urgency Scale (PPIUS)**

Προκειμένου να αξιολογηθεί ο βαθμός έντασης της επείγουσας ανάγκης για ούρηση χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο της *Patient Perception of Intensity and Urgency Scale (PPIUS)* Χρησιμοποιείται ως μέρος του 3ημέρου ημερολόγιου ούρησης στα πλαίσια της αντίληψης του ασθενούς για την ένταση της πληρότητας της κύστης. Οι συμμετέχοντες καλούνται να καταγράφουν κάθε ουροποιητικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ημέρας: τη στιγμή της ούρησης, αν το επεισόδιο ήταν εκούσια ούρηση ή ακούσια απώλεια ουρών. Η PPIUS χρησιμοποιεί μια κλίμακα 5 βαθμών για τη μέτρηση της επιτακτικής ούρησης και την επιτακτική ακράτεια και ταξινομείται σε 0= καμία επιτακτική ανάγκη, 1= ηπία επιτακτική ούρηση, 2= μέτρια επιτακτική ούρηση, 3= σοβαρή επιτακτική ούρηση, 4= επιτακτική ακράτεια. (Notte et al, 2012)

### **Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID)**

Όπως έχει προαναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο η ακράτεια ουρών ταξινομείται σε 3 είδη:

- Επιτακτική ακράτεια ούρων ( Urgency urinary incontinence UUI)
- Ουροδυναμική ακράτεια ούρων από προσπάθεια (Urodynamic stress urinary incontinence- USI)
- Μεικτού τύπου ακράτειας ούρων (Mixed urinary incontinence- MUI)

Προκειμένου να γίνει σωστή διάγνωση του ασθενούς για το είδος της ακράτειας χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο *Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID)*. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή και περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις με σκοπό να διαγνωστεί η ακράτεια από προσπάθεια , επιτακτικού τύπου ακράτεια ή μεικτή. Αναπτύχθηκε μέσα από μια αυστηρή διαδικασία χρησιμοποιώντας τη κατάλληλη βιβλιογραφική ανασκόπηση και κλινική εξέταση από ειδικές ιατρικές ειδικότητες σε ασθενείς. Η ακράτεια από προσπάθεια συνήθως αντιμετωπίζεται με ασκήσεις πυελικού εδάφους, κολπικά υπόθετα, ή χειρουργική επέμβαση, ενώ η ακράτεια από επειδή συνήθως αντιμετωπίζεται με τροποποίηση του τρόπου ζωής και / ή της φαρμακευτικής θεραπείας, έτσι

είναι σημαντικό να γίνει ακριβής διάγνωση του τύπου ακράτειας. Τρεις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εστιάζουν στη διάγνωση της ακράτεια από προσπάθεια και τρεις στην ακράτεια από επειδή. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων αποτελούν 6 επιλογές και εστιάζουν στην συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων από καθόλου/ποτέ έως συνέχεια με σκορ 0-5. Για κάθε τύπο ακράτειας η τελική βαθμολογία υπολογίζεται ξεχωριστά και κυμαίνεται από 0-15. Παράλληλα με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτείται μια 7ημερη συμπλήρωση ημερολογίου ούρησης που να καταγράφεται η συχνότητα ούρησης και επεισόδια απώλειας ούρων. Ένα από τα μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι η περιορισμένες πτυχές των προβλημάτων στις οποίες αναφέρεται καθώς δεν διερευνά ζητήματα της σεξουαλικής λειτουργίας και ποιότητας ζωής. (Bradley et al, 2005)

## **2.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΚΥΣΤΗΣ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΟΥ**

### **Birmingham Bowel and Urinary Symptoms Questionnaire (BBUSQ-22)**

Σύμφωνα μια μελέτη που παρουσίασαν οι Hiller et al (2002) υποστήριζαν ότι ενώ αρκετά μεμονωμένα ερωτηματολόγια έχουν σχεδιαστεί για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του εντέρου και της ουροδόχου κύστης ανεξάρτητα, υπήρχε σαφής ανάγκη για ένα απλό αλλά ευαίσθητο όργανο που να μπορεί να ελέγξει και τις δύο περιοχές ταυτόχρονα. Αυτό θα ήταν ένα πολύτιμο εργαλείο όχι μόνο για την εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων πριν από την πυελική χειρουργική επέμβαση για να καθορίσει ποιες γυναίκες ενδέχεται να χρειάζονται περαιτέρω ειδικές λειτουργικές εξετάσεις, αλλά και για την αξιολόγηση της εξέλιξης των ασθενών μετά από τη χειρουργική επέμβαση στην πύελο. Μετά από πολύχρονη διαβούλευση μιας ομάδας εξειδικευμένων κολεοπρωκτολογων , ουρογυναικολογων, γυναικολογων και τους ίδιους τους ασθενείς μαζί με μια λεπτομερή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, επινοήθηκαν ερωτήσεις που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων του εντέρου που σχετίζονται με τη συχνότητα αφόδευσης, τη σύσταση κοπράνων, την ακράτεια εντέρου και δυσλειτουργία κενώσεως καθώς και συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα. Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήσαν, *Birmingham Bowel and Urinary Symptoms Questionnaire (BBUSQ-22)* περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και ζητάει από τις γυναίκες να απαντήσουν λαμβάνοντας υπόψιν την λειτουργία και τα συμπτώματα του εντέρου και της ουροδόχου κύστης τον προηγούμενο μήνα. Η δομή των ερωτήσεων ακολουθεί πιστά το πρότυπο του ερωτηματολογίου που αναφέρθηκε προηγούμενος το BFLUTS. (Hiller et al, 2002)



## **2.5. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Οι δυσλειτουργίες του εντέρου, του ορθού ή του πρωκτού γενικά εμπίπτουν σε δύο κύριες κατηγορίες: η μία αφορά τη δυσκολία στην εκκένωση των κοπράνων, ενώ η άλλη την ανικανότητα να αποθηκεύονται κόπρανα πριν από την δυνατότητα εκκένωσης σε κοινωνικά αποδεκτούς χρόνους και τόπους. Σε ορισμένες περιπτώσεις όπως για παράδειγμα στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) ο ασθενής εναλλάσσεται αναμεσα στις δυο κατηγορίες.(Mantle et al 2004). Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι η δυσλειτουργία του εντέρου έχει τεράστιες προσωπικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Ωστόσο οι κλινικές εξετάσεις δεν είναι σε θέση να υποδείξουν αυτά τα στοιχεία. Η ύπαρξη κατάλληλων ερωτηματολογίων που να εξετάζουν συγχρόνως τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις που έχουν μπορεί να αποδειχθεί κατάλληλος οδηγός για την επιλογή της θεραπείας του προβλήματος. (Patrick et al, 2013; Madoff et al, 2004)

### **Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)**

Το *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)* είναι ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση συγκεκριμένων ασθενειών και την επιρροή που έχουν στη ποιότητας ζωής τους. Αφορά κυρίως ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD), συγκεκριμένα, την ελκώδη κολίτιδα (UC) και τη νόσο του Crohn (CD). Αποτελείται από 32 ερωτήσεις, όλες με κλιμακούμενες απαντήσεις 1-7 (τύπου Likert κλίμακα) που κυμαίνονται από το 1 (πολύ σοβαρό πρόβλημα) έως 7 (κανένα πρόβλημα). Η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 32 έως 224 με το ψηλότερο σκορ να υποδεικνύει καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά την υγεία του ατόμου. (G. Guyatt et al 1989) Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 4 υποκατηγορίες με σκοπό να αξιολογήσουν τα συμπτώματα του εντέρου (10ερωτήσεις), συστηματικά συμπτώματα (5 ερωτήσεις), τη κοινωνικοποίηση του ατόμου (5 ερωτήσεις) και τα συναισθήματα/ ψυχολογία (12 ερωτήσεις).

Έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί σημαντικό μέσο αξιολόγησης σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και επηρεάζει θετικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζεται μεταξύ 15 και 25 λεπτά (EJ Irvine et al 1994) Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί σε ολλανδικά, ισπανικά κορεατικά και ελληνικά. Σε πρόσφατη μελέτη των Vlachonikolis et al (2003) αποδείχθηκε η στάθμιση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά και έγιναν προσπάθειες για βελτίωση της σύντομης μορφής που ερωτηματολογίου. Εφαρμόστηκαν τρεις διαφορετικές μεθόδους επιλογής ερωτήσεων σε UC και CD ασθενείς και στη συνέχεια τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο και την σύντομη μορφή του Ηνωμένου Βασιλείου (SIBDQ) (Vlachonikolis et al, 2003)

## **2.6 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ**

Οι δυσλειτουργίες του πυελικού εδάφους μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλική υγεία της γυναίκας. Υπάρχει συχνά δυσκολία στον σαφή προσδιορισμό μιας δυσλειτουργίας καθώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να επιβαρύνουν το πρόβλημα όπως η σχέση με τον σύντροφο. Παρ'όλα αυτά η σεξουαλική υγεία/λειτουργία κινεί το ενδιαφέρον όλο και περισσότερο των ερευνητών που εξετάζουν τις δυσλειτουργίες του πυελικού εδάφους (Goldman et al 2013). Η πλειοψηφία των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται σήμερα προκειμένου να αξιολογήσουν τη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών έχουν αναπτυχθεί και επικυρωθεί για τον πληθυσμό των ΗΠΑ. Όταν ερευνητές από άλλες χώρες εκπονούν έρευνες βασιζόμενες σε ερωτηματολόγια της αγγλικής γλώσσας πρέπει το ερωτηματολόγιο να υποστεί μετάφραση και να προσαρμοστεί στην κουλτούρα της χώρας. (Rellini et al, 2005)

### **Female Sexual Function Index (FSFI)**

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες αποτελούν μια σύνθετη και πολύ διαδεδομένη ασθένεια που επηρεάζει ένα μεγάλο αριθμό γυναικών. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένων των φυσιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η εκτίμηση της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη καταγραφή ιατρικού και ψυχοκοινωνικού ιστορικού, καθώς και μια φυσική εξέταση. (Tsai et al, 2009). Τα σεξουαλικά προβλήματα των γυναικών στη μέση ηλικία συνδέονται με την κατάθλιψη, τις ιατρικές ασθένειες, και τη σύγκρουση μεταξύ συντρόφων. Ο επιπολασμός της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι αρκετά συχνός. Ένας μεγάλος αριθμός μεθόδων αξιολόγησης έχουν αναπτυχθεί τις τελευταίες δεκαετίες, από κουραστικά, εξαντλητικά και βαρετά ερωτηματολόγια ως και πολύ απλά τυποποιημένα.

Ένα από τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα και γνωστά μέσα αξιολόγησης που έχουν σχεδιαστεί είναι το *Female Sexual Function Index (FSFI)* με σκοπό να αξιολογήσει τη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία σε όλους τους τύπους των περιστάσεων, των προτιμήσεων και να συγκρίνει διαπολιτισμικούς παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχολογία των ασθενών. Η αρχική μορφή του FSFI ερωτηματολογίου περιλάμβανε 19 ερωτήσεις και μετέπειτα από αναδιαμόρφωση δημιουργήθηκε μια σύντομη έκδοση (FSFI-6) των 6 ερωτήσεων με σκοπό να παρέχει μια γρήγορη γενική προσέγγιση των ασθενών. Η αρχική μορφή αποτελείται από 19 ερωτήσεις (FSFI-19), αφορά εμπειρίες των ασθενών τις τελευταίες 4 εβδομάδες και ομαδοποιείται σε έξι τομείς/κατηγορίες με ερωτήσεις που αφορούν την επιθυμία, την διέγερση, την λίπανση, τον οργασμό, την ικανοποίηση και τον

πόνου. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται τύπου Likert από 0 έως 5 με τις ψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα το 2005 από τους Matzaroglou et al και χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την σεξουαλική υγεία των γυναικών με κάκωση του νωτιαίου μυελού. Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου FSFI-6 είναι ένα απλό τεστ που μπορεί να ολοκληρωθεί σε 2-3 λεπτά, αλλά περιλαμβάνει ερωτήσεις από τις ίδιες κατηγορίες του FSFI-19. (Chedraui et al, 2015)

### **McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)**

*To McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)* αποτελεί ένα μέσο αξιολόγησης για σεξουαλικές διαταραχές που σχετίζονται με ορμονικές διακυμάνσεις λόγω θεραπειών ή φυσιολογικών βιολογικών αίτιων (εμμηνόπαυση). Οι ερωτήσεις που αποτελούν το ερωτηματολόγιο είναι 19 από τις οποίες οι 18 βαθμολογούνται με κλίμακα τύπου Likert σε σκορ 0-7. Δεκαεπτά από τις ερωτήσεις χωρίζονται σε 5 κατηγορίες και αξιολογούν το σεξουαλικό ενδιαφέρον- επιθυμία (4 ερωτήσεις), την ικανοποίηση σχετικά με τη συχνότητα των σεξουαλικών δραστηριοτήτων (3 ερωτήσεις), τη κολπική λίπανση (3 ερωτήσεις), το φύλο του συντρόφου (3 ερωτήσεις), και τον οργασμό (4 ερωτήσεις). Αργότερα προστέθηκαν 2 ερωτήσεις σχετικά με την "έλκυστικότητα". Κάποιες από τις ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν από γυναίκες σεξουαλικά ενεργές και μη ενεργές αλλά υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν την κολπική συνουσία και πρέπει να απαντώνται αποκλειστικά από γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές το τελευταίο μήνα. Σημαντική λεπτομέρεια που υποδειχθεί μετα από ερευνά σχετιζόμενη με το παρών ερωτηματολόγιο είναι ότι οι παράγοντες σεξουαλικότητας που διερευνάει το ερωτηματολόγιο μπορούν να προβλέψουν την παρουσία σεξουαλικών δυσλειτουργιών σ 'αντίθεση με τις πληροφορίες που αφορούσαν για την συντροφικότητα/σχέση του ατόμου. (Rellini et al, 2005)

### **Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ)**

Το Ερωτηματολόγιο της πρόπτωσης πυελικών οργάνων / Ακράτειας ούρων/Σεξουαλικής υγείας (*Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, PISQ*) και η σύντομη έκδοσή του μορφή, το PISQ-12, είναι το μόνο τρέχων επικυρωμένο ειδικευμένο ερωτηματολόγιο για τη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με UI και / ή POP. Εκτός από την αξιολόγηση των γυναικών που αναφέρουν ότι είναι σεξουαλικά ενεργές, η PISQ-IR σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τον αντίκτυπο της δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους για γυναίκες που δεν είναι σεξουαλικά ενεργές. Η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου

περιλάμβανε 31 ερωτήσεις και οι απαντήσεις των ερωτήσεων ταξινομούνταν με βάση τη κλίμακα Likert (πχ. 0= πάντα έως 4= ποτέ). Η βαθμολογία υπολογιζόταν προσθέτοντας τα σκορ των απαντήσεων από κάθε τομέα. Όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο καλύτερη και η σεξουαλική λειτουργία. Οι κατηγορίες των ερωτήσεων για τις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες αφορούν τον οργανισμό, τον σύντροφο/ σχέση, παγκόσμια ποιότητα, σεξουαλική επιθυμία και το αντίκτυπο της κατάστασης. Οι ερωτήσεις για τις μη σεξουαλικά ενεργές συμμετέχοντες αφορούσαν τον σύντροφο/σχέση, την παγκόσμια ποιότητα και τις επιπτώσεις από την συγκεκριμένη κατάσταση. (Rogers et al 2013, 2001). Είναι ιδιαίτερα συχνή η χρήση της σύντομης μορφής λόγω εξοικονόμηση χρόνου και λιγότερη επιβάρυνση του ασθενή. Χρησιμοποιείται επίσης μετά από χειρουργικές επεμβάσεις για τη διόρθωση της πρόπτωσης με σκοπό να αξιολογήσει τη σεξουαλική λειτουργία της ασθενούς. (Roy et al, 2012)

## **2.7 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο ένα άτομο απολαμβάνει σημαντικές πτυχές της ζωής του, και περιλαμβάνει τόσο τους υποκειμενικούς όσο και τους αντικειμενικούς παράγοντες. Αποτελεί αντανάκλαση της αίσθησης του ατόμου για την ευημερία και την ικανοποίηση για τη ζωή. Η ποιότητα της ζωής επηρεάζεται από τις εμπειρίες στη ζωή, τη παρουσία κάποιας νόσου, ιατρικές αναπηρίες, τα ατυχήματα, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τις πεποιθήσεις, τους στόχους και τις προσδοκίες. Η ποιότητα ζωής και το πώς επηρεάζεται από διάφορες παθολογικές καταστάσεις αξιολογείται κυρίως μέσα από ερωτηματολόγια που μπορούν να απαντηθούν από τον ίδιο τον ασθενή ή μέσα από μια συνέντευξη του ιατρού-ασθενή. Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από διάφορες κατηγορίες με σκοπό να ικανοποιεί όλες τις πτυχές της υγείας. (Kelleher et al, 1997)

### **King's Health Questionnaire (KHQ)**

Το *King's Health Questionnaire (KHQ)* είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται ευρέως διότι είναι απλό στη διαχείριση, εύκολα κατανοητό από τον συμμετέχοντα και καλύπτει διάφορους τομείς της ζωής. Χρησιμοποιείται μετά από χειρουργικές επεμβάσεις για αξιολόγηση της ποιότητα ζωής και για να αποδειχθεί βελτίωση συγκριτικά του πριν και μετά τη χειρουργική διαδικασία. Έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 45 γλώσσες και χρησιμοποιείται ευρέως καθώς δεν είναι χρονοβόρο για τον κλινικό εξεταστή αλλά και για τον ίδιο τον ασθενή. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι κατά μέσο όρο 5 λεπτά, είναι κατάλληλο για τα δυο φύλα άνδρες-

γυναίκες ηλικίες μεταξύ 17 και 85 ετών ενώ καλύπτει διάφορες καταστάσεις της ουροδόχου κύστης όπως ακράτεια από προσπάθεια, επιτακτικού τύπου και μεικτή.

Το (KHQ) αποτελείται από 3 κατηγορίες με 21 ερωτήσεις. Το 1<sup>ο</sup> μέρος αναφέρεται σε γενικές ερωτήσεις για την αντίληψη για την υγεία και τις επιπτώσεις της ακράτειας. Το 2<sup>ο</sup> μέρος αναφέρεται γενικά σε περιορισμούς, περιορισμούς σε δραστηριότητες, κοινωνικούς περιορισμούς, τα προσωπικές σχέσεις, τα συναισθήματα ποιότητα ύπνου και βαθμολογεί ανάλογα τη σοβαρότητα της κατάστασης. Το 3<sup>ο</sup> μέρος είναι αυτόνομο και περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα ούρησης, τη νυκτουρία, την επείγουσα αίσθηση ανάγκης για ούρηση, το άγχος, την απώλεια ουρών κατά την συνουσία, νυχτερινή ενούρηση, λοιμώξεις, πόνο ή/και δυσκολία στην ούρηση. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι οι χαμηλότερες βαθμολογίες δείχνουν την ευημερία του ασθενή ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν ότι το πρόσωπο έχει πληγεί σοβαρά από την κατάσταση της νόσου. (Hebbar et al, 2015)

### **Incontinence Quality of Life Instrument I-QOL**

Ένα άλλο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται είναι και το *Incontinence Quality of Life Instrument I-QOL*. Η πρωτοβουλία για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου αυτού προέκυψε όταν μια ομάδα ασθενών υπέδειξε ότι κανένα από τα υπάρχοντα εργαλεία αξιολόγησης δεν κάλυπταν πλήρως τις ανάγκες και τις ανησυχίες τους. Τόνισαν ότι πολλές από τις ερωτήσεις που υπήρχαν έριχναν το βάρος στα συμπτώματα και όχι στα συναισθήματά τους. Έτσι το I-QOL αναπτύχθηκε μετά από συνεντεύξεις 20 ατόμων με ακράτεια ούρων. Κατά τη διάρκεια της δημιουργίας του I-QOL, δόθηκε έμφαση στο να καλύπτονται όλα τα σημαντικά θέματα και να είναι ευκολά κατανοητά. Το I-QOL σχεδιάστηκε για να εφαρμόζεται σε όλα τα άτομα που βιώνουν χρόνια ακράτεια ούρων και καλύπτει όλα τα σημαντικά θέματα. Ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση εσώρουχου και τις αλλαγές που αναγκάστηκαν να κάνουν στη δραστηριότητα ή την κοινωνική ζωή τους αποτέλεσαν σημαντική προϋπόθεση στην αξιολόγηση της σοβαρότητας της ακράτειας. Ως ήπια ακράτεια ορίστηκε η κλινική εικόνα όπου οι ασθενείς δεν φορούν πάνες προστασίας ή φορούν μόνο όταν χρειάζεται και δεν μεταβάλλουν τις κοινωνικές δραστηριότητες τους. Σοβαρή ακράτεια θεωρήθηκε η ανάγκη για συνεχομένη χρήση προστασίας όλη την ώρα και την ανάγκη αλλαγής των κοινωνικών δραστηριοτήτων τους ενώ μέτρια ακράτεια ήταν μια κλινική κατάσταση αναμεσα στην ήπια και σοβαρή. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις με σκορ από το 0-5 με κλίμακα απόκρισης τύπου Likert. (Wagner et al, 1996)

## **2.8. ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ** **(Australian Pelvic Floor Questionnaire)**

Διαβάζοντας τα παραπάνω οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι αρκετά ερωτηματολόγια είναι διαθέσιμα για την αξιολόγηση της πυελικής χωράς σχετικά με τα συμπτώματα των προβλημάτων, τη σοβαρότητα της κατάστασης και τις επιπτώσεις των παθήσεων στην ποιότητα ζωής. Ενώ αυτά τα ερωτηματολόγια είναι πολύ χρήσιμα ειδικά σε αποτελέσματα για μια έρευνα, τα περισσότερα δεν καλύπτουν όλες τις πτυχές των δυσλειτουργιών του πυελικού ορόφου: της ουροδόχου κύστης, του εντέρου, της πρόπτωσης και της σεξουαλικής λειτουργίας. Επιπλέον, μερικά είναι χρονοβόρα και δεν πληρούν τις πρακτικές και οικονομικές ανάγκες ενός κλινικού γιατρού. Πολλοί κλινικοί γιατροί χρησιμοποιούν τυποποιημένα ερωτηματολόγια για την απόκτηση του ιστορικού του ασθενούς και πληροφοριών των προβλημάτων του πυελικού εδάφους. Ωστόσο, αυτά τα ερωτηματολόγια δεν έχουν επικυρωθεί επίσημα και συχνά δεν περιλαμβάνουν σημαντικά στοιχεία όπως τη σοβαρότητα, το βαθμό ενόχλησης ή την επιρροή τους στην ποιότητα ζωής. Ενώ τα ερωτηματολόγια αυτά μπορούν να συμπληρωθούν ατομικά, δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τη κλινική συνέντευξη για τον προσδιορισμό της θεραπείας.

Το *Αυστραλιανό Ερωτηματολόγιο Πυελικού Εδάφους (Australian Pelvic Floor Questionnaire)* αναπτύχθηκε και επικυρώθηκε για πρώτη φορά για μια έρευνα από μια κοινότητα γυναικών. Για τη χρήση σε ασθενείς με διαταραχές πυελικού εδάφους προστέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την νυκτερινή ενούρηση, δυσουρία, υποτροπιάζων λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και την ανάγκη να μειωθεί η πρόπτωση, προκειμένου να ουρήσουν ή αφοδεύσουν. Αρκετές ερωτήσεις σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία αποκλείστηκαν από την κοινότητα για να επισημαίνουν τη σημασία μιας κλινικής συνέντευξης και εξέτασης. Οι ερωτήσεις σχετικά με τον οργασμό, τη συχνότητα και τον τρόπο που επιτυγχάνεται ο οργασμός θεωρήθηκαν ασήμαντες για κλινικές αποφάσεις ρουτίνας. Το ερωτηματολόγιο για τους ουρογυναικολογικούς ασθενείς περιλαμβάνει ερωτήσεις (για τη σεξουαλική λειτουργία) που θεωρούνται σημαντικές για ιατρικούς λόγους σχετικά με τη συνουσία επι τη παρουσία ακράτειας και την αίσθηση ενός πολύ-σφιχτού ή πολύ-χαλαρού κόλπου. Οι ερωτήσεις σχετικά με την ουροδόχο κύστη, το εντέρου και τη σεξουαλική λειτουργία και τα συμπτώματα πρόπτωσης οργάνων συλλέχθηκαν και ομαδοποιούνται ανάλογα με τις φυσιολογικές λειτουργίες του πυελικού εδάφους: τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης, τη λειτουργία του εντέρου, τα συμπτώματα πρόπτωσης και τη σεξουαλική λειτουργία. Μετρήσεις για το πώς επηρεάζουν αυτά τα συμπτώματα τη ποιότητα ζωής και το πόσο ενοχλούν ενσωματώνονται και στα τέσσερα τμήματα.

Προκειμένου να εκτιμηθεί η συχνότητα, η σοβαρότητα και η ενόχληση των συμπτωμάτων του πυελικού εδάφους χρησιμοποιείται ένα σκορ 4 σημείων εκτός από μερικές ερωτήσεις όπως τη συχνότητα της αφόδευσης, τη λίπανση στη συνουσία και το λόγο για τη σεξουαλική αποχή, για τις οποίες η βαθμολόγηση ήταν ακατάλληλη και περιττή. Οι απαντήσεις σε αυτές τις τελευταίες ερωτήσεις ήταν κλινικά σημαντικό να ληφθούν αλλά αξιολογήθηκαν διαφορετικά για την προσμέτρηση στη τελική συνολική βαθμολογία. Τα αποτελέσματα των βαθμολογιών διαιρούνται με το συνολικό αριθμό των ερωτήσεων σε κάθε τομέα και πολλαπλασιάζονται επί 10, δίνοντας μια τιμή μεταξύ 0 και 10 για κάθε κατηγορία με ανώτερο βαθμό των διαταραχών πυελικού εδάφους το 40 ενώ σε γυναίκες που δεν ήταν σεξουαλικά ενεργές ανώτερη βαθμολογία ήταν το 30.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αρχικά συμπληρώθηκε από 163 ασθενείς κατά τη πρώτη τους επίσκεψή σε μια ουρογυναικολογική κλινική. Από το σύνολο των συμμετεχόντων οι 134 ήταν διαδοχικοί ασθενείς ενώ οι υπόλοιποι 29 συμμετείχαν σε μια τυχαία ελεγχόμενη μελέτη που σύγκρινε τη κολπική και τη λαμπαροσκοπική επέμβαση στην πρόπτωση μήτρας εγκυρότητα ελέγχθηκε από την αξιολόγηση της σκοπιμότητας και της δυνατότητας εφαρμογής/συμπλήρωσης από την προοπτική του ασθενή. Η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου συγκρίθηκε με την κλινική ταξινόμηση του βαθμού πρόπτωσης του ICS (International Continence Society) και με τα αποτελέσματα της ουροδυναμική ανάλυσης και της δοκιμασίας του βήχα. Η ουροδυναμική διάγνωση της ουροδυναμικής ακράτειας από προσπάθεια, της υπερδραστηριότητας του εξωστήρα και της δυσλειτουργίας εκκένωσης της κύστης συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αφορούσαν την ακράτεια από προσπάθεια και επιτακτικού τύπου. Ο προσδιορισμός του βαθμού πρόπτωσης της μήτρας έγινε σε όλες τις συμμετέχοντες από ουρογυναικολογών. Τα αποτελέσματα της εξετάσεις συγκρίθηκαν στη συνέχεια με τις απαντήσεις των ερωτήσεων που αφορούσαν τη κατηγορία της πρόπτωσης. Για να αξιολογηθεί η αναπαραγωγιμότητα του ερωτηματολογίου συμπληρώθηκε μια δεύτερη φορά από ένα σύνολο 105 συμμετεχόντων 8 με 20 μέρες μετά από την 1<sup>η</sup> χορήγηση.

Προκειμένου να εξεταστεί εάν το αυτό-συμπληρώμενο-από τον ασθενή ερωτηματολόγιο είχε τα ίδια αποτελέσματα με το ερωτηματολόγιο που συμπληρωνόταν κατά την κλινική συνέντευξη συγκρίθηκαν μεταξύ τους οι απαντήσεις των συμμετεχόντων. Η σύγκριση έδειξε ότι με οποιαδήποτε μορφή συμπλήρωσης χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση οι απαντήσεις των ασθενών θα έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Η μελέτη αυτή είχε ως αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο

να αποδειχθεί αξιόπιστο και ολοκληρωμένο από τους ίδιους τους ασθενείς και τους ιατρούς και να ενσωματωθεί στη εξέταση ρουτίνας των εξωτερικών ιατρείων. (Baessler et al, 2009)

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Ολοκληρώνοντας το δεύτερο κεφάλαιο έχουν παρουσιαστεί κάποια από τα διαθέσιμα και επίσημα ερωτηματολόγια που κυκλοφορούν και χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαταραχών του πυελικού εδάφους. Υπάρχει μεγάλο εύρος ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αξιολόγηση του ουροποιητικού συστήματος και τα συμπτώματα ακράτειας, τη λειτουργία του εντέρου και τα προβλήματα του καθώς και για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας/ δυσλειτουργίας. Για την πρόπτωση των πυελικών οργάνων δεν υπάρχουν διαθέσιμα ερωτηματολόγια πιστοποιημένα που να χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση του ασθενούς και για το λόγο αυτό δεν γίνεται αναφορά στην πάθηση αυτή στο παρών κεφάλαιο. Παρόλο που υπάρχει μεγάλο εύρος στη διαθεσιμότητα των ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση των δυσλειτουργιών του πυελικού εδάφους το μόνο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει το σύνολο των προβλημάτων είναι το Αυστραλιανό Ερωτηματολόγιο Πυελικού εδάφους. Το ερωτηματολόγιο αυτό χωρίζεται σε 4 κατηγορίες (λειτουργία κύστης, λειτουργία εντέρου, πρόπτωση οργάνων και σεξουαλική λειτουργία) και περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, την συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων και την ποιότητα ζωής των ασθενών.



## **3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ**

### **3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα γίνει αναφορά στα κυριότερα μέσα που χρησιμοποιούνται κατά την κλινική εξέταση ενός ασθενή με προβλήματα του πυελικού εδάφους. Τα προβλήματα του πυελικού εδάφους αφορούν δυσλειτουργίες του ουροποιητικού συστήματος, του εντέρου, της σεξουαλικής λειτουργίας και τη πρόπτωση οργάνων. Η λεπτομερής κλινική αξιολόγηση ενός ασθενή είναι σημαντική για την σωστή διάγνωση του προβλήματος καθώς και την σωστή επιλογή της θεραπείας που πρέπει να ακολουθήσει.

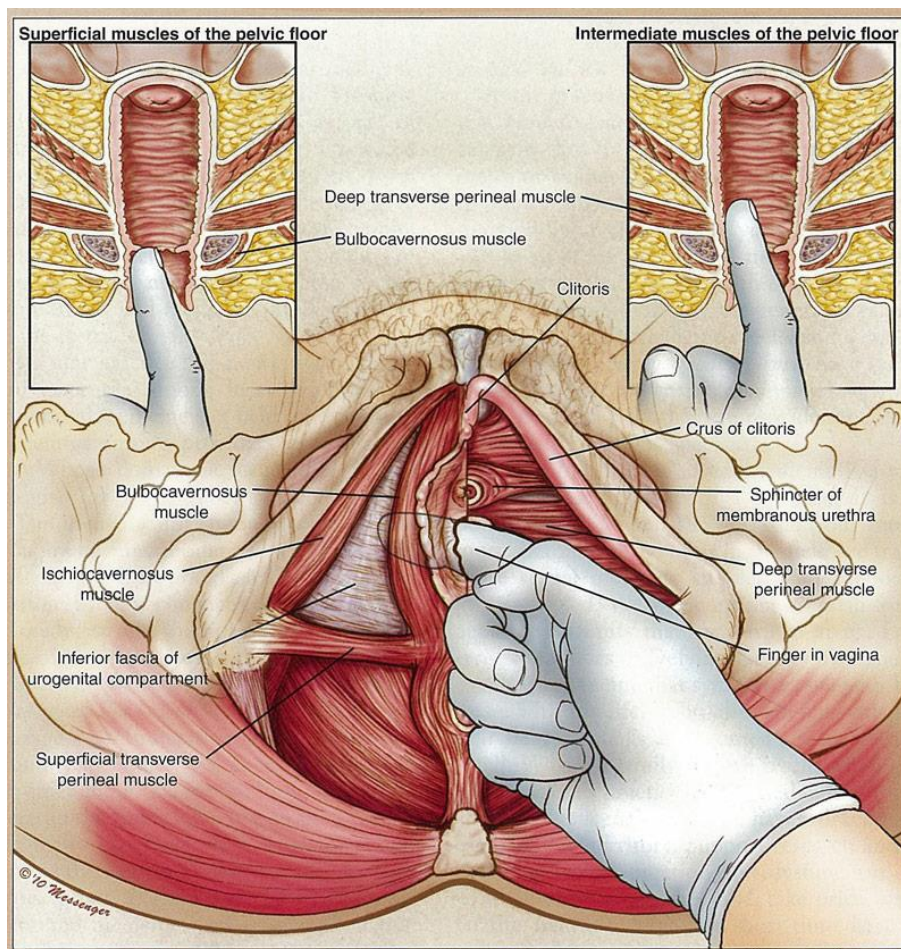
Προβλήματα και δυσλειτουργίες που ουροποιητικού συστήματος και της πυελικής χώρας σπάνια συμβαίνουν μεμονωμένα. Για την πλήρη κατανόηση της παθολογικής κατάστασης του ασθενή μετά από την λεπτομερή καταγραφή του ιστορικού του πρέπει να πραγματοποιηθεί λεπτομερή εξέταση πολλών πεδίων. Για την πλήρη κατανόηση της παθοφυσιολογία της διαταραχής είναι σημαντικό να διερευνάται η συνύπαρξη και άλλων συμπτωμάτων. Με τον τρόπο αυτό αποκτάει ο κλινικός μια γενική εικόνα και μπορεί να προσδιορίσει το είδος της θεραπείας που απαιτείται. (Haslam and Laycock 2008)

### **3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ**

Μια φυσική εξέταση αποτελεί ένα ουσιαστικό μέρος της διαδικασίας αξιολόγησης. Η κοιλιακή χώρα πρέπει να εξετάζεται για σημάδια πυελική μάζας ή διασταλμένη κύστη. Η πυελική πρόπτωση οργάνων, η παρουσία λοίμωξης ή πυελικής μάζας θα πρέπει να αξιολογούνται κατά τη διάρκεια μιας κοιλιακής εξέτασης. Η αντοχής του πυελικού εδάφους μπορεί να αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας μια ψηφιακή εξέταση. Επίσης ένας νευρολογικός έλεγχος επιβάλλεται να πραγματοποιείται στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού S2 έως S4, ( η οποία παρέχει την νεύρωση του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος) στα αντανακλαστικά και στην αισθητικότητα των άκρων. (Dwyer et al, 2002)

### **ΚΟΛΠΙΚΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ**

Η κοιλιακή ψηλάφηση θεωρείται από την Διεθνή Εταιρία Εγκράτειας (ICS) απαραίτητη και σημαντικότερη μέθοδο αξιολόγησης του ασθενή με προβλήματα του πυελικού εδάφους. Μεγάλη προσοχή δίνεται στην εξέταση των μαλακών ιστών για παρουσία οιδήματος, αλλαγής θερμοκρασίας ή μη φυσιολογικής ευαισθησίας. Η εξέταση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των μυών, του μυϊκού τόνου, την ύπαρξη ουλών, σημεία πυροδότησης πόνου (trigger points) καθώς και την γενικότερη αξιολόγηση της περιτονίας. (Haslam et Laycock, 2008)



Εικόνα 10. Κολπική Ψηλάφηση Πυελικού Εδάφους ([www.physicenter.gr](http://www.physicenter.gr))

Λόγω της θέσης του μυών του πυελικού εδάφους μέσα στη λεκάνη, είναι δύσκολο να παρατηρηθεί λειτουργία τους. Ως εκ τούτου, η κολπική ψηλάφηση χρησιμοποιείται πιο συχνά για την **αξιολόγηση της μυϊκής δύναμης**, και για να διδάξει ασθενείς πώς να εκτελέσουν μια σωστή συστολή. Σύμφωνα με έρευνες της Bo et al ο τρόπος αυτός αξιολογεί την ικανότητα του ασθενή να συστέλλει και να χαλαρώνει το πυελικό έδαφος, τη μυϊκή δύναμη μέσω εκούσιας συστολής; προς τα μέσα και πάνω και τη δυνατότητα να διατηρήσει ή να επαναλαμβάνει τη σύσπαση. Επίσης η εξέταση αυτή προσφέρει τη δυνατότητα εξέτασης άλλων στοιχείων του πυελικού εδάφους όπως τη τάση ηρεμίας /μυϊκή δραστηριότητα, την ικανότητα για πλήρη χαλάρωση μετά από μια συστολή, τον συντονισμό με τους κάτω κοιλιακούς μυς, συμμετρικά δεξιά και αριστερά την ταχύτητα και δυνατότητα σύσπασης, ουλές, συμφύσεις, τη παρουσία πόνου ή σοβαρών τραυματισμών.

Αρκετές κλίμακες αξιολόγησης με κολπική ψηλάφηση έχουν χρησιμοποιηθεί στην κλινική πράξη, αλλά η πιο κοινή σε φυσιοθεραπεία φαίνεται να είναι η τροποποιημένη Κλίμακα

βαθμολόγησης της Οξφόρδης. Η μέγιστη ισχύ επιδιώκεται με την εκούσια σύσπαση των μυϊκών ινών. Μέσα όπως μανόμετρα Peritron μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να παρέχουν αντικειμενικά στοιχεία για την αξιολόγηση της δύναμης των πυελικών μυών. Η τροποποιημένη κλίμακα βαθμολόγησης της Οξφόρδης είναι μια κλίμακα 6 βαθμών όπου στο μισό του αριθμού + και - μπορεί να προστεθεί όταν μια σύσπαση θεωρείται ότι βρίσκεται μεταξύ δύο βαθμούς, και έτσι μετατρέπεται σε κλίμακα 15 βαθμών. Η εξέταση πραγματοποιείται με τη είσοδος δύο δάχτυλων, τους δύο άνω φάλαγγες, στο εσωτερικό του κόλπου και ανάλογα με την σύσπαση που πραγματοποιούνταν η βαθμολογία της Οξφόρδης διαμορφωνόταν ως εξής: 0= καμία σύσπαση, 1= μικρή (διακοπτόμενη), 2= αδύναμη, 3= μέτρια, 4= καλή και 5= δυνατή σύσπαση.

Μια από τις δυσκολίες μέτρησης με τον τροποποιημένο κλίμακα της Οξφόρδης είναι ότι παράγει μία τιμή για δύο στοιχεία (τη σύσπαση και την έλξη) στην μία κλίμακα. Ο εξεταστής μπορεί να μην έχει την κατάλληλη ευαισθησία στη ψηλάφηση για να ξεχωρίσει την διαφορά συστολής- έλξης. Με σκοπό να διαχωριστούν αυτά τα δύο στοιχεία χρησιμοποιούνται μανόμετρα ή δυναμόμετρα όπου αξιολογούν την σύσπαση και υπέρηχοι για τη μέτρηση της ελκτικής δύναμης. Σήμερα οι περισσότεροι φυσιοθεραπευτές χρησιμοποιούν τη κολπική ψηλάφηση για την αξιολόγηση της σύσπασης και έλξης του πυελικού εδάφους διότι αποτελεί μέθοδος σχετικά εύκολη και οικονομική. (Da Roza et al, 2013; Bo et al, 2014)

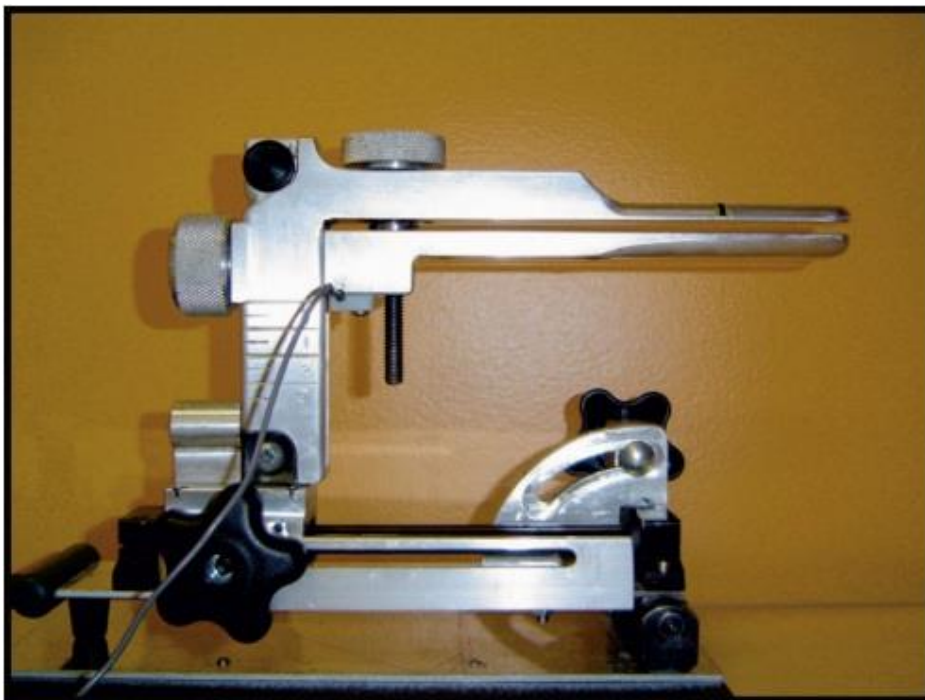
Σύμφωνα με μια άλλη ερευνά των Laycock & Jerwood (2001 ) κατά τη διάρκεια της κολπικής ψηλάφησης ο εξεταστής αξιολογεί το πυελικό έδαφος με την τεχνική του PERFECT. Η ονομασία PERFECT αποτελεί ένα ακρώνυμο και με βάση τα γράμματα αξιολογεί διάφορες πτυχές/ δυνατότητες του πυελικού εδάφους. Το γράμμα P (power) αναφέρεται στην δύναμη/πίεση που προέρχεται από τα τοιχώματα του ανελκτρηρα μυ της πυέλου και βαθμολογείται με βάση το κλίμακα της Οξφόρδης που αναφέρθηκε προηγουμένως. Το γράμμα E (endurance) αναφέρεται στην αντοχή και μετράει τον χρόνο που μπορεί να διατηρηθεί μια μέγιστη εκούσια σύσπαση (MVC) ενώ το R (repetitions) εξετάζει πόσες επαναλήψεις μπορούν να επιτευχθούν (έως 10) με ξεκούραση 4 δευτερολέπτων αναμεσα στη κάθε σύσπαση. Το γράμμα F (fast) αντιπροσωπεύει τον αριθμό των συσπάσεων που μπορούν να πραγματοποιηθούν, συσπώντας και χαλαρώνοντας όσο το δυνατόν ταχύτερα μέχρι 10 επαναλήψεις η λιγότερες αν επέλθει κούραση. Τα τελευταία 3 γράμματα ECT (every contraction timed) αναφέρονται στην χρονομέτρηση της κάθε σύσπασης ξεχωριστά. (Laycock et al, 2001)

Το **Μυοπεριτονιακό πυελικό άλγος (Myofascial pelvic pain, MFPP)** έχει οριστεί ως μια διαταραχή στην οποία ο πυελικός πόνος οφείλεται στη παθολογική λειτουργία των μυών του πυελικού εδάφους. Η πάθηση αυτή είτε μπορεί να υπάρξει μονή χωρίς κάποια άλλη ιατρική παθολογία είτε σε συνδυασμό με ουρολογικές διαταραχές (ακράτεια, διάμεση κυστίτιδα, επώδυνη ουροδόχο κύστη) γυναικολογικές διαταραχές (δυσπαρευνία, ενδομητρίωση, vulvodynia), δυσλειτουργίες εντέρου (σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, δυσκοιλιότητα) ή άλλες μυοσκελετικές/ νευρολογικές διαταραχές. (Appte et al 2012). Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Bhide et al (2015) με σκοπό να αξιολογήσουν τον πυελικό πόνο στις γυναίκες πραγματοποίησαν μια φυσική εξέταση η οποία αποτελείται από τη γενική αξιολόγηση και την κοιλιακή ψηλάφηση. Η Γυναικολογική εξέταση διεξήχθη στη θέση λιθοτομίας. Η ψηφιακή πυελική εξέταση χρησιμοποιώντας την παλαμιαία επιφάνεια της άπω φάλαγγας του δείκτη διεξήχθη για την ανίχνευση οποιασδήποτε πόνου. Όλες οι γυναίκες κλήθηκαν να αναφέρουν οποιαδήποτε ενόχληση ή πόνο που προκαλείται από την ψηφιακή ψηλάφηση των μυών του πυελικού εδάφους και να βαθμολογήσουν την ένταση του πόνου / δυσφορίας, ως καθόλου, ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Όλες οι γυναίκες κλήθηκαν επίσης να περιγράψουν τη σοβαρότητα του πόνου / δυσφορίας χρησιμοποιώντας μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) βαθμολογία 1-10.

Μετά την εξέταση δόθηκε μια βαθμολογία υπεραλγησίας των μυών του πυελικού εδάφους (PFMH), σύμφωνα με τις αντιδράσεις του καθένα των ασθενών. Βαθμός 0 PFMH αν οι γυναίκες ανέφεραν καθόλου πόνο ή δυσφορία. Βαθμός I PFMH όταν οι γυναίκες ανέφεραν σε μία ή περισσότερες περιοχές ήπιο πόνο / ενόχληση κατά τη διάρκεια της ψηλάφηση των μυών του πυελικού εδάφους. Βαθμός II PFMH όταν οι γυναίκες ανέφεραν σε μία ή περισσότερες θέσεις μέτριο πόνο / δυσφορία κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης. Βαθμός III PFMH όταν οι γυναίκες ανέφεραν σε μία ή περισσότερες θέσεις έντονο πόνο / δυσφορία κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης. Η ίδια εξέταση διεξήχθη δύο φορές από τον ίδιο κλινικό (αγνοώντας τα αποτελέσματα της προηγούμενης αξιολόγησης) με 2 εβδομάδες διαφορά για να καθορίσει την αξιοπιστία του ενδο-παρατηρητή. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας μεταξύ παρατηρητών όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε εξέταση με ένα δεύτερο κλινικό ιατρό. Κάθε κλινικός ήταν σε αγνοία σχετικά με τα αποτελέσματα του πρώτου εξετάσει. Η εγκυρότητα του συστήματος βαθμολόγησης PFMH αξιολογήθηκε συγκρίνοντας τα PFMH σκορ με τα VAS σκορ με τη χρήση συντελεστή συσχέτισης του Spearman. (Bhide et al, 2015)

## ΔΥΝΑΜΟΜΕΤΡΑ

Τα *Δυναμόμετρα* μετρούν με ακρίβεια, και ανεξάρτητα από την υποκειμενική κρίση του εξεταστή, τη λειτουργία των μυών, δηλαδή, τη δύναμη, την αντοχή, την ταχύτητα συστολής και τον μυϊκό τόνο. Αν και χρησιμοποιείται ευρέως για περισσότερο από 50 χρόνια από την φυσικοθεραπεία για την αξιολόγηση του κορμού, καθώς και των άνω και κάτω άκρων η χρήση του στο πυελικό έδαφος ξεκίνησε πριν 2 δεκαετίες. Το Μόντρεαλ δυναμόμετρο το οποίο περιλαμβάνει μια μηχανογραφημένη κεντρική μονάδα και ένα δυναμομετρικό ενδοσκόπιο έχει σχεδιαστεί ειδικά για να αξιολογείται το πυελικό έδαφος για τις φυσιολογικές λειτουργίες του. (Haslam and Laycock 2008)



*Εικόνα 11. Δυναμόμετρο (www.med.cmu.ac.th)*

## ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ (Squeeze pressure measurement)

Ένα άλλο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο αξιολόγησης της δύναμης και της αντοχής του πυελικού εδάφους είναι η *μέτρηση πίεσης-συμπίεσης*. (*squeeze pressure measurement*). Ο ασθενής καλείται να εκτελέσει εκούσια μια μέγιστη δυνατή σύσπαση με όσο μεγαλύτερη δύναμη γίνεται και να την διατηρήσει ή να την επαναλάβει όσες φορές είναι δυνατόν. Η μέτρηση μπορεί να γίνει είτε από την ουρήθρα, τον κόλπο ή το ορθό. Το 1948 ο Kegel ανέπτυξε μια συσκευή κολπικής πίεσης συνδεδεμένο σε ένα μανόμετρο (ονομάστηκε perineometer) για

να δείχνει τη πίεση σε χιλιοστά υδραργύρου ως μέτρο της δύναμης των μυών του πυελικού εδάφους. Ο ίδιος δεν ανέφερε κάποιο αποτέλεσμα σχετικά με την ανταπόκριση, την αξιοπιστία ή την εγκυρότητα του εργαλείου αυτού. Η ονομασία του ήταν κάπως παραπλανητική, διότι ο αισθητήρας του μανομέτρου δεν τοποθετούταν στο περίνεο, αλλά στον κόλπο στο επίπεδο του ανελκτήρα. Επί του παρόντος, διάφοροι τύποι κολπικών συσκευών είναι διαθέσιμες για τη μέτρηση της κολπικής πίεσης/συμπίεσης, όλα με διαφορετικά μεγέθη και τεχνικούς παραμέτρους. Από τις τρεις εισόδους της πυέλου η εξέταση μέσω της ουρήθρας θεωρείται η πιο αξιόπιστη μέθοδος για την ουρηθρική πίεση κλεισίματος που προέρχεται από σύσπαση μυών. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητη η σύσπαση των μυών για την αποφυγή απώλειας ούρων.

Ωστόσο, υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης λόγω έλλειψης διαθεσιμότητας εξοπλισμού στις περισσότερες φυσιοθεραπευτικές κλινικές. Η πρωκτική πίεση δεν αποτελεί μια έγκυρη μέτρηση της πυελικής χώρας σε σχέση με την ακράτεια ούρων επειδή περιλαμβάνει επίσης τη συστολή του πρωκτικού σφιγκτήρα. Παρόλα αυτά η πιο συχνή μέθοδος εξέτασης γίνεται μέσω του κόλπου. Το μέγεθος του κολπικού αισθητήρα διαφέρει μεταξύ των συσκευών. Σε μερικές συσκευές ο αισθητήρας καλύπτει το πλήρες μήκος του κόλπου. Κάποιες άλλες μικρότερες συσκευές δημιουργούν πρόβλημα στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων καθώς δεν είναι σίγουρο ότι ο αισθητήρας της συσκευής βρίσκεται στο ίδιο ανατομικό επίπεδο με τους μυς της πυέλου. Ο Kegel θεωρούσε ότι οι πυελικοί μύες βρίσκονταν στο άνω ένα τρίτο του κόλπου, ενώ μετά από συνεχόμενες έρευνες της Bo (1992) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι περισσότερες γυναίκες είχαν την υψηλότερη αύξηση της πίεσης όταν τοποθετήθηκε με το μέσο του μπαλονιού 3,5 cm στο εσωτερικό της εισόδου της μήτρας. Ωστόσο επειδή η αύξηση της κοιλιακής πίεσης επηρεάζει την πίεση της ουρήθρας, του κόλπου και του πρωκτού η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της. Με την ταυτόχρονη παρατήρηση της προς τα έσω κίνησης του περινέου, είναι πιθανό ότι μια συστολή μπορεί να μετρηθεί σωστά. (Bo et al, 2014)

### **3.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

#### **ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΟΥΡΗΣΗΣ (Voiding Diary VD)**

Το *ημερολόγιο ούρησης (VD)* είναι ένα διαδομένο εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρύτερα με σκοπό να εκτιμηθεί η παρουσία κάθε συμπτώματος της ακράτειας και παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την πρόσληψη υγρών και τον όγκο των ουρών. Αποτελεί το μόνο

εργαλείο που δίνει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την πρόσληψη υγρών, την ημέρα και τη νύχτα, και 24ώρη παρακολούθηση διούρησης. Οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες για τη διάγνωση της πολυδιψίας, πολυουρίας και νυκτερινής πολυουρίας. Αν και το VD είναι ένα ευρέως διαδεδομένο εργαλείο για την τομέα της έρευνας, στην κλινική πράξη δεν θεωρείται τόσο αξιόπιστο. (R. Cartwright et al, 2011). Η Διεθνής Κοινότητα Εγκράτειας (ICS) έχει αναγνωρίσει τους ακόλουθους τρεις τύπους ουροποιητικού ημερολογίου:

- Διαγράμματα ούρησης που καταγράφουν μόνο τις ώρες της ούρησης, κατά τη διάρκεια της μέρας και νύχτας, για τουλάχιστον 24 ώρες,
- Διαγράμματα που καταγράφουν τη συχνότητα, την ώρα και τον όγκο ούρησης κατά τη διάρκεια της ημέρας και νύχτας, για τουλάχιστον 24 ώριο και τέλος
- Ημερολόγια της ουροδόχου κύστης που καταγράφουν τους χρόνους και τον όγκο της ούρησης καθώς και άλλες πληροφορίες, όπως επεισοδίων απώλειάς ουρών, τη χρήση πάνας/σερβιέτας, τη πρόσληψη υγρών, και το βαθμό επείγουσας ανάγκης. (Bright et al, 2014)

Η συνεπής καταγραφή του ημερολογίου μπορεί ίσως να είναι δύσκολη να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της ημέρας όπως για παράδειγμα στο χώρο εργασίας καθώς απαιτείται σε ορισμένες περιπτώσεις να έχουν στη διάθεσή τους κανάτα μέτρησης. Απαιτεί ευελιξία και κάποια επιδεξιότητα, και ως εκ τούτου δεν είναι κατάλληλο για όλους τους ασθενείς. Κάποια συμπτώματα ακράτειας σχετίζονται με συγκεκριμένη χρονική περίοδο του εμμηνορροϊκού κύκλου και έτσι η έγκυρη συμπλήρωση του ημερολογίου απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Μια γυναίκα με φυσιολογικό έλεγχο της κύστης τους συνήθως δεν ουρούν περισσότερο από έξι έως οκτώ φορές ανά 24ώρο και δεν ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας περισσότερο από μία φορά για να αδειάσουν τη κύστη τους. (Mantle, et al, 2004)



**Day One –Bladder Control Diary**    **Date:** \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Time:	Void in Toilet	Leak with Activity	Leak with Urge	Urgency No leak	New Pad Applied	Cups Fluid I drank	Other Cause For leak
Midnight-2am							
2am-4am							
4am-6am							
6am-8am							
8am-10am							
10am-noon							
Noon-2pm							
2pm-4pm							
4pm-6pm							
6pm-8pm							
8pm-10pm							
10pm-Midnight							

**Day Two –Bladder Control Diary**    **Date:** \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Time:	Void in Toilet	Leak with Activity	Leak with Urge	Urgency No leak	New Pad Applied	Cups Fluid I drank	Other Cause For leak
Midnight-2am							
2am-4am							
4am-6am							
6am-8am							
8am-10am							
10am-noon							
Noon-2pm							
2pm-4pm							
4pm-6pm							
6pm-8pm							
8pm-10pm							
10pm-Midnight							

*Εικόνα 12. Ημερολόγιο Ούρησης (www.urologicinstituteofnj.com)*



## ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΠΑΝΑΣ (PAD TESTS)

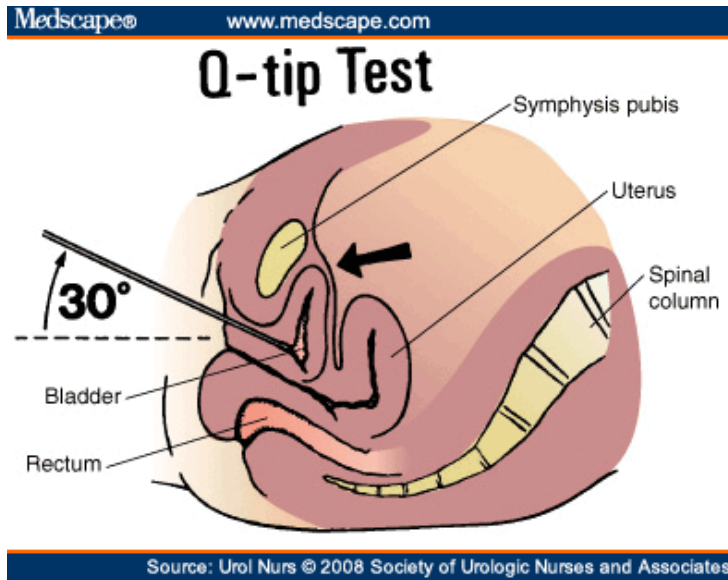
Τα *Pad Test* είναι μια τυποποιημένη μέθοδος για τον ποσοτικό προσδιορισμό της απώλειας ούρων η οποία μπορεί να εκτελεστεί σε εργασία ή το σπίτι. Μια καλά σχεδιασμένη pad test αποδεικνύει τη ποσότητα ούρων που διαρρέουν εντός μιας χρονικής περιόδου. Σκοπός της αξιολόγησης είναι να χρησιμοποιηθεί ως τρόπος ποσοτικοποίησης διαρροής και βαθμολόγησης της σοβαρότητας της κατάστασης. Υπάρχουν δύο εκδοχές: η βραχυπρόθεσμη Pad δοκιμή και η μακροπρόθεσμη Pad δοκιμή. Συνήθως η βραχυπρόθεσμη pad test εκτελείται στην κλινική επί 1 ώρα ενώ η μακροπρόθεσμη Test Pad γίνεται συνήθως στο σπίτι σε διάστημα 24 ωρών. Για τη βραχυπρόθεσμη Test Pad, οι γυναίκες καλούνται να φορούν (προ ζυγισμένες) πάνες και να πιούν 500 ml υγρού χωρίς νάτριο σε <15 λεπτά. Μετά από ανάπαυση, έχουν εντολή να ασκηθούν για 30 λεπτά. Για την 1-ώρας Test Pad, μια αύξηση βάρους του 1 έως 10gr αντιπροσωπεύει ήπια ακράτεια, 11 έως 50 gr αντιπροσωπεύει μέτρια ακράτεια και > 50 gr αντιπροσωπεύει σοβαρή ακράτεια.

Η μακροπρόθεσμη Pad Τεστ δεν απαιτεί από τις γυναίκες να εκτελέσουν ένα σύνολο από δραστηριότητες, ζητήθηκαν όμως να εκτελέσουν τις συνήθεις σωματικές δραστηριότητες τους. Αρχίζουν το τεστ με μια άδεια της ουροδόχο κύστης και φορούν μια προ-ζυγισμένη πάνα στο εσωτερικό του αδιάβροχου εσώρουχου. Καλούνται να αλλάζουν την πάνα κάθε 4 έως 6 ώρες. Τα δείγματα δοκιμής πρέπει να ζυγίζονται αμέσως, ή αποθηκεύονται σε ένα αεροστεγές σκεύασμα για τη ζύγιση του σε ένα εργαστήριο. Για την 24-ωρη δοκιμή Pad, η αύξηση βάρους 4 έως 20gr αντιπροσωπεύει ήπια ακράτεια, 21 έως 74 gr αντιπροσωπεύει μέτρια ακράτεια και >75 gr αντιπροσωπεύει σοβαρή ακράτεια. Η μέθοδος αξιολόγησης αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνεργασία με άλλους τρόπους καθώς διαθέτει αρκετούς περιορισμούς, εντούτοις αποτελεί μια εύκολη, ανέξοδη και αντικειμενική αξιολόγηση απώλειας των ούρων. (Ferreira et al, 2015)

## ΔΟΚΙΜΗ Q-tip (ΜΕ ΒΑΜΒΑΚΟΦΟΡΟ ΣΤΥΛΕΟ)

Σημαντικό μέσο εξέτασης του πυελικού εδάφους είναι η δοκιμή *Q-tip* καθώς αξιολογεί την παρουσία ακράτειας ούρων. Αφού εισχωρήσει ο κλινικός μια μπατονέτα στην ουρήθρα, μέχρι το ύψος του αυχένα της κύστης, ο ασθενής πρέπει να πραγματοποιήσει μια κίνηση Valsalva (ώθηση προς τα κάτω) προκειμένου να διερευνηθεί υπερκινητικότητα του κυστικού αυχένα. Με τον τρόπο αυτό γίνεται να ελέγχει η την κίνηση του άξονα του στυλεού σε φάση προσπάθειας (για παράδειγμα με τον βήχα). Σε μια φυσιολογική θέση ο βαμβakoφορος στυλεός πρέπει να βρίσκεται σε λιγότερο από 30° γωνιά. Αν είναι παραπάνω αξιολογείται ο ασθενής με περαιτέρω

εξετάσεις για παρουσία ακράτειας. Αφού λοιπόν ο κλινικός έχει μια γενικευμένη εικόνα σχετικά με την υγεία της ασθενούς μπορεί να προχωρήσει σε μια πιο ειδικευμένη εξέταση εσωτερικά την ψηφιακή αξιολόγηση του κόλπου. Η ψηφιακή αξιολόγηση επιτρέπει να εξεταστεί ξεχωριστά το κομμάτι της λειτουργίας των μυών, των οργάνων και της υποστήριξης της πύελου. (Hartmann et al, 2014; Friedrich 1987, Bo et al 2014)



*Εικόνα 13. Δοκιμασία Q-Tip (<http://www.medscape.com>)*

### **PAPER TOWEL TEST**

Η δοκιμή paper towel προέρχεται από ένα τεστ που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα από τον Miller et al (1998). Σε όρθια στάση ο ασθενής κρατά ένα χρωματιστό χαρτί στο περίνεο του και εκτελεί βήχα έντονα τρεις φορές. Οποιαδήποτε διαρροή/ απώλεια ουρών απορροφάτε από την χαρτοπετσέτα, η οποία όπου παρουσιαστεί υγρό, αλλάζει χρώμα. Η αξιολόγηση της ποσότητας διαρροής μπορεί να μετρηθεί με ζύγιση ή τη μέτρηση της υγρασίας. Η δοκιμή αυτή έχει κατακριθεί ως αναξιοπρεπή για τον ασθενή, ωστόσο, για εκείνους που δεν έχουν απώλεια ουρών σε ύπτια θέση μπορεί να αποτελεί μια απόδειξη της καταγγελίας τους. (Mantle et al, 2004)

### **1-3-5 COUGH TEST**

Η δοκιμή 1-3-5 του βήχα βασίζεται στο σύστημα ταξινόμησης σοβαρότητας Versi της ουροδυναμικής ακράτειας από προσπάθεια. Κατά τη διάρκεια της πλήρωσής στη διαδικασία της Κυστεομετρίας η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη με φυσιολογικό ορό με μέγιστο όγκο μέχρι

500cc ή και λιγότερο. Κατά την ολοκλήρωση της διαδικασίας πλήρωσής της Κυστεομετρίας ο ασθενής που βρίσκεται σε θέση λιθοτομίας παροτρύνεται να εκτελέσει βήχα. Αν παρατηρηθεί απώλεια ουρών από την ουρήθρα ο ασθενής κατατάσσεται στην κατηγορία της σοβαρής ουροδυναμική ακράτειας από προσπάθεια (USI) Αν δεν παρατηρηθεί κάποια απώλεια ουρών τότε ο ασθενής ζητείται να χαλάρωση για 30-60’’ και να επαναλάβει έντονο βίαιο βήχα τρεις φορές διαδοχικά. Σε περίπτωση που υπάρξει απώλεια ουρών κατά τη 2η ή 3η εκτέλεση του βήχα τότε ο ασθενής κατατάσσεται στη κατηγορία μέτριας USI. Εάν πάλι δεν παρατηρηθεί ή δεν επιτευχθεί απώλεια ουρών με αυτή τη προσπάθεια ο ασθενής χαλαρώνει για αλλά 30-60’’ και μετέπειτα βήχει 5 φορές βίαια γρηγορά και διαδοχικά. Εάν υπάρξει απώλεια ουρών μετά την 4η ή 5η εκτέλεση του βήχα τότε ο ασθενής θεωρείται ότι έχει ήπια USI. Η δοκιμή αυτή στη συνέχεια εκπονείται από όρθια θέση με τα πόδια ανοιχτά.

Η ταξινόμηση των ασθενών σχετικά με τον βαθμό ακράτειας συνυπολογίζεται από τις δυο δοκιμές (σε θέση λιθοτομίας και σε όρθια θέση). Για παράδειγμα εάν ο ασθενής είχε απώλεια ούρων στην 3η εκτέλεση βήχα της δεύτερης προσπάθειας σε θέση λιθοτομίας και στην 1η προσπάθεια σε όρθια θέση τότε θεωρείται ότι έχει σοβαρή USI. Η δοκιμή αυτή μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς στην αξιολόγηση του σφικτήρα διαχειρίζονται ασθενής και συνυπάρχουν και αλλά συμπτώματα του κατωτέρου ουροποιητικού συστήματος. (π.χ. ακράτεια μεικτού τύπου). Σε αυτές τις περιπτώσεις ο τρόπος αντιμετώπισης και θεραπείας της ακράτειας μπορεί να επιλεγθεί σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη δοκιμή 1-3-5 (δηλαδή ανάλογα με το αν είναι σοβαρή- μέτρια- ήπια USI). Η εξέταση αυτή συνήθως χρησιμοποιείται συμπληρωματικά σε μια κλινική αξιολόγηση του ασθενούς μαζί με την συμπλήρωση κατάλληλων ερωτηματολογίων. (Grigoriadis et al, 2016)

### **3.3.2 ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Η Ουροδυναμική εξέταση αποτελεί μια απολύτως απαραίτητη εξέταση για την αξιολόγηση του κατωτέρου ουροποιητικού συστήματος και ίσως ο αντικειμενικότερος τρόπος ελέγχου όσον αφορά την λειτουργία της κύστης και ουρήθρας. Στόχος της εξέτασης είναι να διευκρινιστεί με ακρίβεια η αιτιολογία των συμπτωμάτων ακράτειας ή άλλων προβλημάτων. (π.χ. υποκυστική απόφραξη)

## **ΟΥΡΟΟΜΕΤΡΙΑ**

Η μέτρηση του ρυθμού ροής των ούρων (*ουροροομετρία*) χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει την απόφραξη της εξόδου της ουροδόχου κύστης και πιο συγκεκριμένα την παρουσία δυσσυνέργειας του εξωτερικού εξωστήρα-σφιγκτήρα μυ. Η Ουροροομετρία εκτελείται σε ένα άτομο που έχει ουρήσει σε μια ειδική χοάνη που είναι συνδεδεμένη με ένα όργανο μέτρησης. Ο ρυθμός ροής των ούρων μετράτε με ένα μετρητή ροής ο οποίος υπολογίζει τη ποσότητα υγρού που περνάει ανά μονάδα χρόνου και εκφράζεται σε ml / s. Ο όγκος κένωσης θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 150 ml. Η μέτρηση του υπολειπόμενου όγκου ούρων (με τη βοήθεια των υπερήχων ή του καθετήρα) είναι απαραίτητο να ερμηνευτούν σωστά τα αποτελέσματα ουροροομετρία. Οι πληροφορίες έπειτα μετατρέπονται σε ένα γράφημα. Το σχήμα καμπύλης της ροής αποφασίζεται από τη συσταλτικότητα του εξωστήρα και τη σύσπασης κοιλιακών μυών. Μια κανονική καμπύλη ροής είναι μια ομαλή καμπύλη χωρίς απότομες αλλαγές στο εύρος. (Amarengo et al, 2014)

## **ΚΥΣΤΕΟΜΕΤΡΙΑ/ ΚΥΣΤΟΜΕΤΡΟΓΡΑΜΜΑ**

Η *κυστομετρίας* ή *κυστομετρόγραμμα* είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της σχέσης πίεσης-όγκου της ουροδόχου κύστης. Η Κυστομετρία παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία των μυών, τη μηχανική, και νευρική απόκριση της ουροδόχου κύστης και των ουροφόρων οδών. Η ενδοκυστική πίεση μετράτε ενώ η κύστη είναι γεμάτη, αλλά αυτή η τεχνική αυτή δεν είναι ακριβής επειδή ενδοκυστική πίεση δεν αντιπροσωπεύει σε όλες τις περιπτώσεις τη πραγματική πίεση του εξωστήρα. Η ουροδόχος κύστη είναι ένα ενδοκοιλιακό όργανο και η ενδοκυστική πίεση υποβάλλεται σε αλλαγές κατά τη διάρκεια του βήχα, γέλιου ή σε διάφορες κινήσεις του ασθενούς. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται η μέτρηση τόσο της ενδοκυστικής όσο και της ενδοκοιλιακής πίεσης ταυτόχρονα. Η παρουσία ουρολοίμωξης θα πρέπει πάντα να ελέγχεται πριν την ουροδυναμική έρευνα. Η τεχνητή πλήρωση της ουροδόχου κύστης υλοποιείται μέσω ενός καθετήρα, με αποστειρωμένο νερό ή φυσιολογικό ορό με το ποσοστό πλήρωσης συνήθως 50 ml /min. Θα πρέπει να ελέγχεται η αίσθηση- αντίληψη του ασθενούς σε φάσεις όπως κατά την πρώτη αίσθηση πλήρωσης, πρώτη επιθυμία να ουρήσουν, έντονη επιθυμία ουρήσουν. Η απουσία αίσθησης της ουροδόχου κύστης σημαίνει ότι, κατά φάση της πλήρωσης της κυστομετρίας, το άτομο δεν έχει καμία αίσθηση της ουροδόχου κύστης. (Amarengo et al, 2014)

## **ΟΥΡΟΦΛΟΟΜΕΤΡΙΑ**

Η Ουροφλοομετρία αποτελεί ηλεκτρονική καταγραφή της ταχύτητας και του ποσού ροής των ούρων στην μονάδα του χρόνου κατά τη διάρκεια της εκούσια ούρησης. Ζητείται από τον ασθενή να ουρήσει ιδιαιτέρως σε μια τουαλέτα που έχει τοποθετηθεί προηγουμένως ένας μετρητής ροής. Είναι σημαντικό ο ασθενής να είναι τοποθετημένος σε καθιστή θέση να εκτελέσει εκούσια ούρηση σε άνετο περιβάλλον. (Mantle et al 2004) Ο ρυθμός ουροφλοομετρίας μπορεί να αξιολογηθεί εάν ο ασθενής ουρήσει περισσότερο από 150ml και αναφέρει ότι το δείγμα αντιπροσωπεύει την ποσότητα που εκκενώνει συνήθως. Ποσοστό μικρότερο από 150ml υποδεικνύει διαταραχή κένωσης. (Haslam and Laycock 2008)

## **ΚΥΣΤΕΟΥΡΗΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

Η Κυστεουρηθρογραφία χρησιμοποιείται κυρίως για την ανίχνευση κυστεοκήλης σε ασθενείς με ιστορικό ακράτειας ούρων. Μετά την πλήρωση της κύστης με ιωδιούχο υλικό αντίθεσης, εκτιμάται η θέση του θόλου της κύστης σε ηρεμία και στην προσπάθεια, με μετακίνηση του από το άνω όριο του ηβικού οστού (φυσιολογική θέση), κάτω από την ηβική σύμφυση όταν υπάρχει χαλάρωση του πυελικού εδάφους. (Maglante et al, 1997)

## **ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ (Urethral Pressure Profilometry UPP)**

Οι *μετρήσεις της πίεσης της ουρήθρας* (Urethral Pressure Profilometry UPP) είναι μια κοινή μέθοδος αξιολόγησης της λειτουργίας της ουρήθρας. Αξιολογούν την ικανότητα της ουρήθρας να λειτουργεί φυσιολογικά με σκοπό την πρόληψη της ακράτειας των ούρων. Σήμερα υπάρχουν τρεις μέθοδοι μέτρησης της ουρηθρικής πίεσης: τη τεχνική διάχυσης υγρού του Brown Wickham, καθετήρες μικροακίδας και καθετήρες με μπαλόνι. Σύμφωνα με ερευνά του Griffiths (1980) η τεχνική διάχυσης του υγρού μετρά την πίεση που απαιτείται για την διάχυση του καθετήρα, ο οποίος αποσύρεται με σταθερή ταχύτητα και με σταθερό ρυθμό. Ο σταθερός ρυθμός έγχυσης παρέχεται συνήθως από έναν οδηγό σύριγγας. Η δεύτερη μέθοδος που είναι ο καθετήρας μικροακίδας έχει την ικανότητα να μετράει ταχείες αλλαγές στην πίεση ενώ ο καθετήρας με μπαλόνι μετράει την ουρηθρική πίεση ανεξαρτήτως κατεύθυνσης. (Bo et al 2014, Dietz 2004b )

### **3.3.3 ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

#### **ΥΠΕΡΗΧΟΣ**

Ο *υπέρηχος* χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για τη μορφολογική και λειτουργική αξιολόγηση των μυών του πυελικού εδάφους. Οι πρόσφατες εξελίξεις έχουν απλοποιήσει

σημαντικά την άμεση επίδειξη των κατώτερων τμημάτων του ανελκτήρα. Η χρήση του 3D υπέρηχου έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στο αξονικό επίπεδο χρησιμοποιώντας μη επεμβατικές τεχνικές. Ο 4D υπέρηχος απεικονίζει σε πραγματικό χρόνο την επίδραση που έχουν οι κινητοποιήσεις όπως ελιγμοί, βήχας, η τεχνική Valsalva στους μύες του πυελικού εδάφους. Πιο πρόσφατα, η σύγχρονες τεχνικές επεξεργασίας της εικόνας δημιουργούν αποτελέσματα που ισοδυναμεί με μαγνητική τομογραφία. Οι υπέρηχοι στο πυελικό έδαφος γίνονται με την τοποθέτηση ενός μετατροπέα (συνήθως 3,5-5, 4-8 ή 6-9 MHz κυρτή σειρά) στο περίνεο αφού καλυφθεί με ένα γάντι ή λεπτό πλαστικό περιτύλιγμα για λόγους υγιεινής. Η εικόνα που προκύπτει περιλαμβάνει τη πρόσθια σύμφυση, την ουρήθρα, ουροδόχο κύστη, τον κόλπο, τον τράχηλο, το ορθό και πρωκτικό κανάλι. Το εργαλείο αυτό αποδεικνύεται συνεχώς από έρευνες ότι αποτελεί χρήσιμη μέθοδος για φυσιοθεραπευτές, ουρολόγους και γυναικολόγους στην διάγνωση προβλημάτων της πυέλου όπως πρόπτωση μήτρας, ακράτεια κ.α. Έχει το πλεονέκτημα της αποφυγής της ιοντίζουσας ακτινοβολίας ενώ επιτρέπει την απεικόνιση των μαλακών ιστών όπως το νεφρό, την ουρήθρα, του ουρηθρικού σφιγκτήρα, και το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης. Όσο υψηλότερη είναι η συχνότητα υπερήχων, τόσο καλύτερη η ανάλυση της εικόνας, αν και η αυξημένη συχνότητα μειώνει το βάθος της διείσδυσης λόγω της αυξημένης εξασθένησης. (Bo et al, 2014)

Ο Υπέρηχος χρησιμοποιεί αντανακλώμενα ηχητικά κύματα για να ανιχνεύσει τις δομές των μαλακών ιστών. Είναι εάν σχετικά φθινό εργαλείο το οποίο επιτρέπει στον κλινικό ιατρό να καθορίσει τη δυναμική γεωμετρία των πυελικών οργάνων, την ουρήθρα, την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο, τον πρωκτό και το ορθό έντερο, σε κατάσταση ηρεμίας ή κατά τη διάρκεια της προσπάθειας. Μπορεί επίσης να προσδιορίσει τη συμπεριφορά των πυελικών μυών, τις κινήσεις τους και η θέση των εμφυτευμένων στοιχείων από επεμβάσεις. (Petros, 2007)

### **ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΗΜΑ (EMG)**

Το *Ηλεκτρομυογράφημα (EMG)* είναι μια εξωκυττάρια καταγραφή της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας που δημιουργείται από μυϊκές ίνες. Ο σκοπός του ηλεκτρομυογραφήματος χρησιμοποιείται για δυο διαφορετικούς λόγους. Από τη μία πλευρά το EMG μπορεί να αποκαλύψει την «συμπεριφορά» (δηλαδή, τα πρότυπα δραστηριότητας), ενός συγκεκριμένου μυ, και από την άλλη μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να υποδείξει κατά πόσο ένας μυς είναι φυσιολογικός, μυοπαθητικός ή απονευρωμένος. Το πρώτο εστιάζεται στο μυ ως σύνολο και μπορεί να ονομαστεί «κινησιολογικό EMG». Το δεύτερο επικεντρώνεται στα συστατικά των μυών (Μυϊκές ίνες και κινητικών μονάδων) και μπορεί να ονομαστεί «κινητήρια μονάδα

EMG» Το EMG είναι χρήσιμο στη διάγνωση σε επιλεγμένους ασθενείς όπου υπάρχει υποψία νευρογενούς δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους, είτε για να αποδείξουν τη δυσλειτουργία του συντονισμού εξωστηρας-σφιγκτήρα μυός είτε για να αποδείξει την απονεύρωση / επανανεύρωση σε γραμμωτούς μυς. (Bo et al, 2014)

### **ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)**

Η MRI είναι ένα νέο και συναρπαστικό εργαλείο που πρόσφατα έκανε εμφάνιση στη διερεύνηση της πυέλου όπου παρέχει λεπτομέρειες για την ανατομία και την ακεραιότητα των μυών. (Kari Bo). Η λανθασμένη εκτίμηση της πρόπτωσης πυελικών οργάνων μπορεί να οδηγήσει σε ελλιπή ή εσφαλμένη χειρουργική επέμβαση, η οποία μπορεί να είναι ένας από τους λόγους για το υψηλό ποσοστό των υποτροπών μετά από χειρουργική επέμβαση. Η απεικόνιση του πυελικού εδάφους έχει γίνει ένα σημαντικό συμπληρωματικό εργαλείο για την αξιολόγηση των διαταραχών του πυελικού εδάφους (Azab et al 2014). Επιπροσθέτως γνωρίζοντας την λειτουργική απώλεια που συμβαίνει όταν ένας μυς τραυματίζεται είναι σημαντική η κατανόηση της δυσλειτουργίας που προκύπτει από το μυϊκό τραυματισμό. Βλάβη στο θωρακικό μυ, για παράδειγμα, θα περιόριζε την πρόσθια κίνηση του βραχίονα, ενώ δεν θα περιοριζόταν σημαντικά η οπίσθια κίνησή του. Η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) μπορεί να μας δώσει περισσότερα αποδεικτικά στοιχεία της εντοπισμένη βλάβης των μυών σε ένα άτομο με αποτέλεσμα να είναι δυνατή η καλύτερη κατανόηση της συσχέτισης μεταξύ τραυματισμού και πυελικής δυσλειτουργίας. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης της λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης καθώς παρέχει εικόνες υψηλής ανάλυσης σε πολλαπλά επίπεδα και μπορεί χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των δυσλειτουργιών του πυελικού εδάφους. (Haslam and Laycock 2008)

Σε μια κλινική μελέτη όπου διεξήχθη στο Τμήμα ακτινοδιαγνωστικής στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ain Shams τον Φεβρουάριο του 2011 με συμμετοχή σαράντα οκτώ γυναικών με πρόπτωση πυελικών οργάνων ή / και ακράτεια ούρων ή κοπράνων καθορίστηκε ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας στην εκτίμηση της πρόπτωσης του πυελικού εδάφους. Σύμφωνα με τη φυσική εξέταση, 32 γυναίκες (80 %) είχαν κυστεοκήλη, 27 ( 67,5 %) είχαν Ορθοκήλη, 4 (10 %) είχαν πρόπτωση μήτρας, ενώ 1 ( 2,5 %) είχε εντεροκήλη. Συγκρίνοντας τα ευρήματα της MRI με τα αποτελέσματα της φυσικής κλινικής εξέτασης υπήρξε μια σημαντική συμφωνία μεταξύ τους. Συμπεραίνοντας από τα αποτελέσματα η μαγνητική τομογραφία μπορεί να αποτελέσει ισχυρό εργαλείο στην εκτίμηση του βαθμού του προβλήματος.

## **BIOFEEDBACK**

Ο ορισμός της «βιοανάδραση» από την ICS είναι η τεχνική με την οποία πληροφορίες για μια ασυνείδητα φυσιολογική διαδικασία παρουσιάζεται στον ασθενή ή θεραπευτή, ή και τους δύο, ως οπτικό, ακουστικό ή απτικό σήμα. Στους μύς του πυελικού εδάφους κατά τη διάρκεια της ψηφιακής αξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ιδιοδεκτικά ερεθίσματα, διατάξεις, πίεσης και λεκτική καθοδήγηση. Ένα είδος βιοανάδραση είναι η συσκευή Peritron. Το Peritron καταγράφει οποιαδήποτε μυϊκή δραστηριότητα στην περιοχή του κόλπου. Υπάρχουν δύο τύποι, ένας που καταγράφει αλλαγές στην πίεσης, και ένας που παρακολουθεί την ηλεκτρομυογραφική δραστηριότητα (ΗΜΓ) των μυών του περίνεου. Είναι σχεδιασμένο να καταγράφει όλες τις αλλαγές πίεσης που παράγεται από εκούσια συστολή των μυών πυελικού εδάφους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ενός κολπικού ανιχνευτή πίεσης, ο οποίος συνήθως καλύπτεται με ένα προφυλακτικό για λογούς υγιεινής. Εμφανίζεται οπτική ένδειξη οπού αποτελεί κίνητρο για τον ασθενή ώστε να παράγει μια εκούσια συστολή. Πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στον έλεγχο της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων καθώς πολλοί παράγοντες μπορεί να τα επηρεάσουν, όπως η θέση του ανιχνευτή, η ώρα της ημέρας, ημέρα του μήνα, το φορτίο του έντερου, κράτημα της αναπνοής, τη θέση στον καναπέ, αν η κεφαλή υποστηρίζεται ή όχι, κλπ. (Mantle et al, 2004)



***Εικόνα 14. Συσκευή Βιοανάδρασης Peritron (www.stressnomore.co.uk)***



### **3.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Η δυσλειτουργία του εντέρου περιλαμβάνει δύο στοιχεία, τη δυσκολία στην εκκένωση («δυσκοιλιότητα») και την ακράτεια, δηλαδή την ακούσια απώλεια των ‘αέριων’ ή κοπράνων (FI). Η αιτιολογία της ακράτειας κοπράνων είναι άγνωστη αλλά πιστεύεται ότι οφείλεται σε βλάβη του σφιγκτήρα του πρωκτού ή σε βλάβη των πυελικών μυών. Ο επιπολασμός των συνολικών δυσλειτουργιών του εντέρου στις γυναίκες κυμαίνεται μεταξύ 10 και 20%.

Κάθε φυσική εξέταση ενός ατόμου με δυσλειτουργία του εντέρου θα πρέπει να αρχίσει με την παρατήρηση της βάρδισης και στάσης του σώματος του ασθενούς. Η επιθεώρηση της οσφυϊκής μοίρας μπορεί να φανερώσει κάποια αποδεικτικά στοιχεία για προβλήματα όπως δισχιδή ράχη τα οποία θα μπορούσαν να συνδέονται με μια συγγενή νευρολογική βλάβη. Η ολοκληρωμένη λήψη του ιστορικού μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά στην διάγνωση του προβλήματος του ασθενή. Αρχικά θα πρέπει να υλοποιηθεί εξέταση της κοιλιακής χώρας για τυχόν τομές από επεμβάσεις, παρουσία κάποιας αφύσικης μάζας συμπεριλαμβανομένου και της ουροδόχου κύστης. (Mantle et al, 2004)

### **ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Μια νευρολογική αξιολόγηση περιλαμβάνει τη δοκιμή του δερμοτόμιου S4 της περιπρωκτικής περιοχής, ζητώντας από τους ασθενείς να αναφέρουν εάν αισθάνονται και τις δύο πλευρές εξίσου. Το δερμοτόμιο S3 ελέγχεται στα 2/3 της έσω και άνω επιφάνειας του μηρού ενώ το δερμοτόμιο S2 ελέγχεται στην πλάγια επιφάνεια του γλουτού, του μηρού και του γαστροκνήμιου. Αν υπάρχει υποψία κάποιάς νευρολογικής βλάβης είναι σημαντικό να ελεγχθούν και τα μυοτόμια. L2 έως και S3. Κάποιες επιπλέον εξετάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν προκειμένου να αξιολογηθεί πλήρως η λειτουργία του εντέρου. (Mantle et al 2004). Εάν οι σημειωθούν ανωμαλίες κατά την εξέταση που υποδεικνύουν την ύπαρξη νευρολογικών προβλημάτων περαιτέρω αξιολόγηση της οσφυοειούς περιοχής πρέπει να διεξάγεται από το κατάλληλο ιατρικό προσωπικό. (δερμοτόμια, μυοτόμια, αντανακλαστικά). (Haslam and Laycock 2008)

### **ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΗ ΜΑΝΟΜΕΡΙΑ**

Η Ορθοπρωκτική μανομετρία προσφέρει τη δυνατότητα αξιολόγησης των ασθενών που παραπονούνται για προβλήματα δυσκοιλιότητας η ακράτειας κοπράνων ή και τα δυο. Πιο αναλυτικά διερευνάται η πίεση του πρωκτικού καναλιού κατά την ηρεμία, κατά τη διάρκεια του βήχα, κατά τη διάρκεια της φάσης συμπίεσης, κατά τη προσπάθεια αφόδευσης, τη

διαστολή του ορθού και τη συμπεριφορά του ορθού απέναντι στην διάταση από μπαλόνι . Η εξέταση διεξάγεται με την βοήθεια ενός πρωκτικού καθετήρα που έχει τη δυνατότητα τοποθέτησης ενός μπαλονιού εντός του ορθού. (Mantle et al, 2004)

### **ΕΝΔΟΠΡΩΚΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ**

Το υπερηχογράφημα λειτουργεί συμπληρωματικά από τους γιατρούς με σκοπό την απεικόνιση να ανίχνευση ελαττωμάτων του εσωτερικού και εξωτερικού σφικτήρα του πρωκτού. Η εξέταση είναι απλή και διεξάγεται με την εισαγωγή ενός ηχοβολέα τον οποίο οι ασθενείς δέχονται. Ο περιστρεφόμενος κατά 360° ηχοβολέας τοποθετείται στο πρωκτικό κανάλι και χρησιμοποιείται για να αποκτήσει μια εικόνα των σφικτήρων. Μπορεί να ανιχνεύσει οποιαδήποτε βλάβη των σφικτήρων έτσι ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί μία ακριβής διάγνωση και θεραπεία. Αποτελεί πολύτιμη βοήθεια για μερικούς ασθενείς όπως στις γυναίκες μετά τον τοκετό ώστε να διαγνωστεί έγκαιρα το πρόβλημα και να επωφεληθούν από μια χειρουργική επέμβαση με σκοπό την επισκευή του σφικτήρα. (Mantle et al, 2004)

### **ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΛΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΒΑΣΕΩΣ**

Αποσκοπεί στη διάγνωση ιδιοπαθούς συνδρόμου αργής διαβάσεως και αγαγγλιονικού εντέρου στους σοβαρά δυσκοίλιους ασθενείς. Η εξέταση γίνεται με την λήψη ειδικών καψακίων (markers) για σειρά μια ημερών και στη συνέχεια πραγματοποιούνται ακτινογραφίες για τον έλεγχο της εξέλιξή τους. Η εξέταση δεν μπορεί να γίνει σε εγκύους ή αν υπάρχει υποψία απόφραξης εντέρου. (Mantle et al, 2004)

### **ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑ ΑΙΔΟΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (PUDENDAL TERMINAL NERVE LATENCY)**

Η δοκιμασία αποσκοπεί στη διάγνωση βλάβης αιδοικών νεύρων από τραύμα κατά τον τοκετό ή από χρόνια δυσκοιλότητα και πρόπτωση πυελικού εδάφους. Μια ειδική συσκευή τοποθετείται ενδο-πρωκτικά με την άκρη του να κατευθύνεται προς το γεννητικό νεύρο όπου ταξιδεύει γύρω από την ισχιακή άκανθα. Υπάρχουν δύο ηλεκτρόδια στη συσκευή, ένα στην κορυφή του και ένα στο επίπεδο του σφικτήρα του πρωκτού. Το ρεύμα διέρχεται μέσω του ηλεκτροδίου που βρίσκεται στην κορυφή ενώ μετρήσεις πραγματοποιούνται από το άλλο ηλεκτρόδιο για την δραστηριοποίηση του σφικτήρα. Η δοκιμασία αυτή αντενδείκνυται σε εγκύους ή σε παρουσία καρδιακού βηματοδότη. (Mantle et al, 2004)

### **3.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΠΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Η φυσιολογική δραστηριότητα των γραμμωτών μυών του πυελικού εδάφους είναι κρίσιμης σημασίας για την φυσιολογική εγκράτεια και υποστήριξη πυελικών οργάνων. Οι μύες πρέπει συνεχώς να προσαρμόζονται στις διαφορετικές τάσεις που υπέστη το πυελικό έδαφος κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να επιβαρύνουν τη πύελο από καθόλου έως πολύ, όπως η ξεκούραση, τα άλματα ή το φτέρνισμα. Κάθε μυς στο σώμα έχει συγκεκριμένη δράση. (Bo et al, 2014)

Η πρόπτωση πυελικών οργάνων είναι αποτέλεσμα μιας σειράς ελαττωμάτων της περιτονία και της ενδοπυελικής μυϊκής στήριξης. Για την αξιολόγηση του βαθμού πρόπτωσης εξετάζουμε το βαθμό σύσπασης και την τοπογραφική θέση των οργάνων κατά τη στιγμή αυτή. Η φυσική εξέταση ήταν και συνεχίζει να είναι η βασική μέθοδος αξιολόγησης της πρόπτωσης πυελικών οργάνων. Μια ακριβής περιγραφή της πυελικής ανατομίας επιτρέπει στους παρατηρητές να αξιολογούν την σταθερότητα ή την πρόοδο της πρόπτωσης με την πάροδο του χρόνου και επιτρέπει επίσης την ακριβή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. (Wall et al, 1998)

#### **Φυσική Εξέταση**

Η εξέταση αρχίζει με την επιθεώρηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων για ενδείξεις διαβρώσεων, εξελκώσεις, αιμορραγία, ή άλλες βλάβες. Αν εντοπιστούν οι εν λόγω αλλοιώσεις οι ασθενής παραπέμπονται για βιοψία. Ορατές ακαθαρσίες στον πρωκτό ή απώλεια των πρωκτικών πτυχώσεων πάνω από το πρωκτικό κανάλι είναι ενδεικτικές της Ορθοπρωκτική παθολογίας. Μια ασυνήθιστα μικρή είσοδος της περιτοναϊκής κοιλότητας αυξάνει τις υποψίες για προηγούμενο τραύμα ή χειρουργική επέμβαση. Η ενδοκολπική εξέταση ενδείκνυται για την αξιολόγηση του κόλπου, του τραχήλου, της μήτρας και των εξαρτημάτων τους. Κατά την ψηλαφιστή της πυελικής χωράς μπορεί να αξιολογηθεί η δύναμη των μυών με εκούσια σύσπαση του ασθενή. Αυτό το απλό τεστ δίνει στον κλινικό πληροφορίες σχετικά με την ισχύ και την ευαισθητοποίηση των πυελικών μυών του ασθενή. Η ακριβής ταξινόμηση της πρόπτωσης εξαρτάται από την ικανότητα του ασθενή να συσπάσει εκούσια και έντονα κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης. Η πρόπτωση τείνει να επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της ημέρας ιδιαίτερα εάν ο ασθενής στέκεται όρθιος για μεγάλες περιόδους. Ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται από διάφορες θέσεις όπως όρθια ή καθιστή προκειμένου να αξιολογηθεί με ακρίβεια ο βαθμός πρόπτωσης. Η International Continence Society (ICS) οργάνωση έχει καθιερώσει ένα τυποποιημένο σύστημα βαθμολόγησης της πρόπτωσης ώστε να συγκρίνονται τα αποτελέσματα

της φυσικής εξέτασης με αλλά αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων. (Haslam and Laycock 2008)

Μια από τις ταξινομήσεις που χρησιμοποιείται παγκοσμίως και έχει πιστοποιηθεί από την Διεθνή Εταιρεία Εγκράτειας (ICS) είναι το Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q). Στο σύστημα αυτό σημείο αναφοράς θεωρείται ο υμένας και ανάλογα με την απόσταση από τον οποίο απέχει η πρόπτωση ταξινομείται ανάλογα:

### **Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)**

- Βαθμός (Grade) 0: Φυσιολογική θέση των οργάνων, καμία πρόπτωση δεν έχει πραγματοποιηθεί.
- Βαθμός (Grade) 1: Το σημείο της πρόπτωσης που προπίπτει βρίσκεται 1cm ή περισσότερο πάνω από το επίπεδο του υμένας
- Βαθμός (Grade) 2: Το σημείο της πρόπτωσης που προπίπτει βρίσκεται 1cm ή λιγότερο κάτω από το επίπεδο του υμένας.
- Βαθμός (Grade) 3: : Το σημείο της πρόπτωσης που προπίπτει περισσότερο από 1cm κάτω από το επίπεδο του υμένα αλλά λιγότερο από 2cm., δηλαδή του συνολικού μήκους του κόλπου ( για παράδειγμα δεν έχει υποστεί ολόκληρος ο κόλπος πρόπτωση)
- Βαθμός (Grade) 4: Ολική πρόπτωση (Persu et al, 2011)

### **Μαγνητική τομογραφία (MRI)**

Η Μαγνητική τομογραφία (MRI) έχει φέρει την επανάσταση στην αξιολόγηση του πυελικού εδάφους. Από τη μια παρουσιάζει την ανατομία της πυέλου λεπτομερώς και από την άλλη αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην διάγνωση της πρόπτωσης πυελικών οργάνων. Μπορεί να αξιολογήσει ταυτόχρονα και τα 3 επίπεδα πυελικού εδάφους και να ταξινομήσει αντικειμενικά τον βαθμό της πρόπτωσης. Κατά την αξιολόγηση η εισαγωγή ενός ενδοσκοπίου (διαστολέα) μπορεί να παραμορφώσει τα αποτελέσματα της εξέτασης σ αντίθεση με την μαγνητική τομογραφία που έγκυρα παρουσιάζει τα ανατομικά στοιχεία. Κάποιες φορές όμως η εξέταση με μαγνητική τομογραφία δεν ακολουθεί την ίδια γραμμή αναφοράς για την διάγνωση του βαθμού της πρόπτωσης με την κλινική εξέταση. Γι αυτό το λόγο τα αποτελέσματα της MRI πρέπει πάντοτε να συγκρίνονται με τα αποτελέσματα που βρέθηκαν κατά την κλινική αξιολόγηση ώστε να προκύψει μια κοινή διάγνωση. Η σταδιοποίηση/ κατηγοριοποίηση του βαθμού πρόπτωσης στην εξέταση με μαγνητική τομογραφία αποτελείται από 4 σημεία. . (Kelvin et al, 2000)

### **3.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ**

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες όπως δυσπαρευνία αποτελούν μια δύσκολη παθολογική κατάσταση σχετικά με την διάγνωση. Πάρα το γεγονός ότι αυτή η πάθηση προέρχεται κυρίως από ψυχολογικούς παράγοντες δεν είναι λίγες οι φορές που αίτια αποτελεί η ανεπαρκής λίπανση, ατροφία πυελικών μυών, vulvodynia ή και κολεόσπασμο (vaginismus). Λιγότερο συχνές αιτίες είναι η ενδομητρίωση, πυελική συμφόρηση, συμφύσεις ή μολύνσεις, και παθολογία των εξαρτημάτων των πυελικών οργάνων. Οι διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος όπως κυστίτιδα μπορούν επίσης να αποτελούν αίτιο του προβλήματος και για το λόγο αυτό δεν θα πρέπει να παραλείπεται και μια εξέταση για τα προβλήματα αυτά. Η φυσική εξέταση με τη χρήση μιας μπατονέτα μπορεί να αναπαράγει τον πόνο εάν αυτός είναι εντοπισμένος για παράδειγμα στον προθάλαμο του αιδοίου (vulvar vestibulitis). Ο πόνος που προέρχεται από την ακουσία σύσπαση των μυών της κολπικής περιοχής (vaginismus) μπορεί να διαγνωστεί κατά την κολπική ψηλάφηση με την είσοδο ενός δάχτυλου ή κολποδιαστοlea. Σύμφωνα με μια έρευνα του Friedrich (1987) η διάγνωση κάποιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας μπορεί να γίνει με την εισχώρηση ενός βαμβακοφορος στυλεού στον κόλπο αγγίζοντας σε διάφορα σημεία γύρω από την είσοδο της μήτρας. Η αντίληψη του πόνου από τον ασθενή βαθμολογείται κατά τη διάρκεια της δοκιμής χρησιμοποιώντας μια αριθμητική κλίμακα πόνου με βαθμολογία 0-10, με το 0 να αντιπροσωπεύει "καθόλου πόνο" και το 10 να υποδηλώνει το χειρότερο δυνατό πόνο. Η εξέταση αυτή αποτελεί χρυσό κανόνα για τον Friedrich (1987) για την διάγνωση της vestibulodynia. Επίσης η ψηλάφηση των πλευρικών τοιχωμάτων του κόλπου, της μήτρας, των εξαρτημάτων της και της ουρήθρας βοηθάει στον εντοπισμό της αιτίας. Πάντως η οργανική αιτιολογία του προβλήματος πρέπει να συμπληρωθεί με την εκτίμηση των ψυχολογικών παραγόντων και αρνητικών προσδοκιών που διαιωνίζουν το πρόβλημα της σεξουαλικής λειτουργίας. (Heim et al, 2001 Friedrich 1987; )

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο αυτό έχει γίνει αναφορά στις σημαντικότερες κλινικές δοκιμασίες και μεθόδους εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση των διαταραχών του πυελικού εδάφους. Γίνεται αναφορά στην εξέταση της λειτουργίας της κύστης, με τις κλινικές δοκιμασίες και τον ουροδυναμικό έλεγχο, της λειτουργίας του εντέρου, της πρόπτωσης οργάνων και της σεξουαλικής λειτουργίας. Καθώς το πυελικό έδαφος αποτελεί μια πολύπλοκη μυοσκελετική δομή πρέπει να πραγματοποιείται μια λεπτομερή εξέταση και να εξετάζεται η συνύπαρξη πολλαπλών συμπτωμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθώς αυξάνεται η διεθνή συνεργασία στις ερευνητικές μελέτες δημιουργείται η ανάγκη για δημιουργία διεθνών μέσων για αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Παρόλου που έχουν δημιουργηθεί αρκετά μέσα αξιολόγησης για την υγεία και την ποιότητα ζωής σε διάφορες χώρες η πλειοψηφία των εργαλείων είναι αναπτυγμένες στην αγγλοαμερικανική διάλεκτο. Λόγω της πολυπλοκότητας των δομών στις οποίες εμπλέκονται τα μέσα αξιολόγησης δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν κλινικά πριν ελεγχθεί εάν δεν έχουν προσαρμοστεί στο πολιτισμό που απευθύνονται. (Bullinger et al 1998)

Η δυσκολία που συναντάται στην μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή των ερωτηματολογίων είναι η διαφορετική αντίληψη των λαών για την υγεία, τα συμπτώματα και τις παθήσεις. Η εννοιολογική ισοδυναμία προκύπτει όταν το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου ανταποκρίνεται στη βασική ιδέα/ αντίληψη του πρωτοτύπου. Επίσης σημαντικό είναι να δίδεται από κοινού έμφαση στις ίδιες ερωτήσεις και τομείς του ερωτηματολογίου και στις δυο κουλτούρες. (Herdman et al 1998)

Η πολιτισμική προσαρμογή ενός ερωτηματολογίου για χρήση σε μια νέα χώρα, κουλτούρα και γλώσσα απαιτεί μια μοναδική διαδικασία για να ισοδυναμεί με την πρωτότυπη πηγή και τους στόχους που θέτει. Είναι πλέον αποδεκτό ότι εάν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί ένα μέσο αξιολόγησης σε διάφορους πολιτισμούς τα στοιχεία του ερωτηματολογίου πρέπει όχι μόνο να μεταφραστούν γλωσσολογικά αλλά πρέπει να προσαρμόζονται στην κουλτούρα προκειμένου να διατηρηθεί η εγκυρότητα του. Η απαίτηση αυτή υποδεικνύει την ανάγκη να περιγράφονται τα συμπτώματα μιας ασθένειας ή τα αποτελέσματα μιας θεραπείας με παρεμφερή τρόπο στις πολυεθνικές μελέτες και δοκιμές. Ο όρος πολιτισμική προσαρμογή χρησιμοποιείται για να περιβάλει μια διαδικασία που εξετάζει και των 2 γλωσσών προσαρμογές σε ζητήματα ορολογίας και κουλτούρας προετοιμάζοντας έτσι το ερωτηματολόγιο. (Beaton et al, 2000)

Σε ορισμένες περιπτώσεις, διαπολιτισμική προσαρμογή απαιτεί να αποκλειστούν κάποιες περιγραφές ή να αλλάξουν. Η πλήρης διαδικασία της διαπολιτισμικής προσαρμογής περιλαμβάνει την αρχική μετάφραση, τη σύνθεση, την ανάποδη μετάφραση, αναθεώρηση της μετάφρασης από επιτροπή εμπειρογνομόνων, καθώς και πιλοτική εφαρμογή του σχεδίου μετάφρασης. Σύμφωνα με τη διαδικασία που συνιστάται από τους Beaton et al. εάν μια διαδικασία διαπολιτισμικής προσαρμογής περιλαμβάνεται από 4-5 στοιχεία της διαδικασίας που περιγράφηκε προηγουμένως, μπορεί να αξιολογηθεί ως "καλή", αν συμπεριληφθούν 2-3

στοιχεία, μπορούμε να αξιολογηθεί ως "μέτρια" και αν περιλαμβάνονται 0-1 στοιχεία, βαθμολογείται ως «ανεπαρκείς». (Uysal-Bozkir et al 2013)

#### **4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Το Australian Pelvic Floor Questionnaire αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο για δυσλειτουργίες και διαταραχές του πυελικού εδάφους όπως για παράδειγμα ακράτεια ουρών, ακράτεια κοπράνων κ.α. Η χρήση του υποστηρίζεται σε ερευνητικές μελέτες αλλά και κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης του ασθενούς από κλινικούς. Μέχρι την παρούσα στιγμή το ερωτηματολόγιο δεν έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η δημιουργία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου και η διαπολιτισμική προσαρμογή του στην Ελληνική γλώσσα και πολιτισμό. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και μεταφέρθηκε στην ελληνική γλώσσα και τον ελληνικό πολιτισμό προκειμένου να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση προβλημάτων ή δυσλειτουργιών του πυελικού εδάφους.

#### **4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η διαδικασία της διαπολιτισμικής προσαρμογής επικεντρώνεται στην ύπαρξη ισοδυναμίας μεταξύ του ερωτηματολογίου 'πηγής' και του ερωτηματολογίου 'στόχου' για το περιεχόμενο του κειμένου. Η διαδικασία αυτή υποτίθεται ότι εξασφαλίζει τη διατήρηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων όπως την εγκυρότητα και την αξιοπιστία σε ένα στοιχείο ή / και σε μια κλίμακα. Πάρα ταύτα αυτό δεν είναι πάντα εφικτό εάν μια κουλτούρα προσεγγίζει διαφορετικά κάποια στοιχεία και υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω εξέταση των ψυχομετρικών παραμέτρων. (Beaton et al,2000)

Η μέθοδος μετάφρασης στα ελληνικά του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους Australian Pelvic Floor Questionnaire που ακολουθήθηκε βασίστηκε κατά κύριο λόγο στο πρωτόκολλο που προτάθηκε από τη διεθνή βιβλιογραφία ( Beaton et al 2000). Για την δημιουργία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους πριν ξεκινήσει η διαδικασία μετάφρασης ζητήθηκε η άδεια και τα πνευματικά δικαιώματα από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου τους Baessler et al.

#### **1<sup>ο</sup> Στάδιο: Αρχική Μετάφραση Ερωτηματολογίου**

Στο 1<sup>ο</sup> στάδιο της διαδικασίας έγινε η (forward) μετάφραση στην ελληνική γλώσσα. Γενικά προτείνεται από τους Beaton et al (2000) ότι τουλάχιστον 2 ανεξάρτητες μεταφράσεις πρέπει να υλοποιούνται από τη γλώσσα πηγή (τα αγγλικά) στην γλώσσα- στόχος (τα ελληνικά). Στη

διαδικασία αυτή συμμετείχαν 2 μεταφραστές οι οποίοι ήταν Έλληνες υπήκοοι. Ένας από τους μεταφραστές είχε ως μητρική γλώσσα την αγγλική και ο άλλος ενώ είχε μητρική γλώσσα τα ελληνικά είχε ζήσει πολλά χρόνια στην Αγγλία και σπούδασε εκεί σε πανεπιστημιακό επίπεδο. Οι δυο μεταφραστές προέρχονταν από τον χώρο υγείας και ήταν γνώστες της ιατρικής ορολογίας που χρησιμοποιείται στο ερωτηματολόγιο. Ο κάθε μεταφραστής πραγματοποίησε την γραπτή μετάφραση ανεξάρτητα χωρίς να έχει εικόνα για το έντυπο μετάφρασης του αλλού. Η διαδικασία αυτή στοχεύει στην γνήσια μετάφραση του ερωτηματολογίου που αντικατοπτρίζει την αντίληψη του μεταφραστή για το κείμενο και το πώς αυτό αποδίδεται στα ελληνικά με την σωστή επιλογή λέξεων.

### **2ο Στάδιο: Δημιουργία της Σύνθεσης**

Στη συνέχεια στο 2<sup>ο</sup> στάδιο σε συμβούλιο που πραγματοποίησαν οι δυο μεταφραστές στο χώρο του ΤΕΙ Φυσικοθεραπείας στο Αίγιο οι δυο έντυπες μεταφράσεις καθώς και το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο συγκρίθηκαν και συζητήθηκαν. Μέσα από το συμβούλιο δόθηκε η ευκαιρία να συγκριθούν οι μεταφράσεις και τυχόν αποκλίσεις ή ασάφειες που προέκυψαν να σημειωθούν. Στο σημείο αυτό επικεντρώθηκε προσοχή στην επιλογή των λέξεων που πραγματοποίησε ο κάθε μεταφραστής προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ τους και να συζητηθεί ο τρόπος με τον οποίο αποδίδεται καλύτερα και ευστοχά το νόημα του πρωτοτύπου. Συχνά οι λέξεις μεταξύ των πολιτισμών διαθέτουν πολλαπλά νοήματα και αλλιώς γίνονται αντιληπτές από τον λαό, καθώς διαφοροποιείται και η κουλτούρα. Στόχος του βήματος αυτού ήταν η δημιουργία μιας έντυπης κοινής σύνθεσης του ερωτηματολογίου (T12) που να προκύπτει και από τις 2 μεταφράσεις και να μπορεί να αποδώσει άριστα το νόημα του πρωτοτύπου. Η 'Σύνθεση' αυτή που δημιουργήθηκε χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση των υπολοίπων σταδίων μετάφρασης.

### **3ο Στάδιο: Επαναμετάφραση στη γλώσσα 'πηγή' της "Σύνθεσης"**

Στο 3<sup>ο</sup> στάδιο δουλεύοντας από τη 'Σύνθεση' (T12) ένας 3<sup>ος</sup> μεταφραστής με μητρική γλώσσα τα αγγλικά και που αγνοούσε πλήρως το πρωτότυπο έγγραφο ζητήθηκε να πραγματοποιήσει ανάποδη μετάφραση (backwards translation, BT) στην πρωτότυπη γλώσσα/ διάλεκτο, δηλαδή την αγγλική. Ήταν σημαντικό ο μεταφραστής αυτός να μην προέρχεται από τον χώρο της υγείας και μην γνωρίζει την ορολογία ή το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Μέσα από την ανάποδη μετάφραση δίνεται η ευκαιρία να επιβεβαιωθεί το πώς αντιλαμβάνεται ένας συμμετέχοντας το νόημα της ελληνικής μετάφρασης αλλά και το αν αντικατοπτρίζει την πρωτότυπη εκδοχή. Σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι αφού μεταφραστεί στα αγγλικά



ανάποδα να συγκριθεί το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο με την μεταφρασμένη αγγλική εκδοχή. Με τον τρόπο αυτό εντοπίζουμε διαφοροποιήσεις των λέξεων και συγκρίνουμε αν διατηρούν και στις δυο εκδοχές το ίδιο νόημα.

#### **4ο Στάδιο: Δημιουργία της προ-πilotικής μορφής του ερωτηματολογίου**

Στη συνέχεια σε 4ο στάδιο σε ένα ακόμα συμβούλιο που πραγματοποιήθηκε από τους μεταφραστές στο χώρο του ΤΕΙ Φυσικοθεραπείας στο Αίγιο μελετήθηκε το αποτέλεσμα που προέκυψε από την ανάποδη αγγλική μετάφραση με σκοπό να ελεγχθεί εάν χρειάζεται να γίνουν κάποιες τροποποιήσεις στην σύνθεση T12. Συχνά εντοπίζονται ασάφειες στη διατύπωση και είναι αναγκαίες κάποιες τροποποιήσεις προκειμένου να αποδοθεί με επιτυχία το νόημα του πρωτοτύπου. Η διαδικασία αυτή αποτελεί έλεγχο της εγκυρότητας καθώς εξετάζεται εάν τα περιεχόμενα της μεταφρασμένης σύνθεσης (T12) ανταποκρίνονται στο αρχικό. Πάρα ταύτα σύμφωνα με τους Beaton et al (2000) ακόμα και αν η backwards μετάφραση συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με τη πρωτότυπη μορφή δεν αποτελεί εγγύηση, απλώς επιβεβαιώνει μια συνεπής μετάφραση. Οι τροποποιήσεις που θα προκύπταν θα ενσωματώνονταν στην τελική μορφή σύνθεσης του ερωτηματολογίου που θα χορηγούνταν στη συνέχεια στα δείγματα.

#### **5ο Στάδιο: Πιλοτικός έλεγχος ερωτηματολογίου**

Στο 5<sup>ο</sup> στάδιο υλοποιήθηκε ένας προέλεγχος του ερωτηματολογίου προκειμένου να ελεγχθεί εάν είναι κατανοητό για ανθρώπους που δεν προέρχονται από τον χώρο υγείας και απλά με μια ανάγνωση του ερωτηματολογίου θα μπορούσαν να ελέγξουν εάν ταυτίζονται με αυτά που αναφέρουν οι ερωτήσεις. Χορηγήθηκε σε 20 άτομα με σκοπό να οριστικοποιηθεί η τελική μορφή του. Ο στόχος μας στο στάδιο αυτό ήταν να επιβεβαιωθεί εάν το ερωτηματολόγιο που μεταφράστηκε ήταν εύκολα κατανοητό από όλες τις ηλικιακές ομάδες και όλα τα μορφωτικά επίπεδα. Ήταν σημαντικό οι συμμετέχοντες να μπορούν να καταλάβουν τι ζητάει η ερώτηση και μέσα σε λίγα λεπτά, χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία να μπορούν να απαντήσουν με βάση την καθημερινότητα ή τις εμπειρίες τους. Σε κάθε συμμετέχοντα αρχικά χορηγήθηκε έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην μελέτη. Το έντυπο συγκατάθεσης αποτελούσε ένα φυλλάδιο οπού ενημέρωνε τους συμμετέχοντες τον σκοπό της μελέτης και τι πρέπει να κάνουν. Επίσης τους χορηγήθηκε ένα φυλλάδιο με ερωτήσεις για τα δημογραφικά και προσωπικά τους στοιχεία καθώς επίσης και το ερωτηματολόγιο. Αυτό που ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες είναι να διαβάσουν το ερωτηματολόγιο προσεκτικά και μετέπειτα να συζητηθεί με τον ερευνητή. Όπου αντιμετώπιζαν δυσκολία η κάποια ασάφεια οι συμμετέχοντες ο ερευνητής παρείχε την κατάλληλη επεξήγηση προκειμένου να γίνει κατανοητό.

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε μια συνέντευξη με τον συμμετέχοντα με ερωτήσεις που αφορούσαν την κατανόηση και την ευκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η διαδικασία αυτή αφορούσε και τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αλλά και τις απαντήσεις του. Οι ερωτήσεις που έκανε στη συνέχεια ο ερευνητής στις συμμετέχουσες ήταν :

- *Αντιμετωπίζεται κάποιο πρόβλημα ακράτειας ούρων, πρόπτωση μήτρας, ακράτεια κοπράνων ή σεξουαλικής λειτουργίας ;*
- *Γνωρίζετε τι είναι η ακράτεια ούρων;*
- *Είχατε ποτέ προβλήματα με απώλεια ούρων; Αν ναι μπορούσατε να το ελέγξετε;*
- *Κατανοείτε τις ερωτήσεις σχετικά με τη ακράτεια ούρων; Σας δυσκόλεψε να κατανοήσετε κάποια;*
- *Η λειτουργία του εντέρου σας είναι φυσιολογική;*
- *Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ προβλήματα σχετικά με την εκκένωση του εντέρου σας; (πχ δυσκοιλιότητα, ακράτεια,)*
- *Κατανοείτε την ερώτηση 26;*
- *Γνωρίζετε τι είναι η πρόπτωση μήτρας;*
- *Είχατε βιώσει ποτέ κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρουν οι ερωτήσεις 28-29;*
- *Πως σας φαίνονται οι ερωτήσεις 28-31; Σας είναι κατανοητές;*
- *Κατανοείται τις ερωτήσεις σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία;*
- *Πιστεύετε ότι οι απαντήσεις που δοθήκαν στην κάθε ερώτηση θα σας κάλυπταν σε περίπτωση που είχατε πρόβλημα;*

Αυτές οι ερωτήσεις έγιναν με σκοπό να προταθούν κάποιες ιδέες ή τροποποιήσεις που αν ενσωματωθούν στο ερωτηματολόγιο ίσως να ανταποκρίνονταν καλύτερα στις ανάγκες του συμμετέχοντα. Σε περίπτωση που κάποιος συμμετέχοντας αντιμετώπιζε κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο μπορούσε να απαντήσει στις ερωτήσεις και στη συνέχεια τον ενημερώσαμε για το σκορ που έδειξε.

#### **Στάδιο 6<sup>ο</sup> : Δημιουργία της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου**

Μετά την ολοκλήρωση της ερευνητικής μελέτης οι απαντήσεις των συμμετεχόντων συγκεντρώθηκαν και μελετήθηκαν για τυχόν ασάφειες ή απουσία λέξεων. Ήταν σημαντικό να επιβεβαιωθεί εάν οι ερωτήσεις ήταν ευκολά αντιληπτές και κατανοητές από το σύνολο ή εάν χρειαζόνταν κάποια αλλαγή. Κάθε πρόταση ή ιδέα των συμμετεχόντων λήφθηκε υπόψιν των

ερευνητών και συζητήθηκε. Στο τελικό συμβούλιο των μεταφραστών που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΙ Φυσικοθεραπείας τα αποτελέσματα της ερευνάς διερευνήθηκαν λεπτομερώς προκειμένου να γίνουν τελικές τροποποιήσεις στο ερωτηματολόγιο και να βγει μια τελική σύνθεση του. Η τελική σύνθεση του ερωτηματολογίου είναι σημαντικό να διατηρεί τον νόημα και την ισοδυναμία της πρωτότυπης μορφής του ερωτηματολογίου. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων και οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου πρέπει να ταυτίζονται και στις δυο γλώσσες ώστε ο ερευνητής να προάγει το ίδιο συμπέρασμα ανεξαρτήτως τη διάλεκτο.

#### **4.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η ανάλυση της πιλοτικής μελέτης πραγματοποιήθηκε περιγραφικά (μέσω προγράμματος Excel και ποιοτικής ανάλυσης).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ολοκληρώνοντας τα απαραίτητα βήματα σταδιακά για την εκπόνηση της ερευνητικής μελέτης είναι σημαντικό να αναφερθούν τα αποτελέσματα της. Στο παρών κεφάλαιο λοιπόν θα παρουσιαστούν τα τελικά αποτελέσματα από την διαδικασία μετάφρασης του ερωτηματολογίου καθώς και το πόρισμα της πιλοτικής φάσης της χορήγησής του.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Ακολουθώντας τα βήματα που αναφέρθηκαν στην μεθοδολογία υλοποιήθηκε η διαδικασία μετάφρασης και προσαρμογής στην ελληνική γλώσσα του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους (Australian Pelvic Floor Questionnaire). Οι δυο μεταφραστές, Μ.Ε. και Σ.Χ. ανεξάρτητα ο καθένας μετέφρασαν το ερωτηματολόγιο προσπαθώντας ταυτόχρονα να διατηρήσουν πιστά το νόημα των ερωτήσεων αλλά και προσαρμόζοντας το στον τρόπο έκφρασης της ελληνικής γλώσσας. Στο σημείο αυτό υπενθυμίζεται ότι και οι δυο μεταφραστές ήταν Έλληνες υπήκοοι, ο ένας (η Μ.Ε.) είχε μητρική γλώσσα τα ελληνικά αλλά είχε ζήσει πολλά χρόνια στην Αγγλία όπου έκανε σπουδές πανεπιστημιακού επιπέδου ενώ ο άλλος μεταφραστής είχε μητρική γλώσσα τα αγγλικά. (η Σ.Χ). Η έντυπη μορφή της μετάφρασης του ερωτηματολογίου του κάθε μεταφραστή είναι διαθέσιμη στο κεφάλαιο του Παραρτήματος.

Στην διαδικασία της μετάφρασης που πραγματοποιήθηκε όπως προαναφέρθηκε σε 2<sup>ο</sup> στάδιο έγινε συμβούλιο των μεταφραστών όπου συζητήθηκαν και συγκρίθηκαν οι 2 διαφορετικές αρχικές μεταφράσεις. Συζητήθηκαν όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί λέξεων προκειμένου να δημιουργηθεί μια κοινή σύνθεση (T12, βλ. Παράρτημα) που να αποδίδει με άριστο τρόπο το νόημα της πρωτότυπης μορφής. Συχνά η μετάφραση ενός ερωτηματολογίου σε διαφορετική γλώσσα και κουλτούρα κρύβει δυσκολίες καθώς αλλάζουν οι αξίες, τα πρότυπα και ο τρόπος ζωής. Επομένως στο σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικό η σωστή απόδοση των ερωτήσεων χωρίς να αλλάζει το νόημα και να είναι προσαρμοσμένο στα ελληνικά πρότυπα. Μια δυσκολία που αντιμετωπίστηκε ήταν η κατάλληλη επιλογή των λέξεων ώστε να μην ‘θίγουν’ την προσωπικότητα των ασθενών και να νιώθουν άνετα να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Αυτό το πρόβλημα υπήρχε κυρίως στις ερωτήσεις που αφορούν την σεξουαλική λειτουργία (ερωτήσεις 33 έως 42). Οι ερωτήσεις αυτές θεωρούνται αρκετά ευαίσθητες από την ελληνική κοινωνία και είναι σημαντικό να αποδοθούν με κατάλληλες λέξεις διατηρώντας την διακριτικότητα χωρίς όμως να ξεφεύγουν από την ουσία του πρωτότυπου. Μετα από συζήτηση των μεταφραστών προέκυψε μια κοινή σύνθεση η οποία στη συνέχεια δόθηκε στον 3<sup>ο</sup> μεταφραστή για την (backward) ανάποδη μετάφραση στα αγγλικά.

Στον πίνακα που επακολουθεί παρουσιάζονται ορισμένες λέξεις ή εκφράσεις που προβληματίσαν τους μεταφραστές κατά τη διαμόρφωση της κοινής Σύνθεσης (T12) στο συμβούλιο που πραγματοποίησαν. Στην πρώτη στήλη παρατίθεται η έκφραση αυτολεξεί όπως είναι στη πρωτότυπη αγγλική μορφή του ερωτηματολογίου. Στη δεύτερη στήλη παρουσιάζεται η μετάφραση που υλοποίησε ο 1<sup>ος</sup> μεταφραστής Χ.Σ., ενώ στη τρίτη στήλη η μετάφραση του 2<sup>ου</sup> μεταφραστή Ε.Μ. Τέλος η 4<sup>η</sup> στήλη αναφέρεται στην τελική τροποποίηση που πραγματοποίησαν οι μεταφραστές μετά από συμβούλιο που έγινε με σκοπό δημιουργία της Σύνθεσης T12.

*Πίνακας 1 Απεικόνιση μεταφράσεων και Σύνθεσης ερωτηματολογίου*

<b>Πρωτότυπη Μορφή</b>	<b>Μετάφραση 1<sup>ο</sup></b>	<b>Μετάφραση 2<sup>ο</sup></b>	<b>Τελική Μορφή (T12)</b>
Q.8 Do you have a feeling of incomplete bladder emptying?	Έχετε το αίσθημα ατελούς κένωσης κύστης;	Έχετε την αίσθηση ατελούς εκκένωσης της κύστης σας;	Έχετε την αίσθηση ότι δεν αδειάζει τελείως η κύστη σας;
Q.17 Watery stool	Υδαρής σύσταση κοπράνων	νερουλά (διαρροϊκά)	Νερουλά
Q.28 Do you have a sensation of tissue protrusion or a lump or bulging in your vagina?	Έχετε την αίσθηση προβολής ιστού, όγκου ή προεξοχής στο κόλπο σας ;	Έχετε ποτέ την αίσθηση ιστού που προεξέχει ή εξογκώματος ή προβολής (ιστού) από τον κόλπο σας?	Έχετε ποτέ την αίσθηση εξογκώματος ή τμήματος που προεξέχει ή που προβάλλει από τον κόλπο σας;
Q.31 Do you have to push back your prolapse in order to empty your bowels?	Πρέπει να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωση προκειμένου να εκκενώσετε;	Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή σας για να αδειάσετε το έντερό σας;	Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωση για να ενεργηθείτε;
Q. 36 During intercourse vaginal sensation is...	Κατά τη συνουσία η κολπική αίσθηση είναι...	Κατά την επαφή η αίσθηση του κόλπου είναι...	Κατά την επαφή η αίσθηση του κόλπου είναι...
Q.40 A.3 Deep inside the pelvis	Βαθιά μέσα στη λεκάνη	βαθιά μέσα στην πύελο	Βαθιά μέσα στη λεκάνη

Στην συνέχεια το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε ανάποδα στην αγγλική γλώσσα (backward translation) και οι μεταφραστές προχώρησαν στην σύγκριση του με το πρωτότυπο. Το

αποτέλεσμα της μετάφρασης ήταν ικανοποιητικό καθώς δεν υπήρχε σημαντική απόκλιση στο νόημα μεταξύ της πρωτότυπης μορφής και της T12. Εκτιμήθηκε από τους μεταφραστές ότι και στις δυο περιπτώσεις οι ερωτήσεις διερευνούσαν το ίδιο ζήτημα. Η ουσία των ερωτήσεων διατηρήθηκε σε όλο το ερωτηματολόγιο πάρα μόνο η επιλογή των λέξεων διέφερε σε κάποια σημεία χωρίς αυτό όμως να αλλάζει την πρόταση. (π.χ. Q.16 open/ empty your bowels). Εφόσον λοιπόν με την ανάποδη μετάφραση επιβεβαιώθηκε ότι η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου (T12) ταυτίζεται με την πρωτότυπη μορφή, η ερευνητική μελέτη χρησιμοποιώντας την T12 σύνθεση προχώρησε στο στάδιο της πιλοτικής μελέτης.

### **Πιλοτική Μελέτη Ελέγχου Ημιτελικής Μορφής Του Ερωτηματολογίου**

Στο στάδιο της πιλοτικής μελέτης πραγματοποιήθηκε η διανομή του ερωτηματολογίου με σκοπό να εκτιμηθεί η δυνατότητα συμπλήρωσης από τις συμμετέχοντες. Συνολικά πήραν μέρος 20 γυναίκες. Στην μελέτη αυτήν ήταν σημαντικό το εύρος των ηλικιακών ομάδων και το μορφωτικό επίπεδο να είναι μεγάλο. Για το λόγο αυτό οι ηλικίες ξεκινούσαν από 18 ετών και έφταναν μέχρι 83 ετών (με μέσο όρο ηλικίας τα  $50.05 \pm 18.42$  έτη). Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως το μορφωτικό επίπεδο επίσης διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο. Το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών που συμμετείχαν στην μελέτη κυμαίνονταν από χαμηλό μέχρι ανώτατο. Από το σύνολο των συμμετεχόντων το 55% (n= 11) διέθετε πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το 40% (n=8) πτυχίο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και ένα 5% (n=1) δεν διέθετε καμία εγκύκλια μόρφωση.

Ο σκοπός στην παρούσα ερευνητική μελέτη ήταν να διερευνηθεί εάν το ερωτηματολόγιο του πυελικού εδάφους στην ελληνική εκδοχή είναι εύκολα κατανοητό σε όλες τις ηλικίες ανεξαρτήτως μόρφωσης και επαγγέλματος και αν συμπληρώνεται εύκολα από την ίδια την ασθενούς χωρίς να υπάρχει ανάγκη για επεξήγηση. Από τους ερευνητές έγινε δεκτή η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από γυναίκες που αντιμετώπιζαν κάποια από τα συμπτώματα και ήθελαν να το συμπληρώσουν. Στο σύνολο των συμμετεχόντων όμως μόνο 2 γυναίκες ( δηλαδή το 10% των συμμετεχόντων) βίωναν κάποια προβλήματα που αναφέρει το ερωτηματολόγιο και προχώρησαν στη συμπλήρωση του .

Ξεκινώντας από τις ερωτήσεις που αφορούσαν την **λειτουργία της κύστης** (ερωτήσεις 1 έως 15) διαπιστώθηκε ότι από το δείγμα των συμμετεχόντων όλες γνώριζαν και ήταν ενημερωμένες σχετικά με την ακράτεια ούρων και κοπράνων. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με τον ερευνητή παρατηρήθηκε ότι υπήρχε ένα ποσοστό ατόμων (περίπου 20% ) που αντιμετώπιζε

δυσκολία στην κατανόηση της ερώτησης 7 και ζήτησε από τον ερευνητή περαιτέρω επεξηγήσεις. Στην ερώτηση 7 η διατύπωση έχει ως εξής: *'' Η ροή των ούρων σας είναι αδύναμη, παρατεταμένη ή αργή; ''* με τις εξής απαντήσεις: *ποτέ/ περιστασιακά / συχνά/ καθημερινά*. Κάποιες από τις συμμετέχοντες ζήτησαν περαιτέρω επεξήγηση διότι δεν αντιλαμβάνονταν την έκφραση *''αδύναμη ροή''*. Στο σημείο αυτό ο ερευνητής χρειάστηκε να τροποποιήσει την επιλογή των λέξεων και έκφρασης προκειμένου να δει ποια έκφραση ήταν κατανοητή στον συμμετέχοντα.

Συνεχίζοντας στις ερωτήσεις της κατηγορίας **λειτουργία εντέρου** (ερωτήσεις από 16 έως 27), ο ερευνητής απευθύνθηκε προς τους συμμετέχοντες ρωτώντας εάν οι ίδιοι αντιμετωπίζουν προβλήματα του εντέρου. Από το σύνολο των γυναικών ένα ποσοστό 35% απάντησε ότι είτε βιώνει είτε βίωσε κάποια στιγμή τον τελευταίο μηνά πρόβλημα με την κένωση του εντέρου τους (δυσκοιλιότητα, ακράτεια). Στη συνέχεια παρατηρήθηκε από τον ερευνητή ότι το 35% των συμμετεχόντων δεν κατανοούσαν την ερώτηση 26. Η ερώτηση αυτή ήταν διατυπωμένη ως εξής: *''Χρειάζεται ποτέ να χρησιμοποιήσετε την πίεση του δαχτύλου σας για βοήθεια στην εκκένωση του εντέρου σας;''* Αφού έγινε συζήτηση με τους συμμετέχοντες διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών που δεν κατανοούσε την ερώτηση δεν οφείλεται σε ασάφεια ή σε λάθος επιλογή των λέξεων στη διατύπωση αλλά σε έλλειψη γνώσης για τις τεχνικές διευκόλυνσης της κένωσης του εντέρου. Επομένως στην ερώτηση αυτή δοθήκαν οι κατάλληλες επεξηγήσεις προκειμένου να επιβεβαιωθεί ο ερευνητής ότι η ερώτηση δεν περιλάμβανε πλέον ασάφεια για την συμμετέχοντα.

Συνεχίζοντας στη κατηγορία ερωτήσεων για την **πρόπτωση μήτρας** (ερωτήσεις από 28 έως 32) διερευνήθηκε αρχικά εάν οι συμμετέχοντες γνώριζαν το τι ήταν η πρόπτωση μήτρας. Παρατηρήθηκε ότι ένα ποσοστό του 10% δεν γνώριζε ακριβώς τι ήταν η πάθηση αυτή αλλά την είχαν ξανά ακούσει. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό είναι ότι τα 2 άτομα που ήταν άγνωστοι με την πάθηση αυτή ήταν το μικρότερο και το μεγαλύτερο ηλικιακά δείγματα, δηλαδή τα άτομα ηλικίας 18 και 83 ετών. Στο σημείο αυτό ο ερευνητής επεξήγησε και στις δυο συμμετέχοντες τι είναι η πρόπτωση και στη συνέχεια εξέτασε εάν υπήρχαν περαιτέρω ασάφειες στις ερωτήσεις 28 με 32 που αφορούσαν την πάθηση αυτή. Οι υπόλοιπες συμμετέχοντες δεν αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία στις ερωτήσεις για την πρόπτωση. Επιπροσθέτως αξίζει να σημειωθεί ότι καμία από τις συμμετέχοντες δεν είχαν βιώσει ποτέ συμπτώματα ή αντιμετώπιζαν πρόβλημα πρόπτωσης.

Εν συνεχεία στη κατηγορία της **σεξουαλικής λειτουργίας** (ερωτήσεις από 33 έως 42) προέκυψε μια ασάφεια στις ερωτήσεις από μια συμμετέχοντα. Βρέθηκε ότι στην ερώτηση 33 *'' Είστε σεξουαλικά ενεργή;''* η έκφραση αυτή δεν ήταν ξεκάθαρη το τι ζητούσε. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι το άτομο που αντιμετώπισε δυσκολία στην κατανόηση των ερωτημάτων ήταν ένα από τα άτομα που αντιμετώπισε δυσκολία στις ερωτήσεις για την πρόπτωση. Η κυρία αυτή, ετών 83, κατά τη συνέντευξη με τον ερευνητή διαπιστώθηκε ότι δεν κατείχε κάποια μόρφωση και πως η έκφραση *'σεξουαλικά ενεργή'* της ήταν άγνωστη. Χρειάστηκε λοιπόν στο σημείο αυτό να τροποποιηθεί η διατύπωση της ερώτησης προκειμένου να γίνει σαφές το ζητούμενο της. Γενικώς οι ερωτήσεις της σεξουαλικής λειτουργίας λόγω του ότι αναφέρονται σε έναν προσωπικό και ευαίσθητο τομέα της ζωής των γυναικών πολλές συμμετέχοντες δίσταζαν να τις συζητήσουν με τον ερευνητή. Ορισμένες συμμετέχοντες υπέδειξαν μάλιστα ότι θα δίσταζαν ακόμα περισσότερο εάν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα και έπρεπε να τις απαντήσουν. Στο σύνολο των ερωτήσεων στο τομέα αυτό οι περισσότερες συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τους ήταν κατανοητές και εύκολες να απαντηθούν χωρίς την ανάγκη για περαιτέρω επεξηγήσεις καθώς χρησιμοποιούνται εκφράσεις και λέξεις που αντικατοπτρίζουν το καθημερινό τους λεξιλόγιο.

Στο τέλος της συνέντευξης των συμμετεχόντων με τον ερευνητή, ερωτήθηκαν εάν πιστεύουν ότι οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θα τους κάλυπταν σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα του πυελικού εδάφους. Ένα ικανοποιητικό ποσοστό (90%) απάντησε ότι οι ερωτήσεις ήταν αρκετά εύστοχες και κατανοητές και πως συμπεριλαμβάνουν πολλά από τα συμπτώματα και προβλήματα που αντιμετωπίζει μια παθούσα των προβλημάτων του πυελικού εδάφους. Δεν θεώρησαν ότι χρειάζεται κάτι να προστεθεί αλλά ότι θα τους κάλυπτε εξ' ολοκλήρου. Μονάχα ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (10%) των συμμετεχόντων θεώρησαν ότι κάποιες από τις ερωτήσεις ήταν άστοχες και περιττές για την κλινική αξιολόγηση του ασθενή. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν την σεξουαλική λειτουργία, για παράδειγμα στην ερώτηση 34 *'Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή, παρακαλώ πείτε μας γιατί'* υπήρξαν 2 συμμετέχουσες που θεώρησαν την ερώτηση αδιάκριτη και άστοχη για την αξιολόγηση/ εξέταση του ασθενή. Θεώρησαν ότι από την στιγμή που η ασθενής ήταν σεξουαλικά ανενεργή δεν υπήρχε λόγος για περαιτέρω διερεύνηση στην κατηγορία αυτή. Επίσης ερωτήσεις για την αίσθηση του κόλπου (ερώτηση 37 και 38) *'Έχετε την αίσθηση ότι κόλπος σας είναι πολύ φαρδύς ή χαλαρός;'*, και *'Έχετε την αίσθηση ότι ο κόλπος σας είναι πολύ σφιχτός;'* προβληματίσαν τις 2 συμμετέχουσες για το πώς αυτό συνδέεται με την διάγνωση μιας δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους.



Αφού συγκεντρώθηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων από τους ερευνητές θεωρήθηκε ότι πρέπει να γίνουν κάποιες τροποποιήσεις στην επιλογή λέξεων και εκφράσεων για την καλύτερη προσαρμογή του ερωτηματολογίου. Μετα από συμβούλιο που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ερευνητών (Στάδιο 6<sup>ο</sup>), συζητήθηκαν οι ασάφειες και οι δυσκολίες που προέκυψαν κατά την έρευνα με σκοπό να γίνουν οι απαραίτητες τροποποιήσεις ώστε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου να χαρακτηρίζεται από διαύγεια χωρίς να δημιουργούνται δυσκολίες και η ανάγκη για επεξηγήσεις. Στην ερώτηση 7 που όπως προαναφέρθηκε δεν ήταν εύκολα κατανοητή από το δείγμα των συμμετεχόντων χρειάστηκε να γίνει τροποποίηση στην λέξη ‘αδύναμη’ και να αντικατασταθεί από την λέξη ‘ασθενής’. Η ερώτηση λοιπόν αφού τροποποιήθηκε, προστέθηκε στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου με την εξής μορφή ‘*Η ροή των ούρων σας είναι ασθενής, παρατεταμένη ή αργή;*’ Η ερώτηση 26 δεν υπέστη κάποια αλλαγή διότι θεωρήθηκε ότι η μετάφραση και ο τρόπος έκφρασης ήταν σωστός και απλά η έλλειψη ενημέρωσης/ γνώσης των συμμετεχόντων λειτούργησε ως εμπόδιο στην κατανόηση της ερώτησης. Στην ερώτηση 33 και 34 προτάθηκε από τους ερευνητές η χρήση της έκφρασης ‘σεξουαλικές επαφές’ αντί της ‘σεξουαλικά ενεργή’. Με την έκφραση αυτή η ερώτηση γίνεται εύκολα κατανοητή από όλες τις γυναίκες ανεξάρτητου ηλικιακού και μορφωτικού επιπέδου. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται εκφράσεις που είναι κοντά στην καθημερινότητα των ανθρώπων ώστε όταν ο ασθενής διαβάζει το ερωτηματολόγιο να κατανοεί κατευθείαν τι ζητάει η ερώτηση και να μπορεί να απαντήσει εύκολα αναλογίζοντας τις πρόσφατες εμπειρίες του. Κάποια άλλη τροποποίηση δεν θεωρήθηκε αναγκαία να γίνει στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου.

Όπως προαναφέρθηκε προηγουμένως από το σύνολο των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα μόνο το 10% (n=2) αντιμετωπίζει προβλήματα πυελικού εδάφους και θέλησε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων υποδεικνύονται στους πίνακες που ακολουθούν.

### ***Πίνακας 2. Απαντήσεις των Συμμετεχόντων***

<b>Ερωτήσεις</b>	<b>Ασθενής 1<sup>ος</sup></b>	<b>Ασθενής 2<sup>ος</sup></b>
<b>Λειτουργία Κύστης</b>		
1. Πόσες φορές την ημέρα ουρείτε;	Μέχρι 7	Μέχρι 7
2. Πόσες φορές σηκώνεστε για να ουρήσετε;	0-1	0-1
3. Βρέχετε το κρεβάτι πριν ξυπνήσετε το βράδυ;	Ποτέ	Ποτέ

4. Χρειάζεται να τρέξετε ή να βιαστείτε όταν σας έρθει να ουρήσετε;	Συχνά χρειάζεται	Καθημερινά
5. Έχετε απώλεια ούρων όταν τρέχετε ή βιάζεστε για την τουαλέτα ή όταν δεν φτάνετε εγκαίρως;	Συχνά	Συχνά
6. Έχετε απώλεια ούρων όταν βήχετε, φτερνίζεστε, γελάτε ή ασκήσετε;	Συχνά	Καθημερινά
7. Η ροή των ούρων σας είναι αδύναμη, παρατεταμένη ή αργή;	Περιστασιακά	Καθημερινά
8. Έχετε την αίσθηση ότι δεν αδειάζει τελείως η κύστη σας;	Συχνά	Ποτέ
9. Χρειάζεται να ζοριστείτε για να αδειάσετε την κύστη σας;	Περιστασιακά	Ποτέ
10. Χρειάζεται να φοράτε σερβιέτες λόγω απώλειας ούρων;	Καθημερινά	Καθημερινά
11. Περιορίζετε την πρόσληψη υγρών για να μειώσετε την απώλεια ούρων;	Μετρίως	Ποτέ
12. Έχετε συχνά ουρολοιμώξεις;	Όχι	Όχι
13. Πονάτε στην κύστη ή στην ουρήθρα σας όταν αδειάζει η κύστη σας;	Ποτέ	Ποτέ
14. Η απώλεια των ούρων σας επηρεάζει τις καθημερινές σας δραστηριότητες όπως ψυχαγωγία, κοινωνικότητα, ύπνος, ψώνια κτλ.;	Μετρίως	Πολύ
15. Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα της κύστης σας;	Πολύ	Πολύ
<b>ΣΚΟΡ</b>	<b>21/ 45</b>	<b>20/ 45</b>

<b>Λειτουργία εντέρου</b>		
16. Πόσο συχνά ενεργείστε;	Μέρα πάρα μέρα/καθημερινά	Μέρα πάρα μέρα/ καθημερινά
17. Ποια είναι η συνηθισμένη σύσταση των κοπράνων σας;	Ευμετάβλητα	Σφιχτά

18.Χρειάζεται να προσπαθήσετε αρκετά για να εκκενώσετε το έντερό σας;	Περιστασιακά	Συχνά
19.Χρειάζεστε καθαρτικά για να αδειάσετε το έντερό σας;	Περιστασιακά	Ποτέ
20.Αισθάνεστε ότι είστε δυσκοίλια;	Περιστασιακά	Ποτέ
21.Όταν έχετε αέρια, μπορείτε να τα ελέγξετε ή σας διαφεύγουν;	Περιστασιακά	Καθημερινά
22. Έχετε αισθανθεί ποτέ αφόρητη ανάγκη για να αδειάσετε το έντερό σας;	Περιστασιακά	Περιστασιακά
23. Σας διαφεύγουν νερουλά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;	Ποτέ	Περιστασιακά
24. Σας διαφεύγουν κανονικά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;	Ποτέ	Ποτέ
25. Έχετε την αίσθηση ατελούς εκκένωσης του εντέρου σας;	Περιστασιακά	Ποτέ
26. Χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε την πίεση του δακτύλου σας για βοήθεια στην εκκένωση του εντέρου σας;	Ποτέ	Ποτέ
27. Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα του εντέρου σας;	Μετρίως	Καθόλου
<b>ΣΚΟΡ</b>	<b>9/ 34</b>	<b>7/ 34</b>

<b>Συμπτώματα πρόπτωσης</b>		
28. Έχετε ποτέ την αίσθηση εξογκώματος ή τμήματος που προεξέχει ή που προβάλλει από τον κόλπο σας;	Ποτέ	Ποτέ
29. Έχετε την αίσθηση πίεσης στον κόλπο ή βάρους ή τραβήγματος;	Ποτέ	Ποτέ
30. Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ουρήσετε;	Ποτέ	Ποτέ
31.Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ενεργηθείτε;	Ποτέ	Ποτέ

32. Πόσο πολύ σας ενοχλεί η πρόπτωσή σας;	Δεν ισχύει	Δεν ισχύει
<b>ΣΚΟΡ</b>	<b>0 /15</b>	<b>0 /15</b>

<b>Σεξουαλική λειτουργία</b>		
33. Είστε σεξουαλικά ενεργή;	Μια ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	Όχι
34. Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή, παρακαλώ πείτε μας γιατί;		Δεν έχω σύντροφο
35. Έχετε αρκετή φυσική κολπική λίπανση κατά την επαφή;	Ναι	-
36. Κατά την επαφή η αίσθηση του κόλπου είναι:	Φυσιολογική/ Ευχάριστη	-
37. Έχετε την αίσθηση ότι ο κόλπος σας είναι πολύ φαρδύς ή χαλαρός;	Περιστασιακά	-
38. Αισθάνεστε ότι ο κόλπος σας είναι πολύ σφικτός;	Περιστασιακά	-
39. Αισθάνεστε πόνο κατά την σεξουαλική επαφή;	Περιστασιακά	-
40. Που είναι ο πόνος σας κατά την επαφή;	Στην είσοδο του κόλπου	-
41. Έχετε απώλεια ούρων κατά την σεξουαλική επαφή;	Περιστασιακά	-
42. Πόσο σας ενοχλούν αυτά τα σεξουαλικά θέματα;	Μετρίως	Δεν ισχύει
<b>ΣΚΟΡ</b>	<b>7 /21</b>	<b>0 /21</b>
<b>ΤΕΛΙΚΟ ΣΚΟΡ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ‘ΑΡΦQ’</b>	<b>8.80/40</b>	<b>8.4/30</b>

Το σκορ των συμμετεχόντων διαμορφώνεται ανάλογα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και τους βαθμούς που δίνει η κάθε ερώτηση. Στη συνέχεια το σύνολο της βαθμολογίας διαιρείται με το σύνολο των ερωτήσεων και πολλαπλασιάζεται με το 10. Ο τελικός βαθμός δεν

πρέπει να υπερβαίνει τον αριθμό 40. Στις γυναίκες που δεν είναι σεξουαλικά ενεργές ο τελικός βαθμός δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 30 βαθμούς. (Baessler et al, 2010)

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο αυτό έχει υλοποιηθεί μια λεπτομερής διαδικασία μετάφρασης και προσαρμογής του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους στην ελληνική διάλεκτο. Παρουσιάστηκαν αναλυτικά τα αποτελέσματα από την διαδικασία μετάφρασης, οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν καθώς και οι τροποποιήσεις που πραγματοποιήθηκαν για την καλύτερη απόδοση του νοήματος του πρωτοτύπου ερωτηματολογίου. Εν συνεχεία παρατέθηκαν τα αποτελέσματα από την πιλοτική φάση χορήγησης του ερωτηματικού σε 20 γυναίκες. Η διαδικασία αυτή βοήθησε στην τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου διότι μέσα από συνεντεύξεις μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων εντοπίστηκαν ασάφειες και δυσκολίες που τυχόν να συναντούσε ένας ασθενής στη συμπλήρωση του. Το στάδιο αυτό διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην επιλογή των λέξεων και εκφράσεων για την τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Συμπερασματικά το ερωτηματολόγιο του πυελικού εδάφους ‘Australian Pelvic Floor Questionnaire’ στην ελληνική έκδοσή φαίνεται να είναι κατανοητό και εύχρηστο από τον ελληνικό γυναικείο πληθυσμό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο Κεφάλαιο αυτό θα συζητηθούν όλα τα προβλήματα και οι δυσκολίες που δημιουργήθηκαν και αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μελέτης. Η μελέτη αυτή είχε ως στόχο την μετάφραση στην ελληνική γλώσσα και την προσαρμογή στον ελληνικό πολιτισμό του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους ( Australian Pelvic Floor Questionnaire).

Για την επίτευξη αυτού το στόχου οι ερευνητές ακολούθησαν την μέθοδο της μετάφρασης-επαναμετάφρασης (backward translation) που προτείνεται από την διεθνή βιβλιογραφία (Beaton et al,2000). Το ερωτηματολόγιο αρχικά μεταφράστηκε από 2 μεταφραστές, Έλληνες υπήκοοί, ο ένας με μητρική γλώσσα τα ελληνικά αλλά με πολυετείς σπουδές στην Αγγλία και ο άλλος με μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Αφού δημιουργήθηκαν δυο ανεξάρτητες μεταφράσεις, σε συμβούλιο που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΙ Φυσικοθεραπείας στο Αίγιο, συγκρίθηκαν μεταξύ τους. Στόχος ήταν να δημιουργηθεί μια Σύνθεση (T12) προκειμένου να προχωρήσει η μελέτη στα επόμενα στάδια. Στο στάδιο αυτό δεν προέκυψε κάποιο σημαντικό πρόβλημα. Οι μεταφράσεις και των δυο μεταφραστών απέδωσαν με επιτυχία το νόημα της πρωτότυπης αγγλικής μορφής του ερωτηματολογίου. Ελάχιστες τροποποιήσεις χρειάστηκαν στην επιλογή των λέξεων προκειμένου να αποδίδεται το νόημα της ερώτησης με τέτοιο τρόπο που να είναι εύκολα κατανοητό από την ασθενή που θα το συμπλήρωνε σε μετέπειτα στάδιο. Στη συνέχεια όπως ορίζει η μέθοδος των Beaton et al,(2000) το ερωτηματολόγιο μεταφράζεται ανάποδα (backward- translation) στα αγγλικά (από ελληνικά) από τον 3<sup>ο</sup> μεταφραστή με μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αφού συγκρίθηκε με την πρωτότυπη έντυπη μορφή διαπιστώθηκε ότι το νόημα των 2 ερωτηματολογίων ταυτιζόταν. Επομένως δεν χρειάστηκαν να γίνουν σημαντικές αλλαγές στην σύνθεση T12.

Το σημαντικότερο στάδιο αυτής της ερευνητικής μελέτης ήταν η πιλοτική μελέτη ελέγχου της ημιτελικής μορφής του ερωτηματολογίου που διεξήχθη. Στο στάδιο αυτό η σύνθεση T12 του ερωτηματολογίου χορηγήθηκε σε 20 γυναίκες όλων των ηλικιακών ομάδων και μορφωτικών επίπεδων προκειμένου να επιβεβαιώσουν την ορθή διασκευή του. Είναι σημαντικό το ερωτηματολόγιο να είναι από δεκτό από τον πολιτισμό στον οποίο μεταφράζεται και να μπορεί να χρησιμοποιηθεί με τον ίδιο τρόπο. Αφού χορηγήθηκαν τα απαραίτητα έγγραφα (έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή σε έρευνα) ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να διαβάσουν προσεκτικά το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια σε συνέντευξη με τον ερευνητή να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την κατανόηση του ερωτηματολογίου.

Κατά τη διάρκεια της πιλοτικής μελέτης ένα μικρό πρόβλημα που προέκυψε ήταν στην κατανόηση 2 ερωτήσεων λόγω της επιλογής των λέξεων από τους μεταφραστές. Χρειάστηκαν να γίνουν 2 τροποποιήσεις στην επιλογή των λέξεων προκειμένου να χρησιμοποιηθούν λέξεις που να ανταποκρίνονται περισσότερο στο καθημερινό ερωτηματολόγιο μιας γυναίκας. Η πρώτη τροποποίηση των λέξεων ήταν στις ερωτήσεις για την λειτουργία της κύστης, συγκεκριμένα στις ερώτηση 7 η έκφραση *‘αδύναμη ροή ούρων’* αντικαταστάθηκε από την έκφραση *‘ασθενής ροή ούρων’*. Η δεύτερη αλλαγή αφορούσε την έκφραση *‘σεξουαλικά ενεργή’* και αντικαταστάθηκε από την έκφραση *‘σεξουαλικές επαφές’*. Η τροποποίηση αυτή έγινε διότι κατά την ανάγνωση του ερωτηματολογίου ένα ποσοστό των συμμετεχόντων σημείωσαν ότι δεν τους ήταν πλήρως κατανοητές οι εκφράσεις αυτές και το τι ζητάει η ερώτηση. Επιπροσθέτως υπήρχε ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (35%) που δεν γνώριζε τις τεχνικές διευκόλυνσης της κένωσης του εντέρου και για το λόγο αυτό χρειάστηκε να δοθούν επεξηγήσεις στην ερώτηση 26 *‘Χρειάζεται ποτέ να χρησιμοποιήσετε την πίεση του δαχτύλου σας για βοήθεια στην εκκένωση του εντέρου σας;’*. Θεωρήθηκε από τους ερευνητές στο σημείο αυτό ότι η διατύπωση της ερώτησης δεν χρειάζεται τροποποίηση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας προβληματισμός προέκυψε από 2 συμμετέχουσες για την επιλογή των ερωτήσεων στη κατηγορία της σεξουαλικής λειτουργίας.(ερωτήσεις 33 έως 42). Πιο συγκεκριμένα είχαν ενδοιασμούς για τις ερωτήσεις 34, 36 και 37. Θεωρήσαν περιττό και αδιάκριτο να πρέπει να αναφέρουν οι ασθενείς τον λόγο που είναι σεξουαλικά ανενεργές καθώς υποστήριζαν ότι εφόσον η ασθενής ήταν σεξουαλικά ανενεργή δεν υπήρχε και λόγος για περαιτέρω αξιολόγηση σ αυτόν τον τομέα. Επίσης στην ερώτηση για την αίσθηση του κόλπου, εάν είναι χαλαρός ή σφιχτός δήλωσαν ότι η απάντηση της ερώτησης αυτής πιθανώς να μην αποτελούσε σύμπτωμα μιας πάθησης επομένως την θεωρήσαν άστοχη. Το τελικό αποτέλεσμα από την συνέντευξη που πραγματοποίησε ο ερευνητής με τις συμμετέχουσες διαπιστώθηκε ότι η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου είναι κατανοητή από τον ελληνικό γυναικείο πληθυσμό και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε κλινικές με έρευνες μετά την στάθμιση του.

Όπως έχουμε προαναφέρει μόνο 2 συμμετέχουσες (ποσοστό 10%) από το δείγμα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αντιμετωπίζει συμπτώματα του πυελικού εδάφους και προχώρησε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι απαντήσεις των γυναικών λήφθηκαν υπόψιν των ερευνητών για τον υπολογισμό του τελικού σκορ τους. Η πρώτη συμμετέχων συγκέντρωσε βαθμολογία 8.8 στα 40 ενώ η δεύτερη επειδή δεν ήταν σεξουαλικά ενεργή το τελικό σκορ διαμορφώθηκε ως 8.4 στα 30. Καθώς ο κύριος στόχος της ερευνητικής μελέτης ήταν μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά και η προσαρμογή του στον ελληνικό

πολιτισμό δεν δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στις απαντήσεις του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου και στο σκορ των συμμετεχόντων. Ωστόσο τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια βοήθησαν την ερευνητική μελέτη στην επιβεβαίωση της κατανόησης της ελληνικής μορφής του ερωτηματολογίου. Είναι σημαντικό το ερωτηματολόγιο όχι μόνο να είναι κατανοητό από τον ελληνικό πληθυσμό αλλά να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τα προβλήματα μιας παθούσας των δυσλειτουργιών του πυελικού εδάφους. Για έναν ασθενή που αντιμετωπίζει συμπτώματα ακράτειας ή πρόπτωσης για παράδειγμα πρέπει οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου να ταυτίζονται με τα συμπτώματα ή προβλήματα που αντιμετωπίζει καθημερινά. Το ποσοστό που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο επιβεβαίωσε ότι τους καλύπτει στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και οι ερωτήσεις ήταν απολυτά κατανοητές.

Αναφορικά με την βαθμολογία των ερωτηματολογίων δεν είναι απολυτά διευκρινισμένο από τους Baessler et al (2010) εάν ο το σκορ που συγκεντρώνει η ασθενή δείχνει με ακρίβεια τον βαθμός σοβαρότητας της πάθησης. Επισημαίνεται ότι για την πλήρη διάγνωση μιας πάθησης του πυελικού εδάφους χρειάζεται να πραγματοποιούνται περαιτέρω κλινικές δοκιμασίες και εξετάσεις και πλήρης λήψη του ιστορικού της ασθενή. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τις πρώτες κλινικές επισκέψεις της ασθενούς και στη συνέχεια μετά από μια χρονική περίοδο που πραγματοποιείται η θεραπεία να ξανά χορηγηθεί στην ασθενούς προκειμένου να συγκριθούν οι απαντήσεις τις. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους επισημαίνεται από τους Baessler et al (2010) ότι αποτελεί μια διαδικασία που ανανεώνεται διαρκώς καθώς ενθαρρύνεται η εξέλιξη του και υπάρχουν περιθώρια για τροποποιήσεις και βελτιώσεις. Η τελική μορφή της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε στα πλαίσια αυτής της ερευνητικής μελέτης στάλθηκε στους δημιουργούς του προκειμένου να αξιολογηθεί και να γίνει εφικτή η στάθμιση του σε μετέπειτα στάδιο.

Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη μεταφραστεί στη σερβική γλώσσα από τους Argironić et al (2015). Η μετάφραση του ερωτηματολογίου ήταν η πρώτη σερβική μετάφραση κάποιου ερωτηματολογίου που αναφέρεται στο πυελικό έδαφος και πραγματοποιήθηκε με την ανάποδη μετάφραση (backward translation) όπως και στην παρούσα μελέτη. Οι αρχικές μεταφράσεις του ερωτηματολογίου από αγγλικά σε σέρβικα έγιναν από μεταφραστές που ήταν ήταν Σέρβοι υπήκοοί με μητρική γλώσσα τα σέρβικα ενώ ο τρίτος μεταφραστής που χρησιμοποιήθηκε στην επαναμετάφραση από σέρβικα σε αγγλικά είχε ως μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Η διαδικασία μετάφρασης που ακολουθήθηκε στην σερβική δημιουργία του ερωτηματολογίου παρόλο που ταυτίζεται με τον τρόπο μετάφρασης της παρούσας μελέτης (backwards translation) διαφέρει στο ότι στον πιλοτικό έλεγχο δοθήκαν 2 διαφορετικές έντυπες εκδοχές μετάφρασης



προκειμένου να εξεταστεί ποια μετάφραση καλύπτει και είναι περισσότερο κατανοητή στην σερβική γλώσσα από τον πληθυσμό. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε μέσω έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική της Σερβίας στο Βελιγράδι. Η έρευνα διεξήχθη από τον Οκτώβριο του 2012 μέχρι το Δεκέμβριο του 2013 και συμμετείχαν 76 γυναίκες που αντιμετώπιζαν προβλήματα του πυελικού εδάφους. Παράλληλα με την χορήγηση του ερωτηματολογίου για την διάγνωση των δυσλειτουργιών του πυελικού εδάφους έγιναν οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις, φυσική εξέταση της πυέλου και κλινικές δοκιμασίες της ασθενούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η πολιτιστική προσαρμογή του ερωτηματολογίου στη σερβική γλώσσα ήταν επιτυχής και ότι η σερβική εκδοχή του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέσο αξιολόγησης σε κλινικές ή σε έρευνες. (Argirović et al,2015).

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η ερευνητική μελέτη έγινε με σκοπό την μετάφραση του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους (Australian Pelvic Floor Questionnaire) στην ελληνική γλώσσα και την προσαρμογή του στον ελληνικό πολιτισμό. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται κατά την αξιολόγηση ενός ασθενή ταξινομούνται σε 2 κατηγορίες, σε αυτά που συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή (self-administered) και σε αυτά που συμπληρώνονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης από τον κλινικό (interviewer-administered). Παρόλο που υπάρχουν πολλά διαθέσιμα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση του πυελικού εδάφους το ερωτηματολόγιο Australian Pelvic Floor Questionnaire είναι το μοναδικό που περιλαμβάνει όλα τα πρόβλημα της πυέλου (ακράτεια ούρων και κοπράνων, πρόπτωση και σεξουαλικές δυσλειτουργίες) και αξιολογεί τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη οδήγησε στην δημιουργία της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου ώστε ο ίδιος ο ασθενής να μπορεί να απαντάει στις ερωτήσεις (self-administered). Τα ερωτηματολόγια αυτού του τύπου (self-administered) είναι εξαιρετικά εύχρηστα ειδικά σε αξιολογήσεις που αφορούν το πυελικό έδαφος καθώς ο ασθενής πολλές φορές αδυνατεί να απαντήσει με ειλικρίνεια σε ερωτήσεις ενός κλινικού. Επιπλέον, η παρακολούθηση μίας ασθενούς σε βάθος χρόνου, καθιστά απαραίτητη τη χρήση εργαλείων όπως το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Φυσικοθεραπείας (World Confederation for Physical Therapy – WCPT) η φυσικοθεραπεία αποτελεί παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους και πληθυσμούς με σκοπό την δημιουργία, διατήρηση και επαναφορά της λειτουργικής ικανότητας

και της δυνατότητας εκτέλεσης κινήσεων. Το πεδίο στο οποίο ασκείται περισσότερο η φυσικοθεραπεία είναι σε μυοσκελετικού πόνους και δυσλειτουργίες. Ωστόσο υπάρχουν πολλοί φυσικοθεραπευτές που εξειδικεύονται και σε άλλα πεδία όπως καρδιοαναπνευστική, νευρολογικά κ.α. Σε όλους τους τομείς ο απώτερος σκοπός της φυσικοθεραπείας είναι η βελτιωτή της λειτουργικής ικανότητας και η διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης. Οι μύες του πυελικού εδάφους μπορεί να μην είναι υπεύθυνοι από μόνοι τους για την επίτευξη κινήσεων αλλά λειτουργούν σε συνέργεια με άλλες μυϊκές ομάδες του κορμού. Για το λόγο αυτό μια δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα κατά τη διάρκεια κάποιων κινήσεων ή ακόμα και να περιορίσει την δραστηριοποίηση ενός ανθρώπου. (Bø et al., 1989; Nygaard et al.,1990).

Στις περισσότερες χώρες η παροχή φυσικοθεραπείας γίνεται μετα από παραπομπή του ασθενή από κάποιο γιατρό. Τις τελευταίες δεκαετίες τα δεδομένα αυτά αλλάζουν και δίνεται η δυνατότητα στους φυσικοθεραπευτές να κάνουν διάγνωση μιας πάθησης και προγραμματισμό της θεραπείας του ασθενή. Όλο και περισσότεροι φυσικοθεραπευτές έχουν αρχίσει και εξειδικεύονται στην φυσικοθεραπεία του πυελικού εδάφους συμμετέχοντας και στη διάγνωση μιας δυσλειτουργίας του. Υπάρχουν διαθέσιμες κλινικές δοκιμασίες που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι φυσικοθεραπευτές για την αξιολόγηση της ασθενούς (π.χ. Pad tests) που μαζί με την απαραίτητη λήψη του ιστορικού μπορούν να σχηματίσουν μια άποψη για την φύση του προβλήματος (Bo et al 2015). Στα πλαίσια αυτής της ιδέας δημιουργήθηκε και η ανάγκη δημιουργίας του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποια στιγμή κατά την 1<sup>η</sup> επίσκεψη στο φυσικοθεραπευτήριο.

## **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σημαντικός περιορισμός της έρευνας αυτής ήταν το μικρό χρονικό περιθώριο που υπήρχε διαθέσιμο για την διεξαγωγή της. Μέσα σε αυτό το χρονικό περιθώριο δεν κατέστη δυνατή η στάθμιση του ερωτηματολογίου (validation) πάρα μόνο η μετάφραση του στην ελληνική γλώσσα και η προσαρμογή του στον ελληνικό πολιτισμό. Υλοποιήθηκαν όλα τα απαραίτητα βήματα για την δημιουργία της ελληνικής μορφής του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους προκειμένου να είναι εύχρηστη και κατανοητή αλλά στάθμιση του θα πραγματοποιηθεί σε μετέπειτα στάδιο.

## 7<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ερευνητική μελέτη έγινε με σκοπό την δημιουργία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους, 'Australian Pelvic Floor Questionnaire'. Για την δημιουργία του ερωτηματολογίου δεν έγινε μια απλή διαδικασία μετάφρασης αλλά ακολουθήθηκε η διαδικασία της μετάφρασης και επαναμετάφρασης (backward translation) που προτείνεται από τη διεθνής βιβλιογραφία. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. τη μετάφρασή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά από δυο μεταφραστές (Ε.Μ. και Χ.Σ)
2. την δημιουργία μιας σύνθεσης (T12) που να προέρχεται από τις 2 ανεξάρτητες μεταφράσεις
3. την επαναμετάφραση στη γλώσσα 'πηγή' της Σύνθεσης δηλαδή την ανάποδη μετάφρασή από ελληνικά στα αγγλικά από έναν 3<sup>ο</sup> μεταφραστή
4. τη δημιουργία της προ-πilotικής μορφής του ερωτηματολογίου
5. τον pilotικό έλεγχο του ερωτηματολογίου
6. και τη δημιουργία της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου

Κατά τον pilotικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε, στη συνέντευξη του ερευνητή με τις συμμετέχουσες διαπιστώθηκε ότι παρά τα μικρά προβλήματα που προέκυψαν και αντιμετωπίστηκαν στην συνέχεια, η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου του πυελικού εδάφους είναι κατανοητή και εύχρηστη από τον ελληνικό γυναικείο πληθυσμό. Η τελική μορφή της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου μεταφέρθηκε στους δημιουργούς του (Baessler et al,2010) προκειμένου να αξιολογηθεί και να γίνει εφικτή η στάθμιση του σε μετέπειτα στάδιο.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

1. Berghmans, B., 2015. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. New York: Churchill Livingstone .
2. Bo, K., Berghmans, B., Morkved, S. and Van Kampen, M., 2014. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Elsevier Health Sciences.
3. Fritsch, H. and Kühnel, W., 2009. Color Atlas of Human Anatomy, Volume 2: Internal Organs.
4. Goldman, M.B. and Hatch, M.C. eds., 2013. Women and health. Academic Press.
5. Haslam, J. and Laycock, J. eds., 2007. Therapeutic management of incontinence and pelvic pain: pelvic organ disorders. Springer Science & Business Media.
6. Mantle, J., Haslam, J. and Barton, S., 2004. Physiotherapy in obstetrics and gynaecology. Edinburgh; New York: Butterworth-Heinemann.
7. Petros, P.E.P., 2004. The female pelvic floor: function, dysfunction and management according to the integral theory. Springer Science & Business Media.
8. Smith, R.P., 2008. Netter's obstetrics and gynecology. Elsevier Health Sciences.
9. Αριστείδης, Α. 2010. Μαιευτική και γυναικολογία Αθήνα : Εκδόσεις Παρισιάνος. 840-866
10. Κρεατσάς, Γ. 2009. Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης 801-850
11. Λώλης Δ.Ε. 2004. Γυναικολογία και μαιευτική. Αθήνα: Εκδότης Παρισιάνος
12. Παπαδημητρίου, Α. 2006 Γυναικολογία, Γνωρίζω- Προλαβαίνω- Αντιμετωπίζω. Αθήνα: Εκδόσεις Κάυκας
13. Παπανικολάου, Ν. 1994. Μαιευτική Αθήνα: Εκδότης Παρισιάνος 20-36, 210-240

## **ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ:**

1. Abrams, P., Avery, K., Gardener, N., Donovan, J. and Board, I.A., 2006. The international consultation on incontinence modular questionnaire: www. iciq. net. The Journal of urology, 175(3), pp.1063-1066.
2. Abrams, P., Kelleher, C.J., Kerr, L.A. and Rogers, R.G., 2000. Overactive bladder significantly affects quality of life. Am J Manag Care, 6(11 Suppl), pp.S580-S590.

3. Addis, I.B., Van Den Eeden, S.K., Wassel-Fyr, C.L., Vittinghoff, E., Brown, J.S., Thom, D.H. and Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Study Group, 2006. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and gynecology*, 107(4), p.755.
4. Amarenco, G., de Sèze, M., Ruffion, A. and Ismael, S.S., 2014. Clinical and urodynamic evaluations of urinary disorders in multiple sclerosis. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 57(5), pp.277-287.
5. Anifantaki, S., Filiz, T.M., Alegakis, A., Topsever, P., Markaki, A., Cinar, N.D., Sofras, F. and Lionis, C., 2009. Does urinary incontinence affect quality of life of Greek women less severely? A cross-sectional study in two Mediterranean settings. *Quality of Life Research*, 18(10), pp.1311-1319.
6. Aniuliene, R., Aniulis, P. and Steibliene, V., 2016. Risk Factors and Types of Urinary Incontinence among Middle-Aged and Older Male and Female Primary Care Patients in Kaunas Region of Lithuania: Cross Sectional Study. *Urology journal*, 13(1), pp.2551-2561.
7. Apte, G., Nelson, P., Brismée, J.M., Dedrick, G., Justiz, R. and Sizer, P.S., 2012. Chronic female pelvic pain—part 1: clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region. *Pain Practice*, 12(2), pp.88-110.
8. Argirović, A., Tulić, C., Kadija, S., Soldatović, I., Babić, U. and Nale, D., 2015. Cross-cultural adaptation and validation of the Serbian version of the Australian pelvic floor questionnaire. *International urogynecology journal*, 26(1), pp.131-138.
9. Azab, I.A., Nasef, M.A. and Ibrahim, A.M., 2014. Dynamic magnetic resonance imaging; reliability of assessment and correlation with clinical findings of pelvic organ prolapse. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 45(3), pp.1003-1010.
10. Baessler, K., O'Neill, S.M., Maher, C.F. and Battistutta, D., 2009. Australian pelvic floor questionnaire: a validated interviewer-administered pelvic floor questionnaire for routine clinic and research. *International Urogynecology Journal*, 20(2), pp.149-158.  
Baessler, K., O'Neill, S.M., Maher, C.F. and Battistutta, D., 2010. A validated self-administered female pelvic floor questionnaire. *International urogynecology journal*, 21(2), pp.163-172.
11. Barber, M.D., Kuchibhatla, M.N., Pieper, C.F. and Bump, R.C., 2001. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women

- with pelvic floor disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), pp.1388-1395.
12. Barber, M.D., Kuchibhatla, M.N., Pieper, C.F. and Bump, R.C., 2001. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), pp.1388-1395.
  13. Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. and Ferraz, M.B., 2000. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), pp.3186-3191.
  14. Bhide, A.A., Puccini, F., Bray, R., Khullar, V. and Digesu, G.A., 2015. The pelvic floor muscle hyperalgesia (PFMH) scoring system: a new classification tool to assess women with chronic pelvic pain: multicentre pilot study of validity and reliability. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 193, pp.111-113.
  15. Botlero, R., Bell, R.J., Urquhart, D.M. and Davis, S.R., 2011. Prevalence of fecal incontinence and its relationship with urinary incontinence in women living in the community. *Menopause*, 18(6), pp.685-689.
  16. Bradley, C.S., Rovner, E.S., Morgan, M.A., Berlin, M., Novi, J.M., Shea, J.A. and Arya, L.A., 2005. A new questionnaire for urinary incontinence diagnosis in women: development and testing. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(1), pp.66-73.
  17. Bright, E., Cotterill, N., Drake, M. and Abrams, P., 2014. Developing and validating the International Consultation on Incontinence Questionnaire bladder diary. *European urology*, 66(2), pp.294-300.
  18. Brocklehurst, J.C., 1993. Urinary incontinence in the community--analysis of a MORI poll. *Bmj*, 306(6881), pp.832-834.
  19. Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Lep  ge, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Gandek, B., Wagner, A., Aaronson, N., Bech, P. and Fukuhara, S., 1998. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), pp.913 -923.
  20. Burgio, K.L., Zyczynski, H., Locher, J.L., Richter, H.E., Redden, D.T. and Wright, K.C., 2003. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstetrics & Gynecology*, 102(6), pp.1291-1298.

21. Cartwright, R., Srikrishna, S., Cardozo, L. and Robinson, D., 2011. Validity and reliability of the patient's perception of intensity of urgency scale in overactive bladder. *BJU international*, 107(10), pp.1612-1617.
22. Chedraui, P. and Pérez-López, F.R., 2015. Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. *Maturitas*, 82(3), pp.299-303.
23. Coyne, K., Revicki, D., Hunt, T., Corey, R., Stewart, W., Bentkover, J., Kurth, H. and Abrams, P., 2002. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. *Quality of life research*, 11(6), pp.563-574.
24. Da Roza, T., Mascarenhas, T., Araujo, M., Trindade, V. and Jorge, R.N., 2013. Oxford Grading Scale vs manometer for assessment of pelvic floor strength in nulliparous sports students. *Physiotherapy*, 99(3), pp.207-211.
25. Dietz, H.P., 2004. Ultrasound imaging of the pelvic floor. Part I: two-dimensional aspects. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 23(1), pp.80-92.
26. Diokno, A.C., Brown, M.B., Brock, B.M., Herzog, A.R. and Normolle, D.P., 1988. Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent noninstitutionalized elderly. *The Journal of urology*, 140(3), pp.567-571.
27. Donnelly, V.S., O'Herlihy, C., Campbell, D.M. and O'Connell, P.R., 1998. Postpartum fecal incontinence is more common in women with irritable bowel syndrome. *Diseases of the colon & rectum*, 41(5), pp.586-589.
28. Dwyer, P.L. and Rosamilia, A., 2002. Evaluation and diagnosis of the overactive bladder. *Clinical obstetrics and gynecology*, 45(1), pp.193-204.
29. Ellerkmann, R.M., Cundiff, G.W., Melick, C.F., Nihira, M.A., Leffler, K. and Bent, A.E., 2001. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), pp.1332-1338.
30. Faltin, D.L., Sangalli, M.R., Curtin, F., Morabia, A. and Weil, A., 2001. Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women. *International Urogynecology Journal*, 12(2), pp.117-121.
31. Ferreira, C.H.J. and Bø, K., 2015. The Pad Test for urinary incontinence in women. *Journal of physiotherapy*, 61(2), p.98.
32. Frawley, H.C., Galea, M.P., Phillips, B.A., Sherburn, M. and Bø, K., 2006. Reliability of pelvic floor muscle strength assessment using different test positions and tools. *Neurourology and urodynamics*, 25(3), pp.236-242.

33. Friedrich Jr, E.G., 1987. Vulvar vestibulitis syndrome. *The Journal of reproductive medicine*, 32(2), p.110.
34. Griffiths, D.S., 1980. *Urodynamics*. Adam Hilger, Bristol
35. Grigoriadis, T., Athanasiou, S., Giannoulis, G., Mylona, S.C., Lourantou, D. and Antsaklis, A., 2013. Translation and psychometric evaluation of the Greek short forms of two condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders: PFDI-20 and PFIQ-7. *International urogynecology journal*, 24(12), pp.2131-2144.
36. Guillemin, F., Bombardier, C. and Beaton, D., 1993. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), pp.1417-1432.
37. Guise, J.M., Morris, C., Osterweil, P., Li, H., Rosenberg, D. and Greenlick, M., 2007. Incidence of fecal incontinence after childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 109(2, Part 1), pp.281-288.
38. Guyatt, G., WILLIAMS, N., GOODACRE, R. and TOMPKINS, C., 1989. A New Measure of Health Status for Clinical Trials in Inflammatory Bowel. *Gastroenterology*, 96, pp.804-10.
39. Hall AF, Theofrastous JP, Cundiff GW, Harris RL, Hamilton LF, Swift SE, Bump RC. Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1996 Dec 31;175(6):1467-71.
40. Hampel, C., Wienhold, D., Benken, N., Eggersmann, C. and Thüroff, J.W., 1997. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology*, 50(6), pp.4-14.
41. Handa, V.L., Harris, T.A. and Ostergard, D.R., 1996. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 88(3), pp.470-478.
42. Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H. and Hunskaar, S., 2000. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence:: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of clinical epidemiology*, 53(11), pp.1150-1157.
43. Hartmann, D. and Sarton, J., 2014. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(7), pp.977-990.



44. Hebbar, S., Pandey, H. and Chawla, A., 2015. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(3), pp.531-538.
45. Heim, L.J., 2001. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *American family physician*, 63(8), pp.1535-1556.
46. Herdman, M., Fox-Rushby, J. and Badia, X., 1998. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of life Research*, 7(4), pp.323-335.
47. Hiller, L., Radley, S., Mann, C.H., Radley, S.C., Begum, G., Pretlove, S.J. and Salaman, J.H., 2002. Development and validation of a questionnaire for the assessment of bowel and lower urinary tract symptoms in women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(4), pp.413-423.
48. Holst, K. and Wilson, P.D., 1988. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *The New Zealand medical journal*, 101(857), pp.756-758.
49. Howard, D., Davies, P.S., DeLancey, J.O. and Small, Y., 2000. Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. *Obstetrics and gynecology*, 96(4), p.622.
50. Hundley, A.F., Wu, J.M. and Visco, A.G., 2005. A comparison of perineometer to brink score for assessment of pelvic floor muscle strength. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(5), pp.1583-1591.
51. Irvine, E.J., Feagan, B., Rochon, J., Archambault, A., Fedorak, R.N., Groll, A., Kinnear, D., Saibil, F. and McDonald, J.W., 1994. Quality of life: a valid and reliable measure of therapeutic efficacy in the treatment of inflammatory bowel disease. *Canadian Crohn's Relapse Prevention Trial Study Group. Gastroenterology*, 106(2), pp.287-296.
52. Jackson, S., Donovan, J., Brookes, S., Eckford, S., Swithinbank, L. and Abrams, P., 1996. The Bristol female lower urinary tract symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *British journal of urology*, 77(6), pp.805-812.
53. Kelleher, C.J., Cardozo, L.D., Khullar, V. and Salvatore, S., 1997. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104(12), pp.1374-1379.
54. Kelvin, F.M., Hale, D.S., Maglinte, D.D., Patten, B.J. and Benson, J.T., 1999. Female pelvic organ prolapse: diagnostic contribution of dynamic cystoproctography and comparison with physical examination. *AJR. American journal of roentgenology*, 173(1), pp.31-37.

55. Kemp, F.M. and Acheson, R.M., 1989. Care in the community—elderly people living alone at home. *Journal of Public Health*, 11(1), pp.21-26.
56. Knobel, J., 1975. Stress incontinence in the Black female. *South African medical journal= Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 49(12), pp.430-432.
57. Kok, A.L.M., Voorhorst, F.J., Burger, C.W., Van Houten, P., Kenemans, P. and Janssens, J., 1992. Urinary and faecal incontinence in community-residing elderly women. *Age and Ageing*, 21(3), pp.211-215.
58. Law, Y.M. and Fielding, J.R., 2008. MRI of pelvic floor dysfunction: review. *American Journal of Roentgenology*, 191(6\_supplement), pp.S45-S53.
59. Laycock, J. and Jerwood, D., 2001. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy*, 87(12), pp.631-642.
60. Liapis, A., Bakas, P., Liapi, S., Sioutis, D. and Creatsas, G., 2010. Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. *International urogynecology journal*, 21(2), pp.217-222.
61. Lucena, H.M., Mukhopadhyay, S. and Morris, E., 2015. Dyspareunia: a difficult symptom in gynaecological practice. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25(4), pp.96-101.
62. Madoff, R.D., Parker, S.C., Varma, M.G. and Lowry, A.C., 2004. Faecal incontinence in adults. *The Lancet*, 364(9434), pp.621-632.
63. Madoff, R.D., Parker, S.C., Varma, M.G. and Lowry, A.C., 2004. Faecal incontinence in adults. *The Lancet*, 364(9434), pp.621-632.
64. Maglinte, D.D., Kelvin, F.M., Hale, D.S. and Benson, J.T., 1997. Dynamic cystoproctography: a unifying diagnostic approach to pelvic floor and anorectal dysfunction. *AJR. American journal of roentgenology*, 169(3), pp.759-767.
65. Mallett, V.T. and Bump, R.C., 1994. The epidemiology of female pelvic floor dysfunction. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 6(4), pp.308-312.
66. Markland, A.D., Kraus, S.R., Richter, H.E., Nager, C.W., Kenton, K., Kerr, L., Xu, Y. and Urinary Incontinence Treatment Network, 2007. Prevalence and risk factors of fecal incontinence in women undergoing stress incontinence surgery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 197(6), pp.662-e1.
67. Matzaroglou, C., Assimakopoulos, K., Panagiotopoulos, E., Kasimatis, G., Dimakopoulos, P. and Lambiris, E., 2005. Sexual function in females with severe cervical spinal cord injuries: a controlled study with the Female Sexual Function Index. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(4), pp.375-377.

68. Mayne, C.J. and Assassa, R.P., 2004. Epidemiology of incontinence and prolapse. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(s1), pp.2-4.
69. Mestre, M., J. Lleberia, J. Pubill, and M. España-Pons. "Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse." *Actas Urológicas Españolas (English Edition)* 39, no. 3 (2015): 175-182.
70. Miller, J.M., Ashton-Miller, J.A. and DeLancey, J.O., 1998. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), pp.870-874.
71. Molander, U., Milsom, I., Ekelund, P. and Mellström, D., 1990. An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas*, 12(1), pp.51-60.
72. Notte, S.M., Marshall, T.S., Lee, M., Hakimi, Z., Odeyemi, I., Chen, W.H. and Revicki, D.A., 2012. Content validity and test-retest reliability of Patient Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS) for overactive bladder. *BMC urology*, 12(1), p.26.
73. Nygaard, I., Barber, M.D., Burgio, K.L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., Spino, C., Whitehead, W.E., Wu, J., Brody, D.J. and Pelvic Floor Disorders Network, 2008. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *Jama*, 300(11), pp.1311-1316.
74. Patrick, D.L., Khalaf, K.M., Dmochowski, R., Kowalski, J.W. and Globe, D.R., 2013. Psychometric performance of the incontinence quality-of-life questionnaire among patients with overactive bladder and urinary incontinence. *Clinical therapeutics*, 35(6), pp.836-845.
75. Persu, C., Chapple, C.R., Cauni, V., Gutue, S. and Geavlete, P., 2011. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)-a new era in pelvic prolapse staging. *Journal of medicine and life*, 4(1), p.75.
76. Peterson, T.V., Karp, D.R., Aguilar, V.C. and Davila, G.W., 2010. Validation of a global pelvic floor symptom bother questionnaire. *International urogynecology journal*, 21(9), pp.1129-1135.
77. Rellini, A.H., Nappi, R.E., Vaccaro, P., Ferdeghini, F., Abbiati, I. and Meston, C.M., 2005. Validation of the McCoy female sexuality questionnaire in an Italian sample. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), pp.641-647.
78. Rodríguez, R., Alós, R., Carceller, M.S., Solana, A., Frangi, A., Ruiz, M.D. and Lozoya, R., 2015. Postpartum Incontinence. Narrative Review. *Cirugía Española (English Edition)*, 93(6), pp.359-367.

79. Rogers, R.G. and Espuna Pons, M.E., 2013. The pelvic organ prolapse incontinence sexual questionnaire, IUGA-revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J*, 24(7), pp.1063-1064.
80. Rogers, R.G., Kammerer-Doak, D., Villarreal, A., Coates, K. and Qualls, C., 2001. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(4), pp.552-558.
81. Rohr, G., Kragstrup, J., Gaist, D. and Christensen, K., 2004. Genetic and environmental influences on urinary incontinence: a Danish population-based twin study of middle-aged and elderly women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 83(10), pp.978-982.
82. Rohr, G., Kragstrup, J., Gaist, D. and Christensen, K., 2004. Genetic and environmental influences on urinary incontinence: a Danish population-based twin study of middle-aged and elderly women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 83(10), pp.978-982.
83. Roy, S., Mohandas, A., Coyne, K., Gelhorn, H., Gauld, J., Sikirica, V. and Milani, A.L., 2012. Assessment of the Psychometric Properties of the Short-Form Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) following Surgical Placement of Prolift+ M: A Transvaginal Partially Absorbable Mesh System for the Treatment of Pelvic Organ Prolapse. *The journal of sexual medicine*, 9(4), pp.1190-1199.
84. Sánchez, B.S., Lacomba, M.T., Brazález, B.N., Téllez, E.C., Da Costa, S.P. and Ortega, C.G., 2015. Responsiveness of the Spanish Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaires Short Forms (PFDI-20 and PFIQ-7) in women with pelvic floor disorders. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 190, pp.20-25.
85. Sánchez-Sánchez, B., Torres-Lacomba, M., Yuste-Sánchez, M.J., Navarro-Brazález, B., Pacheco-da-Costa, S., Gutiérrez-Ortega, C. and 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), pp.281-285.
86. Shumaker, S.A., Wyman, J.F., Uebersax, J.S., McClish, D. and Fantl, J.A., 1994. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Quality of Life Research*, 3(5), pp.291-306.

87. Snooks, S.J., Swash, M., Setchell, M. and Henry, M.M., 1984. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *The Lancet*, 324(8402), pp.546-550.
88. Subak, L.L., Richter, H.E. and Hunksaar, S., 2009. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *The Journal of urology*, 182(6), pp.S2-S7.
89. Tsai, T.F., Yeh, C.H. and Hwang, T.I., 2011. Female sexual dysfunction: physiology, epidemiology, classification, evaluation and treatment. *Urological Science*, 22(1), pp.7-13.
90. Uebersax, J.S., Wyman, J.F., Shumaker, S.A. and McClish, D.K., 1995. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Neurourology and urodynamics*, 14(2), pp.131-139.
91. Uysal-Bozkir, Ö., Parlevliet, J.L. and de Rooij, S.E., 2013. Insufficient cross-cultural adaptations and psychometric properties for many translated health assessment scales: A systematic review. *Journal of clinical epidemiology*, 66(6), pp.608-618.
92. Vlachonikolis, I.G., Pallis, A.G. and Mouzas, I.A., 2003. Improved validation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire and development of a short form in Greek patients. *The American journal of gastroenterology*, 98(8), pp.1802-1812.
93. Wagner, T.H., Patrick, D.L., Bavendam, T.G., Martin, M.L. and Buesching, D.E., 1996. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*, 47(1), pp.67-71.
94. Wall, L.L., Versi, E., Norton, P. and Bump, R., 1998. Evaluating the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 178(5), pp.877-879.
95. Ward, R.M., Edwards, D.R.V., Edwards, T., Giri, A., Jerome, R.N. and Wu, J.M., 2014. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 211(4), pp.326-335.
96. Woodfield, C.A., Krishnamoorthy, S., Hampton, B.S. and Brody, J.M., 2010. Imaging pelvic floor disorders: trend toward comprehensive MRI. *American Journal of Roentgenology*, 194(6), pp.1640-1649.
97. Wrenn, K., 1989. Fecal impaction. *The New England journal of medicine*, 321(10), pp.658-662.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## *Πρωτότυπη Μορφή Ερωτηματολογίου*

### **THE AUSTRALIAN PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE**

**Please circle your most applicable answer.  
Consider your experiences during the last month.**

#### **Bladder Function**

1. How many times do you pass urine in the day?  
0 up to 7  
1 between 8 – 10  
2 between 11 – 15  
3 more than 15
  
2. How many times do you get up at night to pass urine?  
0 0 – 1  
1 2  
2 3  
3 more than 3 times
  
3. Do you wet the bed before you wake up at night?  
0 never  
1 occasionally (less than once per week)  
2 frequently (once or more per week)  
3 always (every night)
  
4. Do you need to rush or hurry to pass urine when you get the urge?  
0 can hold on  
1 occasionally have to rush (less than once a week)  
2 frequently have to rush (once or more per week)  
3 daily
  
5. Does urine leak when you rush or hurry to the toilet or can't get there in time?  
0 not at all  
1 occasionally (less than once per week)  
2 frequently (once or more per week)  
3 daily
  
6. Do you leak urine when coughing, sneezing, laughing or exercising?  
0 not at all  
1 occasionally (less than once per week)  
2 frequently (more than once per week)  
3 daily
  
7. Is your urinary stream (urine flow) weak, prolonged or slow?  
0 never  
1 occasionally (less than once per week)  
2 frequently (once or more per week)

3 daily

8. Do you have a feeling of incomplete bladder emptying?

0 never

1 occasionally (less than once per week)

2 frequently (once or more per week)

3 daily

9. Do you need to strain to empty your bladder?

0 never

1 occasionally (less than once per week)

2 frequently (once or more per week)

3 daily

10. Do you have to wear pads because of urinary leakage?

0 no – never

1 as a precaution

2 when exercising / during a cold

3 daily

11. Do you limit your fluid intake to decrease urinary leakage?

0 never

1 before going out

2 moderately

3 always

12. Do you have frequent bladder infections?

0 no

1 1 –3 peryear

2 4 – 12 per year

3 more than one per month

13. Do you have pain in your bladder or urethra when you empty your bladder?

0 never

1 occasionally (less than once per week)

2 frequently (once or more per week)

3 daily

14. Does the urine leakage affect your routine activities like recreation, socializing, sleeping, shopping etc?

0 not at all

1 slightly

2 moderately

3 greatly

15. How much does your bladder problem bother you?

0 not at all

1 slightly

2 moderately

3 greatly



**Bowel Function:**

16. How often do you usually open your bowels?

- 0 every other day or daily
- 1 less than every 3 days
- 2 less than once a week
- 3 more than once a day

17. How is the consistency of your usual stool?

- 0 soft 0 firm 0 hard (pebbles)
- 2 watery 1 variable

18. Do you have to strain a lot to empty your bowels?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

19. Do you use laxatives to empty your bowels?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

20. Do you feel constipated?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

21. When you get wind or flatus, can you control it or does wind leak?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

22. Do you get an overwhelming urgency to empty your bowels?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

23. Do you leak watery stool when you don't mean to?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

24. Do you leak normal stool when you don't mean to?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

25. Do you have a feeling of incomplete bowel emptying?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

26. Do you have to use finger pressure to help empty your bowels?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

27. How much does your bowel problem bother you?

- 0 not at all
- 1 slightly
- 2 moderately
- 3 greatly

**Prolapse Symptoms:**

28 Do you have a sensation of tissue protrusion or a lump or bulging in your vagina?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

29. Do you experience vaginal pressure or heaviness or a dragging?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

30. Do you have to push back your prolapse in order to void?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

31. Do you have to push back your prolapse in order to empty your bowels?

- 0 never
- 1 occasionally (less than once per week)
- 2 frequently (once or more per week)
- 3 daily

32. How much does your prolapse bother you?

- 0 not at all
- 1 slightly
- 2 moderately
- 3 greatly

**Sexual Function:**

33. Are you sexually active?

- No
- Less than once a week
- Once or more per week
- Daily or most days

*If you are not sexually active,  
please continue to answer  
questions 34 and 42 only*

34 If you are not sexually active, please tell us why (no scoring of this question)

- Do not have a partner
- I am not interested
- My partner is unable
- Vaginal dryness
- Too painful
- Embarrassment due to the prolapse or incontinence)
- Other reasons: \_\_\_\_\_

35. Do you have sufficient natural vaginal lubrication during intercourse?

- 0 yes
- 1 no

36. During intercourse vaginal sensation is:

- 0 normal / pleasant
- 1 minimal
- 1 painful
- 3 none

37. Do you feel that your vagina is too loose or lax?

- 0 never
- 1 occasionally
- 2 frequently
- 3 always

38. Do you feel that your vagina is too tight?

- 0 never
- 1 occasionally
- 2 frequently
- 3 always

39. Do you experience pain with sexual intercourse?

- 0 never
- 1 occasionally
- 2 frequently

3 always

40. Where does the pain during intercourse occur?

0 not applicable, I do not have pain

1 at the entrance to the vagina

1 deep inside, in the pelvis

2 both at the entrance and in the pelvis

41. Do you leak urine during sexual intercourse?

0 never

1 occasionally

2 frequently

3 always

42. How much do these sexual issues bother you?

0 not applicable, I do not have a problem

0 not at all

1 slightly

2 moderately

3 greatly

BAESSLER, K., O'NEILL, S., MAHER, C.F.

& BATTISTUTTA, D. (2010) A validated self-administered female pelvic floor questionnaire.

## Μετάφραση 1<sup>ο</sup> Μεταφραστή (Χ.Σ.)

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΛΑΦΟΥΣ

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο  
Λάβετε υπόψιν τις εμπειρίες σας τον τελευταίο μήνα

#### Λειτουργία κύστης

1. Πόσες φορές την ημέρα ουρείτε ;
  - Μέχρι 7
  - Μεταξύ 8-10
  - Μεταξύ 11-15
  - Παραπάνω από 15
  
2. Πόσες φορές σηκώνεστε τη νύχτα για να ουρήσετε ;
  - 0-1
  - 2
  - 3
  - Παραπάνω από 3 φορές
  
3. Βρέχετε το κρεβάτι **προτού** ξυπνήσετε το βράδυ;
  - Ποτέ
  - Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
  - Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - Πάντα (κάθε βράδυ)
  
4. Πρέπει να σπεύσετε ή να βιαστείτε για να ουρήσετε όταν σας έρθει η παρόρμηση ;
  - Μπορώ να κρατηθώ
  - Περιστασιακά πρέπει να βιαστώ ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
  - Συχνά πρέπει να βιαστώ (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - Καθημερινά
  
5. Έχετε διαρροή ούρων όταν σπεύдете ή τρέχετε στην τουαλέτα ή δεν προλαβαίνετε εγκαίρως;
  - Καθόλου
  - Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
  - Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - Καθημερινά

6. Έχετε διαρροή ούρων με το βήχα, φτέρνισμα, γέλιο ή άσκηση ;
- Καθόλου
  - Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
  - Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - Καθημερινά
7. Η ροή των ούρων σας είναι αδύναμη, παρατεταμένη ή αργή ;
- Ποτέ
  - Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
  - Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - Καθημερινά
8. Έχετε το αίσθημα ατελούς κένωσης κύστης ;
- Ποτέ
  - Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
  - Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - Καθημερινά
9. Πρέπει να ζοριστείτε για να αδειάσετε την ουροδόχος κύστη σας
- Ποτέ
  - Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
  - Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - Καθημερινά
10. Πρέπει να φοράτε σερβιέτες/πάνες λόγω διαρροή ούρων ;
- Καθόλου-Ποτέ
  - Ως προφύλαξη
  - Όταν γυμνάζομαι / κατά τη διάρκεια κρυολογήματος
  - Καθημερινά
11. Πρέπει να περιορίσετε την πρόσληψη υγρών για να ελαττώσετε την διαρροή ούρων ;
- Ποτέ
  - Πριν βγω έξω
  - Μέτρια
  - Πάντα
12. Έχετε συχνές λοιμώξεις της κύστης ;
- Όχι
  - 1-3 ανά έτος
  - 4-12 ανά έτος

- Περισσότερο από 1 φορά ανά μήνα

13. Έχετε πόνο στην κύστη ή την ουρήθρα όταν αδειάζετε την κύστη σας ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

14. Η διαρροή ούρων επηρεάζει τις καθημερινές σας δραστηριότητες όπως αναψυχή, κοινωνικοποίηση, ύπνος, ψώνια κτλ. ;

- Καθόλου
- Ελαφρώς
- Μετρίως
- Σε μεγάλο βαθμό

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

- Καθόλου
- Ελαφρώς
- Μετρίως
- Σε μεγάλο βαθμό

Σύνολο

/45

---

### **Λειτουργία Εντέρου**

16. Πόσο συχνά εκκενώνετε το έντερό σας ;

- Κάθε δεύτερη μέρα ή καθημερινά
- Λιγότερο από κάθε 3 μέρες
- Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα
- Περισσότερο από 1 φορά την ημέρα

17. Ποια είναι η συνηθισμένη σύσταση των κοπράνων σας ;

- Μαλακά
- Σφιχτά
- Σκληρά ( σαν βοτσαλάκια)
- Υδαρής

- Μεταβλητά

18. Πρέπει να ζοριστείτε πολύ για να αδειάσετε το έντερο σας ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

19. Χρησιμοποιείτε καθαρτικά για να αδειάσετε το έντερο σας ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

20. Νιώθετε δυσκοίλιος ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

21. Όταν έχετε αερία, μπορείτε να το ελέγξετε ή σας διαφεύγουν ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

22. Νιώθετε ποτέ αφόρητη ανάγκη για επείγουσα κένωση του εντέρου ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

23. Σας διαρρέουν υδαρή κόπρανα χωρίς να το επιδιώκετε ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

24. Σας διαρρέουν φυσιολογικά κόπρανα χωρίς να το επιδιώκετε;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)



- Καθημερινά

25. Έχετε το αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

26. Πρέπει να χρησιμοποιήσετε τη πίεση ενός δάχτυλου για να βοηθήσετε να κενώσετε το έντερο σας ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

27. Πόσο σας ενοχλεί το πρόβλημα του εντέρου σας ;

- Καθόλου
- Ελαφρώς
- Μετρίως
- Σε μεγάλο βαθμό

Σύνολο

/34

### **Συμπτώματα Πρόπτωσης**

28. Έχετε την αίσθηση προβολής ιστού, όγκου ή προεξοχής στο κόλπο σας ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

29. Βιώνετε κολπική πίεση ή αίσθηση βάρους ή τραβήγματος ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

30. Πρέπει να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωση προκειμένου να ουρήσετε ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια η περισσότερες φορές την εβδομάδα)

- Καθημερινά

31. Πρέπει να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωση προκειμένου να εκκενώσετε ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά ( λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα)
- Συχνά (μια ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- Καθημερινά

32. Πόσο σας ενοχλεί η πρόπτωση σας ;

- Καθόλου
- Ελαφρώς
- Μετρίως
- Σε μεγάλο βαθμό

Σύνολο

/15

### Σεξουαλική Λειτουργία

33. Είστε σεξουαλικά ενεργή ;

- Όχι
- Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα
- Μια ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
- Καθημερινά ή τις περισσότερες μέρες

Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή  
παρακαλούμε συνεχίστε να απαντήσετε  
μόνο τις ερωτήσεις 34 και 42

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

- Δεν έχω σύντροφο
- Δεν ενδιαφέρομαι
- Ο σύντροφος μου είναι ανίκανος
- Κολπική ξηρότητα
- Πολύ επώδυνο
- Ντροπή λόγω πρόπτωσης ή ακράτειας
- Άλλα αίτια \_\_\_\_\_

35. Έχετε επαρκή φυσιολογική κολπική λίπανση κατά τη συνουσία ;

- Ναι
- Όχι

36. Κατά τη συνουσία η κολπική αίσθηση είναι

- Φυσιολογική/Ευχάριστη
- Ελάχιστη

- Επώδυνη
- Τίποτα

37. Αισθάνεστε ότι ο κόλπος σας είναι πολύ χαλαρός;

- Ποτέ
- Περιστασιακά
- Συχνά
- Καθημερινά

38. Αισθάνεστε ότι ο κόλπος σας είναι πολύ σφιχτός ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά
- Συχνά
- Καθημερινά

39. Βιώνετε πόνο κατά τη σεξουαλική συνουσία ;

- Ποτέ
- Περιστασιακά
- Συχνά
- Καθημερινά

40. Πότε προκύπτει ο πόνος κατά τη συνουσία ;

- Δεν ισχύει , δεν έχω πόνο
- Στην είσοδο του κόλπου
- Βαθιά μέσα στη λεκάνη
- Και στην είσοδο και στη λεκάνη

41. Έχεις διαρροή κατά τη σεξουαλική συνουσία;

- Ποτέ
- Περιστασιακά
- Συχνά
- Καθημερινά

42. Πόσο σας ενοχλούν αυτά τα σεξουαλικά θέματα ;

- Δεν ισχύει, δεν έχω πρόβλημα
- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Μετρίως
- Σε μεγάλο βαθμό

Σύνολο

/40

## Μετάφραση 2<sup>ο</sup> Μεταφραστή (Ε.Μ.)

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ (Pelvic Floor Questionnaire)

Παρακαλώ κυκλώστε την πιο κατάλληλη απάντηση.  
Αναλογισθείτε τις εμπειρίες σας τον τελευταίο μήνα.

#### Λειτουργία Κύστης

- 1) Πόσες φορές την ημέρα ουρείτε;
  - μέχρι 7
  - μεταξύ 8-10
  - μεταξύ 11-15
  - περισσότερο από 15
  
- 2) Πόσες φορές σηκώνεστε το βράδυ για να ουρήσετε;
  - 0-1
  - 2
  - 3
  - περισσότερο από 3 φορές
  
- 3) Βρέχετε το κρεβάτι **πριν** ξυπνήσετε το βράδυ;
  - ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - πάντα (κάθε βράδυ)
  
- 4) Χρειάζεται να τρέξετε ή να βιαστείτε όταν σας έρθει για να ουρήσετε;
  - μπορώ να κρατηθώ
  - περιστασιακά χρειάζεται να τρέξω (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά χρειάζεται να τρέξω (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
  
- 5) Έχετε απώλεια ούρων όταν τρέχετε ή βιάζεστε για την τουαλέτα ή όταν δεν φτάνετε εγκαίρως;
  - καθόλου
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
  
- 6) Έχετε απώλεια ούρων όταν βήχετε, φτερνίζεστε, γελάτε ή κάνετε γυμναστική;
  - καθόλου
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά

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

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

- καθόλου
- λίγο

/45

Total

- μετρίως
- πολύ

\*\*\*\*\*

### Λειτουργία εντέρου

16) Πόσο συχνά ενεργείστε;

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

17) Ποια είναι η σύσταση των συνηθισμένων κοπράνων σας;

- μαλακά
- σφικτά
- σκληρά (σαν πετραδάκια)
- νερουλά (διαρροϊκά)
- ευμετάβλητα

18) Χρειάζεται να ζοριστείτε αρκετά για να εκκενώσετε το έντερό σας;

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

19) Χρειάζεστε καθαρτικά για να αδειάσετε το έντερό σας;

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

20) Αισθάνεστε δυσκοίλια;

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

21) Όταν έχετε αέρια (wind or flatus), μπορείτε να τα ελέγξετε ή σας διαφεύγουν;

- ποτέ
- περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)

- καθημερινά
- 22) Έχετε αισθανθεί ποτέ αφόρητη ανάγκη για να αδειάσετε το έντερό σας;
- ποτέ
- περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- καθημερινά
- 23) Σας διαφεύγουν νερούλα κόπρανα όταν δεν το θέλετε;
- ποτέ
- περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- καθημερινά
- 24) Σας διαφεύγουν κανονικά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;
- ποτέ
- περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- καθημερινά
- 25) Έχετε την αίσθηση ατελούς εκκένωσης του εντέρου σας;
- ποτέ
- περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- καθημερινά
- 26) Χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε την πίεση του δακτύλου σας για βοήθεια στην εκκένωση του εντέρου σας;
- ποτέ
- περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
- συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
- καθημερινά
- 27) Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα της κύστης σας;
- καθόλου
- λίγο
- μετρίως
- πολύ

Total

/34

## Συμπτώματα πρόπτωσης

- 28) Έχετε ποτέ την αίσθηση ιστού που προεξέχει ή εξογκώματος ή προβολής (ιστού) από τον κόλπο σας?
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 29) Έχετε την αίσθηση πίεσης στον κόλπο ή βάρους ή τραβήγματος;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 30) Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή σας για να ουρήσετε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 31) Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή σας για να αδειάσετε το έντερό σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 32) Πόσο πολύ σας ενοχλεί η πρόπτωσή σας;
- δεν ισχύει, δεν έχω πρόπτωση
  - καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

/15

Total

\*\*\*\*\*

## Σεξουαλική λειτουργία

- 33) Είστε σεξουαλικά ενεργή;
- όχι
  - λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
  - μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
  - καθημερινά ή τις περισσότερες ημέρες

**Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή, παρακαλώ συνεχίστε μόνο τις απαντήσεις των ερωτήσεων 34 και 42**



- 34) Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή, παρακαλώ πείτε μας γιατί
- δεν έχω σύντροφο
  - δεν με ενδιαφέρει
  - ο σύντροφός μου είναι ανίκανος
  - κολπική ξηρότητα
  - πολύ επώδυνο
  - ντροπή λόγω πρόπτωσης ή ακράτειας
  - άλλοι λόγοι \_\_\_\_\_
- 35) Έχετε αρκετή φυσική κολπική λίπανση κατά την επαφή;
- ναι
  - όχι
- 36) Κατά την επαφή η αίσθηση του κόλπου είναι:
- φυσιολογική /ευχάριστη
  - ελάχιστη
  - επώδυνη
  - καμία
- 37) Έχετε την αίσθηση ότι ο κόλπος σας είναι πολύ φαρδύς ή χαλαρός;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά
  - πάντα
- 38) Αισθάνεστε ότι ο κόλπος σας είναι πολύ σφικτός;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά
  - πάντα
- 39) Αισθάνεστε πόνο κατά την σεξουαλική επαφή;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά
  - πάντα
- 40) Που είναι ο πόνος σας κατά την επαφή;
- δεν ισχύει, δεν έχω πόνο
  - στην είσοδο του κόλπου
  - βαθιά μέσα στην πύελο
  - και στα δύο στην είσοδο και στην πύελο
- 41) Έχετε απώλεια ούρων κατά την σεξουαλική επαφή;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά

πάντα

42) Πόσο πολύ σας ενοχλούν αυτά τα σεξουαλικά θέματα;

δεν ισχύει, δεν έχω πρόβλημα

καθόλου

λίγο

μετρίως

πολύ

Total

/40
-----

## Σύνθεση T12

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ (Pelvic Floor Questionnaire)

Παρακαλώ κυκλώστε την πιο κατάλληλη απάντηση.

Αναλογισθείτε τις εμπειρίες σας τον τελευταίο μήνα.

#### Λειτουργία Κύστης

- 1) Πόσες φορές την ημέρα ουρείτε;
  - μέχρι 7
  - μεταξύ 8-10
  - μεταξύ 11-15
  - περισσότερο από 15
  
- 2) Πόσες φορές σηκώνεστε το βράδυ για να ουρήσετε;
  - 0-1
  - 2
  - 3
  - περισσότερο από 3 φορές
  
- 3) Βρέχετε το κρεβάτι **πριν** ξυπνήσετε το βράδυ;
  - ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - πάντα (κάθε βράδυ)
  
- 4) Χρειάζεται να τρέξετε ή να βιαστείτε όταν σας έρθει να ουρήσετε;
  - μπορώ να κρατηθώ
  - περιστασιακά χρειάζεται να τρέξω (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά χρειάζεται να τρέξω (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
  
- 5) Έχετε απώλεια ούρων όταν τρέχετε ή βιάζεστε για την τουαλέτα ή όταν δεν φτάνετε εγκαίρως;
  - καθόλου
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
  
- 6) Έχετε απώλεια ούρων όταν βήχετε, φτερνίζετε, γελάτε ή ασκήσετε;
  - καθόλου
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά

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

- 15) Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα της κύστης σας;
- καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

/45

Total

\*\*\*\*\*

### Λειτουργία εντέρου

- 16) Πόσο συχνά ενεργείτε;
- μέρα παρά μέρα ή καθημερινά
  - λιγότερο από 3 ημέρες
  - λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
  - περισσότερο από μία φορά την ημέρα
- 17) Ποια είναι η συνηθισμένη σύσταση των κοπράνων σας;
- μαλακά
  - σφικτά σκληρά (σαν πετραδάκια)
  - νερουλά
  - ευμετάβλητα
- 18) Χρειάζεται να προσπαθήσετε αρκετά για να εκκενώσετε το έντερό σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 19) Χρειάζεστε καθαρτικά για να αδειάσετε το έντερό σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 20) Αισθάνεστε ότι είστε δυσκοίλια;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 21) Όταν έχετε αέρια, μπορείτε να τα ελέγξετε ή σας διαφεύγουν;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 22) Έχετε αισθανθεί ποτέ αφόρητη ανάγκη για να αδειάσετε το έντερό σας;

- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 23) Σας διαφεύγουν νερουλά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 24) Σας διαφεύγουν κανονικά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 25) Έχετε την αίσθηση ατελούς εκκένωσης του εντέρου σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 26) Χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε την πίεση του δακτύλου σας για βοήθεια στην εκκένωση του εντέρου σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 27) Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα του εντέρου σας;
- καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

/34
-----

Total

## Συμπτώματα πρόπτωσης

- 28) Έχετε ποτέ την αίσθηση εξογκώματος ή τμήματος που προεξέχει ή που προβάλλει από τον κόλπο σας?
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 29) Έχετε την αίσθηση πίεσης στον κόλπο ή βάρους ή τραβήγματος;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 30) Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ουρήσετε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 31) Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ενεργηθείτε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 32) Πόσο πολύ σας ενοχλεί η πρόπτωσή σας;
- δεν ισχύει, δεν έχω πρόπτωση
  - καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

Total

/15

\*\*\*\*\*

## Σεξουαλική λειτουργία

- 33) Είστε σεξουαλικά ενεργή;
- όχι
  - λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
  - μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
  - καθημερινά ή τις περισσότερες ημέρες

- 34) Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή, παρακαλώ πείτε μας γιατί

**Αν δεν είστε σεξουαλικά ενεργή, παρακαλώ συνεχίστε μόνο τις απαντήσεις των ερωτήσεων 34 και 42**

- δεν έχω σύντροφο
  - δεν με ενδιαφέρει
  - ο σύντροφός μου είναι ανίκανος
  - κολπική ξηρότητα
  - πολύ επώδυνο
  - ντροπή λόγω πρόπτωσης ή ακράτειας
  - άλλοι λόγοι \_\_\_\_\_
- 

35) Έχετε αρκετή φυσική κολπική λίπανση κατά την επαφή;

- ναι
- όχι

36) Κατά την επαφή η αίσθηση του κόλπου είναι:

- φυσιολογική /ευχάριστη
- ελάχιστη
- επώδυνη
- καμία

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

- ποτέ
- περιστασιακά
- συχνά
- πάντα

38) Αισθάνεστε ότι ο κόλπος σας είναι πολύ σφικτός;

- ποτέ
- περιστασιακά
- συχνά
- πάντα

39) Αισθάνεστε πόνο κατά την σεξουαλική επαφή;

- ποτέ
- περιστασιακά
- συχνά
- πάντα

40) Που είναι ο πόνος σας κατά την επαφή;

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

41) Έχετε απώλεια ούρων κατά την σεξουαλική επαφή;

- Ποτέ
- περιστασιακά
- συχνά
- πάντα



42) Πόσο πολύ σας ενοχλούν αυτά τα σεξουαλικά θέματα;

- δεν ισχύει,δεν έχω πρόβλημα
- καθόλου
- λίγο
- μετρίως
- πολύ

Total

/40
-----

## Office Use Only

### Λειτουργία Κύστης

Q1 0-3 Q2 0-3 Q3 0-3 Q4 0-3 Q5 0-3 Q6 0-3 Q7 0-3 Q8 0-3 Q9 0-3 Q10 0-3 Q11 0-3  
Q12 0-3 Q13 0-3 Q14 0-3 Q15 0-3

### Λειτουργία Έντερου

Q16 0 1 2 0

Q17 μαλακά 0 σφιχτά 0 σκληρά 0 νερουλά 2 ευμετάβλητα 1

Q18 0-3 Q19 0-3 Q20 0-3 Q21 0-3 Q22 -3 Q23 0-3 Q24 0-3 Q25 0-3 Q260-3 Q27 0-3

### Συμπτώματα πρόπτωσης

Q28 0-3 Q29 0-3 Q30 0-3 Q31 0-3 Q32 N/A/ 0-3

### Σεξουαλική λειτουργία

Q33 όχι=a

<1/την βδομάδα =b

>1 τη βδομάδα = c

καθημερινά = d

### Q34

δεν έχω σύντροφο =a

δεν με ενδιαφέρει= b

ο σύντροφός μου είναι ανίκανος =c

κολπική ξηρότητα= d

πολύ επώδυνο=e

ντροπή λόγω πρόπτωσης ή ακράτειας = f

Άλλοι λόγοι?

### Q35

N 0

O 1

Q 36 0 1 1 3

Q 37 0-3 Q38 0-3 Q39 0-3 Q40 0 1 1 2 Q41 0-3 Q42 N/A 0-3

## *Επαναμετάφραση στη γλώσσα 'πηγή' της "Σύνθεσης"*

### *The Australian Pelvic Floor Questionnaire*

**Please circle your most applicable answer.**

**Consider your experiences during the last month.**

#### Bladder function

1. How many times a day do you urinate/ pass urine?
  - Up to 7
  - Between 8 – 10
  - between 11 – 15
  - more than 15
  
2. How many times do you get up at night to urinate/ pass urine?
  - 0-1
  - 2
  - 3
  - more than 3 times
  
3. Do you wet the bed before you wake up at night?
  - never
  - occasionally (less than once per week)
  - frequently (once or more per week)
  - always (every night)
  
4. Do you need to run or hurry to pass urine/ urinate when you feel the urge?
  - can hold on
  - occasionally have to rush (less than once per week)
  - frequently have to rush (once or more per week)
  - daily
  
5. Do you leak urine when you run or hurry to the toilet or when you do not make it there in time?
  - not at all
  - occasionally (less than once per week)
  - frequently (once or more per week)
  - daily
  
6. Do you leak urine when you cough, sneeze, laugh or exercise?
  - not at all
  - occasionally (less than once per week)
  - frequently (once or more per week)
  - daily
  
7. Is your flow of urine weak, prolonged or slow?
  - never
  - occasionally (less than once per week)

- frequently (once or more per week)
  - daily
8. Do you feel your bladder has not completely emptied?
- never
  - occasionally (less than once per week)
  - frequently (once or more per week)
  - daily
9. Do you have to exert yourself/ strain in order to empty your bladder?
- Never
  - occasionally (less than once per week)
  - frequently (once or more per week)
  - daily
10. Do you need to wear towels/pads because of urinary incontinence?
- none - never
  - as a precaution
  - when exercising/during a cold
  - daily
11. Do you limit your intake of fluids in order to reduce incontinence?
- never
  - before going out
  - moderately
  - always
12. Do you often have urinary bladder infections?
- no
  - 1-3 per year
  - 4-12 per year
  - more than one per month
13. Do you feel pain in your bladder or urethra when you empty your bladder?
- never
  - occasionally (less than once a week)
  - frequently (once or more than once a week)
  - daily
14. Does the leakage of urine affect your daily activities such as recreation, socialising, sleep, shopping, etc.?
- not at all
  - slightly
  - moderately
  - greatly
15. How much does your bladder problem bother you?
- not at all

- slightly
- moderately
- greatly

### Bowel function

16. How often do you empty your bowels?

- every other day or daily
- less than every 3 days
- less than once a week
- more than once a day

17. What is the usual consistency of your faeces/stool?

- soft
- firm
- hard (pebbles)
- watery
- variable

18. Do you need to try excessively in order to empty your bowel?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

19. Do you need to use a laxative in order to empty your bowels?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

20. Do you feel constipated?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

21. When you have wind, can you control it or do you leak wind?

- Never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

22. Have you ever felt an overwhelming sense/ uncontrollable urge to empty your bowel?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

23. Do you leak watery stools involuntary?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

24. Do you leak normal stools involuntary?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

25. Do you ever feel that you have not completely emptied your bowel?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

26. Do you need to apply pressure with your fingers in order to help empty your bowel/defecate?

- Never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

27. How much does your bowel problem bother you?

- Not at all
- slightly
- moderately
- greatly

#### Prolapse symptoms

28. Have you ever had the sensation of protuberance or bulging in vagina?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

29. Have you ever had the sensation of vaginal weight pressing or pulling/ dragging?

- not at all
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

30. Do you need to push the prolapse backwards in order to void?

- not at all

- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

31. Do you need to push the prolapse backwards in order to empty your bowel?

- not at all
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

32. How much does your prolapse bother you?

- not applicable, do not have a prolapse
- not at all
- slightly
- moderately
- greatly

Sexual function

33. Are you sexually active?

- no
- less than once per week
- once or more per week
- daily or most days

If you are not sexually active, please  
continue to answer questions 34 and  
42 only

34. If you are not sexually active, please say why

- do not have a partner
- I am not interested
- my partner is unable
- vaginal dryness
- too painful
- embarrassment due to the prolapse or incontinence
- other reasons: \_\_\_\_\_

35. Do you have enough natural vaginal lubrication during sex?

- Yes
- no

36. During sex, the sensation in your vagina is:

- normal / pleasant
- minimal
- painful
- none

37. Do you have the sensation that your vagina is very wide or loose?

- Never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)

daily

38. Do you feel that your vagina is very tight?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

39. Do you feel pain during sex?

- never
- occasionally (less than once per week)
- frequently (once or more per week)
- daily

40. Where does the pain occur during sex?

- not applicable, I do not have pain
- at the entrance to the vagina
- deep inside, in the pelvis
- both at the entrance and in the pelvis

41. Do you leak urine during sex?

- never
- occasionally
- frequently
- always

42. How much do these sexual issues bother you?

- not applicable, I do not have problems
- not at all
- slightly
- moderately
- greatly



## *Τελική Μορφή Ερωτηματολογίου του Πυελικού Εδάφους*

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ (Pelvic Floor Questionnaire)**

**Παρακαλώ κυκλώστε την πιο κατάλληλη απάντηση.  
Αναλογισθείτε τις εμπειρίες σας τον τελευταίο μήνα.**

#### **Λειτουργία Κύστης**

- 1) Πόσες φορές την ημέρα ουρείτε;
  - μέχρι 7
  - μεταξύ 8-10
  - μεταξύ 11-15
  - περισσότερο από 15
  
- 2) Πόσες φορές σηκώνεστε το βράδυ για να ουρήσετε;
  - 0-1
  - 2
  - 3
  - περισσότερο από 3 φορές
  
- 3) Βρέχετε το κρεβάτι **πριν** ξυπνήσετε το βράδυ;
  - ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - πάντα (κάθε βράδυ)
  
- 4) Χρειάζεται να τρέξετε ή να βιαστείτε όταν σας έρθει να ουρήσετε;
  - μπορώ να κρατηθώ
  - περιστασιακά χρειάζεται να τρέξω (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά χρειάζεται να τρέξω (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
  
- 5) Έχετε απώλεια ούρων όταν τρέχετε ή βιάζεστε για την τουαλέτα ή όταν δεν φτάνετε εγκαίρως;
  - καθόλου
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
  
- 6) Έχετε απώλεια ούρων όταν βήχετε, φτερνίζετε, γελάτε ή ασκήσετε;
  - καθόλου
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
  
- 7) Η ροή των ούρων σας είναι ασθενής, παρατεταμένη ή αργή;

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

- 15) Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα της κύστης σας;
- καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

/45

Total

\*\*\*\*\*

### Λειτουργία εντέρου

- 16) Πόσο συχνά ενεργείτε;
- μέρα παρά μέρα ή καθημερινά
  - λιγότερο από 3 ημέρες
  - λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
  - περισσότερο από μία φορά την ημέρα
- 17) Ποια είναι η συνηθισμένη σύσταση των κοπράνων σας;
- μαλακά
  - σφικτά
  - σκληρά (σαν πετραδάκια)
  - νερουλά
  - ευμετάβλητα
- 18) Χρειάζεται να προσπαθήσετε αρκετά για να εκκενώσετε το έντερό σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 19) Χρειάζεστε καθαρτικά για να αδειάσετε το έντερό σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 20) Αισθάνεστε ότι είστε δυσκοίλια;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 21) Όταν έχετε αέρια, μπορείτε να τα ελέγξετε ή σας διαφεύγουν;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά

- 22) Έχετε αισθανθεί ποτέ αφόρητη ανάγκη για να αδειάσετε το έντερό σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 23) Σας διαφεύγουν νερουλά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 24) Σας διαφεύγουν κανονικά κόπρανα όταν δεν το θέλετε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 25) Έχετε την αίσθηση ατελούς εκκένωσης του εντέρου σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 26) Χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε την πίεση του δακτύλου σας για βοήθεια στην εκκένωση του εντέρου σας;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 27) Πόσο πολύ σας ενοχλεί το πρόβλημα του εντέρου σας;
- καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

Total

### Συμπτώματα πρόπτωσης

- 28) Έχετε ποτέ την αίσθηση εξογκώματος ή τμήματος που προεξέχει ή που προβάλλει από τον κόλπο σας?
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 29) Έχετε την αίσθηση πίεσης στον κόλπο ή βάρους ή τραβήγματος;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 30) Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ουρήσετε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 31) Χρειάζεται να πιέσετε προς τα πίσω την πρόπτωσή για να ενεργηθείτε;
- ποτέ
  - περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα)
  - συχνά (μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  - καθημερινά
- 32) Πόσο πολύ σας ενοχλεί η πρόπτωσή σας;
- δεν ισχύει, δεν έχω πρόπτωση
  - καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

Total

/15

\*\*\*\*\*

### Σεξουαλική λειτουργία

- 33) Έχετε σεξουαλικές επαφές;
- όχι
  - λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
  - μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
  - καθημερινά ή τις περισσότερες ημέρες

*Αν δεν έχετε σεξουαλικές επαφές,  
παρακαλώ συνεχίστε μόνο στις  
απαντήσεις των ερωτήσεων 34  
και 42*

- 34) Αν δεν έχετε σεξουαλικές επαφές παρακαλώ πείτε μας γιατί
- δεν έχω σύντροφο
  - δεν με ενδιαφέρει
  - ο σύντροφός μου είναι ανίκανος
  - κολπική ξηρότητα
  - πολύ επώδυνο
  - ντροπή λόγω πρόπτωσης ή ακράτειας
  - άλλοι λόγοι \_\_\_\_\_
- 
- 35) Έχετε αρκετή φυσική κολπική λίπανση κατά την επαφή;
- ναι
  - όχι
- 36) Κατά την επαφή η αίσθηση του κόλπου είναι:
- φυσιολογική /ευχάριστη
  - ελάχιστη
  - επώδυνη
  - καμία
- 37) Έχετε την αίσθηση ότι ο κόλπος σας είναι πολύ φαρδύς ή χαλαρός;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά
  - πάντα
- 38) Αισθάνεστε ότι ο κόλπος σας είναι πολύ σφικτός;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά
  - πάντα
- 39) Αισθάνεστε πόνο κατά την σεξουαλική επαφή;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά
  - πάντα
- 40) Που είναι ο πόνος σας κατά την επαφή;
- δεν ισχύει, δεν έχω πόνο
  - στην είσοδο του κόλπου
  - βαθιά μέσα στην λεκάνη
  - και στα δύο στην είσοδο και στην λεκάνη
- 41) Έχετε απώλεια ούρων κατά την σεξουαλική επαφή;
- ποτέ
  - περιστασιακά
  - συχνά

- πάντα
- 42) Πόσο πολύ σας ενοχλούν αυτά τα σεξουαλικά θέματα:
  - δεν ισχύει, δεν έχω πρόβλημα
  - καθόλου
  - λίγο
  - μετρίως
  - πολύ

Total

/40
-----

## Office Use Only

### Λειτουργία Κύστης

Q1 0-3 Q2 0-3 Q3 0-3 Q4 0-3 Q5 0-3 Q6 0-3 Q7 0-3 Q8 0-3 Q9 0-3 Q10 0-3 Q11 0-3  
Q12 0-3 Q13 0-3 Q14 0-3 Q15 0-3

### Λειτουργία Έντερου

Q16 0 1 2 0

Q17 μαλακά 0 σφιχτά 0 σκληρά 0 νερουλά 2 ευμετάβλητα 1

Q18 0-3 Q19 0-3 Q20 0-3 Q21 0-3 Q22 -3 Q23 0-3 Q24 0-3 Q25 0-3 Q260-3 Q27 0-3

### Συμπτώματα πρόπτωσης

Q28 0-3 Q29 0-3 Q30 0-3 Q31 0-3 Q32 N/A/ 0-3

### Σεξουαλική λειτουργία

Q33 όχι=a

<1/την βδομάδα =b

>1 τη βδομάδα = c

καθημερινά = d

### Q34

δεν έχω σύντροφο =a

δεν με ενδιαφέρει= b

ο σύντροφός μου είναι ανίκανος =c

κολπική ξηρότητα= d

πολύ επώδυνο=e

ντροπή λόγω πρόπτωσης ή ακράτειας = f

Άλλοι λόγοι?

### Q35

N 0

O 1

Q 36 0 1 1 3

Q 37 0-3 Q38 0-3 Q39 0-3 Q40 0 1 1 2 Q41 0-3 Q42 N/A 0-3





## ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

### ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία μελέτη, σχετική με την δημιουργία ενός εύχρηστου ερωτηματολογίου για προβλήματα στο πυελικό έδαφος. Η μελέτη αυτή εκπονείται στα πλαίσια μία πτυχιακής εργασίας της τελειόφοιτης φοιτήτριας Φυσικοθεραπείας, Σεργάκη Χρυσούλας, με την εποπτεία της Επίκουρου Καθηγήτριας του Τμήματος Φυσικοθεραπείας Δρ. Μπίλλη Ευδόκίας

Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών στον κόσμο υποφέρουν από προβλήματα ακράτειας (είτε ούρων είτε κοπράνων), πρόπτωση μήτρας καθώς και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. 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 ερωτηματολόγιο και να υποδείξετε στην ερευνήτρια τυχόν ασάφειες ή δυσκολίες στην κατανόηση κάποιας ερώτησης ή απάντησης. Δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζετε κάποιο από τα προβλήματα που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο. Σκοπός μας είναι η κατανόηση των ερωτήσεων και όχι η απάντηση. Εάν όμως αντιμετωπίζετε κάποια από τα προβλήματα που αναγράφονται και επιθυμείτε να απαντήσετε, μπορείτε να το κάνετε και εμείς θα σας ενημερώσουμε για το σκορ σας.

#### **Ελευθερία συναίνεσης & τήρηση ανωνυμίας**

Η συμμετοχή σας στην ερευνητική εργασία είναι εθελοντική, ενώ η ανωνυμίας θα διασφαλιστεί πλήρως. Είστε ελεύθερος-η να αποφασίσετε ή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας αν το επιθυμείτε.

#### **Δήλωση συναίνεσης**

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

#### **Υπογραφή συμμετέχοντος**

**Όνοματεπώνυμο**

**Ημερομηνία:** \_\_/\_\_/\_\_

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, παρακαλώ επικοινωνήστε τηλεφωνικώς στο 6981215997 ή ηλεκτρονικά στο [xrysaserg@gmail.com](mailto:xrysaserg@gmail.com)