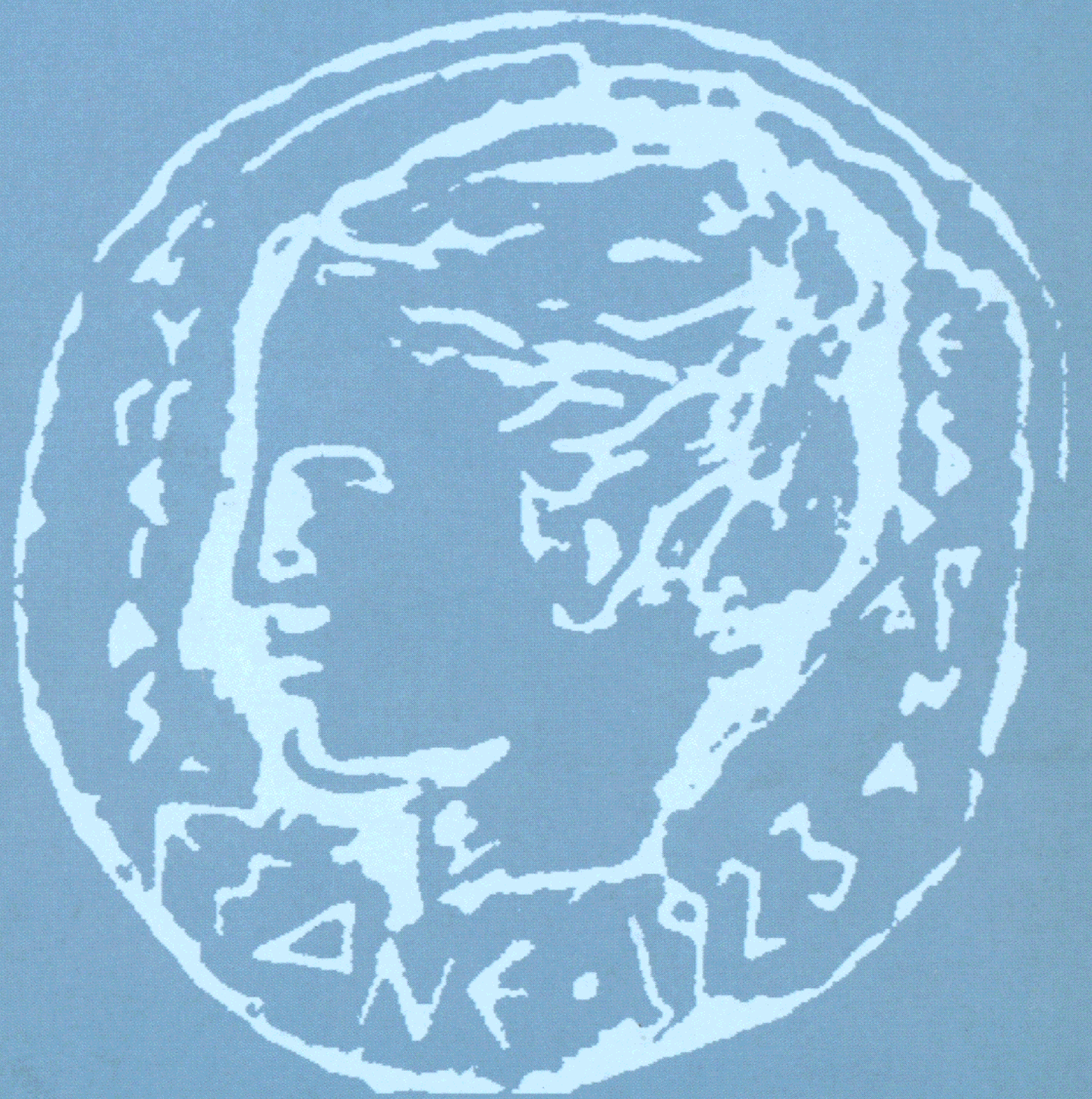


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 35 - Τεύχος 2 - Απρίλιος - Ιούνιος 1996



NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 35 - No 2 - April - June 1996

ISSN 1105-6843





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Έκθεση Πεπραγμένων του Διοικητικού Συμβουλίου του Εθνικού Σύνδεσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ελλάδος από 1.1.95 έως 31.12.95 <i>M. Μαλγαρινού</i>	58
2. Η ακράτεια ούρων: ένα σύνθετο πρόβλημα υγείας <i>Χ. Πλατι</i>	69
3. Η σύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της αυτοφροντίδας μέσω της προσωπικής διευθέτησης αρρώστου-ατόμου <i>Μετάφραση: Γ. Πιερράκος</i>	81
4. Θερμομέτρηση <i>Λ. Κουρκούτα</i>	88
5. Εργαλεία αξιολόγησης του πόνου: Μπορεί ο πόνος να μετρηθεί; <i>Δήμητρα Β. Ακύρου</i>	91
6. Ο πόνος βίωμα και μάθημα <i>Ελένη Καμπούρα-Νιφλή</i>	101
7. Προβλήματα εργατικού δυναμικού στο νοσηλευτικό/μαιευτικό επάγγελμα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Συγκριτική έκθεση των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (E.E.) <i>Μετάφραση: Δ. Νικολαΐδης</i>	106
8. Η νοσηλευτική στα επόμενα χρόνια <i>Μετάφραση: Α. Τζανί</i>	119
9. Χαρίκλεια Μπεϊλέρογλου <i>Β. Λανάρα</i>	122
10. Ανακοινώσεις	123
11. Οδηγίες για τους συγγραφείς	124

CONTENTS

1. Annual report of the Executive Board of the Hellenic National Graduate Nurses' Association from 1.1.95 to 31.12.95 <i>M. Malgarinou</i>	58
2. Urinary incontinence: a complex health problem <i>Ch. Plati</i>	69
3. Linking primary health care and self-care through case management <i>Translation: G. Pierakos</i>	81
4. Thermometry <i>L. Kourkouta</i>	88
5. Pain Assessment Tools: Can pain be measured? <i>Demetra D. Akyrrou</i>	91
6. Pain experience and lesson <i>Helen Kampoura</i>	101
7. Manpower problems in the nursing/midwifery profession in the EC. Country - comparative report <i>Translation: D. Nikolaidis</i>	106
8. Nursing in the years to come <i>Translation: A. Tzani</i>	119
9. Chariklia Beileroglou <i>V. Lanara</i>	122
10. Announcements	123
11. Instructions to authors	124

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου
Ε. Γουλιιά
Α. Καλοκαιρινού
Μ. Μαλγαρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Παππάκη
Α. Πορτοκαλάκη
Α. Ραγιά
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο, 2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδαστριες/ές	2500	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	4500	δρχ.
Εξωτερικού	40	\$
Τιμή τεύχους	750	δρχ.
Τιμή τευχών 1990, 1991	600	δρχ.
» » 1985-1989	500	δρχ.
Παιδιαίτερα τεύχη	400	δρχ.

Η ακράτεια ούρων: ένα σύνθετο πρόβλημα υγείας

Χρυσάνθη Δ. Πλατή

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΧΡΥΣΑΝΘΗ Δ. ΠΛΑΤΗ Η ακράτεια ούρων: ένα σύνθετο πρόβλημα υγείας. Η ακράτεια ούρων, οι δυσμενείς επιπτώσεις της στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση του πάσχοντος, καθώς και το τεράστιο οικονομικό κόστος που δαπανάται για την αντιμετώπισή της, συζητούνται στο άρθρο αυτό. Επίσης, αναφέρεται η επικράτηση της ακράτειας στις διάφορες ομάδες ηλικιών, οι αιτίες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην εμφάνισή της, όπως και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της λειτουργίας της κύστεως. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις συμπεριφερσιολογικές τεχνικές, γιατί η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής τους εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από την προθυμία και τη συνέπεια του νοσηλευτικού προσωπικού, που συμμετέχει στο πρόγραμμα θεραπείας του ασθενή. **Νοσηλευτική 2: 69-80, 1996**

Εισαγωγή

Η ικανότητα του ανθρώπου να ελέγχει τη λειτουργία της κύστεως αποκτάται νωρίς μετά τη γέννησή του και μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Παρά την επικρατούσα άποψη ότι η ακράτεια ούρων είναι συνήθης επιπλοκή της προχωρημένης ηλικίας, είναι δυνατόν για ποικίλους λόγους να συμβεί σε κάθε ηλικία¹.

Η διεργασία της συγκράτησης και εξώθησης των ούρων από την κύστη, διαμορφώνεται σύμφωνα με επικρατούντες κοινωνικούς κανόνες, σε χρόνο και τόπο κοινωνικά αποδεκτό. Η αδυναμία της συγκρότησής τους μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα, που προέρχεται από διακοπή της φυσιολογικής διεργασίας.

Στο Δυτικό πολιτισμό, η αδυναμία ελέγχου της κύστεως θεωρείται παραβίαση των κοινωνικών κανόνων και μπορεί να προκύψουν σοβαρά ψυχολογικά και κοινωνικά επακόλουθα για

όλες τις ηλικίες. Για παράδειγμα, η αποτυχία συγκράτησης των ούρων συνοδεύεται με κοινωνικό στίγμα, το οποίο οδηγεί σε εξοστρακισμό και χλευασμό, δίνοντας την ετικέτα του «νηπίου» για τους νέους και την κατηγορία του «ανεπαρκούς» για τους μεγαλύτερους.

Καίτοι οι λειτουργοί της υγείας γνωρίζουν ότι η ακράτεια των ούρων δεν είναι φυσιολογικό μέρος της προχωρημένης ηλικίας, εν τούτοις επικρατεί μια αίσθηση κοινωνικής άρνησης².

Η ακράτεια ούρων είναι πρόβλημα υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία του ατόμου που βιώνει το πρόβλημα, καθώς και της οικογένειας που με κάθε τρόπο συμμετέχει στη φροντίδα του. Οι εμπειρίες του ατόμου το κάνουν να νιώθει ανάμεικτα αισθήματα ντροπής, υποβίβαση της αυτοεκτίμησης, της αυτοαξίας και μείωση της αυτονομίας του. Παράλληλα, οι ψυχολογικές επιδράσεις εκδηλώνονται με άγχος, κατά-

θλιψη και κοινωνική απόσυρση. Η ακράτεια ούρων προδιαθέτει ή συμβάλλει στη δημιουργία προβλημάτων υγείας, όπως τοπικές δερματίτιδες, κατακλίσεις, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος³ κ.ά.

Η νοσηλεία χαρακτηρίζεται ως στρεσογόνος, γιατί η συνεχής αλλαγή λευχειμάτων, η φροντίδα του δέρματος, η θεραπεία των κατακλίσεων και η κακοσμία από τα ρυπαρά λευχειμάτα είναι αισθητικά δυσάρεστες εργασίες για το προσωπικό που τους φροντίζει, με αποτέλεσμα την πτώση του ηθικού και την ανάπτυξη του stress στο προσωπικό⁴.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η ακράτεια ούρων έχει οριστεί ως ακούσια απώλεια ελέγχου της κύστεως⁵, ως ακούσια διαφυγή ούρων από το κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος⁶ και ως ακούσια απώλεια ούρων ικανή να αποτελέσει πρόβλημα⁷.

Πριν από τη δεκαετία του '70 η αιτιολογία της ακράτειας ούρων δεν ήταν απολύτως κατανοητή και η ταξινόμησή της ακαθόριστη. Πίστευαν, ότι η ακράτεια ούρων στις γυναίκες προκαλείτο από πρόπτωση του τραχήλου της μήτρας και η αξιολόγηση βασικά ήταν κλινική. Όταν αξιολογείτο η οπισθία ουρηθροκυστική γωνία, γινόταν κυστεογραφία και η θεραπεία στηριζόταν σε διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η κολπορραφία. Με την εμφάνιση των ουροδυναμικών μελετών η διαγνωστική έχει βελτιωθεί σημαντικά⁸.

Η ακράτεια ούρων που οφείλεται στο stress αποτελεί σύμπτωμα ή σημείο και όχι διάγνωση. Επιπλέον, θεωρείται το πιο κοινό σύμπτωμα της δυσλειτουργίας του κατωτέρω ουροποιητικού σωλήνα στις γυναίκες. Το σύμπτωμα αυτό σπανίως συμβαίνει μόνο, συνυπάρχει με πολλές άλλες αιτίες και δε σχετίζεται με την ηλικία^{9,10}.

Σύμφωνα με την αιτία που προκαλεί την ακράτεια ούρων, έχουν περιγραφεί αρκετά είδη όπως: επειγούσα ούρηση (urge incontinence), ακράτεια από stress (stress incontinence), μεικτός τύπος ακράτειας (mixed incontinence), αντανακλαστική ακράτεια (reflex incontinence),

λειτουργική ακράτεια (functional incontinence) και ακράτεια εξ υπερπληρώσεως (overflow incontinence). Οι αναφερόμενες εμπλέκονται σε μια ευρύτερη λειτουργική ταξινόμηση: αποτυχία συγκράτησης ή αποτυχία κένωσης της κύστεως. Έχουν εντοπιστεί και άλλοι δύο ακόμα τύποι, ο παροδικός τύπος ακράτειας και ο εγκατεστημένος.

Η έκταση του προβλήματος είναι δύσκολο να καθοριστεί. Η επίπτωση της ακράτειας ούρων παρουσιάζει τεράστιες διαφορές στις διάφορες μελέτες¹¹. Σε παλαιότερη μελέτη που αφορούσε ιδρυματοποιημένο πληθυσμό >65 ετών, ο Lowenthal¹² υπολόγισε το ποσοστό της ακράτειας ούρων σε 85%. Στη μελέτη των Wells και συν.¹³ το 76% παρουσίαζε κάποιο βαθμό ακράτειας, ενώ το 50% αδυνατούσε να ελέγξει την κύστη. Παρόμοια ποσοστά αναφέρουν οι Ouslander και συν.¹⁴ Οι McCormick και συν.¹⁵ δήλωσαν ότι το 45% των ηλικιωμένων που μένουν στα διάφορα ιδρύματα παρουσιάζουν ακράτεια ούρων. Οι Thomas και συν.¹⁶ αναφέρουν ότι το 8,5% των γυναικών, ηλικίας 15-65 ετών, υποφέρει από ακράτεια ούρων. Αντίθετα, οι Blocklehurst και συν.¹⁷ βρήκαν ότι το 57% των γυναικών ηλικίας 45-65 ετών παρουσίαζε το πρόβλημα.

Σε νοσοκομεία οξέων νοσημάτων, η συχνότητα βρέθηκε 10%, ενώ η Palmer¹⁸ αναφέρει 10.5% και 23% από αυτούς που το απέκτησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Σε ιδρύματα αποκαταστάσεως ηλικιωμένων, ο δείκτης κυμάνθηκε 29% έως 55% και σε χρονίων νοσημάτων 53% και 78% αντίστοιχα¹⁹. Στις ΗΠΑ από 1,4 εκατομμύρια ατόμων, που ζουν σε διάφορα ιδρύματα, το 50% παρουσιάζει καθημερινά τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας ούρων²⁰. Στη Μεγάλη Βρετανία 9.000.000 άνθρωποι υποφέρουν από ακράτεια ούρων με προτίμηση ως προς το φύλο τις γυναίκες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες^{21,22}. Εκτός από τα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που δημιουργούνται από την ακράτεια ούρων, το οικονομικό κόστος που απαιτείται για την αντιμετώπισή της είναι τεράστιο^{23,24}.

Σε ιδρύματα για τους ηλικιωμένους στις ΗΠΑ, το ετήσιο κόστος για την αντιμετώπιση της ακράτειας υπολογίστηκε σε 2 δισεκατομμύρια δολάρια²⁵. Σύμφωνα με τον Creason²⁶, η διευθέτηση μιας μόνο περίπτωσης κοστίζει 1,64 δολάρια. Η ημερήσια συχνότητα ακράτειας ούρων για ένα άτομο υπολογίστηκε κατά μέσο όρο σε 6 φορές, ενώ το ετήσιο κόστος ανέρχεται σε 3.592 δολάρια το άτομο. Η νοσηλεία ασθενούς με ακράτεια ούρων κοστίζει 2 1/2 φορές περισσότερο από εκείνον που συγκρατεί τα ούρα. Σύμφωνα με τον Brazda²¹, το ετήσιο κόστος για το 1983 στις ΗΠΑ υπερέβη τα 8 δισεκατομμύρια δολάρια. Σε πρόσφατη μελέτη²⁷ το κόστος της ακράτειας των ούρων στις ΗΠΑ για το 1994 υπολογίστηκε σε 15 δισεκατομμύρια δολάρια. Στο ποσό αυτό περιλαμβάνονται: διάγνωση, θεραπεία, προϊόντα για τη διευθέτησή της, επιπλοκές όπως λοιμώξεις, τραύματα από τις πτώσεις και καταστροφή του δέρματος, ενώ οι συναισθηματικές συγκρούσεις είναι δύσκολο να κοστολογηθούν.

Σε συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στο Εθνικό Ίδρυμα Υγείας των ΗΠΑ, το πρόβλημα της ακράτειας των ούρων χαρακτηρίστηκε όχι μόνο αφύσικο και αντικοινωνικό, αλλά και υπερβολικά δαπανηρό. Τα συμπεράσματα που διατυπώθηκαν ομόφωνα από όλους τους συνέδρους είναι τα ακόλουθα:

- Η ακράτεια ούρων είναι κοινό πρόβλημα στους ηλικιωμένους Αμερικανούς, ενώ λαμβάνει επιδημικό χαρακτήρα σ' αυτούς που ζουν στα διάφορα ιδρύματα.
- Το κόστος της ακράτειας ούρων επιβαρύνει τους Αμερικανούς με 10 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.
- Η ακράτεια ούρων δεν αποτελεί μέρος της φυσιολογικής γήρανσης, αλλά οι μεταβολές που συμβαίνουν με το πέρασμα του χρόνου προδιαθέτουν στην επίπτωσή της.
- Η ακράτεια ούρων οδηγεί στη στιγματοποίηση και την κοινωνική απομόνωση του ατόμου.
- Από τα 10 εκατομμύρια των Αμερικανών που παρουσιάζουν ακράτεια ούρων, οι περισσότεροι από τους μισούς δεν έχουν αξιολογηθεί, ούτε τους έχει δοθεί θεραπεία.

Τα περισσότερα άτομα που παρουσιάζουν ακράτεια ούρων είναι δυνατόν να θεραπευτούν ή να βελτιωθούν. Κάθε άτομο που παρουσιάζει ακράτεια θα πρέπει να αξιολογείται και να υποβάλλεται σε θεραπεία. Οι ασχολούμενοι με τη φροντίδα υγείας παραγνωρίζουν την ακράτεια ούρων και δεν παρέχουν επαρκή διάγνωση και θεραπεία.

- Η ανεπαρκής στελέχωση των γηριατρικών ιδρυμάτων εμποδίζει την κατάλληλη θεραπεία και συμβάλλει στην παραμέληση των ατόμων αυτών.

Η ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση δεν έχει αναγνωρίσει την αναγκαιότητα ανάπτυξης και εφαρμογής προγραμμάτων σχετικών με την ακράτεια ούρων.

- Προκειμένου να βελτιωθεί και εκτιμηθεί η θεραπεία της ακράτειας ούρων απαιτούνται σοβαρά ερευνητικά προγράμματα τα οποία θα διερευνήσουν το πρόβλημα²⁸.

Ταξινόμηση ακράτειας ούρων

Επίσημα έχουν αναγνωρισθεί τα ακόλουθα είδη ακράτειας ούρων:

- **Επείγουσα ούρηση - Urge incontinence:** Ονομάζεται και ιδιοπαθής αστάθεια του εξωστήρα μυός. Χαρακτηρίζεται από ακούσια ούρηση, η οποία συμβαίνει μετά την αντίληψη ενός έντονου αισθήματος επείγουσας έπειξης προς ούρηση. Προηγείται ισχυρή συστολή της κύστεως, η οποία συνθλίβει το μηχανισμό της συγκράτησης στον αυχένα της κύστεως, με αποτέλεσμα το μήνυμα για κένωση της κύστεως να είναι ασθενές ή να απουσιάζει.

- **Ακράτεια ούρων λόγω stress - Stress incontinence:** Είναι ο πιο κοινός τύπος. Χαρακτηρίζεται ως ακούσια απώλεια ούρων και συμβαίνει όταν απουσιάζει η συστολή του εξωστήρα μυός. Τότε αναπτύσσεται ενδοκυστική πίεση, η οποία υπερβαίνει τη μέγιστη ουρηθρική. Αφορά και στα δύο φύλα με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Εμφανίζεται κατά το βήχα, το γέλιο, την απότομη ανόρθωση σώματος και την ανύψωση βάρους. Απώλεια ούρων δεν συμβαίνει όταν τα άτομα αυτά βρίσκονται σε ύπτια θέση.

- **Μεικτός τύπος ακράτειας ούρων - Mixed incontinence:** Σχετίζεται με τη συγκράτηση των ούρων. Κύρια συστατικά της είναι οι δύο προαναφερόμενοι τύποι.

- **Αντανακλαστική ακράτεια ούρων - Reflex incontinence:** Πιστεύεται ότι προκύπτει από τραυματισμό ή νόσημα της σπονδυλικής στήλης. Η διαφυγή των ούρων συμβαίνει λόγω ασταθούς συστολής της κύστεως, όπως στην πρώτη περίπτωση, με τη διαφορά ότι στην περίπτωση αυτή απουσιάζει η αίσθηση της ούρησης.

- **Λειτουργικός τύπος ακράτειας ούρων - Functional incontinence:** Αναφέρεται σε πρόβλημα συγκράτησης ούρων. Συνήθως προκαλείται από φυσικά ή περιβαλλοντικά εμπόδια κατά τη φυσιολογική ούρηση ή από ακατάλληλη πληροφορία της γνωστικής διεργασίας για επιτυχημένη ούρηση. Και στις δύο περιπτώσεις δεν υπάρχει πραγματική ουρογεννητική παθολογία.

- **Ακράτεια εξ υπερπληρώσεως - Overflow incontinence:** Ορίστηκε ως οποιαδήποτε ακούσια διαφυγή ούρων, η οποία συμβαίνει λόγω υπερδιάτασης της κύστεως. Ο τύπος αυτός αποτελεί σφραγίδα ελέγχου της συγκράτησης και της ανεπαρκούς κένωσης της κύστεως. Η κύστη γεμίζει με ούρα αλλά το μήνυμα για εκκένωση είναι ανεπαρκές ή απουσιάζει. Η πληρότητα της κύστεως συνεχίζει έως ότου αναπτυχθεί ικανή πίεση, η οποία συνθλίβει το μηχανισμό συγκράτησης, με αποτέλεσμα να διαφύγει μια ποσότητα ούρων. Ο τύπος αυτής της ακράτειας είναι κοινός σε διαβητικά άτομα και σε διάφορα νευρολογικά νοσήματα, όπως πολλαπλή σκλήρυνση, τραυματισμός της σπονδυλικής στήλης²⁹ κ.ά.

Αιτιολογία και τρόποι αντιμετώπισης της ακράτειας ούρων

Αναφέρονται κοινές αιτίες, οι οποίες συμβάλλουν ή ευθύνονται στην εμφάνιση προσωρινής αναστρέψιμης ακράτειας ούρων.

Παροδική ακράτεια ούρων

- Συγχυτικές καταστάσεις ή delirium
- Συμπτωματική ουρολοίμωξη
- Ατροφική ουρηθρίτιδα ή κολπίτιδα

- Φαρμακευτική, ηρεμιστικά, διουρητικά, αντισπασμωδικά, αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσονικά, αντιαρρυθμικά, οπιοειδή, αντιδιαρροϊκά κ.ά.

- Ψυχολογικές διαταραχές, ειδικά η κατάθλιψη

- Ενδοκρινικές διαταραχές (υπερκαλιαιμία ή υπεργλυκαιμία)

- Περιορισμένη κινητικότητα

- Μεγάλη δυσκοιλιότητα

Όταν το κώλυμα αρθεί, επανέρχεται σε κανονική λειτουργία της κύστεως.

Επείγουσα ούρηση

Είναι μάλλον νευρικής αιτιολογίας, κοινή σε ηλικιωμένα άτομα. Η θεραπεία είναι φαρμακευτική (αντισπασμωδικά), συμπεριφερειολογικές τεχνικές όπως χαλάρωση με ασκήσεις Kegel, εκπαίδευση κύστεως απλή ή σε συνδυασμό με βιοεπανατροφοδότηση κ.ά.

Ακράτεια ούρων από stress

Οι κυριότερες αιτίες είναι: η τεκνογονία, εμμηνόπαυση, παχυσαρκία, χρόνια δυσκοιλιότητα και αδυναμία σύγκλισης της ουρήθρας. Η θεραπεία συνίσταται σε μια μεγάλη ποικιλία χειρουργικών διορθωτικών επεμβάσεων, φαρμακευτική-συμπαθητικομιμητικά-και συμπεριφερειολογική³⁰.

Ακράτεια ούρων εξ υπερπληρώσεως

Κοινά αίτια είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η πολλαπλή σκλήρυνση και πολλές άλλες νευρολογικές παθήσεις. Είναι δυνατόν να οφείλεται και σε κώλυμα όπως σε υπερτροφία προστάτου. Στη δεύτερη περίπτωση η θεραπεία είναι χειρουργική-προστατεκτομή. Ο διακεκομμένος καθετηριασμός προτείνεται, καθώς και φαρμακευτική αγωγή για την προαγωγή της συστολής της κύστεως³¹.

Λειτουργική ακράτεια ούρων

Τα κυριότερα αίτια που συντελούν στην εμφάνιση αυτού του τύπου της ακράτειας είναι: επιδεινωμένη κινητικότητα, ρυθμός ταχύτητας βαδίσματος, ικανότητα συγκράτησης των

ούρων, γνωστική επιδείνωση. Αναφέρονται μερικά από τα σημαντικότερα περιβαλλοντικά αίτια: Μεγάλη απόσταση τουαλέτας από το δωμάτιο του ασθενή, αδέξιο άνοιγμα της πόρτας, έλλειψη στηριγμάτων στην τουαλέτα, ανώμαλο έδαφος, πολλά έπιπλα και μικρά χαλιά στο δάπεδο, ανεπαρκής φωτισμός, καλώδια κ.ά.

Το θεραπευτικό σχήμα περιλαμβάνει τροποποίηση του περιβάλλοντος, ώστε το άτομο να έχει άμεση και ασφαλή πρόσβαση στην τουαλέτα. Ενταξή του σε ειδικά προγράμματα για αύξηση της κινητικής και γνωστικής του ικανότητας.

Ανατομία κατώτερου ουροποιητικού

Η ουροδόχος κύστη συντίθεται από μια δεσμίδα συνυφασμένου δικτύου λείων μυϊκών ινών, που διαφοροποιείται προς το στόμιο της κύστεως, σε τρεις σιβάδες. Οι μυϊκές δεσμίδες από την έξω και έσω σιβάδα φέρονται δικτυωτά προς τα κάτω καλύπτοντας ολόκληρο το μήκος της γυναικείας ουρήθρας και το μεγαλύτερο μέρος της ανδρικής. Αυτό γίνεται προκειμένου ο έσω σφιγκτήρας, ο οποίος ελέγχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, να επιτελέσει τη λειτουργία του.

Επίσης στο επίπεδο κοντά στην ουρήθρα υπάρχει ένας δακτύλιος από τριπλούς μυς, φερόμενοι ευκρινώς από τους μυς του περιναίου του πυελικού διαφράγματος, περιλαμβάνοντας και τον εξωτερικό σφιγκτήρα. Αυτός μαζί με τον παρακείμενο τριπλό περίναιο μυ είναι κάτω από τον εκούσιο έλεγχο. Ομως, οι ίδιοι μύες με το να υπόκεινται σε μυϊκό κάματο μπορούν να εξασφαλίσουν για βραχύ χρονικό διάστημα τη συγκράτηση των ούρων³².

Φυσιολογικά, ο αυχέννας της κύστεως είναι πάνω από το διάφραγμα του πυελικού εδάφους. Έτσι, τα αποτελέσματα της ενδοκοιλιακής πίεσης στην κύστη είναι αντισταθμιστικά, με παρόμοια πίεση στον αυχένα της κύστεως και κοντά στην ουρήθρα.

Έλλειψη ισορροπίας συμβαίνει όταν ο αυχέννας της κύστεως φέρεται προς τα κάτω στο επίπεδο του πυελικού διαφράγματος. Ο παράγοντας αυτός παρατηρείται στην ακράτεια ούρων, κυρίως των γυναικών, λόγω stress.

Ενας άλλος παράγοντας, που συντελεί στη συγκράτηση των ούρων των γυναικών, είναι η πυκνότητα ευαισθησίας των οιστρογόνων του βλεννογόνου της ουρήθρας, η οποία συμβάλλει στην αντίσταση της ουρήθρας³³.

Νευροφυσιολογία

Η συστολή της κύστεως επιτυγχάνεται αρχικά, με τη μεσολάβηση ερεθίσματος από το νευρικό παρασυμπαθητικό σύστημα. Η ελάχιστη χάλαση της κύστεως παράγεται από ερέθισμα των βήτα αδρενεργικών. Η σύγκλιση των έσω και έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας επιτελείται με τη μεσολάβηση ερεθίσματος από τους άλφα αδρενεργικούς.

Για να επιτευχθεί η συγκράτηση των ούρων και η κατάλληλη ούρηση, απαιτείται μια καλά οργανωμένη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το κέντρο της ούρησης που βρίσκεται στο εγκεφαλικό στέλεχος ευθύνεται γι' αυτόν το συντονισμό. Η κατεύθυνση του 2ου αντανεκλαστικού τόξου ξεκινάει από την κύστη και καταλήγει σ' αυτό το κέντρο. Στον πρόσθιο λοβό του εγκεφάλου υπάρχει αναχαιτιστικό κέντρο, το οποίο παρακολουθεί το κέντρο της ούρησης στο στέλεχος³⁴.

Το 3ο αντανεκλαστικό τόξο αναχαιτίζει τη δύναμη του κινητικού ερεθίσματος στους μυς του πυελικού εδάφους, όταν αυτοί ερεθίζονται επέρχεται χάλαση των μυών, για να πληρωθεί η κύστη με ούρα. Το 4ο αντανεκλαστικό τόξο διατηρεί τον ακούσιο έλεγχο στους μυς του πυελικού εδάφους και του εξωτερικού σφιγκτήρα της ουρήθρας³⁵.

Φυσιολογικά, η κύστη γεμίζει προοδευτικά με ούρα χωρίς αισθητή αλλαγή στην ενδοκυστική πίεση και παράλληλα το εύκαμπτο τοίχωμα της κύστεως διατείνεται για να διευκολύνει την αύξηση του όγκου των ούρων. Εάν ο όγκος των ούρων μέσα στην κύστη δεν φθάσει τα 300 ml, αίσθημα πληρότητας ή επιθυμίας προς ούρηση δεν εμφανίζεται. Σ' αυτό το σημείο, εκούσιοι νευροαναχαιτιστικοί μηχανισμοί είναι δυνατόν να εμπλακούν και να προξενήσουν επιπλέον χάλαση της κύστεως. Εθελούσιες συστολές των μυών του πυελικού διαφράγματος μπορεί να

ενισχύσουν τον εσωτερικό σφιγκτήρα να συγκρατήσει τα ούρα και να επιτρέψει την περαιτέρω πλήρωση της κύστεως. Τελικά, αν η πλήρωση της κύστεως συνοδεύει με κεντρομόλα ερεθίσματα από το 2ο αντανεκλαστικό τόξο, τα οποία θα είναι αρκετά δυνατά να υπερσχύσουν την ανακλαστική επίδραση του 1ου αντανεκλαστικού τόξου με αποτέλεσμα την ακούσια ούρηση³⁶.

Δυναμική της φυσιολογικής εκκενώσεως της κύστεως

Η φυσιολογική κένωση της κύστεως πραγματοποιείται με τη δράση αντανεκλαστικού, το οποίο βρίσκεται κάτω από εκούσιο έλεγχο του εγκεφαλικού φλοιού.

Η ακράτεια των ούρων παρουσιάζει πολυπλοκότητα από το γεγονός, ότι 20 αντανεκλαστικοί μηχανισμοί σχετίζονται με την ούρηση. Η φυσική βάση της ακράτειας αποδίδεται στην υψηλή ενδοκυστική πίεση, παρά στην αντίσταση της ουρήθρας. Ο αυχένος και το στόμιο της ουρήθρας, που βρίσκονται πλησίον του αυχένος, γνωστά ως έσω σφιγκτήρας, αρχικά είναι υπεύθυνα για τη συγκράτηση των ούρων³⁷.

Σε φυσιολογικά άτομα η ενδοουρηθρική πίεση είναι υψηλότερη από την ενδοκυστική όταν η κύστη βρίσκεται σε ανάπαυση. Η τάση της κύστεως αυξάνει καθώς γεμίζει με ούρα, ενώ της ουρήθρας παραμένει στο μηδέν. Έτσι, στη μέγιστη ενδοκυστική επάρκεια οι κολληγόνες ίνες του τοιχώματος της κύστεως ανθίστανται στην παραπέρα διάταση, με αποτέλεσμα η διάταση να σταματήσει, ενώ πολύ γρήγορα αυξάνεται η ενδοκυστική πίεση. Στο σημείο αυτό, η συγκράτηση των ούρων επιτυγχάνεται από τη διαφορά της πίεσεως που υπάρχει μεταξύ ουρήθρας και κύστεως. Στη συγκράτηση των ούρων συμμετέχουν οι σκελετικοί μύες του έξω σφιγκτήρα, οι οποίοι κατευθύνονται από τον εκούσιο έλεγχο του πυελικού εδάφους³⁸.

Η επιθυμία για κένωση της κύστεως είναι ένα αίσθημα που γίνεται αντιληπτό στο βρεγματικό λοβό του εγκεφαλικού φλοιού. Το αίσθημα μεταβιβάζεται με ώσεις που προκλήθηκαν από την τεταμένη κύστη. Οι ώσεις περνούν μέσω της πυέλου και των σπλαχνικών νεύρων (Σ2, Σ3 και

Σ4) κατά μήκος του νωτιαίου σωλήνα και ανέρχονται στο εγκεφαλικό στέλεχος και τον υποθάλαμο³⁹.

Η αναχαίτιση των ώσεων φαίνεται να καταστέλλεται στην περιοχή των βασικών γαγγλίων ασυνείδητα και στη συνέχεια στον εγκεφαλικό φλοιό. Η αναστολή της ουρήσεως εξαρτάται:

- από την κατάσταση των σχετικών διεγερτικών ώσεων από το Σ2, Σ3 τμήμα του νωτιαίου μυελού,
- από τη μεταβίβαση του ερεθίσματος στον εγκεφαλικό φλοιό,
- από την εκτίμηση της σημαντικότητας του ερεθίσματος μέσα στον εγκεφαλικό φλοιό,
- από την ικανότητα του εγκεφαλικού φλοιού να παρέχει απαραίτητη επιπρόσθετη εκούσια αναχαίτιση⁴⁰.

Η επίδραση της ηλικίας στην ακράτεια ούρων

Η ηλικία καθ' εαυτή δεν προκαλεί ακράτεια. Όμως, είναι δυνατό να αυξήσει τα περιθώρια μεταξύ συγκρατήσεως και ακράτειας. Με το πέρασμα του χρόνου η επάρκεια της κύστεως μειώνεται, χωρίς προφανή ανατομική αλλαγή. Η συχνότητα και ο όγκος του υπολείμματος ούρων αυξάνονται και η αίσθηση εκκενώσεως της κύστεως γίνεται περισσότερο διαβλητή.

Σε νέο άτομο η έπειξη προς ούρηση μπορεί να συμβεί όταν τα ούρα βρίσκονται στη μέση της κύστεως, ενώ στον ηλικιωμένο μπορεί να συμβεί και όταν ακόμα η κύστη είναι γεμάτη με ούρα. Η καθυστέρηση αυτού του αισθήματος οδηγεί στην αύξηση του ιζήματος, ενώ η συγκράτηση των ούρων στην κύστη είναι δυνατή.

Οι φυσιολογικές δομικές μεταβολές σε συνδυασμό με διάφορες παθολογικές καταστάσεις επηρεάζουν άμεσα το ουροποιητικό σύστημα και αυξάνουν την επίπτωση της ακράτειας των ούρων στους ηλικιωμένους. Όμως, επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν, ότι αιτίες προερχόμενες από φυσικές μεταβολές στον εγκέφαλο και στα άλλα μέρη του σώματος έχουν έμμεση επίδραση στην κύστη και αυτό προκύπτει μόνο μέσω της διαταραχής των μηχανισμών της συμπεριφοράς⁴¹.

Ο έλεγχος της κύστεως εξαρτάται από μια

σειρά εκουσίων συμπεριφορών, κατά τις οποίες το αίσθημα πληρότητας της κύστεως αποτελεί ερέθισμα για σύγκλιση του εξωτερικού σφιγκτήρα της ουρήθρας και παρεμπόδιση της συστολής της κύστεως. Το άτομο αυτόματα οδηγείται προς ούρηση. Αυτές οι συμπεριφορές μαθαίνονται από την παιδική ηλικία και διατηρούνται σε όλη την περίοδο της ενηλικιώσεως και έτσι προστατεύουν το άτομο από την αμηχανία.

Η Norton⁴² παραδέχεται, ότι ο έλεγχος της κύστεως εφόσον μαθαίνεται από τη νηπιακή ηλικία, είναι πολύ φυσικό για τους ηλικιωμένους όταν παρουσιάζουν ακράτεια ούρων, να αισθάνονται ότι απειλείται η ωριμότητά τους.

Στους ηλικιωμένους, οι μηχανισμοί ελέγχου συμπεριφοράς είναι δυνατόν να διαταραχθούν με ποικίλους τρόπους. Οι κυριότεροι παράγοντες προέρχονται από:

Φυσικά προβλήματα: επιδεινωμένη κινητικότητα, αδυναμία βάδισης, ανεπιτυχείς δεξιότητες, αδυναμία μεταφοράς κ.ά.

Γνωστικά/αισθητικά προβλήματα: ανικανότητα αναγνώρισης και χρησιμοποίησης γνωστών αντικειμένων, έκπτωση μνήμης, έλλειψη προσανατολισμού, ανικανότητα επικοινωνίας για βοήθεια κ.ά.

Ψυχολογικά προβλήματα: απροθυμία συγκράτησης ούρων, θυμός και ματαίωση της προσπάθειας απαλλαγής από την ακράτεια, κατάθλιψη.

Ιατρογενή προβλήματα: έλλειψη πρόσβασης στην τουαλέτα, έλλειψη ατόμων για βοήθεια, περιβαλλοντικά εμπόδια, διάφορα φάρμακα, τα οποία δρουν αρνητικά στη φυσική γνωστική/αντιληπτική ή ψυχολογική ικανότητα του ατόμου⁴³.

Νευρογενής ακράτεια

Πολύ συχνά παρουσιάζουν ακράτεια ούρων ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης με νευροπάθεια, οργανική νόσος του εγκεφάλου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) κ.ά. Η αιτία συνήθως αποδίδεται σε βλάβη του κέντρου ουρήσεως στον εγκέφαλο ή σε διακοπή της κινητικής και αισθητικής οδού μεταξύ κύστεως και κέντρων ουρήσεως του εγκεφάλου⁴⁴.

Ο ουροδυναμικός έλεγχος και η εργαστηριακή μελέτη συνήθως καθορίζουν τον τύπο της ακράτειας. Γίνεται η ακράτεια οφείλεται σε νευρογενή αίτια. Η δραστηριότητα της νευρογενούς κύστεως είναι μη αναστρέψιμη, με αποτέλεσμα την ακούσια διαφυγή ούρων, αφού το άτομο δεν αντιλαμβάνεται το αίσθημα της έπειξης προς ούρηση.

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Πριν από κάθε παρέμβαση προηγείται προσεκτική αξιολόγηση του αρρώστου, η οποία περιλαμβάνει: ιστορικό υγείας, ιστορικό φαρμάκων, καθώς και ειδικό ιστορικό για την εντόπιση του τύπου της ακράτειας με ειδικά για την κάθε περίπτωση ερωτήματα. Ακολουθεί σωματική εξέταση κατά την οποία ο ασθενής υποβάλλεται σε δοκιμαστικά tests για stress, για υπόλειμμα ούρων κύστεως κ.ά. Η αξιολόγηση ολοκληρώνεται με τον νευρολογικό και εργαστηριακό έλεγχο⁴⁵.

Βασισμένοι στην ουροδυναμική μελέτη, τον εργαστηριακό έλεγχο και κυρίως στο ιστορικό του ασθενή είναι δυνατόν να καθοριστεί το είδος της ακράτειας και η ενδεδειγμένη αγωγή που θα ακολουθηθεί.

Ενας μεγάλος αριθμός μεθόδων και τεχνικών έχουν χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο και τη μείωση της ακράτειας των ούρων. Οι μέθοδοι αυτές περιλαμβάνουν ειδικό υλικό, όπως ειδικές πάνες πολλαπλής ή μιας χρήσεως, πάνες με ηλεκτρονικές συσκευές ευαίσθητες στην υγρασία, έτσι ώστε να ενημερώνεται ο ασθενής όταν υπάρχει διαφυγή ούρων, καθώς και πολλά άλλα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα που στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση του προβλήματος⁴⁶.

Ακόμη, εφαρμόζονται διαδικασίες αλλαγής συμπεριφοράς (βιοεπανατροφοδότηση, εκπαίδευση κύστεως), φαρμακευτική θεραπεία, χειρουργικές επεμβάσεις και διακεκομμένος καθετηριασμός.

Οι συμπεριφερειολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι κοινές και ίσως περισσότερο αποτελεσματικές. Δεν απαιτούν πολύπλοκα και δαπανηρά όργανα και συσκευές, είναι απλές στην εκτέλεσή τους και κυρίως δεν θέτουν το άτομο σε κίνδυνο⁴⁷.

Προγραμματισμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Σταθερή τυπολογία σχετική με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, προς το παρόν, δεν έχει αρκετά μελετηθεί. Ο όρος εκπαίδευση κύστεως ως προγραμματισμένη θεραπευτική αγωγή εφαρμόζεται σε μεγάλη ποικιλία περιπτώσεων, ώστε η ευρεία της χρήση να προκαλεί σύγχυση. Οι περισσότερες αναγνωρισμένες κατηγορίες είναι τέσσερις: **1) εκπαίδευση κύστεως, 2) επανεκπαίδευση της συνήθειας της κύστεως, 3) καθορισμένος χρόνος ούρησης, 4) υποκίνηση για ούρηση και βιοεπανατροφοδότηση.**

Ο τύπος του προγράμματος είναι ένα μόνο στοιχείο των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Αλλά εξίσου σημαντικά συστατικά είναι η διδασκαλία του αρρώστου σε σχέση με τον έλεγχο της κύστεως, που γίνεται με απλό ή κατηγορηματικό τρόπο προκειμένου να επιτευχθεί θετική ανταπόκριση του ασθενή στην εκπαίδευση. Επίσης, η φύση των επαφών μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών αποτελεί ίσως το πιο βασικό στοιχείο στην επιτυχία του προγράμματος^{48,49}.

Εκπαίδευση κύστεως

Στην ομάδα αυτή ο ασθενής επεκτείνει το χρονικό διάστημα προς ούρηση, συνήθως, κάθε τρεις ή τέσσερις ώρες. Στην προκειμένη περίπτωση είναι χρήσιμο να διακριθούν δύο κατηγορίες ασθενών. Αυτοί που ακολουθούν το θεραπευτικό πρόγραμμα υποχρεωτικά και εκείνοι που το πρόγραμμά τους έχει οριστεί και δεν χρησιμοποιούν τουαλέτα πριν από τον προγραμματισμένο χρόνο, έστω κι αν το κόστος θα είναι μια ακούσια ούρηση. Ο ενδιαμέσος χρόνος μεταξύ καθορισμένου χρόνου ούρησης προοδευτικά μεγαλώνει.

Στα αυτοκαθοριζόμενα θεραπευτικά προγράμματα, οι ασθενείς επεκτείνουν το χρονικό διάστημα ούρησης σύμφωνα με τη δική τους κρίση, αλλά μπορεί να χρησιμοποιήσουν την τουαλέτα όταν η έπειξη προς ούρηση είναι ανυπόφορη⁵⁰.

Επανεκπαίδευση της συνήθειας της κύστεως

Στην προσέγγιση αυτή προγραμματίζεται ο χρόνος ούρησης του ασθενή (τυπικά κάθε δύο

ώρες). Παράλληλα, ενθαρρύνεται να τηρήσει το χρόνο, ενώ μπορεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα όταν αδυνατεί να καθυστερήσει το χρόνο ούρησης.

Για τα επεισόδια ακράτειας ούρων χρησιμοποιούνται διαγράμματα και οι ασθενείς προσαρμόζουν το χρόνο ούρησης, έτσι ώστε να συμφωνεί με τον ατομικό τους τύπο ούρησης⁵¹.

Η επανεκπαίδευση της συνήθειας της κύστεως διαφέρει από την εκπαίδευση της κύστεως στο γεγονός ότι τα χρονικά διαστήματα μπορούν να επεκτείνονται ή να περιστέλλονται ανάλογα. Ομως, προσπάθειες πρέπει να γίνονται για επέκταση του χρόνου ούρησης. Και στις δύο περιπτώσεις οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να περιστείλουν, για κάποιο χρόνο, την έπειξη προς ούρηση⁵².

Καθορισμένος χρόνος ούρησης

Σ' αυτή την προσέγγιση ο ασθενής ακολουθεί συγκεκριμένο χρόνο ούρησης, που όμως στην πορεία δεν αλλάζει για λόγους τήρησης του πρωτοκόλλου.

Αναφέρεται, ότι ο καθορισμένος χρόνος ούρησης είναι ο πιο κοινός τύπος και χρησιμοποιείται πολύ συχνά στα θεραπευτικά προγράμματα εκπαίδευσης κύστεως. Αποτελεί επίσης σημαντικό συστατικό των προγραμμάτων εκπαίδευσης ασθενών με νευρογενή κύστη, η οποία συνοδεύεται με τραύμα νωτιαίου μυελού. Σ' αυτά τα προγράμματα, ο καθορισμένος χρόνος ούρησης συνδυάστηκε με μετρήσεις όπως της «αυτοκαταγραφής» και άλλων χειρισμών με σκοπό την προαγωγή της ούρησης και του αυτοκαθετηριασμού⁵³.

Παρακίνηση για ούρηση

Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιείται συνήθως σε ιδρυματοποιημένο πληθυσμό με βαριά γνωστικά και κινητικά προβλήματα. Σε τακτά χρονικά διαστήματα, το νοσηλευτικό προσωπικό ρωτάει τον ασθενή αν θέλει να ουρήσει. Σε θετική ανταπόκριση, ο ασθενής βοηθείται να πάει στην τουαλέτα⁵⁴.

Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η συμμετοχή του αρρώστου στη φροντίδα του. Ο στό-

χος της μεθόδου είναι η αποφυγή των επεισοδίων της ακράτειας. Ομως, προκύπτουν και άλλα οφέλη, όπως, η συχνή επαφή με το προσωπικό είναι ένας τύπος κοινωνικοποίησης και σημαντικός παράγοντας στον έλεγχο της κύστεως, αφού η ακράτεια ούρων δημιουργεί συναισθηματικό stress, το οποίο οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση.

Βασική προϋπόθεση της μεθόδου αποτελεί η επάρκεια και η αποτελεσματικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο σηκώνει το μεγαλύτερο βάρος της εφαρμογής της μεθόδου, ως προς τη βοήθεια και την καταγραφή της ακρίβειας της πορείας της εκπαίδευσης⁵⁵.

Τεχνικές βιοεπανατροφοδότησης

Τον τελευταίο καιρό έχει αναπτυχθεί ένας μεγάλος αριθμός πρωτοκόλλων σε σχέση με τις τεχνικές βιοεπανατροφοδότησης. Τα πρωτόκολλα αυτά έχουν ευρεία εφαρμογή σε ποικίλα προβλήματα ελέγχου της ούρησης. Σ' αυτές τις τεχνικές μπορούν οι ίδιοι οι άρρωστοι να παρακολουθούν την κυστεομετρική πορεία, καθώς και άλλες μετρήσεις, οι δείκτες των οποίων τους βοηθούν να εκτιμήσουν τα αποτελέσματα των προσπαθειών τους στον έλεγχο της ούρησης⁵⁶.

Η βιοεπανατροφοδότηση κατά τη διάρκεια της πλήρωσης του κυστεομέτρου χρησιμοποιείται για να βελτιωθεί η ικανότητα της κύστεως, να αναστείλει τη συστολή και να μειώσει την ενδοκυστική πίεση, ειδικότερα σε ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία της ακράτειας επείγουσα ούρηση (urge incontinence).

Σ' αυτή την προσέγγιση ο ασθενής λαμβάνει βιοεπανατροφοδότηση, όχι μόνο από την κυστεομετρική μελέτη, αλλά και από την κυστική αίσθηση, η οποία συνοδεύεται με άνοδο της πίεσεως κατά τη διάρκεια της παλίνδρομης πληρότητας⁵⁷.

Σε άλλη τεχνική, ο καθετήρας συνδέεται με την κυστεομετρική συσκευή και παραμένει 18 έως 24 ώρες μετά την πλήρωση. Έτσι ο ασθενής λαμβάνει πληροφορίες βιοεπανατροφοδότησης, σχετικά με την ανταπόκρισή του στη φυσιολογική πλήρωση της κύστεως.

Η τεχνική της βιοεπανατροφοδότησης κατά

τη διάρκεια της πλήρωσης της κυστεομετρικής συσκευής χρησιμοποιείται επίσης σε μια μεγάλη ομάδα ηλικιωμένων με ακράτεια από stress. Η βασική γραμμή αξιολόγησης αυτής της ομάδας δείχνει, ότι οι συστολές των μυών του πυελικού εδάφους που εμποδίζουν την ακράτεια, συχνά συνοδεύονται με συστολές των κοιλιακών μυών, οι οποίες ανεβάζουν την ενδοκυστική πίεση και προκαλούν διαφυγή ούρων. Η παρακολούθηση βιοεπανατροφοδότησης της ενδοκοιλιακής πίεσης και των συστολών των μυών του πυελικού εδάφους χρησιμοποιούνται, προκειμένου να βελτιωθούν οι δεξιότητες του ασθενή στις συστολές των μυών του πυελικού εδάφους χωρίς τις σύγχρονες συστολές των κοιλιακών μυών⁵⁸.

Έχουν επίσης περιγραφεί μη κυστεομετρικές τεχνικές για την παροχή βιοεπανατροφοδότησης, σχετικά με τη δραστηριότητα των μυών του πυελικού εδάφους, του εξωστήρα-δυσενέργεια σφιγκτήρας, καθώς υπάρχει θεωρητική προσέγγιση επανατροφοδότησης για την πρόληψη της ακράτειας από stress. Η ηλεκτρική διέγερση δοκιμάζεται κυρίως σε άτομα με ήπια απώλεια ούρων με καλά αποτελέσματα. Οι πυελικοί μύες εκπαιδεύονται προκειμένου να απαντήσουν στην ανύψωση της ενδοκοιλιακής πίεσεως⁵⁹.

Επιλογή ασθενών

Οι προσεγγίσεις εκπαίδευσης κύστεως και κυστεομετρικές τεχνικές βιοεπανατροφοδότησης χρησιμοποιούνται σε περιπατητικούς ασθενείς, με ανέπαφη τη γνωστική λειτουργία και σε ακράτεια τύπου επείγουσας ούρησης ή στις περιπτώσεις αστάθειας εξωστήρα, με σκοπό να βελτιωθεί ο έλεγχος της ούρησης⁶⁰.

Οι προσεγγίσεις, καθορισμένος χρόνος ούρησης και παρακίνηση προς ούρηση, χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με λειτουργική ακράτεια, οι οποίοι παρουσιάζουν επιδεινωμένη κινητική και γνωστική λειτουργία, και με κύριο στόχο την ελαχιστοποίηση των «ατυχημάτων» μάλλον, παρά τη βελτίωση του ελέγχου της ούρησης⁶¹.

Η προσέγγιση επανεκπαίδευσης της συνήθειας, η οποία συνδυάζει στοιχεία και από τις

δύο προσεγγίσεις - εκπαίδευση κύστεως και καθορισμένος χρόνος ούρησης - χρησιμοποιείται και για τους δύο αναφερόμενους τύπους ασθενών.

Η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος της εκπαίδευσης της κύστεως στους ηλικιωμένους είναι περιορισμένη, εξαιτίας της φυσιοπαθολογίας της ακράτειας στην ομάδα αυτή. Καίτοι τυπικοί, συμπτωματικοί και ουροδυναμικοί όροι μπορεί να περιγράψουν ανωμαλίες στη λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού σωλήνα σ' αυτόν τον πληθυσμό, οι αιτίες των συμπτωμάτων και ουροδυναμικών ανωμαλιών μπορεί να διαφέρουν μεταξύ νέου και ηλικιωμένου πληθυσμού⁶².

Η αξιολόγηση των διαφόρων συμπεριφορικών θεραπειών παραμένει σημαντική πρόκληση για τη νοσηλευτική, λόγω της μεγάλης ποικιλίας των ατόμων που παρουσιάζουν ακράτεια ούρων και ειδικότερα του ηλικιωμένου πληθυσμού, λόγω της φυσιοπαθογένειας του ουροποιητικού τους συστήματος.

Η ποιότητα της ζωής είναι από τα πιο συζητημένα θέματα της δεκαετίας του '90. Όμως οι κοινωνικές συγκρούσεις, οι πολιτικές επιλογές, αναφορά με τα συστήματα υγείας, καθώς και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Η θεραπεία της ακράτειας ίσως να μην είναι δυνατή σε όλες τις καταστάσεις, όμως όταν αξιολογηθεί σωστά το είδος της και εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία, μπορεί να βοηθηθούν οι ασθενείς και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους⁶³.

CH. PLATI, Urinary incontinence: a complex health problem. *The paper discuss the negative effects on the physical, psychological and social condition of the incontinent person, as well as the financial burden has been imposed upon country's economy. The prevalence of the urinary incontinence in various age-groups, the causes produce the problem and the therapeutic approaches are used to control the bladder's continence are mentioned. The paper also focused on the description of the behavioral techniques, since their effectiveness, to a great*

extent, depend on the nursing personnel compliance and devotion to the application of the therapeutic program. Nossileftiki 2: 69-80, 1996

Βιβλιογραφία

1. Hadley E.: Bladder training and related therapies for urinary incontinence in older people. *JAMA* 256: 273-379, 1986.
2. Heller B., Whitehead W., Johnson L.: Incontinence. *J. Gerontol, Nurs.* 15: 16-23, 1989.
3. YU CL.: Incontinence stress index: Measuring psychological impact. *J. Gerontol Nurs.* 13: 18-25, 1987.
4. Yu CL, Lynne K.: Stressed nurses dealing with incontinence patients. *J. Gerontol Nurs.* 13: 27-30, 1983.
5. Williams M.P., Wallhagen M., Dowling G.: Urinary Retention in hospitalized elderly women. *J. Gerontol. Nurs.* 19: 7-14, 1993.
6. Tunink P.: Alteration in urinary elimination. *J. Gerontol. Nurs.* 14: 25-30, 1988.
7. International Conference Society. The standardization on terminology of lower urinary tract function. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 6 (suppl): 1-16, 1990.
8. Jarvis G.J., Hall S., Stamp S., Millar D.R., Johnson A.: An assessment of urodynamic examination in incontinent women. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 87: 893-896, 1980.
9. Richardson D.: Overflow incontinence and urinary retention. *Clinical Obstet. Gynecol.* 33: 378-381, 1990.
10. Morris A., Browne G., Saltmarche A.: Urinary incontinence correlates among cognitively impaired elderly veterans. *J. Gerontol. Nurs.* 18: 33-40, 1992.
11. Tiemann D., Shea L., Klutke C.: Artificial urinary sphincters. *J. Aorn.* 57: 1365-1379, 1993.
12. Lowenthal M.: Nobody wants the incontinent. *Registered Nurse* 21: 82-85, 1958.
13. Wells T.J.: Social and psychological implications of incontinence. In *Urology in the Elderly* (Brockehur ed), Churchill Livingstone, Edinburg 1984.
14. Ouslander J.G., Kane R.L., Abrass L.B.: Urinary incontinence in elderly nursing home patients. *JAMA* 248: 1194-1198, 1982.

15. McCormick K., Burgio L., Engel B., Scheve A., Leahy E.: Urinary incontinence: An augmented prompted void approach. *J. Gerontol Nurs.* 18: 3-10, 1992.
16. Thomas T.M., Plymat K.R., Blannin J., Meade T.W.: Prevalence of urinary incontinence. *British Medical Journal* 281: 1243-1245, 1980.
17. Brocklehurst J., Fry J., Griffith L., Kalton G.: Urinary infections and symptoms of dysuria in women aged 45-64 years. *Age and Aging* 1: 41-47, 1972.
18. Palmer M.: Urinary incontinence. *Nurs. Clin. North. Am.* 25: 919-934.
19. Breitenbucker R.: Minimizing urinary incontinence in the nursing home. *Geriatrics* 45: 32-40, 1990.
20. Gross J.: Bladder dysfunction after a stroke: It is Not Always inevitable. *J. Gerontol. Nurs.* 16: 20-25, 1990.
21. Cardozo L.: Urinary incontinence in women: have we anything new to offer? *BMJ* 303: 1453-1457, 1991.
22. Lara L., Troop P., Baird M.: The risk of urinary tract infection in bowel incontinence men. *J. Gerontol. Nurs.* 16: 24-26, 1990.
23. Ashworth P.D., Hagan M.T.: The meaning of incontinence sufferers. *J. Adv. Nurs.* 18: 1415-1423, 1993.
24. Market and Opinion Research Institute. Survey of prevalence of attitudes to incontinence. London: MORI, 1991.
25. Yu L.C., Lynne K., Igou J., Graighead W.: Measuring stress associated with incontinence. *J. Gerontol Nurs.* 15: 9-15, 1989.
26. Creason N.: Costing urinary incontinence in nursing homes. *Contemporary long term care* 10: 84-90, 1987.
27. Brazda J.F.: Washington report. *The Nation's Health* 13: 3-5, 1983.
28. National Institute of Health. Urinary incontinence in adults. Consensus development conference statement 7: 11-32, 1988.
29. U.S. Dept of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research. Urinary incontinence in adults clinical practice guidelines. Washington DC, the Agency, Mar. 1992.
30. Ouslander I.G., Urrman H.N., Ulman G.C.: Development and Testing of an incontinence monitoring record. *J. Am. Geriatr. Soc.* 34: 83-90, 1986.
31. Willington E.L.: *Incontinence in the Elderly.* London Academic Press, 1976.
32. Borrie M., Campbell A., Caradoc-Davies T., Spears G.: Urinary incontinence after stroke: A prospective study. *Age Aging* 15: 177-181, 1986.
33. Adams M., Baron M., Caston M.A.: Urinary incontinence in the acute phase of cerebral vascular accident. *Nurs. Res.* 15: 100-107, 1966.
34. Tsuchida S., Noto H., Yamaguchi O., Hoh M.: Urodynamic studies on hemiplegic patients after cerebrovascular accident. *Urology* 21: 315-317, 1983.
35. Kegel A.: Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 56: 238-248, 1948.
36. Ribeiro B.I., Smith S.R.: Evaluation of urinary catheterization and urinary incontinence in a general nursing home population. *J. Am. Geriatr. Soc.* 33: 479-482, 1985.
37. Resnick N.M. Yalla S.V., Laurino E.: The pathophysiology of urinary incontinence among institutionalized elderly persons. *N. Engl. J. Med.* 320: 1-7, 1989.
38. Mandelstam D.: Strengthening pelvic floor muscles. *Geriatr. Nurs.* 4: 251-252, 1980.
39. Ouslander J.G., Leach G.E., Staskin D.R.: Simplified tests of lower urinary tract function in the evaluation of geriatric urinary incontinence. *J. Am. Geriatr. Soc.* 37: 706-714, 1989.
40. Andrews K.: Relevance of readmission of elderly patients discharged from a geriatric Unit. *J. Am. Geriatr. Soc.* 34: 5-11, 1986.
41. Norton C.S.: The effects of urinary incontinence in women. *International Rehabilitation Medicine* 4: 9-14, 1982.
42. Norton C.S.: *Nursing for Continence.* Beaconsfield, Beaconsfield 1986.
43. Burgio K., Whitehead W., Engel B.: Urinary incontinence in the elderly. *Ann. Int. Med.* 103: 507-515, 1985.
44. McCathy C.: Continence: call in the experts. *Nursing Times* 82: 76-78, 1986.
45. Royal College of Nursing. The problem of promoting continence. Royal College of Nursing, London, 1983.

46. Burgio K., Burgio L.: Behavior therapies for urinary incontinence in the elderly. *Clin. Geriatr. Med.* 2: 809-827, 1986.
47. Spiro L.: Bladder training for the incontinent patient. *J. Gerontol. Nurs.* 4: 28-35, 1978.
48. Autry D., Lauzon F., Holliday P.: The voiding record and aid in decreasing incontinence. *Geriatric Nursing* 5: 22-25, 1984.
49. Mahady I.M. Begg B.M.: Long-term symptomatic and cystometric cure of the urg incontinence syndrome using a technique of bladder re-education. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 88: 1038-1043, 1981.
50. Smith P.S., Button P.G., Thomas D.A.: Problems involved in toilet training profoundly mentally handicapped adults. *Behav. Ther.* 13: 301-307, 1975.
51. Azrin N.H., Foxx R.M.: A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *J. App. Behav. Anal.* 4: 89-91, 1971.
52. Creason N. Grybowski J., Burgener S., Whippo C., Ye S.: Prompted voiding therapy for urinary incontinence in aged female nursing home residents. *J. Adv. Nurs.* 14: 120-126, 1989.
53. Maney J.Y.: Behavioural therapy approach to bladder retraining. *Nursing Clinics of North America* 11: 179-188, 1976.
54. Pearson R., Noe H.N.: Why urodynamic studies are important in urologic problems of the elderly? *Geriatrics* 34: 43-46, 1979.
55. Wells T.: Promoting urine control in older adults: Scope of the problem. *Geriatric Nursing* 1: 236-240, 1980.
56. Tarrier N., Lerner S.: The effects of manipulation of social reinforcement on toilet request on a geriatric ward. *Age Aging* 12: 234-239, 1983.
57. O' Neill G.W.: Behavior therapy for urinary frequency in a patient with neurogenic bladder. A case report. *Gen. Hosp. Psychiatry* 4: 15-18, 1982.
58. Herzog A.R., Fultz Nh, Normolle D.P., Brock B.M., Diokno A.C.: Methods use to manage urinary incontinence by older adults in the community. *J. Am. Geriatr. Soc.* 37: 339-347, 1989.
59. Jone K.R.: Ambulatory bio-feedback for stress incontinence exercise regimes: a novel development of peneometer. *J. Adv. Nurs.* 19: 509-512, 1994.
60. Watson R.: A nursing trial of urinary sheath systems on male hospitalized patients. *J. Adv. Nurs.* 14: 467-470, 1989.
61. Moore K.N.: Electrical stimulation for the treatment of urinary incontinence: do we know enough to accept it is part of our practice? *J. Adv. Nurs.* 20: 1018-1022, 1994.
62. Thayer D.: How to assess and control urinary incontinence. *Am. J. Nurs.* 94: 42-46, 1994.
63. Palmer M.: A health-promotion perspective of urinary continence. *Nursing Outlook* 42: 163-169, 1994.