

**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS  
MEDICINOS AKADEMIJA**

**Goda Jievaltienė**

**PAGYVENUSIO AMŽIAUS  
BESIKREIPIANČIŲ Į ŠEIMOS  
GYDYTOJĄ MOTERŲ ŠLAPIMO  
NELAIKYMAS IR JO SĄSAJOS  
SU GYVENIMO KOKYBE**

Daktaro disertacija  
Biomedicinos mokslai,  
slauga (10B)

Kaunas, 2012

Disertacija rengta 2006–2011 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Geriatrijos klinikoje.

**Mokslinė vadovė**

prof. habil. dr. Vita Lesauskaitė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, biomedicinos mokslai, slauga – 10B)

## TURINYS

SANTRUMPOS.....	5
ĮVADAS.....	6
1.LITERATŪROS APŽVALGA.....	9
1.1. Šlapimo nelaikymo apibrėžimas ir atsiradimo mechanizmai .....	9
1.2. Urogenitalinės sistemos amžiniai pakitimai .....	10
1.3. Šlapimo nelaikymo paplitimas.....	12
1.4. Šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai .....	14
1.5. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos įvertinimas .....	18
1.6. Gyvenimo kokybės įvertinimas esant šlapimo nelaikymui.....	20
2. TIRIAMŪJŲ KONTINGENTAS IR TYRIMO METODIKA.....	25
2.1. Tiriamųjų imtis ir tyrimo eiga.....	25
2.2. Tyrimo anketa .....	26
2.2.1. Socialiniai-demografiniai duomenys .....	26
2.2.2. Tiriamųjų fizinės sveikatos vertinimas .....	27
2.2.3. Tiriamųjų psichikos sveikatos vertinimas.....	27
2.2.4. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas.....	28
2.2.5. Su šlapimo nelaikymu susijusios gyvenimo kokybės vertinimas.....	29
2.3. Statistinė analizė .....	31
3. REZULTATAI.....	33
3.1. Socialiniai-demografiniai duomenys .....	33
3.2. Tiriamųjų fizinės sveikatos įvertinimas .....	34
3.3. Tiriamųjų psichikos sveikatos įvertinimas.....	37
3.3.1. Pažintinės funkcijos .....	37
3.3.2. Depresyvumas.....	39
3.4. Šlapimo nelaikymo sąsajos su fizine ir psichikos sveikata.....	41
3.5. Šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai .....	44
3.6. Šlapimo nelaikymo prognoziniai veiksniai.....	46
3.7. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įvertinimas .....	51
3.8. Su šlapimo nelaikymu susijusios gyvenimo kokybės įvertinimas....	57
3.9. Bendrinio ir specifinio gyvenimo kokybės klausimynų koreliacija..	60
3.10. Gyvenimo kokybės skirtumai tarp miesto ir kaimo moterų.....	62
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	64
4.1. Šlapimo nelaikymo paplitimas.....	64
4.2. Šlapimo nelaikymas ir sveikata.....	67
4.2.1. Fizinė sveikata.....	67
4.2.2. Psichikos sveikata .....	68
4.3. Šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai .....	70

4.4. Šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė .....	75
4.4.1. Gyvenimo kokybė vertinant SF-36 klausimynu .....	75
4.4.2. Šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė vertinant SF-36 klausimynu .....	79
4.4.3. Gyvenimo kokybė vertinant I-QOL klausimynu .....	86
4.4.4. Bendrinio ir specifinio klausimynų rezultatų palyginimas .....	90
4.5 Pagyvenusių miesto ir kaimo moterų, besikreipiančių į šeimos gydytoją, fizinė ir psichinė sveikata bei gyvenimo kokybė .....	92
4.6 Apibendrinimas .....	95
IŠVADOS .....	98
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	99
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS.....	100
SPAUSDINTŲ DARBŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS .....	117
PRIEDAI .....	118

## SANTRUMPOS

BFLUTS – Bristolio moterų apatinių šlapimo takų simptomų klausimynas (angl. *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire*)  
GDS – Geriatriinė depresijos skalė (angl. *Geriatric Depression Scale*)  
GK – gyvenimo kokybė  
GS – galimybių santykis  
HRQOL – su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ( angl. *Health Related Quality of Life*)  
ICIQ – Tarptautinės ekspertų grupės šlapimo nelaikymo modulinis klausimynas (angl. *International Consultation on Incontinence modular questionnaire*)  
ICS – Tarptautinė šlapimo sulaikymo draugija (angl. *International Continence Society*)  
IIQ – šlapimo nelaikymo poveikio klausimynas ( angl. *Incontinence Impact Questionnaire*)  
I-QOL – gyvenimo kokybės dėl šlapimo nelaikymo įvertinimas (angl. *Incontinence Quality of Life Measure*)  
KMI – kūno masės indeksas  
P – pasikliautinumo lygmuo  
PI – pasikliautinis intervalas  
r – Pirsono koreliacijos koeficientas  
ROC – jautrumo-specifiškumo analizė (angl. *Receiver Operating Characteristic*)  
PRO – pacientų vertinimo rezultatai (angl. *Patient Reported Outcomes*)  
SF-36 – Medicininių baigčių studijos trumpoji anketa – 36 (angl. *Medical Outcomes Study Short Form – 36*)  
SN – standartinis nuokrypis  
ŠN – šlapimo nelaikymas  
ŠN– – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys  
ŠN+ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys  
UDI – Šlapimo ir lyties organų ligų sukkelto neigiamo poveikio aprašymas (angl. *Urogenital Distress Inventory*)  
URIS – Skubos poveikio skalė (angl. *The Urge Impact Scale*)  
PSO – Pasaulio sveikatos organizacija  
TPBT – trumpasis protinės būklės tyrimas (angl. *Mini Mental State Exam, strp. MMSE*)  
 $\chi^2$  chi kvadrato kriterijus

## IVADAS

### Problemos aktualumas

Šlapimo nelaikymas (ŠN) – sveikatos problema, varginanti įvairaus amžiaus žmones. Literatūros duomenimis, šlapimo nelaiko 25–45 proc. moterų ir 11–34 proc vyrų. [34]. Dėl anatominių ir fiziologinių organizmo ypatumų bei senėjimo procesų ši problema ypač aktuali pagyvenusioms moterims [93, 142, 150]. Šlapimo nelaikymas atsiliepia įvairiems jų gyvenimo kokybės ir kasdienio gyvenimo aspektams.

Nustatyta, kad pagyvenusios, nelaikančios šlapimo moterys dažnai jaučiasi nevisavertės ir nereikalingos [229], serga depresija [230]. Be to, 30–46 proc. nelaikančių šlapimo moterų turi įvairią lytinę disfunkciją (sumažėjęs lytinis potraukis, sutrikęs lytinis sujaudinimas, sunkiau pasiekiamas orgazmas) [64, 211]. Taigi, ŠN sukelia ne tik fizines ir **psichologines** problemas, tačiau šlapimo nelaikymas yra ir **socialinė** problema. Tokios moterys dažnai yra socialiai neaktyvios, nes negali kontroliuoti nevalingo šlapimo ištekėjimo, gėdiasi [162] šlapimo nelaikymo, jeigu yra pagyvenusios ir silpnos, tai dažnai būna priklausomos nuo jas prižiūrinčių žmonių. Šlapimo nelaikančios moterys mažai sportuoja, nes bijo nesulaikyti šlapimo užsiėmimų metu [30, 176]. Fizinio aktyvumo vengimas dėl šlapimo nelaikymo yra hipertenzijos, išeminės širdies ligos, depresijos rizikos veiksnys [30]. Taigi, socialinės problemos gali sąlygoti ir **medicinines** problemas. Šlapimo nelaikymui greta bendrinių sveikatos problemų yra būdingos ir specifinės: šlapimas, nuolat dirgindamas odą, sukelia dermatitą, grybelinę infekciją, pragulas [64], šlapimo nelaikymas didina griuvimų ir šlaunikaulio lūžių riziką [32, 249]. Kaip šių ir kitų sveikatos sutrikimų pasekmė, šlapimo nelaikymas yra našta **sveikatos ir socialinės priežiūros sistemoms**, kadangi tokioms moterims rizika patekti į stacionarą didėja 1,3 karto, o patekti į įvairaus pobūdžio priežiūros įstaigas – 2 kartus [252]. Todėl nenuostabu, kad šlapimo nelaikymas yra ir **ekonominė** problema. Pavyzdžiui, JAV šlapimo nelaikymo gydymui per metus išleidžiama apie 32 mlrd. dolerių [132].

Duomenų apie šlapimo nelaikymo ir gydymo kaštus Lietuvoje nėra, kaip nėra ir šlapimo nelaikymu sergančių žmonių registro. Pagalba šlapimo nelaikantiems žmonėms teikiama nesistemiškai. Specialistai teikia pagalbą kiekvienas individualiai – nėra pagalbos teikimo vientisumo ir visuotinai priimtą strategiją, kaip pagalba turėtų būti teikiama, kokia turėtų būti pagalbos veiksmų seka ir pagalbos tęstinumas. Neskiriama dėmesio profilaktinėms priemonėms šlapimo nelaikymo rizikos grupių žmonėms (pvz., po gimdymo, pagyvenusioms moterims), nėra sukurta atrankos sistema, kuri

padėtų anksti diagnozuoti šlapimo nelaikymą, įvertintų tokių žmonių gyvenimo kokybę. Gydytojai neklausia, o moterys nesiskundžia, kadangi arba gėdisi savo problemų, arba mano, kad tai yra neišvengiama senėjimo pasekmė.

### **Darbo tikslas**

Įvertinti šlapimo nelaikymo paplitimą, jo rizikos veiksnius ir su juo susijusią gyvenimo kokybę tarp pagyvenusio amžiaus moterų, besikreipiančių į šeimos gydytoją.

### **Darbo uždaviniai**

1. Įvertinti šlapimo nelaikymo paplitimą tarp pagyvenusio amžiaus moterų.
2. Nustatyti pagyvenusio amžiaus moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksnius ir jų prognozinę vertę.
3. Įvertinti pagyvenusio amžiaus moterų gyvenimo kokybę.
4. Nustatyti šlapimo nelaikymo ir gyvenimo kokybės sąsajas tarp pagyvenusio amžiaus moterų.
5. Palyginti bendrinį ir specifinį gyvenimo kokybės klausimynus, vertinant pagyvenusio amžiaus nelaikančių šlapimo moterų gyvenimo kokybę.

### **Ginamieji teiginiai**

1. Šlapimo nelaikančių pagyvenusio amžiaus moterų gyvenimo kokybė prastesnė nei kitų pagyvenusių moterų tiek vertinant bendrinium, tiek ir specifiniu gyvenimo kokybės klausimynu.
2. Gyvenimo kokybė tarp šlapimo nelaikymu besiskundžiančių pagyvenusio amžiaus moterų yra prastesnė nei kitų pagyvenusių moterų nepriklausomai nuo gyvenimo kokybės aspekto.

### **Darbo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė**

Kol kas Lietuvoje atlikti tik du tyrimai, nagrinėję šlapimo nelaikymu besiskundžiančių žmonių gyvenimo kokybę. G. Mereckas ir kt. [158] vertino pagyvenusių Vilniaus vyrų, kurie skundėsi šlapimo nelaikymu, gyvenimo kokybę. Savo ruožtu, S. Barilienė ir kt. [19] tyrė gyvenimo kokybę tarp vidutinio ir pagyvenusio amžiaus Kauno moterų, nelaikančių šlapimo. Šie tyrėjai vertindami gyvenimo kokybę naudojo bendrinį PSO gyvenimo kokybės klausimyną (*The World Health Organization Quality of Life – Bref*) [158.], Kingo sveikatos [19]) ir Šlapimo nelaikymo klausimyną (*In-*

*continence Questionnaire*) [158]. Abu šie tyrimai turi apribojimų dėl rezultatų pritaikymo bendrai šlapimo nelaikymu sergančių žmonių populiacijai. Viena vertus, šie tyrimai naudojo skirtingus gyvenimo kokybės klausimynus, kita vertus, jie nagrinėjo skirtingo amžiaus ir lyties asmenis iš skirtingų miestų. Dėl to mūsų tyrimo rezultatai tik iš dalies gali būti sugretinami su rezultatais, gautais minėtuose tyrimuose. Mūsų tyrimas pirmasis Lietuvoje leido įvertinti, kiek pagyvenusio amžiaus moterų gyvenimo kokybė gali būti nulemta šlapimo nelaikymo, nors užsienio šalyse jau yra atlikta panašių tyrimų. Mūsų tyrime naudoti labai rekomenduojami bendrinis ir šlapimo nelaikymui specifinis gyvenimo kokybės klausimynai. Specifinis šlapimo nelaikymui klausimynas išverstas šiam tyrimui ir Lietuvoje yra panaudotas pirmą kartą.

Tikimasi, kad šio tyrimo duomenys bus naudingi gydytojams, vertinantiems pacientų lūkesčius, gydant šlapimo nelaikymą. Tyrimo duomenis naudojant viešiesiems ryšiams, sveikatos apsaugos administratoriai bus skatinami kurti šlapimo nelaikančių žmonių registrą, organizuoti šlapimo nelaikymo gydymo ir diagnostikos sistemą, steigti šlapimo nelaikymo centrus.



# 1.LITERATŪROS APŽVALGA

Literatūros apžvalga parengta naudojantis elektroninių duomenų bazių Medline „PubMed“ ir SpringerLink paieška ir parenkant raktažodžius: *elderly urinary incontinence, prevalence, risk factors, SF-36, I-QOL, quality of life, urban, rural*. Paieška buvo susiaurinta pasirinkus 2001–2011 m. publikacijas.

## 1.1. Šlapimo nelaikymo apibrėžimas ir atsiradimo mechanizmai

Tarptautinė šlapimo sulaikymo draugija (angl. *International Continence Society – ICS*), 2002 metais pateikė tokį šlapimo nelaikymo apibrėžimą: šlapimo nelaikymu vadinamas bet koks nusiskundimas nevalingu šlapimo ištekėjimu [3].

Literatūroje aprašoma keletas šlapimo nelaikymo tipų: įtampos šlapimo nelaikymas, imperatyvus šlapimo nelaikymas, mišrus tipas, šlapimo nelaikymas dėl persipildžiusios šlapimo pūslės, funkcinis šlapimo nelaikymas, pastovus šlapimo tekėjimas esant šlapimo takų pažeidimui dėl fistulių ar įgimtų defektų [122]. Kalbant apie moterų šlapimo nelaikymą, ICS rekomenduoja skirti tris pagrindinius šlapimo nelaikymo tipus: įtampos imperatyvų ir mišrų šlapimo nelaikymą [1, 3].

Šlapimo pūslė yra raumeninis organas, išsklotas gleivinės, vadinamos uroteliu, kuris yra jautrus šlapimo cheminei sudėčiai ir tūriui. Sveikoje šlapimo pūslėje nėra bakterijų, auglių ir akmenų [165]. Šlapimo pūslės funkcinis tūris didėja su amžiumi nuo vaikystės iki pilnametystės. Normali suaugusių žmonių šlapimo pūslės talpa apie 300–400 ml [157, 203]. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, žmogus normaliai šlapinasi iki 8 kartų per dieną ir ne daugiau vieno karto per naktį, dėl to po mažai ir dažnai šlapintis nėra normalu [148]. Nervinės skaidulos yra atsakingos už didėjantį prisipildymą ir šlapinimosi noras ateina, kada pūslė yra beveik prisipildžiusi - kas 3–4 val. priklausomai nuo suvartoto skysčių kiekio. Padidėjus spaudimui šlapimo pūslėje aktyvuojami tempimo receptoriai, aferentiniai impulsai perduodami į smegenų žievę, kai laikas patogus, spaudimas šlaplėje mažėja, atsilaidavus dubens dugno raumenims ir šlaplės raukui, susitraukia šlapimo pūslės raumuo ir vyksta šlapinimasis. Suaugęs žmogus gali sąmoningai pasirinkti šlapinimosi laiką ir vietą.

Moterų šlapimo sulaikyme dalyvauja keletas mechanizmų [1]:

1. Lygieji ir skersaruožiai šlaplės raumenys uždaro rauką – aktyvi rauko sistema.
2. Kolageno skaidulos šlaplės sienelėje, gleivinė ir kraujagyslių tinklas, esant ramybės būsenai, palaiko teigiamą slėgį šlaplėje – pasyvi rauko sistema.
3. Slėgio perdavimas iš pilvo ertmės į proksimalinę šlaplės dalį – pasyvi slėgio transmisija.
4. Kosint susitraukia šlaplės raukas, ir dubens dugno raumenys – aktyvi slėgio transmisija.
5. Užpakalinę šlaplės sienelę palaiko dubens dugno raumenų skaidulos, priekinė makštis sienelė, dubens fascija, sudarydami hamako sistemą.
6. Padidėjus slėgiui pilvo ertmėje, išeinamosios angos pakeliamasis raumuo (*m. levator ani*), hamako sistema susitraukia, makštis sienelė ir šlapimo pūslės pagrindas pasislenka žemyn ir atgal, taip prispausdami šlaplę prie gaktinės sąvaržos (integralinė teorija).

Šlapimo nelaikymą gali sukelti vienas arba keli iš žemiau išvardintų veiksnių deriniai:

- sumažėjęs spaudimas šlaplėje;
- padidėjęs šlapimo pūslės kontraktilumas;
- didesnis intraabdominalinio spaudimo perdavimas į pūslę nei į šlaplę;
- pasyvus intravezikulinio spaudimo padidėjimas dėl šlapimo pūslės pertempimo [13].

Skubos šlapinimasis yra vienas pagrindinių dirgliosios šlapimo pūslės simptomų. Patofiziologija nėra visai aiški, bet galvojama, kad padidėjęs šlapimo pūslės aktyvumas priklauso nuo neurologinio pažeidimo: smegenų žievės slopinimo mechanizmų nutrūkimo, bazinių ganglijų funkcijos sutrikimo (Parkinsono liga), impulsų iš galvos smegenų į stuburo smegenis pažeidimo (išsėtinė sklerozė, stuburo trauma), padidėjusio kylančių šlapimo pūslės receptorių jautrumo [13].

## **1.2. Urogenitalinės sistemos amžiniai pakitimai**

Senėjimo procesas yra individualūs žmogaus organizmo ir atskirų jo dalių tam tikri fiziologiniai ir biologiniai pokyčiai. Urogenitalinė sistema ne išimtis. Su amžiumi kinta šlapimo pūslės urodinaminė funkcija, šlapimo pūslės lygiųjų raumenų neurohumoralinis atsakas, mikrostruktūra. Urodinaminiai, su amžiumi susiję pakitimai: mažesnis pasišlapintas šlapimo kiekis, didesnis liekamojo šlapimo tūris, mažesnis šlapimo pūslės tūris,

padažnęję nevalingi šlapimo pūslės lygiųjų raumenų susitraukimai (detruzoriaus hiperaktyvumas). Urodinaminiai amžiniai pakitimai randami apie 42 proc. šlapimo nelaikančių moterų ir apie 33 proc. jokių skundų, susijusių su šlapinimusi, neturinčių moterų. Kita vertus, net 18 proc. pagyvenusių moterų nebuvo rasti jokie urodinaminiai pakitimai [193, 200].

M. H. Pfisterer ir bendraautorių tyrimas nustatė, kad su amžiumi mažėja šlaplės sfinkterio spaudimas, detruzoriaus susitraukimo jėga, šlapimo srovės stiprumas. Sumažėjęs detruzoriaus kontraktiliškumas bet padidėjęs aktyvumas šlapinantis neištuština pilnai šlapimo pūslės ir padidina liekamojo šlapimo tūrį [60]. Didesnis liekamojo šlapimo tūris sumažina funkcinį šlapimo pūslės tūrį, dėl to gali atsirasti dažnas skubus šlapinimasis (dirgloji šlapimo pūslė), nikturija [201, 248].

Tiriant amžinius šlapimo pūslės sienelės mikrostruktūros pakitimus, nustatyti raumenų ląstelių membranų pakitimai, padidėję tarpai tarp ląstelių su sumažėjusiu kolageno ir elastino kiekiu [60, 133]. Duomenų apie amžinius urotelio pakitimus nėra [174].

Šlaplės ir makšties gleivinė vystosi iš to pačio embrioninio lapelio, dėl to jų amžiniai pakitimai yra panašūs. Kadangi sunku gauti gyvo šlaplės audinio, dažniausiai tiriama makšties gleivinė. Tyrimais nustatyta, kad su amžiumi mažėja šlaplės rauko spaudimas [96, 207], maždaug 15 cm H<sub>2</sub>O per dešimt metų [256] Senstant plonėja šlaplės gleivinė [213], retėja kraujagyslių tinklas [74, 134, 222, 284], stromoje didėja jungiamojo audinio, mažėja proteoglikanų, retėja nervų tinklas [41, 264], nyksta lygieji raumenys [47], mažėja šlaplės jautrumas [118, 119]

Tyrimų, susijusių su amžiniais dubens dugno pakitimais, duomenys prieštaringi. H. Talasz ir kt. nustatė, kad pakitimai dubens dugno raumenyse yra susiję su amžiumi [70], o J. Lawrence, E. Lukacz ir kt. amžiaus įtakos nenustatė. [130]. E. Trowbridge, J. Wei ir kt. nerado levatorių funkcijos pokyčių sąsajos su amžiumi [256]. P. A. Norton nustatė, kad su amžiumi mažėja kolageno, dėl ko mažėja raumenų elastingumas [175].

Estrogenų receptoriai randami makštyje, šlaplėje, dubens raumenyse [232]. Menopauzėje sumažėjus estrogenų kiekiui, lytiniam aktyvumui, keičiasi ir makštis [17]. Su amžiumi plonėja makšties gleivinė [232], epitelyje mažėja glikogeno, keičiasi pH nuo 4,5–5,5 iki 7,0–7,4, stromoje didėja kolageno ir lipofuscino [74]. Senstant apie 0,08 cm per 10 metų trumpėja makštis [243, 247], siaurėja įeiga į makštį.

### 1.3. Šlapimo nelaikymo paplitimas

Daugelio išsivysčiusių šalių, ypač Europos, populiacija sensta, daugėja vyresnio amžiaus žmonių, ilgėja vidutinė gyvenimo trukmė. Lietuvoje pagyvenusių moterų skaičius kasmet didėja [283], tik 2010 m. sumažėjo 0,12 proc. lyginant su 2009 m. (bendra Lietuvos moterų populiacija per 2009 – 2010 m. sumažėjo 0,52 proc.) [283] (1.3.1 lentelė).

**1.3.1 lentelė.** 65 m. ir vyresnių moterų skaičius Lietuvoje (vidutinis metinis skaičius)

Metai	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Moterų skaičius	339 887	343 371	347 129	351 814	354 402	353 984
Metinis pokytis, proc.	+1,37	+1,03	+1,09	+1,35	+0,74	-0,12

Lietuvoje buvo tirti 60 metų ir vyresni Vilniaus gyventojai (vyrai ir moterys) ir paaiškėjo, kad jie serga vidutiniškai nuo 2 iki 6 ligų [115], o beveik kas penktas pagyvenęs žmogus turi šlapimo nelaikymo problemų, kurios ypač paplitusios tarp moterų [115]. Specialaus senėjimo komiteto (*Special Committee on Aging*) duomenimis, šlapimo nelaikymas kartu su Alzheimerio liga, regėjimo sutrikimais, osteoporoze su kaulų lūžiais patenka tarp keturių svarbiausių vyresnio amžiaus moterų sveikatos būklę bei gyvenimo kokybę įtakančių būsenų [4].

Šlapimo nelaikymas – viena iš dažniausių lėtinių būklių. Yra žinoma, kad šlapimo nelaikymas JAV užima devintą vietą pagal lėtinių būklių paplitimą [63]. Moterys dažniau nelaiko šlapimo nei vyrai. Literatūros duomenimis šlapimo nelaikančių moterų yra nuo 5 proc. [263] iki 69 proc. [239]. Šlapimo nelaikymas – dažnas vyresnio amžiaus moterų nusiskundimas. Šlapimo nelaikymo paplitimas įvairiose šalyse tarp pagyvenusio amžiaus moterų, gyvenančių bendruomenėje, svyruoja nuo 19 iki 86 proc. priklausomai nuo amžiaus (1.3.2 lentelė).

Tokios paplitimo variacijos gautos, nes įvairių tyrėjų buvo skirtingai traktuojamas šlapimo nelaikymo apibrėžimas, naudojama skirtinga metodika ir tiriamasis kontingentas, skirtingos šalys su savo atitinkamomis sąlygomis.

**1.3.2 lentelė. Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp pagyvenusio amžiaus moterų**

<b>Tyrėjas, šalis</b>	<b>Amžius (m.)</b>	<b>Paplitimas (proc.)</b>	<b>Tyrimo pobūdis</b>
D. E. Irwin [110]	≥ 60	19	Populiacinis, daugiacentris, interviu
L. Zhu, Kinija [288]	60–69	55	Populiacinis, interviu
	70–79	61	
	≥ 80	63	
V. A. Minassian, JAV [165]	60–69	55	Nacionalinio sveikatos ir mitybos tyrimo duomenys
	70–79	61	
	≥ 80	63	
J. L. Malville, JAV [157]	60–69	51	Populiacinis, apklausa paštu
	70–79	55	
	≥ 80	54	
G. Rohr, Danija [203]	60–80	30	Populiacinis, interviu
	≥ 80	44	
R. E. Mardon, JAV [148]	≥ 65	44	<i>Medicare</i> sveikatos tyrimo duomenys
CH. Hsieh, Taivanas [101]	60–70	25	Epidemiologinis, interviu
	≥ 70	36	
T. Ostbye, Kanada [186]	65–69	14	Populiacinis, interviu
	70–74	16	
	75–79	20	
	80–84	25	
	85–89	25	
	≥ 90	29	
K. Stanzellus, Švedija [233]	≥ 75	45	Populiacinis, apklausa paštu
A. Liapis, Graikija [135]	60–80	51	Populiacinis, interviu
K. S. Lee, Koreja [131]	65–59	38	Populiacinis, interviu
	70–74	42	
	75–79	42	
	80–84	41	
	85–89	46	
	90	30	
S. Hunskaar, Prancūzija [105]	65–69	52	Populiacinis, apklausa paštu
	70–74	20	
	75–79	80	
	80–84	86	
	85–89	75	

### 1.3.2 lentelės tęsinys

Tyrėjas, šalis	Amžius (m.)	Paplitimas (proc.)	Tyrimo pobūdis
S.Hunskaar, Ispanija [105]	65–69	34	Populiacinis, apklausa paštu
	70–74	35	
	75–79	38	
	80–84	40	
	85–89	51	
	≥ 90	61	
S. Hunskaar, Anglija [105]	65–69	52	Populiacinis, apklausa paštu
	70–74	32	
	75–79	44	
	80–84	50	
	85–89	70	
	≥ 90	67	
S. Hunskaar, Vokietija [105]	65–69	58	Populiacinis, apklausa paštu
	70–74	53	
	75–79	62	
	80–84	71	
	85–89	50	
	≥ 90	50	

### 1.4. Šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai

Kadangi populiacija sensta, šlapimo nelaikančių moterų skaičius didėja, o šlapimo nelaikymas paveikia įvairias jų gyvenimo sritis, todėl svarbu išaiškinti rizikos veiksnius, susijusius su šlapimo nelaikymu. Šlapimo pūslės funkcijai yra svarbūs daugelis veiksnių. Pvz., maistas, gėrimai, kurie turi kofeino, angliarūgšties, saldiklių, gali sukelti dažną, skubų šlapinimąsi [8, 81, 99, 164]. Išgerto skysčio kiekis taip pat veikia šlapimo pūslę. Nustatyta, kad išgėrus per parą daugiau nei 3700 ml, šlapinimasis padažnėja iki 10 ir daugiau kartų per dieną, apie 2 kartus per naktį, gali atsirasti šlapimo nelaikymas [189]. Žmonėms, kurie riboja išgerto skysčio kiekį bijodami dažnai, skubiai šlapintis ar nesulaikyti šlapimo, gali atsirasti šie simptomai dėl koncentruoto šlapimo poveikio į šlapimo pūslės gleivinę [265]. Dėl to yra rekomenduojama išgerti apie 30 ml/kg per dieną.

Tarp moterų, sulaikant šlapimą yra labai svarbūs dubens dugno raumenys. Pratimai, skirti šių raumenų treniruotėms, palengvina šlapimo nelai-

kymą, retina šlapinimąsi, mažina skubotumą, stiprina vaistų veikimą [8, 90, 265, 294]. J. M. Miller ir kt. tyrimo duomenimis, pratimai, stiprinantys dubens dugno raumenis, ženkliai sumažino nėščių ir pagyvenusių moterų šlapimo nelaikymą [72]. J. Hay-Smith ir kt. nustatė, kad dubens dugno raumenų pratimai, atlikti nėštumo metu ir po gimdymo, sumažino šlapimo nelaikymo epizodų skaičių po gimdymo [44].

Vaikystėje suformuoti šlapinimosi įgūdžiai yra reikšmingi ir suaugusiems [114, 182]. Nustatytas ryšys tarp vaikų dirgliosios šlapimo pūslės ir jų tėvų urologinės anamnezės. Vaikų su dirgliąja šlapimo pūsle tėvai ilgiau šlapinosi į lovą nei sveikų vaikų, o motinos dažniau skundėsi dirgliąja šlapimo pūsle vaikystėje, lyginant su sveikų vaikų motinomis [124].

Socialinis, kultūrinis požiūris turi įtakos tiek vertinant šlapimo nelaikymą, tiek ieškant pagalbos, tiek save socialiai izoliuojant [71, 97, 133, 202]. Žydų, musulmonų religijos reikalauja besimeldžiančiojo švaros, dėl to tokiose visuomenėse šlapimo nelaikymas yra slepiamas, nesikreipiama pagalbos [168].

Daugelis žmonių galvoja, kad šlapimo nelaikymas yra dalis normalaus senėjimo proceso. Su amžiumi mažėja šlapimo pūslės raumens kontraktiškumas, šlapimo pūslės tūris, gebėjimas atidėti šlapinimąsi, atsiranda nevaldomi šlapimo pūslės lygiųjų raumenų susitraukimai, padidėja liekamasis šlapimo kiekis nuo 50 ml iki 100 ml. Net nesant širdies nepakankamumo, inkstų ligų ar venų nepakankamumo, atsiranda pokyčiai renino-aldosterono sistemoje, padidėja naktinis šlapimo išskyrimas. Moterims mažėja estrogenų, dėl to sunyksta šlaplės epitelis, mažėja slėgis šlaplėje, vystosi atrofines vaginitas ar uretritas. Nė vienas iš išvardintų pakitimų nesukelia šlapimo nelaikymo, bet gali nulemti jo atsiradimą [59]. Daugelis tyrėjų [21, 35, 82, 99, 102, 164, 192] yra įrodę vyresnio amžiaus, kaip rizikos veiksnio šlapimo nelaikymui reikšmę. E. Oliveira ir kt. (2010 m.) savo tyrime, atliktame Portugalijoje, patvirtino, kad amžius – reikšmingas šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys (GS = 1,07, PI 1,03 – 1,1) [183]. C. H. Hsieh ir kt. (2007 m.) Tairane [99], T. Michikawa ir kt. (2009 m.) Japonijoje [161] ir 2011 m. X. H. Wu ir kt. tyrime Kinijoje taip pat nustatyta, kad amžius yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [281].

Daugelyje tyrimų yra patvirtinta, kad baltoji rasė yra moterų įtampos šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys. S. L. Tennstedt ir bendraautoriai teigia, kad baltosios moterys (12 proc.) dažniau nei juodaodės (9 proc.) nesulaiko šlapimo [251]. E. H. Sze ir kt. nustatė didesnę šlapimo nelaikymo paplitimą tarp baltaodžių moterų: 41 proc. tarp baltaodžių ir 31 proc. tarp juodaodžių moterų ( $p < 0,001$ ) [240]. Teiginys, kad baltoji rasė yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys pagal tarptautinę ekspertų grupę (*4<sup>th</sup> International Consultation on Incontinence*) 2008 metais priskirtas pirmam įrodymais

pagrįstam lygiui (LE 1) [75]. PubMed paieškos bazėje rastas vienas tyrimas, kurio metu negauta skirtumo tarp šlapimo nelaikančių baltaodžių ir juodaodžių moterų (atitinkamai 74 ir 78 proc.). Šis tyrimas atliktas slaugos namuose, kuriuose gyvena slaugomi žmonės, dėl to rezultatai negali būti pritaikomi, vertinant šlapimo nelaikymą tarp bendruomenėje gyvenančių baltaodžių ir juodaodžių moterų [27].

Daugiau nei pusė nėščiųjų paskutiniame nėštumo trimestre skundžiasi šlapimo nelaikymu. Dažniausiai tai įtampos šlapimo nelaikymas, kada kosint, čiaudint, juokiantis ar keliant sunkesnę daiktą nevalingai išteka šlapimas (kartais tai būna nedidelis kiekis, o kartais tai vargina dažnai ir po daug). Po gimdymo šiek tiek pakinta moters urogenitalinės sistemos anatomija ir fiziologija: lyties organai gali pasislinkti žemyn, sutrikti šlapimo pūslės rauko užsidarymo funkcija. Dėl to po gimdymo daliai moterų išlieka arba atsiranda šlapimo nelaikymas. S. H. Boyles ir kt. apklausė 5599 Oregono valstijos (JAV) prieš metus gimdžiusių moterų ir nustatė, kad šlapimo nelaikė 17 proc. apklaustųjų. Gimdžiusios natūraliais gimdymo takais dažniau nei gimdžiusios Cezario pjūvio pagalba nelaikė šlapimo (GS – 4,96; PI 3,82–6,44). Gautas skirtumas buvo statistiškai patikimas ( $p < 0,001$ ) [28]. Taigi, nėštumas ir gimdymas natūraliais gimdymo takais yra svarbus šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [7, 28, 37, 63, 75, 78, 81, 89, 109, 146, 189, 192, 265], bet su amžiumi jo įtaka mažėja [8, 44, 72, 204]. G. Rortveit ir bendraautorių duomenimis Norvegijoje atliktame EPINCONT tyrime gimdymų skaičius buvo susijęs su šlapimo nelaikymu, bet didžiausią reikšmę turėjo pirmas gimdymas [204]. Gimdymų ryšys su šlapimo nelaikymu buvo stipriausias 20-34 metų amžiaus grupėje GS – 2,2 (PI 1,8–2,6) pirma kartoms ir 3,3 (PI 2,44,4) pakartotinai gimdančioms moterims. 3564 metų moterų grupėje gimdymų ir šlapimo nelaikymo ryšys silpnėjo – GS pirma kartoms buvo 1,4 ir pakartotinai gimdančioms – 2,0. Vyresnėms nei 65 metų moterims ryšio tarp gimdymų ir šlapimo nelaikymo nestebėta [204]. Reikšmingas ir gimdymų skaičius [8, 37, 161, 196, 219, 265, 267]. Tačiau yra tyrimų, kuriuose nurodoma, kad gimdymas ir nėštumas iš viso šlapimo nelaikymui įtakos neturi [90, 114, 182]. Vyresnis pirmą kartą gimdančių moterų amžius gali būti šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [124, 191, 205] kaip ir didesnis naujagimių svoris [202, 97] ar tarpvietės kirpimas gimdymo metu [97, 71], tačiau atlikus daugiaveiksnią regresinę logistinę analizę, paaiškėjo, kad šie veiksniai nėra reikšmingi [97, 191, 196, 206, 214]. Australijoje atlikto tyrimo duomenimis gimdymų skaičius buvo susijęs su jaunų moterų (1823 metų) šlapimo nelaikymu, vidutiniškai susijęs su 45–50 metų moterų šlapimo nelaikymu ir visiškai nesusijęs su vyresnių (70–75 metų) moterų šlapimo nelaikymu [44]. Panašūs ir Norvegijoje atlikto tyrimo duo-



menys [204]. Yra tyrimų, kuriuose nurodoma, kad gimdymų skaičius įtakos šlapimo nelaikymui neturi [100].

Didelis kūno svoris didina intraabdomininį spaudimą, dėl ko didėja spaudimas į šlapimo pūslę, atsiranda šlaplės mobilumas, o dėl to atsiranda šlapimo nelaikymas [36]. Literatūros duomenimis nutukimas yra svarbus įvairaus amžiaus moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [44, 163, 166, 168, 212, 219, 270, 280]. Kaip nustatyta D. Kuh ir kt. tyrime [124] penkiais vienetais padidėjus kūno masės indeksui, 30 proc. padidėja sunkaus šlapimo nelaikymo rizika, kituose tyrimuose rasta, kad kūno masės indeksui didėjant penkiais vienetais, šlapimo nelaikymo rizika didėja 60 proc. ar net 100 proc. [92, 112]. SWAN tyrime nustatyta, kad kūno masės indeksui didėjant vienetu, bet kokio šlapimo nelaikymo rizika didėja 5 proc. [212]. Kūno masės indeksas – šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys, kurį galima paveikti, numetus svorio, mažėja šlapimo nelaikymo tikimybė [51]. G. V. Gomes ir bendraautorių duomenimis nutukimo ryšys su moterų šlapimo nelaikymu yra silpnas [83]. T. Masue ir bendraautorių duomenimis KMI buvo stipriai susijęs su šlapimo nelaikymu [152].

Atliktais tyrimais *the Heart Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS)*) [88, 231] ir *Womens' Health Initiative (WHI) Hormone Replacement Trial* [95, 279] nustatyta, kad pakaitinė hormonų terapija vien estrogenais ar kartu su progestiniais reikšmingas 55 metų ir vyresnių moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys. S. L. Hendrix ir kt. [95] nustatė, kad pakaitinė hormonų terapija menopauzėje statistiškai patikimai didina visų šlapimo nelaikymo tipų riziką. Didžiausia rizika nustatyta įtampos šlapimo nelaikymui (estrogenai ir progestinai: reliatyvi rizika – 1,87 (PI 1,61–2,18); vien estrogenai: reliatyvi rizika – 2,15 (PI – 1,77–2,62). Mišraus šlapimo nelaikymo rizika atitinkamai buvo: naudojant estrogenus + progestinus 1,49 (PI 1,10–2,01); vien tik estrogenus – 1,79 (PI 1,26–2,53). Estrogenų kartu su progestiniais naudojimas nedidino rizikos dirgliai šlapimo pūslėi atsirasti, bet vien tik estrogenų vartojimas didino dirgliosios šlapimo pūslės riziką (atitinkamai reliatyvi rizika – 1,32; PI 1,10–1,58). Moterys, vartojančios pakaitinę hormonų terapiją pažymėjo, kad šlapimo nelaikymas trikdė jas ir trukdė jų kasdienei veiklai [95].

Diabetinė neuropatija ar kraujagyslių pažeidimai gali būti šlapimo nelaikymo priežastis [9, 43, 50, 55, 98, 194, 216, 250]. SWAN tyrime stebėta, kad cukrinis diabetas net 53 proc. didina šlapimo nelaikymo riziką [270, 271]. J. S. Brown su bendraautoriais [31] nustatė, kad moterims, sergančioms cukriniu diabetu, šlapimo nelaikymas dažnesnis 30–70 proc. G. V. Gomes su bendraautoriais nerado patikimo ryšio tarp diabeto ir šlapimo nelaikymo [83].

Daugelyje tyrimų teigiama, kad pažintinių funkcijų sutrikimas yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [6, 151, 167, 172, 180, 186, 198, 285]. Tyrimais įrodyta, kad demencija 3,6 karto didina šlapimo nelaikymo riziką [6]. Tačiau yra tyrimų, kuriuose nurodoma, kad pažintinių funkcijų sutrikimas nėra reikšmingas šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [104].

Daugelyje tyrimų depresija yra siejama su šlapimo nelaikymu [84, 156, 235]. Vyresniame amžiuje sunku pasakyti, ar depresija yra šlapimo nelaikymo priežastis ar pasekmė. Pavyzdžiui, esant insulto sukeltam judrumo sumažėjimui, neaišku, ar depresyvumas sąlygoja šlapimo nelaikymą, ar šlapimo nelaikymas sukelia depresyvumą [23, 57, 127, 177]. Tačiau keli tyrimai nerado depresyvumo sąsajų su šlapimo nelaikymu [270, 272].

Kiti veiksniai, kurie gali būti reikšmingi prognozuojant šlapimo nelaikymą, yra gimdos pašalinimas [111, 168], šlapimo takų infekcijos [24, 25, 111], paveldimumas [170], fizinio aktyvumo sumažėjimas [287], vidurių užkietėjimas [24, 40, 168, 287], rūkymas [92, 238]. JAV 2001 metais atliktame tyrime nustatyta, kad žemesnis išsimokslinimas yra susijęs su šlapimo nelaikymo atsiradimu [79], o kitų tyrimų duomenimis, išsimokslinimas neturi įtakos šlapimo nelaikymui [25, 37, 217]. Fizinis darbas praeityje, kaip galimas ŠN rizikos veiksnys, tirtas Kinijoje, Korėjoje, Lenkijoje ir Slovėnijoje. Visų autorių duomenimis, šis veiksnys susijęs su šlapimo nelaikymu [91, 224, 226, 236].

### **1.5. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos įvertinimas**

Gyvenimo kokybė – individualus savo vietos gyvenime vertinimas, remiantis individo kultūros ir vertybių sistema, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai yra plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės, socialinių ryšių bei aplinkos. Toks apibūdinimas yra pernelyg platus, apima daug gyvenimo sferų, tiesiogiai neįtakojamų sveikatos ar jos priežiūros. Todėl medicinoje gyvenimo kokybė dažniausiai suprantama ir vadinama su sveikata susijusia gyvenimo kokybe (*Health Related Quality of Life str. HRQOL*). Dažnai vertinami įvairiausi poveikiai (pykinimo, vėmimo, skausmo, nuovargio ir pan.), todėl kai kurie autoriai rekomenduoja gyvenimo kokybę vadinti pacientų vertinimo rezultatais (*patient reported outcomes str. PRO*). Tačiau ne visi tiriamieji yra ligoniai, dėl to kartais gyvenimo kokybė yra vadinama individo vertinimo rezultatais (*person reported outcome str. PRO*). Nėra visuotinai priimtino su sveikata susijusios

gyvenimo kokybės apibrėžimo. Sutarta, kad skirtinguose tyrimuose gali būti vertinami skirtingi gyvenimo kokybės sferos ir aspektai. Kadangi su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra apimanti daug sferų ir aspektų, visi jie viename tyrime negali būti įvertinti. Dažniausiai vertinami gyvenimo kokybės aspektai yra šie: fizinė ir dvasinė sveikata. Fizinės sveikatos vertinimas apima žmogaus pajėgumą atlikti kasdieninius veiksmus, ligų simptomų sukeltą diskomfortą, bendrą sveikatą, o dvasinė sveikata – protinį pajėgumą, gyvybingumą, emocinius, socialinius ryšius.

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojamas atliekant klinikinius tyrimus, kuriuose lyginama skirtingų ligų ar būklių įtaka ligoniui, stebimi sveikatos pokyčiai laikui bėgant, vertinamas skirtingų gydymo metodų veiksmingumas ar/ir šalutinis poveikis.

Klausimynai yra objektyvios gyvenimo kokybės vertinimo priemonės. Jų sukūrimas nėra paprastas, reikia atlikti daug tyrimų, patvirtinančių, kad sukurtas klausimynas tiria reikiamą dalyką, įvertinančių klausimynų psichometrines savybes: patikimumą ir pagrįstumą. Bet kokio klausimyno patikimumas (*reliability*) rodo, ar sritį sudarantys klausimai vertina tą patį, ar skirtingus dalykus [80]. Klausimynų patikimumą galima patikrinti keliais būdais: klausimyno vidinio nuoseklumo (*internal consistency reliability*), homogeniškumo (*homogeneity*) nustatymo bei pakartotinio testavimo metodu (*test-retest reliability*) [80]. Klausimyno vidinis nuoseklumas rodo jį sudarančių klausimų homogeniškumą, t.y., kaip stipriai koreliuoja atsakymų į klausimus, sudarančių klausimyną ar tam tikrą loginę jo dalį, reikšmės. Jei koreliacijos pakankamai stiprios, tai klausimai patikimai apibūdina tiriamą reiškinį ar sąvoką. Nustatant klausimyno vidinį nuoseklumą, apskaičiuojamas Kronbacho alfa koeficientas, kurio reikšmės gali būti nuo 0 iki 1. Maža  $\alpha$  reikšmė ( $<0,5$ ) rodo, kad klausimynas yra nepatikimas, kai  $\alpha > 0,7$  – pakankamai patikimas, kai  $\alpha > 0,8$  – labai patikimas. Lyginant individus, minimali reikšmė turi būti 0,9; pageidautina – 0,95 [80]. Homogeniškumas yra klausimų, sudarančių sritį, koreliacijos koeficientų vidurkis. Nustatant patikimumą pakartotinio testavimo metodu, apskaičiuojama koreliacija tarp pirmojo ir pakartotinio tyrimo metu gautų įvertinimų. 0,85 arba didesnė koreliacijos koeficiento reikšmė rodo priimtina matavimo paklaidos dydį. Tačiau šis metodas netinka, jeigu matuojamas požymis gali kisti dėl išorinių priežasčių ar linkęs keistis savaime laikui bėgant [80].

Klausimyno pagrįstumas (*validity*) rodo, ar klausimynu vertinama tai, ką turima vertinti. Išskiriami keli pagrįstumo tipai: turinio pagrįstumas (*content validity*), konstrukcijos pagrįstumas (*construct validity*), klausimyno įverčių pagrindimas išoriniu kriterijumi (*criterion validity*) ir kt. [80].

## 1.6. Gyvenimo kokybės įvertinimas esant šlapimo nelaikymui

Kaip minėta anksčiau, populiacijai senstant, daugėja ir šlapimo nelaikančių žmonių. Norint suteikti reikiamą pagalbą ir įvertinti gydymo veiksmingumą, būtina įvertinti šlapimo nelaikančių žmonių gyvenimo kokybę (GK). Šlapimo nelaikymo poveikis žmonių gyvenimui gali būti įvertinamas įvairiais būdais. Tradiciškai vertinami patys nusiskundimai, anamnezė, vis dažniau pildomi šlapinimosi dienoraščiai. Kadangi šlapimo nelaikymas paveikia įvairias (psichinę, emocinę, socialinę), gyvenimo sritis, neužtenka įvertinti tik ligos sunkumą ar gydymo efektyvumą klinikiniais tyrimais. Šlapimo nelaikymo poveikis gyvenimui ir gydymo veiksmingumui gana nuodugniai ir tiksliai yra įvertinamas klausimynais, naudojamais įvairiose pasaulio šalyse. Tarptautinė ekspertų grupė (*The second and Third International Consultations on Incontinence*) yra nustačiusi kelis rekomenduojamų naudoti klausimynų lygius [2, 54], kur A ir „A naujas“ reiškia „labai rekomenduojamas“, B – „rekomenduojamas“, o C – „galimas naudoti“. A lygio klausimynų psichometrinės savybės: tinkamumas, patikimumas ir jautrumas,– turi būti tiksliai nustatytos ir paskelbtos keliuose tyrimuose. „A naujo“ lygio klausimynų psichometrinės savybės turi būti tiksliai nustatytos ir paskelbtos viename tyrime. B lygio klausimynų tinkamumas, patikimumas, jautrumas yra nusatyti, arba ne visai tiksliai, arba tik dalis iš jų tiksliai. Šiuos klausimynus rekomenduojama naudoti, jei nerandama tinkamo tarp A ar „A naujo“ lygio klausimynų arba atitinkamo moduliniame Tarptautinės ekspertų grupės šlapimo nelaikymo moduliniame ICIQ klausimyne. C lygiui priskiriami klausimynai, kurių viena iš psichometrinių savybių nustatyta ir paskelbta [237]. 2008 metais tarptautinė ekspertų grupė (*4th International Consultation on Incontinence, Paris July 4–8, 2008*) paliko galioti visus tris klausimynų rekomendacijų lygius, bet labiausiai rekomendavo naudoti modulinį ICIQ klausimyną [237].

Skiriami bendriniai ir specifiniai ligai klausimynai. Dažniausiai naudojami ir gerai išbandyti bendriniai klausimynai „**Medicininų baigčių studijos trumpoji anketa – 36**“ (*Medical Outcomes Study Short Form – 36*, str. *SF-36*) [154], „**Ligos poveikio anketa**“ (*Sickness Impact Profile*) [20], „**Notingamo sveikatos anketa**“ (*Nottingham Health Profile*) [108], „**EuroGK**“ (*EuroQOL*) [61] ir „**Sveikatos vertinimo indeksas**“ (*Health Utility Index*) [65]. Šie klausimynai yra populiarūs, nes juos galima taikyti įvairiomis ligomis sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimams. Minėti

klausimynai yra išversti į daugelį Europos kalbų, nustatytos įverčių normos, būdingos įvairių šalių tiriamiesiems.

Tarptautinė ekspertų grupė rekomenduoja šlapimo nelakymo simptomams ir gyvenimo kokybei vertinti A lygio bendrinius klausimynus: „**Medicinių baigčių studijos trumpąją anketą – 36**“ (*Medical Outcomes Study Short Form –36, SF-36*) ar jos trumpąją formą (*SF-12*), „**Ligos poveikio anketą**“ (*Sickness impact profile*), „**Notingamo sveikatos anketą**“ (*Nottingham health profile*), „**EuroGK**“ (*EuroQOL*) [85].

Literatūros duomenimis, Medicinių baigčių studijos trumpoji anketa – 36 (SF-36) yra dažniausiai vartojamas bendrinis gyvenimo kokybės klausimynas. 1996 m. buvo patobulinta jo antroji versija, SF-36v2: sutrumpinti ir supaprastinti klausimai bei atsakymų variantai, kad juos būtų lengviau perskaityti ir atsakyti, suvienodintas atsakymų variantų skaičius. SF-36v2 klausimyną sudaro 36 klausimai, kurie yra jungiami į 8 sritis, vertinančias atskirus gyvenimo kokybės aspektus: fizinis veiklas (*Physical Functioning*), fizinius vaidmenis (*Role-Physical*), kūno skausmą (*Bodily Pain*), bendrą sveikatą (*General Health*), gyvybingumą (*Vitality*), socialines veiklas (*Social Functioning*), emocinius vaidmenis (Role-Emotional, str. RE), psichikos sveikatą (*Mental Health*). Šios sritys yra jungiamos į du apibendrintus matavimus: fizinę sveikatą (*Physical Health*) ir dvasinę sveikatą (*Mental Health*).

Yra sukurta daug specifinių klausimynų šlapimo nelaikančių žmonių gyvenimo kokybei vertinti. Norint standartizuoti jų panaudojimą, lyginti tarpusavyje duomenis, buvo sudarytas Tarptautinės ekspertų grupės šlapimo nelaikymo modulinis klausimynas (*International Consultation on Incontinence Modular questionnaire (ICIQ)*) [282] ir priskirtas A lygiui. Šį modulinį klausimyną galima naudoti tiek klinikinėje praktikoje, tiek klinikiniuose tyrimuose [2,16]. Kadangi nebuvo galima pritaikyti visų sukurtų klausimynų, buvo pasirinkti tie, kurie geriausiai atitiko jiems keliamą tikslą. Šis modulinis klausimynas sudarytas iš modulių, kurie apima šlapinimosi, makšties, žarnyno bei šlapimo nelaikymo simptomus. ICIQ įtrauktos ir specifinės būklės: nikturiija, dirglioji šlapimo pūslė, ligoniai su stuburo smegenų pažeidimu, bei vaikų apatinių šlapimo takų simptomai. ICIQ taip pat yra moduliai, skirti gyvenimo kokybei įvertinti esant anksčiau minėtiems simptomams bei lytinei funkcijai vertinti. Dar tik kuriamas modulis, skirtas pasitenkinimui po gydymo įvertinti.

Kitas klausimynas, skirtas šlapimo nelaikančių žmonių gyvenimo kokybei vertinti – **Bristolio moterų apatinių šlapimo takų simptomų klausimynas** (*Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire (BFLUTS)*) ir jo trumpoji forma (*BFLUTS-SF*) [2, 29, 49, 282]. Jis skirtas įvertinti moterų šlapimo takų simptomus bei jų sukeltus sunkumus ir yra

išverstas į dešimt kalbų [2]. Tai A rekomendacijų lygio klausimynas, kurio trumpoji forma rekomenduojama naudoti, o ilgąją formą galima naudoti kaip ICIQ modulį. Šį klausimyną gali naudoti tiek bendros praktikos gydytojai, tiek specialistai, kad įvertintų šlapimo takų disfunkciją, jos poveikį gyvenimo kokybei bei palengvintų gydytojo ir paciento bendravimą [2].

**Kingo sveikatos klausimynas** (*King's Health Questionnaire KHQ*), paskelbtas C. J. Kelleher ir bendraautorijų 1997 metais, buvo skirtas gyvenimo kokybei ir dirgliosios šlapimo pūslės simptomams įvertinti [49, 117]. Tai labai populiarus, dažnai moksliniams tyrimams naudojamas klausimynas, priklausantis A lygio rekomendacijoms. Kingo sveikatos klausimynas yra išverstas į 45 kalbas. Šis klausimynas buvo pritaikytas ICIQ gyvenimo kokybės moduliui ir yra rekomenduojamas naudoti šlapimo takų simptomų ir gyvenimo kokybės vertinimui [2].

**Gyvenimo kokybės dėl šlapimo nelaikymo įvertinimas** (*Incontinence Quality of Life Measure – I-QOL*) – specifinis klausimynas, skirtas nelaikančiųjų šlapimo gyvenimo kokybei vertinti. Šis klausimynas priklauso priklausantis A lygiui ir yra rekomenduojamas naudoti kaip ICIQ šlapimo nelaikymo ir gyvenimo kokybės modulis. Klausimyną sudaro dvi dalys: pirmoji dalis – 22 klausimai, vertinantys 3 gyvenimo kokybės aspektus [190]: elgsenos apribojimus (*Avoidance and limiting behavior*), psichosocialines kliūtis (*Psychosocial impacts*), ligos gėdijimąsi (*Social embarrassment*), antroji dalis – informacija apie šlapimo nelaikymą, jo trukmę, dažnumą, kreipimąsi dėl šios priežasties į medikus. Tikrinant šio klausimyno, pagrįstumą M. M. Finkelstein ir kt. apklausus 605 žmones, net 46 proc. buvo 65 m ir vyresni. Šlapimo nelaikymo įtaka šio tyrimo duomenimis gyvenimo kokybei įvairiame amžiuje nesiskyrė. [68]. D. M. Bushnell ir bendraautoriais patikrino 15 šio klausimyno įvairių kalbų versijų, ir padarė išvadą, kad I-QOL yra pagrįstas ir patikimas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo instrumentas, kurį galima naudoti įvairiose šalyse [38].

**Šlapimo nelaikymo poveikio klausimynas** (*Incontinence Impact Questionnaire – IIQ*), skirtas šlapimo nelaikymo poveikiui gyvenimo kokybei ištirti. Jis priklauso A rekomendacijų lygiui. Jo ilgoji forma turi 30 klausimų, o supaprastinta trumpoji forma (IIQ-7) – 7 klausimus. Tai glaustas, dažnai vartojamas klausimynas [49, 220, 260]. Šis klausimynas išverstas į anglų ir turkų kalbas [2].

Specifinis ir dažnai naudojamas klausimynas – **Šlapimo ir lyties organų ligų sukulto neigiamo poveikio aprašymas** (*Urogenital Distress Inventory – UDI*), padedantis nustatyti šlapimo nelaikymo, hiperaktyvios šlapimo pūslės, makšties slinkimo simptomus, veikiančius gyvenimo kokybę [49, 260]. Jis yra dviejų formų: ilgosios (UDI) ir trumposios (UDI-6). Ilgoji forma turi

19 klausimų, trumpoji forma turi 6 klausimus [49, 260]. Abi formos yra naudojamos anglų ir arabų kalbomis, ilgoji forma taip pat išversta į italų kalbą, trumpoji – į turkų [2]. Tarptautinė ekspertų grupė rekomenduoja ilgąją formą (B lygis) ir labai rekomenduoja (A lygis) trumpąją šio klausimyno formą naudoti gyvenimo kokybės vertinimui [2].

Šlapimo nelaikymas yra dažnas vyresniame amžiuje ir ženkliai blogina tokių žmonių gyvenimo kokybę. Bendriniai klausimynai gali netiksliai parodyti šlapimo nelaikymo įtaką pagyvenusiems žmonėms dėl esančių greutinių būklių. Todėl, vertinant pagyvenusio amžiaus žmonių su šlapimo nelaikymu susijusią gyvenimo kokybę, svarbu naudoti specifinius klausimynus. Kingo sveikatos klausimynas, Gyvenimo kokybės dėl šlapimo nelaikymo įvertinimo klausimynas (I-QOL), Šlapimo nelaikymo poveikio klausimynas – tai A lygio klausimynai, naudojami tyrimuose su pagyvenusiais žmonėmis. Specialiai pagyvenusio amžiaus žmonėms sukurtų A lygio klausimynų, kurie atsižvelgtų į fizinius, psichinius, socialinius emocinius veiksnius, nėra. Senyviems, demencija sergantiems ar neįgaliems žmonėms gali būti sunku įvertinti šlapimo nelaikymo poveikį. Literatūroje nurodomi tik B ir C lygio specifiniai klausimynai, sukurti pagyvenusio amžiaus žmonėms.

Skubos poveikio skalė (*The Urge Impact Scale (URIS)*), skirta pagyvenusiems žmonėms turintiems skubos šlapimo nelaikymą. Šis B lygio klausimynas sukurtas C. E. DuBeau ir kt. (1999) [56] turėjo 32 klausimus, vėliau sumažinta iki 24 klausimų (*URIS-24*).

Švedų klausimynas (*Swedish Questionnaire*) naudotas vyresniems nei 75 metų amžiaus žmonėms epidemiologiniame tyrime Švedijoje, bet detalesnių duomenų apie jį nėra. Tai C lygio klausimynas [93].

B. E. Kwon ir kt. apžvelgė už 2005-2010 metus PubMed, Proquest, CINAHL ir Sciencedirect duomenų bazes ir rado 18 straipsnių anglų kalba, kurie šlapimo nelaikančių, bendruomenėje gyvenančių moterų gyvenimo kokybę vertino validuotais gyvenimo kokybės klausimynais [126]. Devyni bendriniai ir šlapimo nelaikymui specifiniai klausimynai buvo naudojami vertinti šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybę. Dažniausiai naudoti I-QOL, IIQ-7. Šlapimo nelaikančių gyvenimo kokybei reikšmingi buvo fizinė, psichologinė sveikata, amžius, šlapimo nelaikymo sunkumo laipsnis, svoris, šlapimo nelaikymo tipas, bet etniškumas, menopauzė, ekonominė būklė, lydinčios ligos buvo nepastovūs veiksniai, veikiantys šlapimo nelaikančių gyvenimo kokybę. Kituose tyrimuose šlapimo nelaikymo sunkumo laipsnis taip pat turėjo įtaką gyvenimo kokybei. [103, 149, 169]. Y. J. Son ir B. E. Kwon duomenimis gimdymų skaičius buvo blogesnės šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybės rizikos veiksnys [225]. Nors didesnis kūno masės indeksas yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [100, 152,

255], tačiau Y. J. Son ir B. Kwon nerado nutukimo sąsajų su šlapimo nelaikančių gyvenimo kokybe [225].

Lietuvoje yra atlikta daug tyrimų, nagrinėjančių gyvenimo kokybę. Įvedus pasirinktus reikšminius žodžius „gyvenimo kokybė“, Lietuvos virtualios bibliotekos duomenų bazėje rasti 561 straipsniai. Susiaurinus paiešką ir pasirinkus tik su šlapimo nelaikymu susijusią gyvenimo kokybę, liko 6 šaltiniai. Iš jų dvi literatūros apžvalgos: A. Černiauskiene ir F. Jankevičiaus moterų šlapimo nelaikymo diagnostikos, gyvenimo kokybės ir gydymo rezultatų įvertinimo klausimynų apžvalga ir J. Knašienės bei A. Bankauskaitės vyresnio amžiaus moterų šlapimo nelaikymo problemos sprendimo būdų apžvalga. Literatūros duomenimis Lietuvoje atlikti tik du tyrimai, nagrinėję gyvenimo kokybę tarp šlapimo nelaikymu besiskundžiančių žmonių. S. Barilienė ir kt. [19] tyrė gyvenimo kokybę tarp 50-70 m. amžiaus Kauno moterų, nelaikančių šlapimo. G. Mereckas ir kt. [158, 159], vertino pagyvenusių nelaikančių šlapimo Vilniaus vyrų gyvenimo kokybę. Šie tyrimai, vertindami gyvenimo kokybę, naudojo bendrinį PSO gyvenimo kokybės klausimyną (*The World Health Organization Quality of Life – Bref*) [158], Kingo sveikatos klausimyną [19] ir šlapimo nelaikymo klausimyną (*Incontinence Questionnaire*) [158].



## 2. TIRIAMŪJŲ KONTINGENTAS IR TYRIMO METODIKA

Siekiant įgyvendinti darbo tikslus buvo atliktas mokslinis tyrimas. Tyrimo tipas – vienmomentinis palyginamasis tyrimas. Tyrimo instrumentas – anketa, kuri buvo sudaryta iš 4 jau anksčiau tarptautiniu mastu validuotų klausimynų:

- TPBT – trumpasis protinės būklės tyrimas, skirtas vertinti tiriamųjų pažintines funkcijas
- GDS – (angl. *geriatric depression scale*) – geriatrinė depresijos skalė, skirta įvertinti depresyvumą
- SF-36v2 – bendrinis gyvenimo kokybės klausimynas
- I-QOL – specifinis gyvenimo kokybės klausimynas, skirtas asmenims su šlapimo nelaikymu

Tyrimo objektas – šlapimo nelaikymas ir su juo susiję veiksniai. Tiriamieji (tyrimo subjektai) – pagyvenusio amžiaus (65 metų amžiaus ir vyresnės) moterys, besikreipiančios į šeimos gydytoją.

### 2.1. Tiriamųjų imtis ir tyrimo eiga

Tyrimas buvo atliekamas nuo 2008 m. spalio iki 2009 m. spalio mėn. dviejose Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose pirminės sveikatos priežiūros grandyje:

- miesto vietovėje – Garliavos mieste (Kauno rajono savivaldybė),
- kaimo vietovėje – Kaltanėnų miestelyje (Švenčionių rajono savivaldybė).

Tyrimo imtis paskaičiuota pagal imties tūrio formulę [215]:

$$n = \frac{z^2 \times v \times (1-v)}{\left(1 - \frac{1}{N}\right) \times \Delta^2 + \frac{z^2 \times v \times (1-v)}{N}} ; \text{ kur}$$

$n$  – imties tūris,  $z$  – normaliojo skirstinio  $N(0,1)$   $\frac{1+P}{2}$  kvantilis,

$v$  – įvykio dažnis,  $N$  – generalinė aibė,  $\Delta$  – generalinės aibės vidurkio įvertinimo tikslumas (maksimali (absoliutinė) paklaida, numatyta tyrėjo).

Mūsų tyrimo sąlygomis generalinė aibė buvo visos 65 m. ir vyresnės moterys, prisiregistravusios konkrečiose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose Garliavoje (255) ir Kaltanėnuose (137) – iš viso 392 moterys. Pagal tikėtiną šlapimo nelaikymo paplitimą [45] apskaičiuota, kad Garliavoje reikia apklausti 70 moterų, o Kaltanėnuose – 57 moteris, iš viso 127 respondentes (32,4 proc. nuo visos kaimo ir miesto generalinės aibės). Į tyrimą buvo įtraukiama kas trečia pagyvenusi moteris, kuri tyrimo metu kreipėsi į minėtas pirminės sveikatos priežiūros įstaigas ir sutiko dalyvauti tyrime.

Tiriamųjų apklausa vykdyta taip: tyrėja, gavusi raštišką tiriamosios sutikimą dalyvauti tyrime, pateikė anketą, kurią tiriamoji pati užpildė. Kilus abejonėms dėl tiriamosios gebėjimo savarankiškai užpildyti klausimyną, tyrėja paprašydavo artimųjų pagalbos užpildant klausimyną (iš viso tokių tiriamųjų buvo 14 arba 11 proc. tyrimo imties). Literatūros duomenimis J. T. N. Tamanini ir kt., E. Fonseca ir kt. taip pat leido artimiesiems padėti pildyti gyvenimo kokybės klausimynus [69, 245].

Visi šio tyrimo duomenys buvo gaunami tik anketinės apklausos būdu, medicininiai įrašai nebuvo naudojami. Tyrimui atlikti gautas Kauno regioninio biomedicininų tyrimų Etikos komiteto leidimas (Nr. BE-2-48).

## **2.2. Tyrimo anketa**

Tyrimo anketa sudaryta iš 4 standartizuotų klausimynų, taip pat pridedant klausimus apie tiriamųjų socialines-demografines bei sveikatos charakteristikas. Klausimynai pateikiami 1–4 prieduose.

### **2.2.1. Socialiniai-demografiniai duomenys**

Pagal tyrimo protokolą vertinti šie socialiniai-demografiniai duomenys:

- amžius, metais (vėliau suskirstant į 65–74 m., 75–84 m., ir  $\geq 85$  m. amžiaus grupes);
- išsilavinimas: pradinis, nebaigtas vidurinis (iki 9 klasės), vidurinis (vidurinis/spec.vidurinis), aukštasis (aukštasis/nebaigtas aukštasis);
- šeiminė padėtis – viengungė, ištekėjusi, našlė, išsiskyrusi.

### 2.2.2. Tiriamųjų fizinės sveikatos vertinimas

Tyrimo metu buvo nustatytas tiriamųjų kūno masės indeksas, remiantis jų pateikta informacija apie kūno masę ir ūgį. Taip pat įvertintos sveikatos ir ligų charakteristikos – lėtinės ligos ir būklės (arterinė hipertenzija, šlapimo nelaikymas, vidurių užkietėjimas, širdies ritmo sutrikimas, išeminė širdies liga, ryškus širdies nepakankamumas, smegenų kraujotakos sutrikimas, persirgtas miokardo infarktas, raumenų ir skeleto pažeidimas, operuota onkologinė liga, stuburo smegenų pažeidimas, persirgtas insultas, Parkinsono liga, dieta, tabletėmis ar insulinu gydomas cukrinis diabetas, lėtinė obstrukcinė plaučių liga, spinduliuota onkologinė liga, žymi vožtuvų patologija, insulinu gydomas cukrinis diabetas, negydyta onkologinė liga, bronchinė astma), buvusios ginekologinės operacijos, nėštumai, gimdymai, naujagimių svoriai, tarpvietės traumos galinčios turėti įtakos moterų šlapimo nelaikymui.

Šlapimo nelaikymas buvo nustatomas remiantis I-QOL klausimyno antrosios dalies A–4, A–5 ir A–6 klausimais (4 priedas); jei bent viename iš šių klausimų moteris nurodė šlapimo nelaikymą, ji buvo priskirta šlapimo nelaikymo grupei.

### 2.2.3. Tiriamųjų psichikos sveikatos vertinimas

**Pažintinė funkcija.** Tiriamųjų pažintinėms funkcijoms įvertinti taikytas Trumpasis protinės būklės tyrimas (TPBT; angl. *Mini Mental State Examination*, str. *MMSE*). Anketa sukurta M. F. Folstein, S. E. Folstein 1975 m. [73], į lietuvių kalbą išversta ir adaptuota Vilniaus universiteto neurologijos klinikoje [116] (1 priedas). Sukūrus TPBT skalę, buvo planuojama ją taikyti demencija sergančių ligonių atrinkimui (skriningui), vėliau ji buvo sėkmingai pritaikyta klinikiniuose tyrimuose demencijos stadijai įvertinti. Atlikus klinikinius tyrimus, pasirodė, kad ši skalė gana jautri ir demencijos gilumo pasikeitimams. Ji patogi tuo, kad gali būti atlikta per 10 minučių, ją atlieka gydytojas, o kai kuriose šalyse – apmokytas gydytojo padėjėjas, psichologai, ergoterapeutai [116].

Trumpas protinės būklės testas yra sudarytas iš šešių dalių. Šiuo klausimynu vertinama laiko, vietos orientacija, dėmesys, įsiminimas, trumpalaikė atmintis, kalba, gebėjimas vykdyti žodines ir raštu pateiktas užduotis. Balų suma (maksimali reikšmė 30) interpretuojama taip:

- 0–10 balų: **ryškus pažintinių funkcijų sutrikimas**. Tokios moteris iš tyrimo nebuvo išbrauktos, kadangi literatūros duomenimis pažinimo funkcijų sutrikimas yra vienas iš šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių,

- 11–19 balų: *vidutinio laipsnio pažintinių funkcijų sutrikimas*;
- 20–24 balų: *lengvo laipsnio pažintinių funkcijų sutrikimas*;
- 25–30 balų: *pažintinių funkcijų sutrikimo nėra*.

**Depresyvumas.** Pagyvenusių moterų emocinei būklei įvertinti naudota Geriatrinė depresijos skalė (GDS; angl. *Geriatric Depression Scale*, str. *GDS*). Ši skalė sukurta J. A. Yesavage ir kt. [286], ir dažnai naudojama tiriant pagyvenusių žmonių populiaciją. GDS ilgoji forma sudaryta iš 30 klausimų. Nuo 1986 m. tyrimams dažniausiai vartojama šio kausimyno trumpoji versija, sudaryta iš 15 ilgosios versijos klausimų, labiausiai koreliavusių su depresijos simptomais klausimų, atliekant validumo tyrimus [218]. 10 iš 15 klausimų atsakytų teigiamai ir penki (klausimai Nr. 1, 5, 7, 11, 13) neigiamai, nurodo depresijos buvimą. GDS gali būti naudojama tiriant tiek sveikus, tiek su sutrikusiomis pažintinėmis funkcijomis pagyvenusio amžiaus žmones, gyvenančius tiek bendruomenėje, tiek slaugos institucijose. Tyrimų duomenimis šio klausimyno specifiškumas 92 proc., jautrumas 89 proc. GDS trumpoji versija išversta į lietuvių kalbą ir adaptuota dr. R. Bu-nevičiaus.

Tyrimui taikyta trumpoji versija sudaryta iš 15 klausimų, į kuriuos atsakoma „taip“ arba „ne“ (2 priedas). Ši skalė tinka greitam nuotaikos įvertinimui, jos maksimali balų suma yra 15, o reikšmės interpretuojamos taip:

- 11–15 balų: yra depresijos požymiai;
- 6–10 balų: galimi depresijos požymiai;
- 0–5 balų: depresijos požymių nėra.

#### 2.2.4. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas

Pagyvenusių moterų gyvenimo kokybė buvo vertinama taikant bendrinio SF-36v2 klausimyno lietuviškąją versiją. Šio klausimyno pasirinkimą nulėmė tai, kad klausimynas yra labai populiarus sveikatos tyrimuose, yra išverstas į daugelį kalbų. Klausimynas naudotas gavus autorių iš „*Quality Metric*“ leidimą ir lietuvišką versiją.

SF-36v2 klausimyną sudaro 36 klausimai, vertinantys bendrąją gyvenimo kokybę ir šias gyvenimo kokybės sferas ir aspektus:

- fizinė sveikata:
  - fizinės veiklos (angl. *Physical Functioning*) vertinamos pagal atsakymus į 10 klausimų (3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j), atspindinčių energingą, nuosaikią veiklą,

- lipimą laiptais, ėjimą, daiktų kėlimą, pasilenkimą, klau-  
pimąsi, bei savarankiškumą (3j kl.).
- fiziniai vaidmenys (angl. *Role-Physical*), vertinami pagal  
atsakymus į 4 klausimus (4a, 4b, 4c, 4d.), atspindinčius  
įprastinės ar kitos veiklos apimtį ir trukmės ribojimą.
- kūno skausmas (angl. *Bodily Pain*), vertintas pagal  
atsakymus į anketos 7 ir 8 klausimus apie skausmo  
stiprumą ir įtaką kasdienei veiklai.
- bendroji sveikata (angl. *General Health*), vertinta pagal  
atsakymus į 5 klausimus (1, 11a, 11b, 11c, 11d),  
atspindinčius respondento sveikatos vertinimą.
- dvasinė sveikata:
  - gyvybingumas (angl. *Vitality*), vertintas pagal atsakymus  
į 4 klausimus (9a, 9e, 9g, 9i), atspindinčius energingumą,  
nuovargį.
  - socialinės veiklos (angl. *Social Functioning*), vertintos  
pagal atsakymus į 6 ir 10 klausimus apie visuomeninę  
veiklą.
  - emociniai vaidmenys (angl. *Role-Emotional*), vertinti  
pagal atsakymus į 5a, 5b, 5c klausimus, apie emocinių  
problemų įtaką.
  - psichikos sveikata (angl. *Mental Health*), vertinta pagal  
atsakymus į 5 klausimus (9b, 9c, 9d, 9f, 9h) apie nerimą,  
blogą nuotaiką, depresyvumą [276].

Į kiekvieną klausimą yra 5 atsakymų variantai (išskyrus 3–ąjį klausimą su 3 atsakymų variantais ir 7–ąjį klausimą su 6 variantais).

SF-36 klausimynas sukurtas 1990 m. [275, 276], 1996 m. pateikta antroji, pataisyta versija (*Version 2.0 of the SF-36* arba SF-36v2) [276]. Pastarojoje versijoje supaprastinti klausimai ir kiek galima suvienodintas galimų atsakymų skaičius.

Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmą, vertinta nuo 0 iki 100 balų, kur didesnis balų skaičius reiškia geresnę gyvenimo kokybę (3 priedas).

### **2.2.5. Su šlapimo nelaikymu susijusios gyvenimo kokybės vertinimas**

Pagyvenusių moterų gyvenimo kokybė tap pat buvo vertinama taikant specifinio, šlapimo nelaikymui skirto I-QOL klausimyno lietuvišką versiją (4 priedas). Šio klausimyno pasirinkimą nulėmė tokios priežastys: 1) klausimynas yra populiarus moksliniuose tyrimuose, nagrinėjančiuose šlapimo

nelaikymą, 2) klausimynas yra išverstas į daugelį kalbų, 3) klausimynas skirtas tiek moterims, tiek vyrams, 4) klausimynas yra validuotas prancūzų, vokiečių, ispanų, švedų ir anglų kalboms [38]. Iki šiol šis klausimynas į lietuvių kalbą nebuvo išverstas.

Leidimas išversti ir naudoti I-QOL klausimyną gautas iš „*Seattle Quality of Life Group*“ bendrovės. Pagal jos protokolą I-QOL klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą: atlikti du nepriklausomi vertimai į lietuvių kalbą, o po to suderinus abu vertimus suformuotas vienas išversto klausimyno tekstas. Nusiuntus jį autoriams, klausimynas jų vertėjų buvo išverstas iš lietuvių į anglų kalbą. Klausimyno autoriai įvertino atgalinį vertimą, pareiškė tam tikras pastabas, dėl to kartu su jais buvo peržiūrėti ir ištaisyti klausimai, neatitinkantys pradinės autorių idėjos.

Pilotinio vertimo patikros stadijoje, kaip reikalavo vertimo protokolas, klausimyno variantas buvo pateiktas 5 respondentėms įvertinti. Tai buvo atlikta interviu metu su penkiomis moterimis (visos buvo vyresnės nei 60 metų amžiaus), atsakiusiomis teigiamai nors į vieną iš trijų klausimų:

1. Ar jūs nelaikote šlapimo, kada kosite, čiaudote, bėgate, einate, šokate ar užsiimate kita konkrečia veikla?
2. Ar nesulaikote šlapimo prieš patekdamas į tualetą?
3. Ar jūs nesulaikote šlapimo, nepriklausomai nuo konkrečios veiklos ar poreikio nueiti į tualetą?

Į tolesnį mūsų tyrimą šios moterys nebuvo įtrauktos. Respondenčių paprašyta įvertinti klausimų aiškumą, tinkamumą, paaiškinti savais žodžiais, kaip suprato klausimyną. Moterys pažymėjo, kad pildymo instrukcijos ir klausimai buvo pakankamai aiškūs. Gauti duomenys ir vertimai persiųsti klausimyno autoriams, remiantis jų pastabomis buvo pakoreguoti 4 klausimai. Taip sudaryta galutinė I-QOL lietuviško vertimo versija, kurią klausimyno autoriai leido naudoti šiame moksliniam darbe.

Klausimyną sudaro dvi dalys:

- 1) 22 klausimai, vertinantys 3 gyvenimo kokybės aspektus [190]: elgsenos apribojimus (angl. *Avoidance and limiting behavior*), psichosocialines kliūtis (angl. *Psychosocial impacts*), ligos gėdijimąsi (angl. *Social embarrassment*),
- 2) 8 klausimai, vertinantys šlapimo nelaikymą (jo trukmę, dažnumą, kreipimąsi į medikus dėl šios priežasties ir pan.).

Elgsenos apribojimus vertino 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 ir 20 klausimai, psichosocialines kliūtis 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22 klausimai, ir ligos gėdijimąsi 8, 12, 14, 18, 19 klausimai.

Kiekvienas pirmosios dalies klausimas pateiktas kaip Likerto skalė nuo 1 iki 5. Kiekvienas gyvenimo kokybės aspektas buvo vertintas nuo 0 iki 100

balų naudojant skaičiavimo algoritmą. Didesnis balų skaičius reiškia geresnę gyvenimo kokybę [190].

### 2.3. Statistinė analizė

Tyrimo duomenų statistinė analizė atlikta naudojant programas „MS Excel“ ir „SPSS for Windows 20.0“.

Taikant aprašomąją statistiką, kiekybiniais kintamiesiems aprašyti naudoti vidurkiai, kartu nurodant ir standartinį nuokrypį ( $\pm$  SN), o ranginiams rodikliams – medianą. Kokybinių kintamųjų reikšmių pasiskirstymas nurodytas procentais ir absoliučiais skaičiais (n). Siekiant įvertinti kiekybinių rodiklių sąsają buvo skaičiuojamas Pirsono koreliacijos koeficientas (r).

Analitinėje dalyje, lyginant tyrimo grupes buvo taikyti atitinkami statistiniai kriterijai. Lyginant dviejų nepriklausomų grupių vidurkius taikytas Stjudento t kriterijus (atsižvelgiant į Leveno testo rezultatus dėl variacijų palyginimo grupėse), lyginant ranginius kintamuosius tarp dviejų grupių – Mano-Vitnio kriterijus. Daugiau nei dviejų nepriklausomų imčių vidurkiams palyginti naudota dispersinė analizė (ANOVA). Kokybinių požymių tarpusavio priklausomybei vertinti taikytas chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus arba Fišerio tikslusis testas (atsižvelgiant į tikėtinašias reikšmes kontingencijos lentelėse).

Nagrinių požymių sąsajos su šlapimo nelaikymu vertintos naudojant vienaveiksnes ir daugiaveiksnes logistines regresijos metodus, apskaičiuojant galimybių santykį (GS) ir jo 95 proc. pasikliautinąjį intervalą (PI). Viena-veiksnes logistines regresijos metodu nustatyti su šlapimo nelaikymu susiję veiksniai ( $p < 0,05$ ; išskyrus tuos veiksnius, kurie buvo tarpusavyje susiję) toliau analizuoti daugiaveiksnes logistines regresijos metodu. Modelyje esančių veiksnių tarpusavio priklausomybei nustatyti, siekiant išvengti tarpusavyje susijusių veiksnių, apskaičiuota koreliacinė matrica. Pagrindinis daugiaveiksnes logistinės regresinės analizės tikslas buvo nustatyti šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių prognozinę vertę. Daugiaveiksnes regresijos lygties tinkamumas vertintas pagal Nagelkerkės koreliacijos koeficientą.

Rizikos veiksnių prognozinė vertė vertinta taikant ROC (angl. *receiver operating characteristic*) jautrumo-specifiškumo analizę – įvertinant jautrumą ir specifiškumą pagal suminę rizikos veiksnių išraišką. ROC kreivės kiekybinis įvertinimas teisingam diagnozavimui nustatytas pagal AUC (angl. *area-under-curve*) rodiklį, kuris varijuoja nuo 0 iki 1, o didesnė

reikšmė reiškia geresnį šlapimo nelaikymo diferenciacijos pagal rizikos veiksnius potencialą (AUC = 1 reiškia 100 proc. jautrumą ir 100 proc. specifiškumą). Optimalus diferenciacijos taškas šlapimo nelaikymui identifikuoti vadovaujantis rizikos veiksnių sumine išraiška nustatytas atsižvelgiant į skirstymo tikslumą procentais:

$$ACC = (TP + TN) / (P + N),$$

kur ACC – tikslumas, TP – teisingai klasifikuoti šlapimo nelaikymo atvejai, TN – teisingai klasifikuoti šlapimo sulaikymo atvejai, P – visi klasifikuoti šlapimo nelaikymo atvejai, N – visi klasifikuoti šlapimo sulaikymo atvejai.

Tikrinant statistines hipotezes pasirinktas statistinio pasikliautinumo lygmuo  $p < 0,05$  (95 proc. statistinis pasikliautimumas).



### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Socialiniai-demografiniai duomenys

Iš viso apklaustos 127 moterys: 70 moterų pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje Garliavos mieste ir 57 moterys pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje Kaltanėnų miestelyje.

Tyrime dalyvavusių moterų amžiaus vidurkis –  $76,6 \pm 7,50$  m. (mieste 76,6 m., kaime 76,5 m.;  $p = 0,935$ ). Santuokoje gyveno 39 proc. tiriamųjų (44 proc. miesto ir 33 proc. kaimo moterų), o daugumą sudarė našlės arba išsiskyrusios moterys – 57 proc. (mieste 54 proc., kaime 61 proc.). Skirtumas tarp amžiaus grupių mieste ir kaime nebuvo statistiškai reikšmingas (3.1.1 lentelė).

Vertinant tiriamąsias pagal išsilavinimą nustatyta, kad tik pradinį išsilavinimą turėjo 46 proc. moterų (mieste 31 proc., kaime 65 proc.), tuo tarpu aukštąjį išsilavinimą turėjo tik 9 proc. (mieste 12 proc., kaime 5 proc.). Šie skirtumai tarp miesto ir kaimo moterų buvo statistiškai reikšmingi. Išsamūs tiriamųjų socialiniai-demografiniai duomenys pateikiami 3.1.1 lentelėje.

**3.1.1 lentelė.** *Tiriamųjų socialinės-demografinės charakteristikos ir gyvenamoji vietovė*

Charakteristika		Miestas (n = 70)		Kaimas (n = 57)		p	Iš viso (n = 127)	
		n	proc.	n	proc.		n	proc.
Amžius (m.)	65–74	31	44,3	25	43,9	0,157*	56	44,1
	75–84	24	31,4	25	43,9		47	37,0
	≥ 85	17	24,3	7	12,2		24	18,9
Šeiminė padėtis	Netekėjusi	1	1,4	3	5,3	0,292 **	4	3,1
	Ištekėjusi	31	44,3	19	33,3		50	39,4
	Našlė arba išsiskyrusi	38	54,3	35	61,4		73	57,5
Išsilavinimas	Pradinis	22	31,4	37	64,9	0,002 ***	59	46,5
	Nebaigtas vidurinis	9	12,9	6	10,5		15	11,8
	Vidurinis, profesinis	30	42,9	11	19,3		41	32,3
	Aukštasis	9	12,9	3	5,3		12	9,4

\*  $\chi^2 = 3,709$ ;

\*\* Fišerio p;

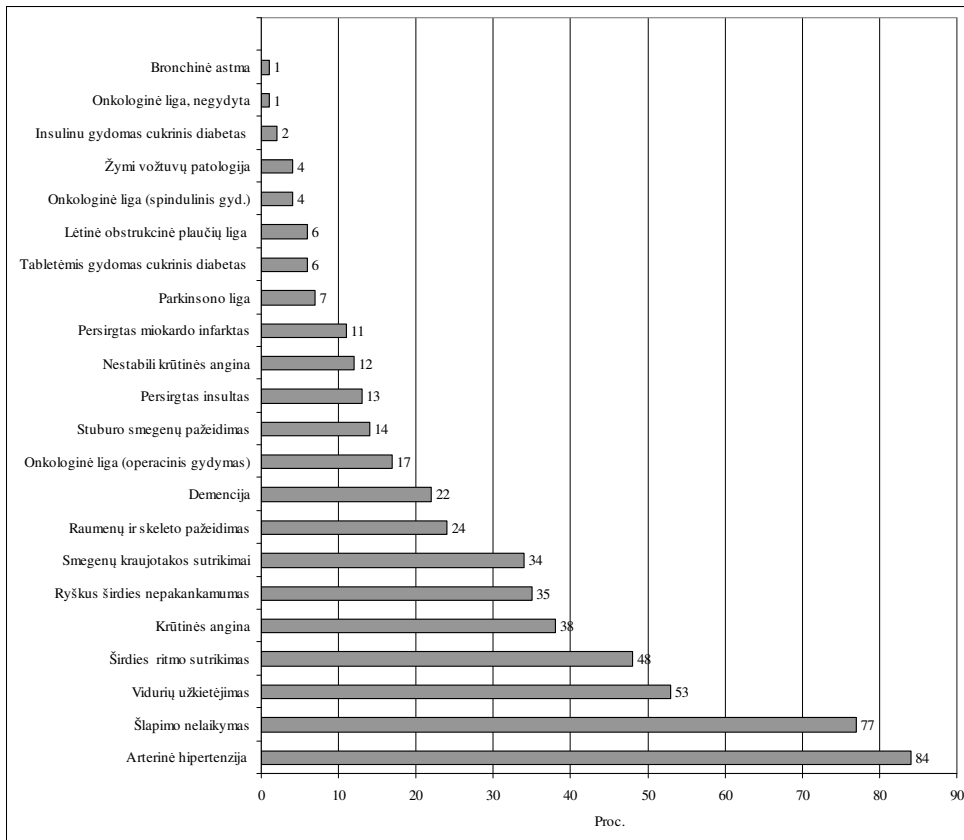
\*\*\*  $\chi^2 = 15,045$

Apibendrintai vertinant tiriamųjų socialines-demografines charakteristikas galima pastebėti, kad tarp jų vyravo 65–74 m. moterys (44 proc.), našlės (58

proc.), moterys su pradiniu išsilavinimu (46 proc.). Kaimo moterys turėjo žemesnį išsilavinimą nei miesto moterys.

### **3.2. Tiriamųjų fizinės sveikatos įvertinimas**

Tyrimo metu analizuotas tiriamųjų sergamumo gretutinėmis ligomis paplitimas pagal atskiras ligas. Dažniausios gretutinės ligos ir simptomai, kuriais skundėsi tiriamosios moterys, buvo šlapimo nelaikymas (77 proc.), arterinė hipertenzija (84 proc.), vidurių užkietėjimas (53 proc.) ir širdies ritmo sutrikimai (48 proc.). Mažiau paplitusios ligos (20–40 proc.) buvo išeminė širdies liga (38 proc.) ir ryškus širdies nepakankamumas (34 proc.). Nustatyti pavieniai bronchinės astmos (1 proc.), onkologinės negydytos ligos (1 proc.) atvejai. Bendra gretutinių ligų struktūra pateikta 3.2.1 paveiksle. Visos mūsų tyrime dalyvavusios moterys turėjo sveikatos problemų. Viena liga sirgo tik 4 proc. tiriamųjų, o vidutinis gretutinių ligų skaičius buvo 6.



3.2.1 pav. Susirgimų dažnis tarp tiriamųjų.

Pagyvenusio amžiaus miesto moterys, besikreipiančios į šeimos gydytojus, žymiai dažniau sirgo širdies ritmo sutrikimu, vidurių užkietėjimu, šlapimo nelaikymu, smegenų kraujotakos nepakankamumu, ryškiu širdies nepakankamumu, Parkinsono liga, taip pat dažniau buvo persirgusios miokardo infarktu ar insultu nei kaimo moterys ( $p < 0,05$ ). Tarp kaime gyvenančių tiriamųjų dažnesnė buvo tik lėtinė obstrukcinė plaučių liga ( $p = 0,030$ ) (3.2.1 lentelė).

3.2.1 lentelė. Susirgimų dažnis (proc.) tarp mieste ir kaime gyvenančių tiriamųjų

Liga	Miestas	Kaimas	p
Šlapimo nelaikymas	84,3	68,4	0,034 <sup>1</sup>
Arterinė hipertenzija	82,9	84,2	0,840 <sup>2</sup>
Vidurių užkietėjimas	74,3	26,3	< 0,001 <sup>3</sup>
Širdies ritmo sutrikimas	65,7	26,3	< 0,001 <sup>4</sup>

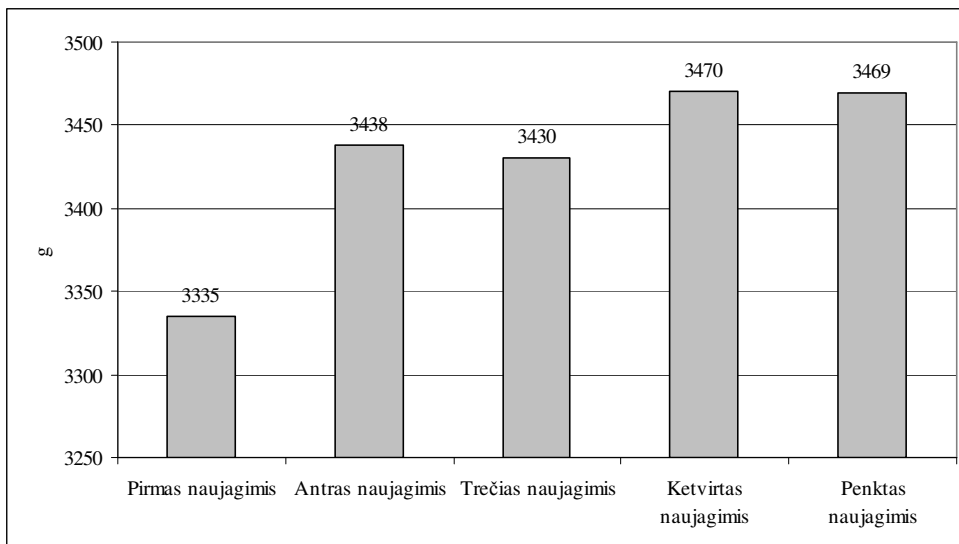
### 3.2.1 lentelės tęsinys

Liga	Miestas	Kaimas	p
Krūtinės angina	42,9	31,6	0,190 <sup>5</sup>
Ryškus širdies nepakankamumas	47,1	19,3	0,001 <sup>6</sup>
Smegenų kraujotakos sutrikimai	45,7	19,0	0,002 <sup>7</sup>
Persirgęs miokardo infarktas	18,6	1,8	0,003 <sup>8</sup>
Raumenų ir skeleto pažeidimas	20,0	29,8	0,200 <sup>9</sup>
Onkologinė liga (operacinis gydymas)	27,1	3,5	< 0,001 <sup>10</sup>
Stuburo smegenų pažeidimas	18,6	8,8	0,120 <sup>11</sup>
Persirgęs insultas	20,0	5,3	0,020 <sup>12</sup>
Parkinsono liga	11,4	1,8	0,041*
Tabletėmis gydomas cukrinis diabetas	4,3	8,8	0,46*6
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	1,4	10,5	0,045*
Onkologinė liga (spindulinis gydymas)	5,7	1,8	0,378*
Ženkli širdies vožtuvų patologija	5,7	1,8	0,378*
Insuliniu gydomas cukrinis diabetas	1,4	1,8	1,000*
Bronchinė astma	1,4	0,0	1,000*

<sup>1</sup>  $\chi^2 = 9,001$ ; <sup>2</sup>  $\chi^2 = 0,042$ ; <sup>3</sup>  $\chi^2 = 29,006$ ; <sup>4</sup>  $\chi^2 = 19,531$ ; <sup>5</sup>  $\chi^2 = 1,700$ ; <sup>6</sup>  $\chi^2 = 0,758$ ; <sup>7</sup>  $\chi^2 = 29,790$ ;  
<sup>8</sup>  $\chi^2 = 9,059$ ; <sup>9</sup>  $\chi^2 = 1,644$ ; <sup>10</sup>  $\chi^2 = 12,715$ ; <sup>11</sup>  $\chi^2 = 2,480$ ; <sup>12</sup>  $\chi^2 = 5,88$ ;

\* Fišerio p reikšmė

Tirtosios moterys buvo patyrusios vidutiniškai  $3,1 \pm 1,86$  nėštumų (mediana 3) ir  $2,6 \pm 1,68$  gimdymų (mediana 2). Vertinant naujagimių, kurių yra susilaukusios tiriamosios, svorį nustatyta, kad pirmagimiai vidutiniškai svėrė 3335 g. Vėlesnių naujagimių vidutinis svoris pateikiamas 3.2.2 paveiksle.



**3.2.2 pav. Tiriamųjų moterų naujagimių svoris**

Tiriamųjų kūno masės indekso (KMI) vidurkis  $28,0 \pm 6,95 \text{ kg/m}^2$  (intervalas 19–79). Kaimo moterų KMI buvo statistiškai patikimai didesnis nei miesto moterų (atitinkamai,  $29,4 \text{ kg/m}^2$  ir  $26,9 \text{ kg/m}^2$ ;  $p = 0,046$ ).

Apibendrinant tyrimo dalyvių sveikatą galima pastebėti, kad dažniausi susirgimai, kuriais skundėsi moterys, buvo arterinė hipertenzija, šlapimo nelaikymas ir širdies ritmo sutrikimas. Dauguma atvejų kaimo moterys turėjo mažiau sveikatos sutrikimų nei miesto moterys.

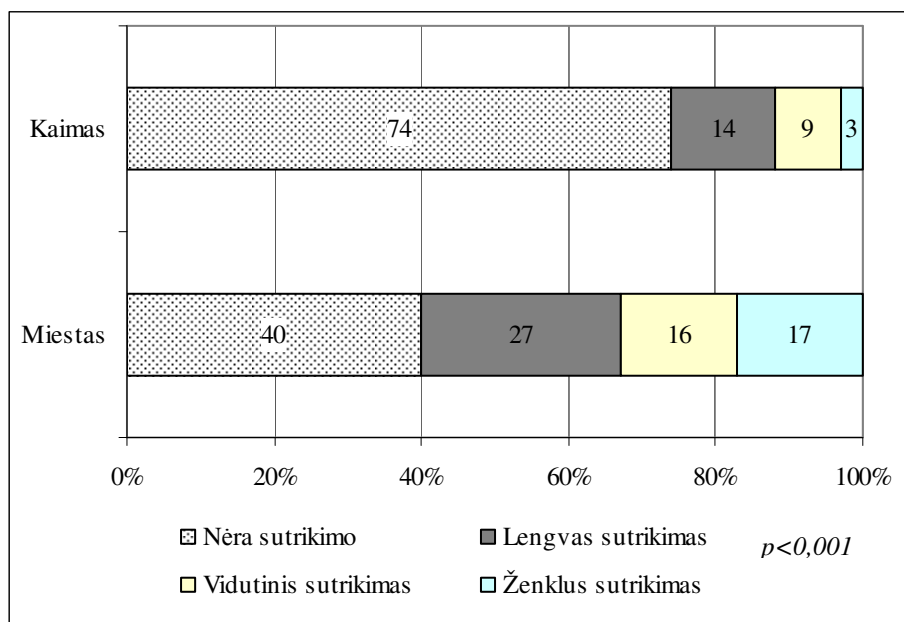
### **3.3. Tiramųjų psichikos sveikatos įvertinimas**

#### **3.3.1. Pažintinės funkcijos**

Tiriamųjų pažintinės funkcijos buvo vertintos taikant Trumpąją protinės būklės testą (TPBT). Daugiau nei pusė (55 proc.) apklaustųjų neturėjo jokių pažinimo funkcijų sutrikimų, 21 proc. buvo lengvas, 13 proc. vidutinis, o 11 proc. apklaustųjų buvo nustatytas ryškus pažinimo funkcijų sutrikimas.

Kaimo moterys, atsakydamos į TPBT klausimus, surinko vidutiniškai daugiau balų nei miesto moterys (atitinkamai,  $25,5 \pm 5,32$  ir  $21,1 \pm 7,69$  balo). Šis skirtumas buvo statistiškai patikimas ( $p < 0,001$ ), kadangi beveik trys ketvirtadaliai (74 proc.) kaimo moterų ir tik du penktadaliai (40 proc.)

miesto moterų neturėjo pažintinių funkcijų sutrikimų. Ryškų pažintinių funkcijų sutrikimą turėjo 17 proc. miesto ir 3 proc. kaimo moterų. Tyrime dalyvavusių moterų pažintinių funkcijų įvertinimas pagal gyvenamą vietą pateiktas 3.3.1.1 paveiksle.



**3.3.1.1 pav.** Moterų pažintinių funkcijų palyginimas pagal gyvenamąją vietą

Naudojant TPBT anketą vertinta laiko, vietos orientacija, įsiminimas, dėmesys, trumpalaikė atmintis, kalba, taip pat gebėjimas vykdyti žodžiu ir raštu pateiktas užduotis. Iš atsakymų matoma, kad prasčiausiai tiriamosios sukaupe dėmesį (vidutiniškai 3 balai iš 5 galimų), vykdė žodines užduotis (2,0 balo iš 3 galimų), nesugebėjo nukopijuoti piešinio (0,5 balo iš 1 galimo), ir nesugebėjo parašyti sakinio (0,6 balo iš 1 galimo). Atsakymų balų vidurkiai pateikiami 3.3.1.1 lentelėje.

Apibendrinant tiriamųjų pažintines funkcijas verta pastebėti, kad didžioji dalis (76 proc.) tiriamųjų arba neturėjo jokių pažintinių funkcijų sutrikimų, arba turėjo tik lengvą sutrikimą, o ryškų pažintinių funkcijų sutrikimas nustatytas 11 proc. moterų. Kaimo moterys vertinant pagal TPBT klausimyną turėjo statistiškai patikimai geresnes pažintines funkcijas nei miesto moterys.

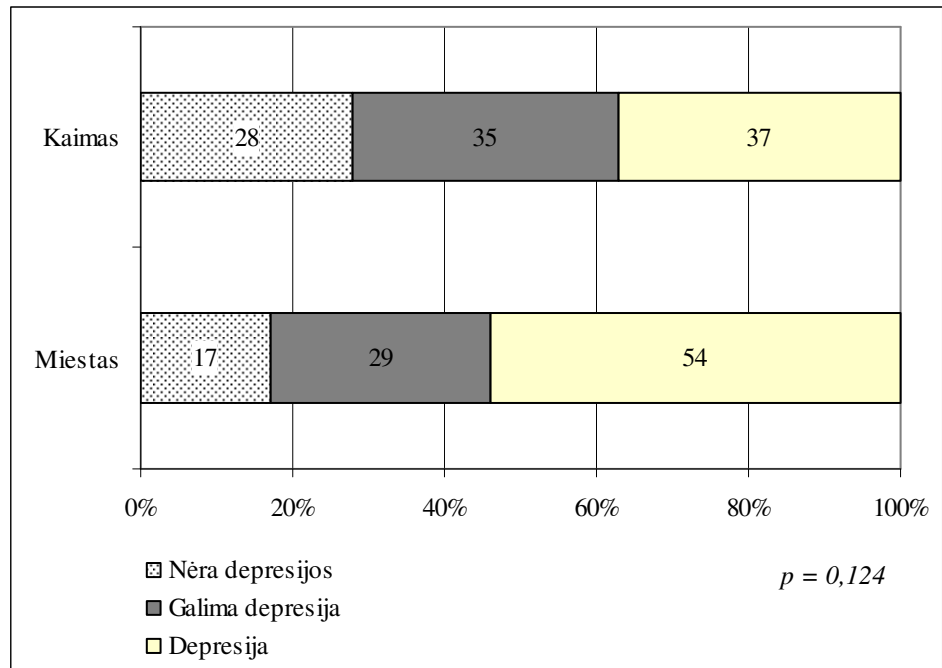
### 3.3.1.1 lentelė. Trumpasis protinės būklės testas: užduočių balų vidurkiai

TPBT užduotis	TPBT balų vidurkis ± SN	Maksimalus balų skaičius	Vidurkis / maksimumas, proc.
Orientacija laike	4,51 ± 0,907	5	90,2
Orientacija vietoje	4,53 ± 1,007	5	90,6
Įsiminimas	2,71 ± 0,631	3	90,3
Dėmesys	2,83 ± 1,983	5	56,6
Trumpalaikė atmintis	2,13 ± 0,976	3	71,0
Kalba: daikto įvardijimas	1,86 ± 0,431	2	93,0
Kalba: žodžių pakartojimas	0,69 ± 0,571	1	69,0
Kalba: žodinės žduotys	1,98 ± 1,192	3	66,0
Kalba: raštu pateiktos užduotys	0,76 ± 0,449	1	76,0
Kalba: gebėjimas parašyti sakinį	0,65 ± 0,480	1	65,0
Kalba: gebėjimas nukopijuoti piešinį	0,54 ± 0,500	1	54,0
TPBT balų suma	23,08 ± ,064	30	76,9

### 3.3.2. Depresyvumas

Tiriamųjų depresyvumas buvo vertinamas taikant Geriatrinės depresijos skalę. 78 proc. pagyvenusių moterų nustatyta sutrikusi emocinė būseną (32 proc. nustatyti galimi depresijos požymiai, 46 proc. – depresijos požymiai), o 22 proc. jokių depresijos požymių nerasta. Atsakymų į GDS balų vidurkis –  $9,6 \pm 4,01$ .

Lyginant miesto ir kaimo moteris, statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta ( $p > 0,05$ ): 28 proc. kaimo moterų neturėjo depresijos, o 35 proc. buvo galima depresija, tuo tarpu tarp miesto moterų atitinkamai 54 proc. ir 29 proc. Miesto ir kaimo moterų palyginimas depresyvumo atžvilgiu pateiktas 3.3.2.1 paveiksle.

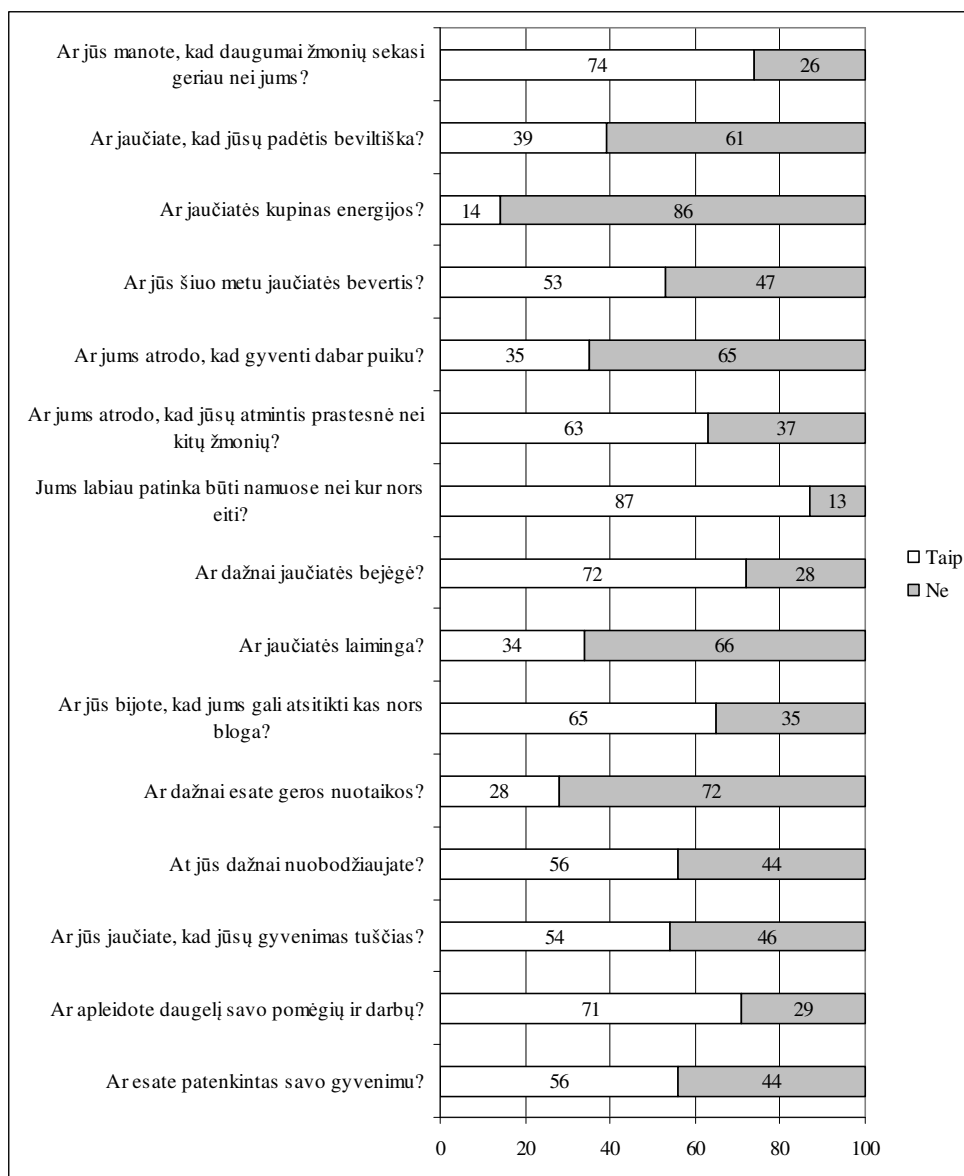


**3.3.2.1 pav.** Miesto ir kaimo moterų depresyvumas

Išsamiau nagrinėjant GDS rezultatus nustatyta, kad 87 proc. apklaustųjų labiau patinka būti namuose, 86 proc. nesijaučia turinčios energijos, 74 proc. galvoja, kad kitiems sekasi geriau, 72 proc. jaučiasi bejėgės, 72 proc. retai yra geros nuotaikos. Tuo tarpu nesijautė beviltiškai 61 proc., o buvo patenkintos gyvenimu 56 proc. apklaustųjų (3.3.2.2 pav.).

Apibendrinant tyrimo duomenis apie depresyvumą galima pastebėti, kad depresyvumas tarp tiriamųjų buvo labai paplitęs, nors gyvenimu buvo patenkintos daugiau nei pusė repondenčių.





3.3.2.2 pav.. Geriatrinės depresijos skalės klausimai ir depresyvumas.

### 3.4. Šlapimo nelaikymo sąsajos su fizine ir psichikos sveikata

Šiame tyrime šlapimo nelaikančiomis moterimis buvo traktuojamos tos moterys, kurios į bent vieną iš I-QOL klausimyno antrosios dalies A-4, A-5

ir A–6 klausimų atsakė teigiamai. Remiantis tyrimo duomenimis nustatyta, kad šlapimo nelaikymo dažnis tarp tiriamųjų siekė 77 proc. Dažniausios gretutinės ligos tarp pagyvenusio amžiaus šlapimo nelaikančių moterų buvo šios: arterinė hipertenzija, persirgta insultas, smegenų kraujotakos nepakankamumas, operuota onkologinė liga, vidurių užkietėjimas.

Lyginant šlapimo nelaikančias moteris su kitomis tyrimo dalyvėmis nustatyta, kad jos statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) dažniau sirgo arterine hipertenzija (atitinkamai, 89 ir 66 proc.), vidurių užkietėjimu (59 ir 31 proc.), buvo patyrusios insultą (17 ir 0 proc.), smegenų kraujotakos sutrikimus (39 ir 17 proc.), joms buvo taikytas operacinis onkologinės ligos gydymas (20 ir 3 proc.) (3.4.1 lentelė).

**3.4.1 lentelė. Sveikatos sutrikimai ir šlapimo nelaikymas**

Ligos	ŠN+*		ŠN-**		P
	n	proc.	n	proc.	
Krūtinės angina	39	39,8	9	31	0,393 <sup>1</sup>
Arterinė hipertenzija	87	88,8	19	65,5	<b>0,008</b> ***
Ryškus širdies nepakankamumas	36	36,7	8	27,6	0,363 <sup>2</sup>
Širdies ritmo sutrikimas	51	52	10	34,5	0,096 <sup>3</sup>
Žymi vožtuvų patologija	3	3,1	2	6,9	0,321***
Persirgta insultas	17	17,3	0	0	<b>0,012</b> ***
Smegenų kraujotakos sutrikimai	38	38,8	5	17,2	<b>0,031</b> <sup>4</sup>
Persirgta miokardo infarktas	13	13,3	1	3,4	0,187***
Cukrinis diabetas gydomas dieta	1	1	1	3,4	0,406***
Cukrinis diabetas gydomas tabletėmis	8	8,2	0	0	0,197***
Cukrinis diabetas gydomas insulinu	2	2	0	0	1,000***
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	7	7,1	0	0	0,350***
Bronchinė astma	1	1	0	0	1,000***
Onkologinė liga (operacinis gydymas)	20	20,4	1	3,4	<b>0,043</b> ***
Onkologinė liga (spindulinis gydymas)	4	4,1	1	3,4	1,000***
Onkologinė liga (negydyta)	1	1	0	0	1,000***
Parkinsono liga	8	8,2	1	3,4	0,683***
Stuburo smegenų pažeidimas	13	13,3	5	17,2	0,557***
Vidurių užkietėjimas	58	59,2	29	31,0	<b>0,008</b> ***
Raumenų ir skeleto pažeidimas	26	26,5	5	17,2	0,306 <sup>5</sup>

Pastabos:

\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys;

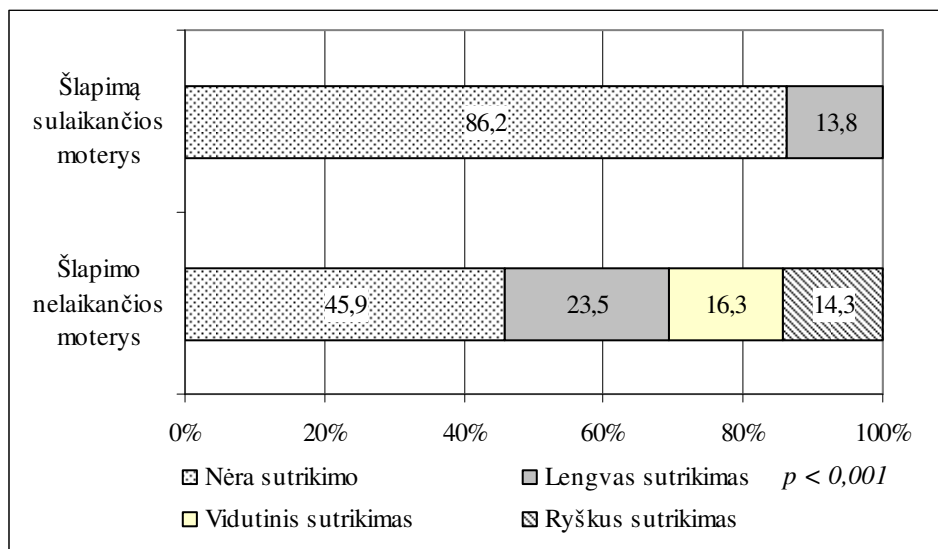
\*\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys;

\*\*\* Fišerio p reikšmė;

<sup>1</sup>  $\chi^2 = 0,731$ ; <sup>2</sup>  $\chi^2 = 0,827$ ; <sup>3</sup>  $\chi^2 = 2,764$ ; <sup>4</sup>  $\chi^2 = 4,634$ ; <sup>5</sup>  $\chi^2 = 1,047$

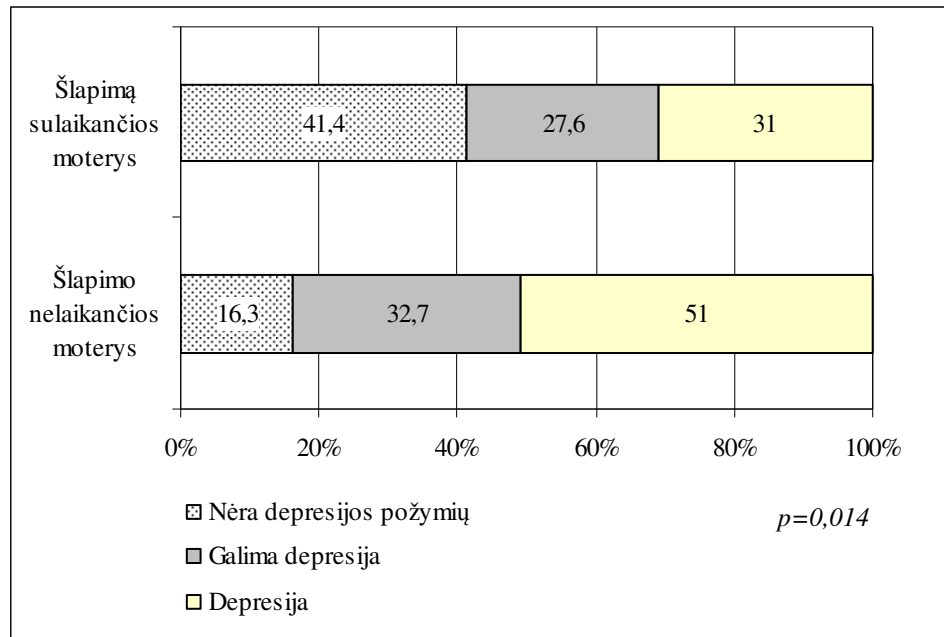
Vertinant tiriamųjų psichikos sveikatą, buvo analizuojamos pažintinės funkcijos ir depresyvumas.

Pažintinės funkcijos vertintos pagal TPBT testo rezultatus (3.4.1 pav). Nustatyta, kad pažinimo sutrikimų turėjo 54 proc. šlapimo nelaikančių ir 14 proc. šlapimą gerai sulaikančių moterų. Ryškus pažintinių funkcijų sutrikimas buvo nustatytas 14 proc. šlapimo nelaikančių moterų, tuo tarpu tarp kitų moterų ryškaus pažintinių funkcijų sutrikimo nebuvo. Bendrai vertinant šlapimo nelaikymo ir pažintinių funkcijų sąsajas galima teigti, kad šlapimo nelaikymas buvo statistiškai patikimai ( $p < 0,001$ ) ir stipriai susijęs su prastesnėmis pažintinėmis funkcijomis.



**3.4.1 pav.** Šlapimo nelaikymas ir pažintinės funkcijos.

Tiriant šlapimo nelaikančių moterų depresyvumą, galima depresija arba depresija buvo nustatyta 84 proc. šlapimo nelaikančių moterų ir 59 proc. kitų moterų. Galima pastebėti, kad depresijos atvejų buvo daugiau negu galimos depresijos atvejų nepriklausomai nuo šlapimo nelaikymo statuso, be to, tiek depresijos, tiek ir galimos depresijos dažnis buvo didesnis šlapimo nelaikymo atveju. Didesnis depresyvumas šiame tyrime buvo statistiškai patikimai susijęs su šlapimo nelaikymu ( $p < 0,05$ ). Duomenys pateikiami 3.4.2 paveiksle.



**3.4.2 pav.** Šlapimo nelaikymas ir depresyvumas

Apibendrinus galima teigti, kad šlapimo nelaikymo paplitimas buvo susijęs su depresyvumo paplitimu.

### 3.5. Šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai

Veiksniai, galintys turėti įtakos šlapimo nelaikymui, šiame tyrime pasirinkti remiantis literatūros apžvalga. Dėl to duomenų analizės metu tikrinta hipotezė, ar šie veiksniai turi ryšį su šlapimo nelaikymui:

- 1) amžiaus grupė,
- 2) gimdymų skaičius,
- 3) naujagimių svoris,
- 4) kūno masės indeksas,
- 5) cukrinis diabetas,
- 6) ginekologinės operacijos,
- 7) pažintinės funkcijos,
- 8) depresyvumas,
- 9) vidurių užkietėjimas,
- 10) išeminė širdies liga arba miokardo infarktas,
- 11) lėtinė obstrukcinė plaučių liga,

- 12) gyvenamoji vietovė,
- 13) tarpvietės plyšimai,
- 14) tarpvietės siuvimai,
- 15) aritmija,
- 16) onkologinė liga.

Šių veiksnių sąsajos su šlapimo nelaikymu vertintos taikant vienaveiksnę logistinę analizę. Jos rezultatai parodė, kad labiausiai su šlapimo nelaikymu susiję veiksniai ( $p < 0,05$ ) buvo šie: pažintinių funkcijų sutrikimai ( $GS = 7,36$ ), depresyvumas ( $GS = 3,62$ ), patirtos ginekologinės operacijos ( $GS = 3,53$ ), vidurių užkietėjimas ( $GS = 3,22$ ), gyvenamoji vieta mieste ( $GS = 2,48$ ) (3.5.1 lentelė). Šie veiksniai buvo įtraukti į tolesnę regresinę analizę.

**3.5.1 lentelė. Pagyvenusių moterų šlapimo nelaikymo potencialūs rizikos veiksniai (vienaveiksne logistine regresine analize)**

Veiksny	Reikšmė	$\beta$	GS	95 proc. PI		p
Amžiaus grupė m.	65–74		1,000			0,351
	75–84	0,551	0,576	0,232	1,429	0,234
	85+ m.	0,201	1,222	0,347	4,308	0,755
Gimdymų skaičius	0 k.		1,000			0,432
	1 k.	0,383	1,467	0,184	11,718	0,718
	2+ k.	0,934	2,545	0,400	16,185	0,322
> 4000g svorio naujagimiai	buvo		1,000			
	nebuvo	0,028	1,028	0,420	2,515	0,951
KMI	iki 24,99		1,000			0,208
	25,00–29,99	0,965	0,381	0,131	1,109	0,077
	30+	0,588	0,556	0,178	1,739	0,313
Cukrinis diabetas	ne		1,000			
	taip	1,157	3,182	0,390	25,961	0,280
Ginekologinės operacijos	ne		1,000			
	taip	1,262	3,533	1,323	9,431	0,012
Pažintinės funkcijos *	nėra sutrikimo		1,000			
	yra sutrikimų	1,996	7,361	2,383	22,737	0,001
Depresyvumas **	nėra depresijos		1,000			
	galima depresija / yra depresija	1,286	3,618	1,452	9,012	0,006
Vidurių užkietėjimas	ne		1,000			
	taip	1,170	3,222	1,331	7,798	0,009
IŠL arba MI	ne		1,000			
	taip	0,594	1,811	0,750	4,373	0,187

### 3.5 lentelės tęsinys

Veiksny	Reikšmė	$\beta$	GS	95 proc. PI		p
LOPL	ne		1,000			
	taip	20,059		0,000		0,999
Gyvenamoji vieta	kaimas		1,000			
	miestas	0,906	2,475	1,056	5,814	0,037
Tarpvietės plyšimai	ne		1,000			
	taip	0,657	1,929	0,835	4,456	0,124
Tarpvietės siuvimai	ne		1,000			
	taip	0,370	1,448	0,620	3,382	0,393
Aritmija	ne		1,000			
	taip	0,724	2,062	0,871	4,883	0,100
Onkologinė liga	ne		1,000			
	taip	2,033	7,636	0,981	59,448	0,052

Pastabos:

\* pažintinės funkcijos vertintos pagal Trumpąjį protinės būklės testą: nėra sutrikimo (25–30 balų), yra sutrikimų (mažiau nei 24 balai);

\*\* depresyvumas vertintas pagal Geriatrinę depresijos skalę: nėra depresijos (0–5 balai), galima depresija (6–10 balų) arba yra depresija (11–15 balų).

Apibendrinant pirminę šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių analizę (nenagrinėjant šių veiksnių tarpusavio sąsajų) verta pažymėti, kad šlapimo nelaikymas dažniau pasitaikė esant pažintinių funkcijų sutrikimams, anksčiau patirtoms ginekologinėms operacijoms, esant depresyvumui ir vidurių užkietėjimui, o taip pat tarp miesto moterų.

### 3.6. Šlapimo nelaikymo prognoziniai veiksniai

Pagyvenusių moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių prognozei vertei įvertinti atlikta daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė. Į ją buvo įtraukti vienaveiksnės logistinės regresinės analizės metu nustatyti veiksniai, kurie buvo statistiškai reikšmingai susiję su pagyvenusių moterų šlapimo nelaikymu ( $p < 0,05$ ). Daugiaveiksnės regresinės analizės rezultatai pateikti 3.6.1 lentelėje.

Daugiaveiksnė regresinė analizė parodė, kad iš penkių nagrinėtų rizikos veiksnių nepriklausomas rizikos veiksnys šlapimo nelaikymui buvo tik pažintinės funkcijos sutrikimas. Jeigu buvo pažintinės funkcijos sutrikimų, šlapimo nelaikymo rizika padidėjo 4,37 karto lyginant su nesutrikusia pažintine funkcija ( $p < 0,05$ ).

Likusieji keturi nagrinėtų rizikos veiksnių nebuvo savarankiški prognoziniai veiksniai šlapimo nelaikymui. Iš šių veiksnių, depresyvumas ir vidurių užkietėjimas buvo šiek tiek labiau susiję su šlapimo nelaikymu nei miesto gyvenamoji vietovė ir anksčiau patirtos ginekologinės operacijos, tačiau nė vienas iš šių veiksnių nesiekė statistinio reikšmingumo lygmens. Taip atsitiko dėl galimai stiprių tarpusavio priklausomybės ryšių tarp penkių pasirinktų rizikos veiksnių ir mažo tirtųjų skaičiaus.

**3.6.1 lentelė.** *Pagyvenusių moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai: daugiaveiksnių logistinė regresinė analizė.*

Veiksny	Reikšmė	$\beta$	GS	95 proc. PI		p
Pažintinės funkcijos *	nėra sutrikimo		1,000			
	yra sutrikimų	1,475	4,373	1,275	14,991	0,019
Depresyvumas **	nėra depresijos		1,000			
	galima depresija / yra depresija	0,834	2,302	0,858	6,177	0,098
Vidurių užkietėjimas	ne		1,000			
	taip	0,479	1,614	0,572	4,556	0,366
Gyvenamoji vieta	kaimas		1,000			
	miestas	0,210	1,234	0,450	3,381	0,683
Ginekologinės operacijos	ne		1,000			
	taip	0,255	1,290	0,399	4,173	0,671

Pastabos:

\* pažinimo funkcijos vertintos pagal Trumpąjį protinės būklės testą: nėra sutrikimo (25–30 balų), yra sutrikimų (mažiau nei 24 balai);

\*\* depresyvumas vertintas pagal Geriatrinę depresijos skalę: nėra depresijos (0–5 balai), galima depresija (6–10 balų) arba yra depresija (11–15 balų).

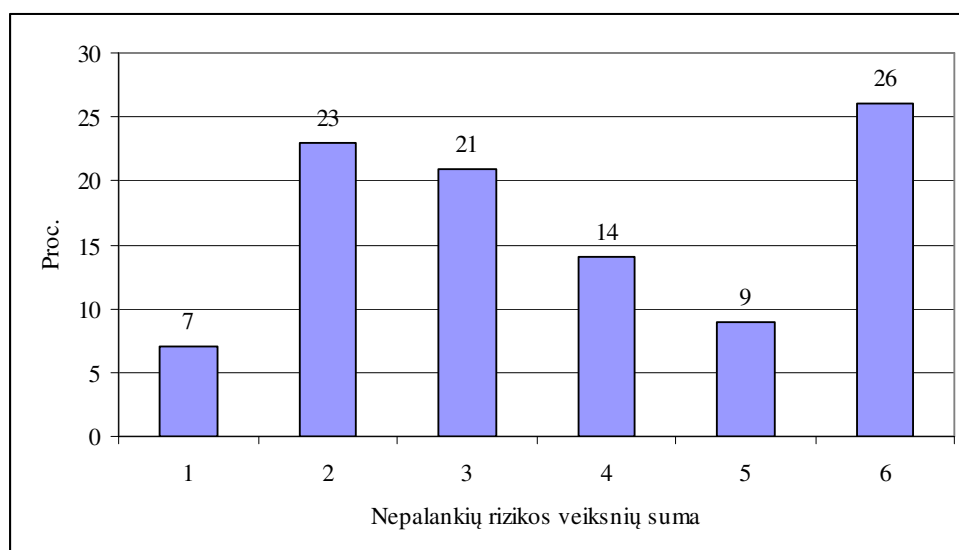
Apskaičiuota, kad regresinės lygties koreliacija su faktiniais šlapimo nelaikymo duomenimis buvo maža (Nagelkerkės  $r^2 = 0,233$ ), o jos taikymas nėra galimas dėl to, kad ja remiantis dauguma tiriamųjų klasifikuojamos kaip nelaikančios šlapimo (jautrumas 27,6 proc., specifiškumas 94,9 proc.). Tai rodo, kad regresinė lygtis turi tendenciją prognozuoti labiau šlapimo nelaikymo buvimą negu jo nebuvimą.

Kadangi iš nagrinėtų 5 rizikos veiksnių dauguma paaiškėjo kaip ribotos prognozines vertės veiksniai, atlikta jautrumo-specifiškumo analizė siekiant įvertinti, ar šie veiksniai kaip visuma galėtų turėti prognozinę vertę nustatant šlapimo nelaikymo atvejus. Ši jautrumo-specifiškumo analizė atlikta priklausomai nuo 5 rizikos veiksnių suminės išraiškos. Čia buvo pasirinktos šios šlapimo nelaikymą prognozuojančios rizikos veiksnių reikšmės:

- 1) depresyvumas – „galima depresija / yra depresija“;
- 2) vidurių užkietėjimas – „yra“;

- 3) gyvenamoji vieta – „miestas“;
- 4) ginekologinės operacijos – „taip“;
- 5) pažintinės funkcijos – „yra sutrikimų“.

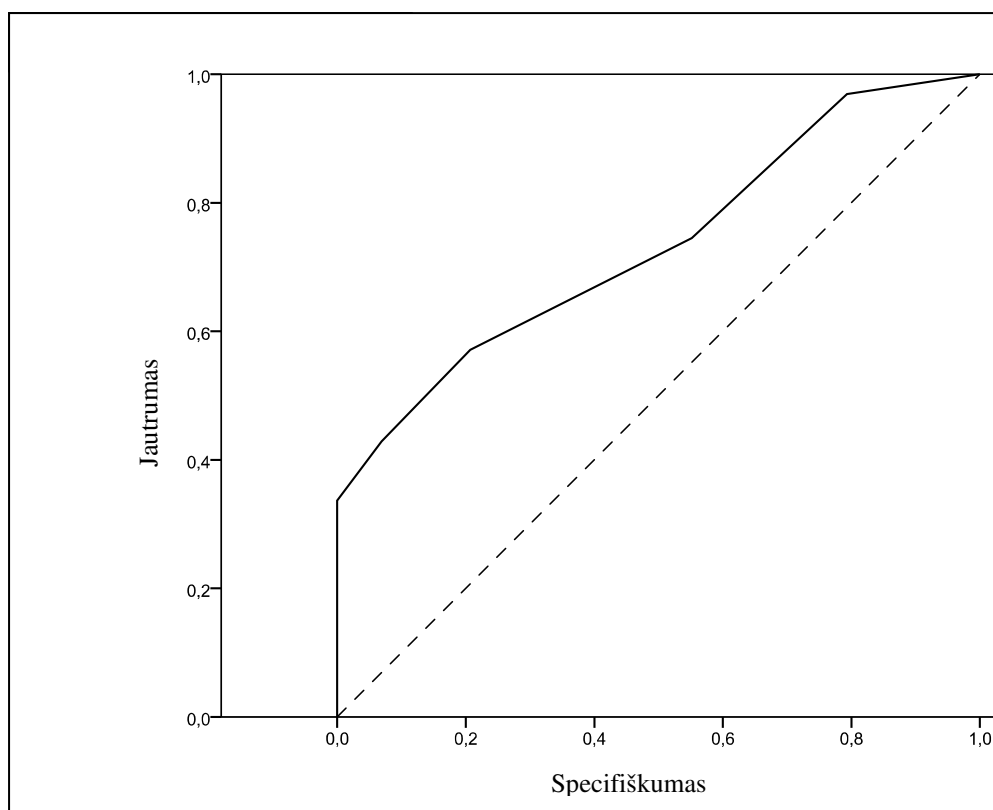
Bendroji nepalankių rizikos veiksnių suma galėjo būti nuo 0 iki 5. Tokio rizikos profilio apskaičiavimas parodė, kad maždaug kas ketvirta moteris (26 proc.) turėjo visų 5 rizikos veiksnių nepalankias reikšmes (t.y. gyveno mieste, turėjo depresyvumo požymių, pažintinių funkcijų sutrikimų, buvo patyrusios ginekologinių operacijų, skundėsi vidurių užkietėjimu), tuo tarp 7 proc. moterų neturėjo nė vieno iš šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių (3.6.1 pav). Taip pat galima pažymėti, kad 30 proc. turėjo ne daugiau kaip 1 rizikos veiksnį, 51 proc. – ne daugiau kaip 2 veiksnius, 65 proc. – ne daugiau kaip 3 veiksnius, 74 proc. – ne daugiau kaip 4 rizikos veiksnius.



**3.6.1 pav.** Su šlapimo nelaikymu susijusių nepalankių rizikos veiksnių (depresyvumas, vidurių užkietėjimas, gyvenamoji vieta mieste, patirtos ginekologinės operacijos, pažintinių funkcijų sutrikimai) suma tarp tiriamųjų

ROC jautrumo-specifiškumo analizės metodu nustatyta, kad AUC rodiklis siekia 0,733 (95 proc. PI 0,642–0,824). Bendra ROC kreivė pateikiama 3.6.2 paveiksle. Vizualiai iš jos matyti, kad labiausiai išskiriantys lūžio taškai (t.y. didžiausias jautrumas ir didžiausias specifiškumas) yra susiję su rizikos veiksnių sumos perėjimu nuo 0 link 1 ir nuo 4 link 5.





**3.6.2 pav.** ROC jautrumo-specifiškumo kreivė prognozuojant šlapimo nelaikymą

**3.6.2 lentelė.** Šlapimo nelaikymo diferenciacijos pagal rizikos veiksnių sumą tikslumo charakteristikos

Diferenciacija pagal rizikos veiksnių sumą		Tikslumo charakteristikos	
ŠN <sup>-*</sup>	ŠN <sup>+**</sup>	Jautrumas	Specifiškumas
0	1–5	96,9	20,7
0–1	2–5	74,5	44,8
0–2	3–5	57,1	79,3
0–3	4–5	42,9	93,1
0–4	5	33,7	100,0

Pastabos:

\* „ŠN<sup>-</sup>“ – šlapimo nelaikymo nėra,

\*\* „ŠN<sup>+</sup>“ – yra šlapimo nelaikymas.

Vertinant jautrumo ir specifiškumo skaičiavimus priklausomai nuo rizikos veiksnių sumos paaiškėjo, kad šlapimo nelaikymo buvimas (testo

jautrumas) tiksliausiai prognozuojamas diferencijuojant pagal reikšmę tarp 0 ir 1, o šlapimo laikymo nebuvimas (testo specifiškumas) – pagal reikšmę tarp 4 ir 5. Tikslios jautrumo ir specifiškumo reikšmės priklausomai nuo diferenciacijos taško pateiktos 3.6.2 lentelėje.

Siekiant nedviprasmiškai atsakyti į klausimą, kuri rizikos veiksnių sumos reikšmė labiausiai tinka diferencijuojant šlapimo nelaikymą, atlikti tikslumo skaičiavimai, kurie parodė, kad tiksliausiai šlapimo nelaikymas diferencijuojamas ties rizikos veiksnių suma tarp 2 ir 3, t.y. laikant, kad rizikos veiksnių suma 0–2 prognozuoja šlapimo sulaikymą, o suma 3–5 – šlapimo nelaikymą (3.6.2 lentelė).

Atsižvelgiant į tai, kad anksčiau tyrime buvo nustatyta, kad pažintinių funkcijų sutrikimas yra stipriai susijęs su šlapimo nelaikymu kaip nepriklausomas veiksnys, buvo palygintas prognozinis tikslumas diferencijuojant tik pagal pažintinių funkcijų sutrikimą ir pagal 5 rizikos veiksnius (optimalų diferencinį tašką tarp 2 ir 3 nepalankių rizikos veiksnių). Pagrindinis rodiklis palyginimui pasirinktas tiksliai prognozuotų moterų dalis tyrimo imtyje (3.6.3 lentelė).

**3.6.3 lentelė.** Šlapimo nelaikymo prognozavimo modelių charakteristikų palyginimas

Charakteristikos	Prognozavimo modelis	
	5 rizikos veiksniai *	1 rizikos veiksnys **
Jautrumas, proc.	57,1	54,1
Specifiškumas, proc.	79,3	86,2
Teigiamoji prognozinė vertė, proc.	90,3	93,0
Neigiamoji prognozinė vertė, proc.	35,4	35,7
Tikslumas, proc.	62,2	61,4

Pastabos:

\* 5 rizikos veiksniai: pažintinių funkcijų sutrikimas, depresiškumas, buvusios ginekologinės operacijos, vidurių užkietėjimas, gyvenimas mieste.

\*\* 1 rizikos veiksnys: pažintinės funkcijos sutrikimas.

Prognozavimo modelių palyginimas parodė, kad abiejų modelių tikslumas yra beveik identiškas – prognozuojant pagal 5 veiksnius jis siekia 62 proc., o pagal vienintelį veiksni (pažintinę disfunkciją) – 61 proc. Išsamiau pažiūrėjus į prognozinis duomenis galima pastebėti, kad jautrumas didesnis prognozuojant pagal 5 veiksnius, o specifiškumas – pagal 1 veiksnį, tuo tarpu prognozinė vertė (tiek teigiamoji, tiek ir neigiamoji) didesnė prognozuojant tik pagal vieną rizikos veiksnį – pažintinės funkcijos sutrikimą.

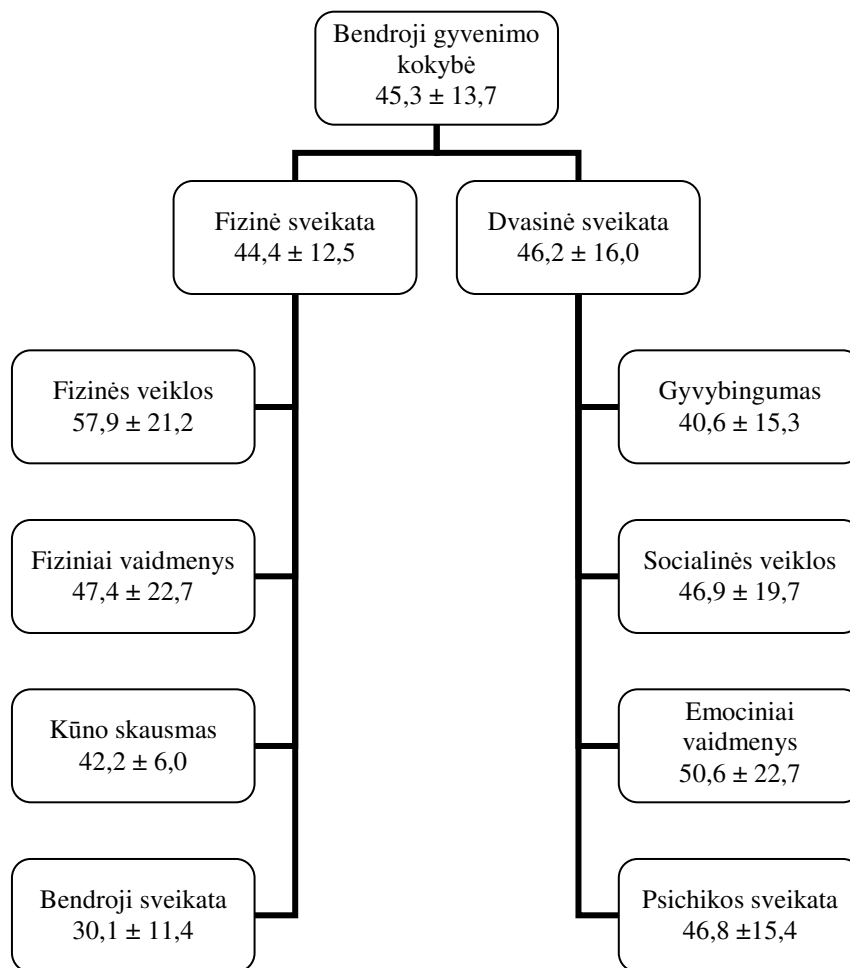
Apibendrinant šlapimo nelaikymo prognozių rizikos veiksnių analizę galima teigti, kad pagrindinis veiksnys, susijęs su šlapimo nelaikymu, buvo pažintinės funkcijos sutrikimas. Tai vienintelis šiame tyrime nustatytas nepriklausomas rizikos veiksnys. Kiti su šlapimo nelaikymu susiję rizikos veiksniai buvo gyvenamoji vieta mieste, vidurių užkietėjimas, anksčiau patirtos ginekologinės operacijos ir depresyvumas, tačiau viena vertus, daugiamatė regresinė analizė parodė, kad šie veiksniai nėra nepriklausomi, kita vertus, jų kaip visumos prognozinis potencialas neviršija pažintinės disfunkcijos prognozinės vertės ir tikslumo.

### **3.7. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įvertinimas**

Pagyvenusių tiriamųjų moterų gyvenimo kokybė buvo vertinta bendrinio gyvenimo kokybės klausimynu SF-36v2. Buvo vertinta bendroji gyvenimo kokybė ir jos sferos bei aspektai: fizinė sveikata (fizinės veiklos, fiziniai vaidmenys kūno skausmas, bendroji sveikata) ir dvasinė sveikata (gyvybingumas, socialinės veiklos, emociniai vaidmenys, psichikos sveikata). Didesnis balas visais atvejais reiškia geresnę gyvenimo kokybę.

Analizuojant, kaip tiriamosios atsakė į SF-36v2 klausimyno klausimus, matyti, kad tokie aspektai kaip bendroji sveikata (30 balų), gyvybingumas (40 balų) ir kūno skausmas (42 balai) buvo vertinami prasčiausiai. Fizinės veiklos ir emociniai vaidmenys buvo įvertinti geriausiai – atitinkamai, 58 ir 51 balai.

Gyvenimo kokybės aspektai buvo sujungti į dvi sveikatos sferas: fizinę sveikatą ir dvasinę sveikatą. Fizinė sveikata buvo įvertinta truputį prasčiau nei dvasinė sveikata (atitinkamai, 44 ir 46 balai). Vertinant gyvenimo kokybę apskritai, vidutiniškai ji buvo įvertinta 45 balais (3.7.1 pav.).



**3.7.1 pav.** Tiriamųjų gyvenimo kokybė pagal SF-36v2 klausimyną

Tyrimo metu nustatyta, kaip skiriasi SF-36v2 vertinama gyvenimo kokybė tarp moterų, kurios skundžiasi šlapimo nelaikymu ir kurios nesiskundžia (3.7.1 lentelė). Paaiškėjo, kad nelaikančių šlapimo moterų bendroji gyvenimo kokybė (42 balai) buvo statistiškai patikimai prastesnė nei šlapimo nelaikymu nesiskundžiančių moterų (55 balai).

Fizinės sveikatos požiūriu, gyvenimo kokybė tarp šlapimo nelaikančiųjų taip pat buvo žymiai prastesnė (42 balai lyginant su 54 balais tarp kitų moterų). Ypač didelis skirtumas buvo vertinant tokius fizinės sveikatos aspektus kaip fiziniai vaidmenys (atitinkamai, 42 ir 64 balai) ir fizinės veiklos (atitinkamai, 54 ir 72 balai), tuo tarpu kūno skausmo vertinimas tarp šlapimo nelaikančių ir kitų moterų buvo beveik toks pat (42 balai).

Palyginant fizinės sveikatos aspektus matyti, kad geriausiai moterys vertino savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizinėmis veiklomis (tarp nelaikančiųjų šlapimo 54 balai, tarp kitų moterų – 72 balai), o prasčiausiai – su bendrąja sveikata (atitinkamai, 28 ir 37 balai).

Dvasinės sveikatos požiūriu, šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybė taip pat buvo žymiai prastesnė nei kitų moterų (atitinkamai, 43 ir 57 balai) ir šis skirtumas buvo panašus kaip ir vertinant fizinės sveikatos skirtumus priklausomai nuo šlapimo nelaikymo. Faktiškai visi dvasinės sveikatos aspektai buvo įvertinti vidutiniškai žemesniais balais tarp šlapimo nelaikančių moterų (vidutiniškai 10 ir daugiau balų žemesni įvertinimai šlapimo nelaikymo grupėje negu tarp kitų moterų). Palyginant dvasinės sveikatos aspektus pastebėtina, kad geriausiai moterys vertino savo gyvenimo kokybę, susijusią su emociniais vaidmenimis (tarp nelaikančiųjų šlapimo 47 balai, tarp kitų moterų – 62 balai), o prasčiausiai – su gyvybingumu (atitinkamai, 37 ir 51 balas).

Tyrimo metu nustatytas gyvenimo kokybės aspektas, pagal kurį moterys (tiek šlapimo nelaikančios, tiek ir kitos) atrodė turinčios prasčiausią gyvenimo kokybę – tai bendroji sveikata (vidutiniškai 28 balai šlapimo nelaikymo grupėje ir 37 balai kitoje grupėje).

### 3.7.1 lentelė. Vidutinė tiriamųjų gyvenimo kokybė pagal SF-36v2 klausimyną

Gyvenimo kokybės aspektas	ŠN+*	ŠN-**	p	Įverčių skirtumas
Fizinė sveikata	41,7 ± 11,0	53,6 ± 13,1	< 0,001	11,9
– Fizinės veiklos	53,7 ± 18,7	72,1 ± 23,0	< 0,001	18,4
– Fiziniai vaidmenys	42,4 ± 18,8	64,0 ± 27,0	< 0,001	21,6
– Kūno skausmas	42,4 ± 6,0	41,7 ± 6,3	0,620	0,7
– Bendroji sveikata	28,1 ± 11,1	36,7 ± 9,9	< 0,001	8,6
Dvasinė sveikata	43,0 ± 14,8	57,1 ± 15,0	< 0,001	14,1
– Gyvybingumas	37,4 ± 14,5	51,2 ± 12,9	< 0,001	13,8
– Socialinės veiklos	43,0 ± 18,2	60,3 ± 19,2	< 0,001	17,3
– Emociniai vaidmenys	47,1 ± 21,1	62,5 ± 24,0	0,002	15,4
– Psichikos sveikata	44,6 ± 14,9	54,5 ± 14,5	0,003	9,9
Bendroji gyvenimo kokybė	42,3 ± 12,4	55,4 ± 13,2	< 0,001	13,1

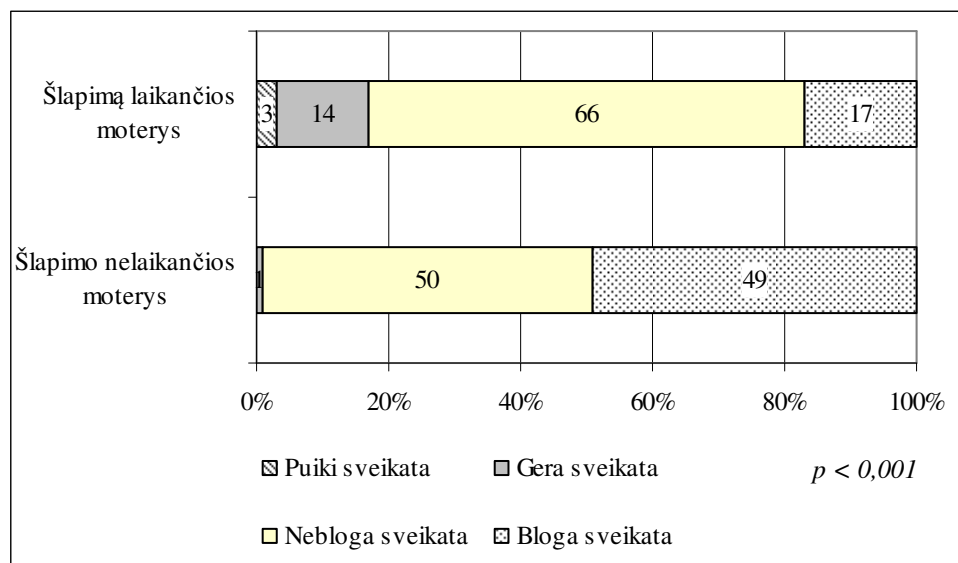
Pastabos:

\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys (n = 98),

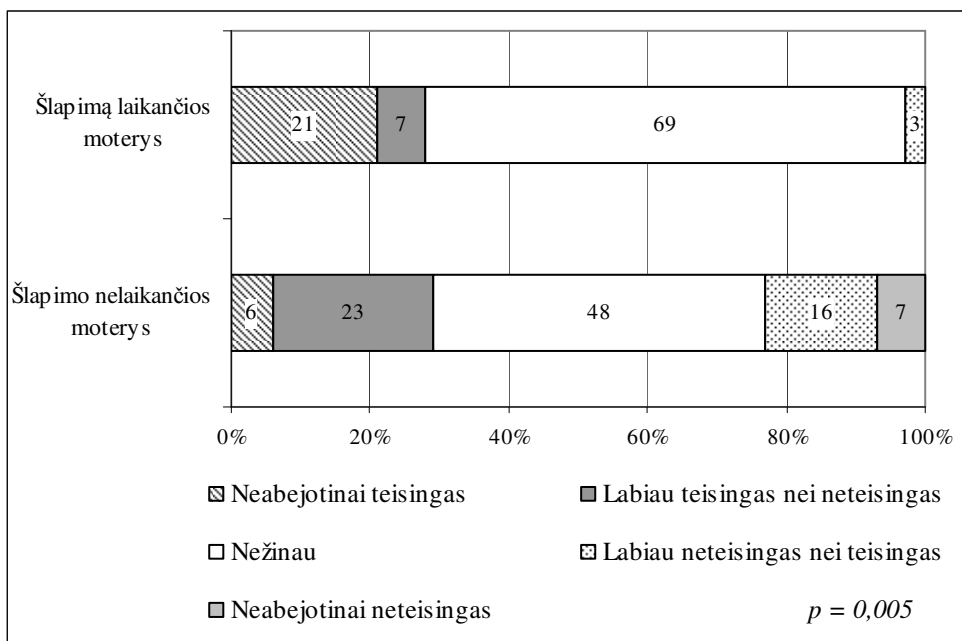
\*\* „ŠN–“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys (n = 29).

Atlikus išsamesnę klausimų analizę (3.7.2–3.7.6 pav.) nustatyta, kad atsakydamos į 1-ąją anketos klausimą „Jūsų sveikata Jūsų nuomone apskritai yra ...“, šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys kaip blogą pažymėjo 49 proc. atvejų, tuo tarpu kitos moterys – tik 17 proc. (3.7.2 pav.).

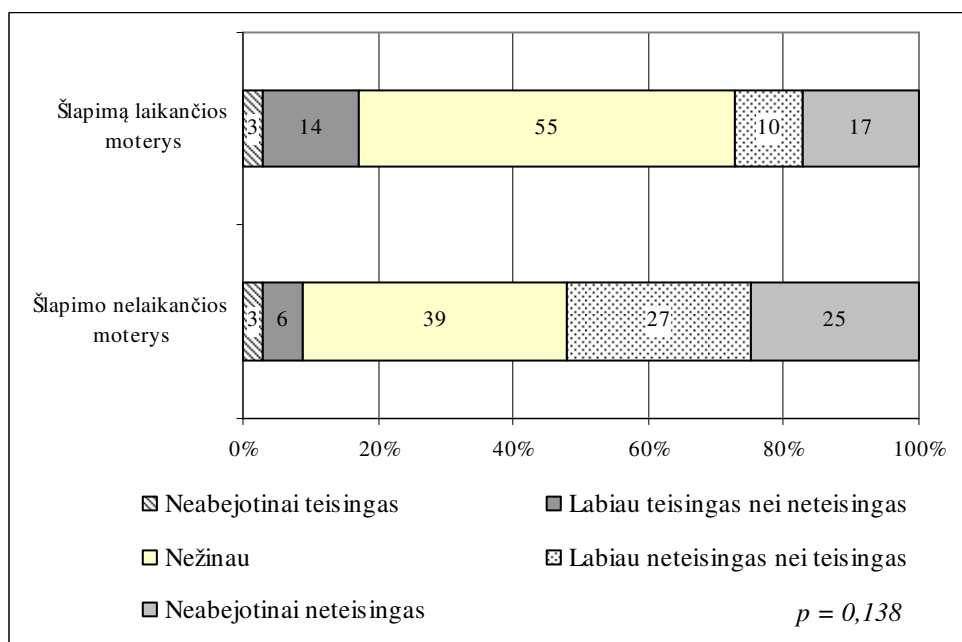
Atsakymai į anketos 11b klausimą „Aš esu tokia pat sveika kaip bet kuris mano pažįstamas“ ir į 11c klausimą „Aš manau, kad mano sveikata pablogės“ statistiškai patikimai nesiskyrė (3.7.4, 3.7.5 pav.).



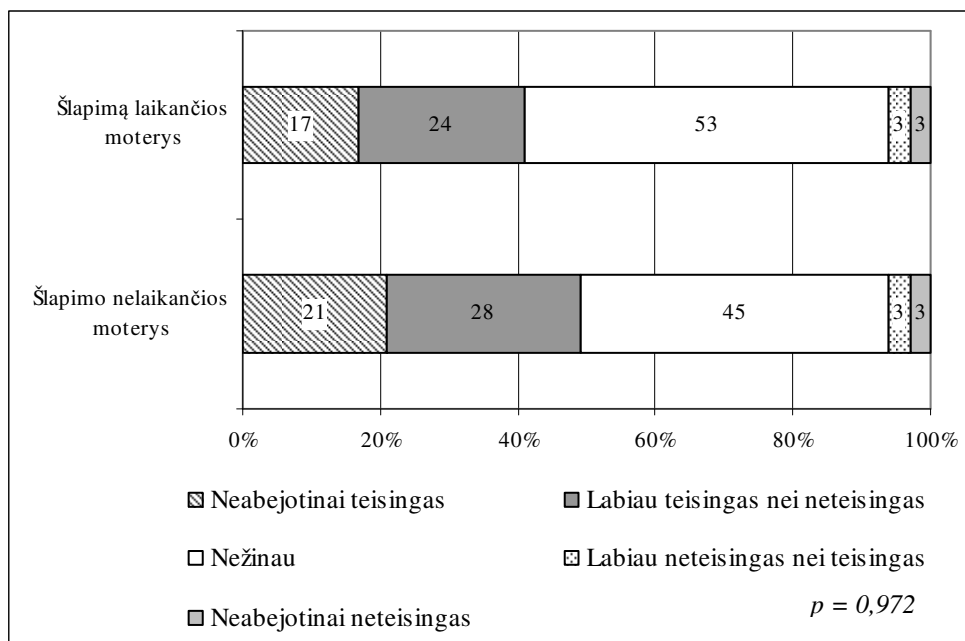
3.7.2 pav. Subjektyvus sveikatos vertinimas tarp tiriamųjų



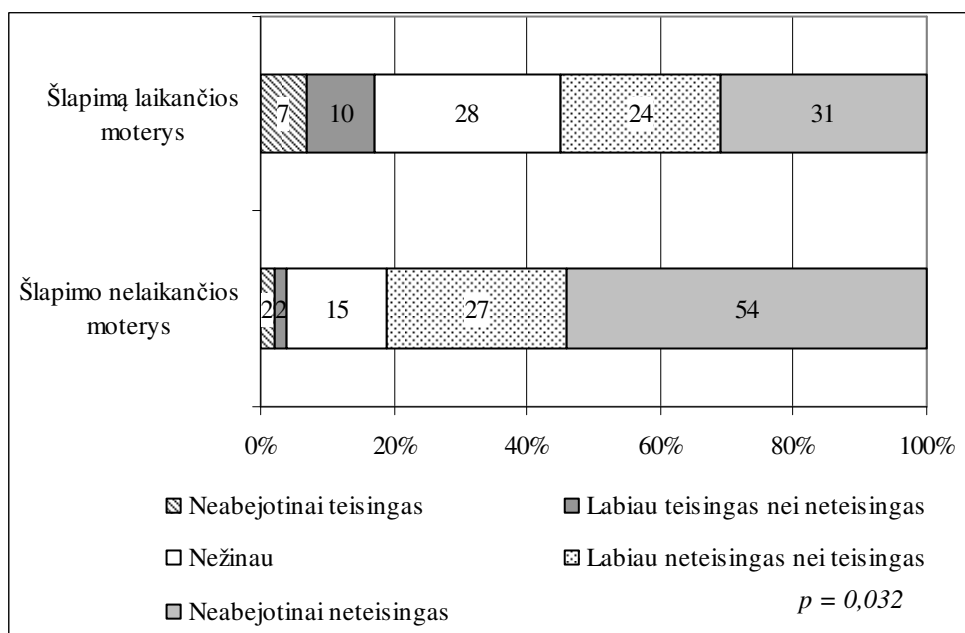
**3.7.3 pav.** Tiriųjų moterų atsakymai į SF36v2 11a klausimą: Atrodo, kad aš susergu šiek tiek lengviau nei kiti žmonės



**3.7.4 pav.** Tiriųjų moterų atsakymai į SF36v2 11b klausimą: Aš esu tokia pat sveika kaip bet kuris mano pažįstamas.



3.7.5 pav. Tiriamųjų moterų atsakymai į SF36v2 11c klausimą: Aš manau, kad mano sveikata pablogės



3.7.6 pav. Tiriamųjų moterų atsakymai į SF36v2 11d klausimą: Mano sveikata yra puiki.



Apibendrinant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės palyginimo rezultatus, galima pastebėti, kad šlapimo nelaikymo grupėje buvo sistemingai stebimi statistiškai patikimai prastesni gyvenimo kokybės sferų ir aspektų vidutiniai įverčiai. Vienintelis aspektas, kurio požiūriu gyvenimo kokybė tarp laikančių ir nelaikančių šlapimo moterų nesiskyrė, buvo kūno skausmas. Bendroji gyvenimo kokybė šlapimo nelaikymo grupėje buvo vidutiniškai 13 balų žemesnė nei tarp kitų moterų (atitinkamai, 42 ir 55 balai).

### 3.8. Su šlapimo nelaikymu susijusios gyvenimo kokybės įvertinimas

Pagyvenusių moterų gyvenimo kokybė buvo vertinta specifiniu šlapimo nelaikymui gyvenimo kokybės klausimynu I-QOL. Pagal šį klausimyną, greta bendrosios gyvenimo kokybės, yra išskiriami trys jos aspektai: elgsenos apribojimai, psichosocialinės kliūtys ir ligos gėdijimasis.

Bendroji gyvenimo kokybė tarp tiriamųjų moterų buvo įvertinta vidutiniškai 71 balu (3.8.1 lentelė). Vertinant pagal gyvenimo kokybės aspektus, geriausiai buvo įvertinta gyvenimo kokybė, susijusi su psichosocialinėmis kliūtimis (75 balai), tuo tarpu elgsenos apribojimai ir ligos gėdijimasis buvo įvertinti prasčiau (68–69 balai).

**3.8.1 lentelė.** Tiriamųjų gyvenimo kokybė ir jos aspektai pagal I-QOL klausimyną.

Gyvenimo kokybės aspektas	Visos moterys	ŠN+ *	ŠN- **	p
– Elgsenos apribojimai	68,7 ± 19,4	62,0 ± 16,3	91,6 ± 8,2	< 0,001
– Psichosocialinės kliūtys	74,8 ± 19,1	68,4 ± 16,8	96,6 ± 5,6	< 0,001
– Ligos gėdijimasis	68,5 ± 21,2	61,1 ± 18,2	93,7 ± 6,5	< 0,001
<b>Bendroji gyvenimo kokybė</b>	71,2 ± 19,3	64,4 ± 16,3	94,1 ± 6,3	< 0,001

Pastabos:

\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys (n = 98),

\*\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys (n = 29).

Atlikus analizę, kaip skiriasi bendroji gyvenimo kokybė ir jos aspektai priklausomai nuo šlapimo nelaikymo, paaiškėjo, kad tarp šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybė statistiškai patikimai buvo prastesnė nei kitų moterų (visur  $p < 0,001$ ) (3.8.1 lentelė). Gyvenimo kokybės skirtumas buvo akivaizdus: jei šlapimo nelaikymo grupėje ji svyravo tarp 60 ir 70 balų priklausomai nuo aspekto, tai tarp kitų moterų gyvenimo kokybė visais atvejais vidutiniškai buvo įvertinta daugiau nei 90 balų. Galima

pastebėti, kad abiejose grupėse geriausiai išreikštas gyvenimo kokybės aspektas buvo susijęs su psichosocialinių kliūčių vertinimu, o prasčiausiai – elgsenos apribojimai (šlapimo sulaikančių moterų grupėje) bei ligos gėdijimasis (šlapimo nelaikančių moterų grupėje).

Atlikta papildoma, išsami I-QOL gyvenimo kokybės analizė pagal atskirus klausimyno aspektus. Buvo atskirai išnagrinėta, kaip atsakymai į konkrečius klausimus buvo pasiskirstę pagal tyrimo grupes (šlapimo nelaikančios ir kitos moterys). Žemiau pateikiami esminiai lyginamosios analizės rezultatai, o išsamus kiekvieno tipo atsakymų pasiskirstymas pateikiamas skyrelyje „Piedai“ (5 priedas).

### 3.8.2 lentelė. Elgsenos apribojimai pagal I-QOL klausimus

Klausimas	Grupė	Palyginimas	
		p	Vid. rangas
1. Aš jaudinuosi, kad negalėsiu laiku pasinaudoti tualetu	ŠN-*	< 0,001	100,8
	ŠN+**		53,1
2. Kosėdamas ar čiaudėdamas aš jaudinuosi dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų	ŠN-	< 0,001	101,8
	ŠN+		52,8
3. Aš turiu būti atsargus, atsistodamas iš sėdimos padėties, dėl šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų	ŠN-	< 0,001	103,3
	ŠN+		52,4
4. Kai esu naujoje vietoje, man rūpi, kur yra tualetas	ŠN-	< 0,001	101,1
	ŠN+		53,0
10. Man svarbu dažnai lankytis tualete	ŠN-	< 0,001	99,4
	ŠN+		53,5
11. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų man svarbu viską planuoti iš anksto	ŠN-	< 0,001	101,0
	ŠN+		53,1
13. Dėl savo šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų naktį aš prastai miegu	ŠN-	< 0,001	100,2
	ŠN+		53,3
20. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš turiu stebėti, ką ir kiek geriu	ŠN-	< 0,001	101,5
	ŠN+		52,9

Pastabos:

\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys (n = 29),

\*\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys (n = 98).

Vertinant elgsenos apribojimus, analizę, paaiškėjo, kad šlapimo nelaikančių moterų atsakymai statistiškai patikimai skyrėsi nuo kitų moterų (visur  $p < 0,001$ ) (3.8.2 lentelė). Šlapimo nelaikančias moteris labiausiai riboja šlapimo nelaikymas atsistojant iš sėdimos padėties (vid. rangas 52), kosint, čiaudint (vid. rangas 53), o šlapimą sulaikančias moteris – dažnas lankymasis tualete (vid. rangas 99). Atsakymų į klausimus skirtumas buvo didelis: jei šlapimo nelaikymo grupėje vidutiniai rangai svyravo tarp 52 ir 54 priklausomai nuo klausimų, tai tarp kitų moterų – tarp 99 ir 103. Ma-

žiausiai ribojantys aspektai tarp šlapimo nelaikančių moterų buvo susiję su dažnu lankymusi tualete (vid. rangas – 54), o tarp kitų moterų – atsistojimas iš sėdimos padėties (vid. rangas – 103).

Analizuojant atsakymus į I-QOL klausimus, vertinančius psichosocialinių kliūčių gyvenimo kokybės aspektą, paaiškėjo, kad šlapimo nelaikančių moterų beveik visi atsakymai statistiškai patikimai skyrėsi nuo kitų moterų ( $p < 0,001$ ), išskyrus atsakymą į klausimą apie šlapimo nelaikymo poveikį lytiniam gyvenimui ( $p = 0,103$ ) (3.8.3 lentelė). Atsakymų į klausimus skirtumas buvo žymus: jei šlapimo nelaikymo grupėje vidutiniai rangai svyravo tarp 51 ir 54 priklausomai nuo klausimo, tai tarp kitų moterų 97 ir 106, išskyrus atsakymus į klausimą apie šlapimo nelaikymo poveikį lytiniam gyvenimui (šlapimo nelaikančių atsakymų vid. rangas 62, kitų moterų – 70). Šlapimo nelaikančios moterys dėl šlapimo nelaikymo dažniau buvo nusiminusios (vid. rangas – 52), susierzinusios dėl šlapinimosi problemų ribojamos veiklos (vid. rangas – 52), o kitos moterys, bijodamos šlapimo nelaikymo, jautėsi apribotos pasirinkdamos aprangą (vid. rangas – 98). Vienintelis aspektas, kuriam neturėjo įtakos šlapimo nelaikymas – lytinis gyvenimas.

**3.8.3 lentelė.** Psichosociainių kliūčių aspektas pagal I-QOL klausimus

Klausimas	Grupė	Palyginimas	
		p	Vid. rangas
5. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi nusiminęs	ŠN-*	< 0,001	105,6
	ŠN+**		51,7
6. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš negaliu laisvai ilgam išvykti iš namų	ŠN-	< 0,001	103,0
	ŠN+		52,5
7. Aš jaučiuosi susierzinęs, nes mano šlapinimosi problemos ar šlapimo nelaikymas neleidžia man daryti tai, ko aš noriu	ŠN-	< 0,001	104,9
	ŠN+		51,9
9. Aš nuolat galvoju apie šlapimo nelaikymą ar savo šlapinimosi problemas	ŠN-	< 0,001	101,2
	ŠN+		53,0
15. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi nesveikas žmogus	ŠN-	< 0,001	104,7
	ŠN+		52,0
16. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi bejėgis	ŠN-	< 0,001	102,1
	ŠN+		52,7
17. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš mažiau džiaugiuosi gyvenimu	ŠN-	< 0,001	100,9
	ŠN+		53,1
21. Mano šlapimo nelaikymas ar šlapinimosi problemos apriboja mano aprangos pasirinkimą	ŠN-	< 0,001	97,7
	ŠN+		54,0
22. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaudinuosi dėl lytinių santykių.	ŠN-	0,103	69,5
	ŠN+		62,4

Pastabos:

\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys (n = 29),

\*\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys (n = 98).

Atlikus išsamią I-QOL klausimų, vertinančių ligos gėdijimosi aspektą, analizę nustatyta, kad šlapimo nelaikančių moterų atsakymai statistiškai patikimai skyrėsi nuo kitų moterų (visur  $p < 0,001$ ) (3.8.4 lentelė). Atsakymai į klausimus skyrėsi: jei šlapimo nelaikymo grupėje vidutiniai rangai svyravo tarp 52 ir 54 priklausomai nuo klausimų, tai tarp kitų moterų – 99 ir 105. Šlapimo nelaikančios moterys labiausiai jaudinosi dėl apsišlapinimo (vid. rangas 52), nepakankamos savo šlapimo pūslės kontrolės (vid. rangas 52), o šlapimą sulaikančios moterys labiausiai nerimavo dėl to, kad senstant atsiras šlapimo nelaikymo problemų (vid. rangas 99).

**3.8.4 lentelė. Ligos gėdijimosi aspektas pagal I-QOL klausimus**

Klausimas	Grupė	Palyginimas	
		p	Vid. rangas
8. Aš jaudinuosi, kad kiti užuos sklindantį nuo manęs šlapimo kvapą	ŠN-*	< 0,001	101,4
	ŠN+**		52,9
12. Aš jaudinuosi, kad šlapimo nelaikymas ar mano šlapinimosi problemos senstant tik didės	ŠN-	< 0,001	99,3
	ŠN+		53,5
14. Aš jaudinuosi, kad dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų nebūčiau sutrikęs ar pažemintas	ŠN-	< 0,001	101,5
	ŠN+		52,9
18. Aš jaudinuosi, kad apsišlapinu	ŠN-	< 0,001	104,4
	ŠN+		52,0
19. Man atrodo, kad aš nekontroliuoju savo šlapimo pūslės	ŠN-	< 0,001	104,1
	ŠN+		52,1

Pastabos:

\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys,

\*\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys.

Apibendrinant su šlapimo nelaikymu susijusios gyvenimo kokybės lyginamuosius rezultatus tarp tyrimo grupių galima pastebėti, kad šlapimo nelaikymo grupėje buvo statistiškai patikimai prastesni gyvenimo kokybės sferų ir aspektų vidutiniai įverčiai. Bendroji gyvenimo kokybė šlapimo nelaikymo grupėje buvo vidutiniškai 30 balų žemesnė nei tarp kitų moterų (atitinkamai, 64 ir 94 balai).

### 3.9. Bendrinio ir specifinio gyvenimo kokybės klausimų koreliacija

Vertinant bendrinio gyvenimo kokybės klausimyno – SF-36v2 aspektų koreliaciją su specifinio šlapimo nelaikymui klausimyno – I-QOL aspektais nustatyta, kad šie klausimynai tarpusavyje koreliuoja vidutiniškai (koreliacijos koeficientas daugeliu atvejų nuo 0,4 iki 0,6).

SF-36v2 klausimyno kūno skausmo aspektas buvo silpnai susijęs su I-QOL klausimynu vertinta bendraja gyvenimo kokybe ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,1$ ), elgsenos apribojimais ( $r = 0,13$ ;  $p = 0,132$ ), psichosocialinėmis kliūtims ( $r = 0,149$ ;  $p = 0,095$ ), ligos gėdijimusi ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,096$ ) (3.9.1 lentelė). SF-36v2 klausimynu vertinta bendroji sveikata ( $r = 0,373$ ;  $p < 0,01$ ) ir psichikos sveikata ( $r = 0,372$ ,  $p < 0,01$ ) taip pat buvo silpnai susijusi su I-QOL klausimyno vertinamais elgsenos apribojimais. Visi kiti abiejų klausimynų gyvenimo kokybės aspektai turėjo vidutinį tarpusavio ryšį.

**3.9.1 lentelė. SF-36v2 ir I-QOL klausimynų koreliacija**

SF-36v2		I-QOL			
		Bendroji gyvenimo kokybė	Elgsenos apribojimai	Psichosocialinės kliūtys	Ligos gėdijimasis
Fizinės veiklos	r*	0,516	0,47	0,513	0,54
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fiziniai vaidmenys	r	0,527	0,472	0,53	0,555
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Kūno skausmas	r	0,147	0,134	0,149	0,148
	p	0,1	0,132	0,095	0,096
Bendroji sveikata	r	0,407	0,373	0,402	0,425
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Gyvybingumas	r	0,483	0,439	0,482	0,502
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Socialinės veiklos	r	0,565	0,522	0,558	0,585
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Emociniai vaidmenys	r	0,546	0,492	0,557	0,556
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Psichikos sveikata	r	0,429	0,372	0,436	0,462
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fizinė sveikata	r	0,568	0,514	0,567	0,595
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Dvasinė sveikata	r	0,587	0,53	0,59	0,61
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Bendroji gyvenimo kokybė	r	0,602	0,545	0,604	0,628
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

\* r – Pirsono koreliacijos koeficientas

Apibendrinant mūsų naudotų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynų koreliacijos rezultatus galima pastebėti, kad SF-36v2 ir I-QOL klausimynai buvo vidutiniškai susiję, išskyrus kūno skausmo komponentą SF36v2 klausimyne, kuris su I-QOL klausimyno aspektais koreliavo silpnai.

### 3.10. Gyvenimo kokybės skirtumai tarp miesto ir kaimo moterų

Vertinant pagyvenusių moterų gyvenimo kokybę pagal SF-36v2 klausimą nustatyta, kad mieste gyvenančių moterų bendroji gyvenimo kokybė (41 balas) buvo statistiškai patikimai blogesnė nei kaime gyvenančių moterų (50 balų;  $p < 0,001$ ) (3.10.1 lentelė).

Fizinės sveikatos požiūriu, gyvenimo kokybė tarp mieste gyvenančių pagyvenusių moterų taip pat buvo prastesnė (41 balas lyginant su 49 balais tarp kaimo moterų). Ypač didelis skirtumas buvo vertinant fizinės sveikatos aspektą – fizinės veiklos (atitinkamai 50 ir 68 balai), tuo tarpu kūno skausmo (42 balai) ir bendrosios sveikatos (atitinkamai 29 ir 31 balas) vertinimas tarp miesto ir kaimo moterų buvo beveik toks pat. Palyginant fizinės sveikatos aspektus matyti, kad geriausiai moterys vertina savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizinėmis veiklomis (tarp miestiečių 50 balai, tarp kaimo moterų – 68 balai), o prasčiausiai – su bendrąja sveikata (atitinkamai, 29 ir 31 balas).

**3.10.1 lentelė.** Miesto ir kaimo moterų gyvenimo kokybė, vertinant SF36v2 klausimynu

Gyvenimo kokybės aspektas	Miestas	Kaimas	p
Fizinė sveikata	41,0±10,71	48,6±13,32	< 0,001
– Fizinės veiklos	50,0±17,99	67,5±20,96	< 0,001
– Fiziniai vaidmenys	42,1±19,72	53,8±24,61	0,005
– Kūno skausmas	42,5±14,74	41,9±7,33	0,595
– Bendra sveikata	29,1±10,81	31,2±11,99	0,311
Dvasinė sveikata	41,8±15,04	51,6±15,51	< 0,001
– Gyvybingumas	35,9±14,44	46,3±14,35	< 0,001
– Socialinės veiklos	42,1±17,35	52,8±21,02	0,003
– Emociniai vaidmenys	46,8±19,77	55,3±25,13	0,038
– Psichikos sveikata	42,6±16,19	52,1±12,52	< 0,001
<b>Bendroji gyvenimo kokybė</b>	41,4±12,24	50,1±13,90	< 0,001

Dvasinės sveikatos požiūriu, miesto moterų gyvenimo kokybė taip pat buvo žymiai prastesnė nei kaime gyvenančių moterų (atitinkamai 42 ir 52 balo). Faktiškai visi dvasinės sveikatos aspektai buvo įvertinti vidutiniškai žemesniais balais tarp miesto moterų. Palyginant dvasinės sveikatos aspektus pastebėtina, kad geriausiai moterys vertina savo gyvenimo kokybę, susijusią su emociniais vaidmenimis (tarp miestiečių 47 balai, tarp kaimo

moterų – 55 balai), o prasčiausiai – su gyvybingumu (atitinkamai, 36 ir 46 balas).

Palyginus kaimo ir miesto moteris pagal specifinį šlapimo nelaikymui gyvenimo kokybės klausimyną I-QOL nustatyta (3.10.2 lentelė), kad gyvenimo kokybė tarp kaimo ir miesto moterų statistiškai patikimai nesis-kyrė, tiek vertinant pagal atskirus aspektus, tiek ir bendrai ( $p > 0,05$ ). Bendroji gyvenimo kokybė, įvertinta I-QOL klausimynu, tarp miesto moterų vidutiniškai siekė 69 balus, tarp kaimo moterų – 74 balų. Apskritai, galima pastebėti, kad ir I-QOL gyvenimo kokybės aspektai turėjo sistemingą tendenciją ( $p > 0,05$ ), stebėtą šio tyrimo bendriniame gyvenimo kokybės klausimyne SF36v2: kaimo moterims būdinga geresnė gyvenimo kokybė negu miestietėms.

**3.10.2 lentelė.** Miesto ir kaimo moterų gyvenimo kokybė, vertinant I-QOL klausimynu

<b>Gyvenimo kokybės aspektas</b>	<b>Miestas</b>	<b>Kaimas</b>	<b>p</b>
– Elgsenos apribojimai	66,7 ± 18,4	71,2 ± 20,4	0,193
– Psichosocialinės kliūtys	72,4 ± 18,7	77,8 ± 19,4	0,111
– Ligos gėdijimasis	66,0 ± 20,2	71,7 ± 22,2	0,129
<b>Bendroji gyvenimo kokybė</b>	68,9 ± 18,4	74,0 ± 20,0	0,133

Apibendrinant su gyvenamąja vieta susijusios gyvenimo kokybės palyginimo rezultatus tarp tyrimo grupių, galima pastebėti, kad pagyvenusios kaimo moterys, besikreipiančios į bendros praktikos gydytoją, savo bendrą gyvenimo kokybę vertino geriau nei miestietės.

## 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šlapimo nelaikymas yra sveikatos sutrikimas, būdingas įvairaus amžiaus žmonėms. Jis sukelia fizines, psichologines, medicininės, socialines, ekonomines problemas. Šlapimo nelaikymas ypač svarbus tarp pagyvenusių moterų, nes neigiamai atsiliepia įvairiems gyvenimo kokybės ir kasdienio gyvenimo aspektams. Populiacijos senėjimas visame pasaulyje lemia, kad didėja pagyvenusių žmonių skaičius ir su senatve susijusių specifinių problemų dažnis, tarp kurių yra ir šlapimo nelaikymas.

Lietuvoje yra atlikti tik keli tyrimai, nagrinėjantys šlapimo nelaikymą ir su juo susijusius veiksnius [19, 160]. Mūsų tyrimas yra pirmasis Lietuvoje, kuris nagrinėjo kiek 65 m. ir vyresnių kaimo ir miesto moterų gyvenimo kokybę gali būti susijusi su šlapimo nelaikymu. Tyrime taikyti du A rekomendacijų lygio gyvenimo kokybės klausimynai – bendrinis ir specifinis šlapimo nelaikymui. Specifinis klausimynas išverstas būtent šiam tyrimui ir Lietuvoje panaudotas pirmą kartą.

### 4.1. Šlapimo nelaikymo paplitimas

Šlapimo nelaikymo paplitimas mokslinių tyrimų duomenimis skiriasi tiek pagal amžiaus grupes, tiek ir pagal lytį arba regioną. Užsienio šalyse yra atlikta daug tyrimų, nagrinėjančių šlapimo nelaikymo paplitimą. Juose nustatyta, kad šlapimo nelaikančių moterų yra nuo 5 proc. Belgijoje [53] iki 69 proc. Didžiojoje Britanijoje [54]. Be to, šlapimo nelaikymo paplitimas tarp pagyvenusių, bendruomenėje gyvenančių moterų yra nuo 19 [55] iki 86 proc. [67] priklausomai nuo amžiaus ir gyvenamos šalies. 2011 m. skelbtais duomenimis, JAV atliktas didelės imties tyrimas – anketinė apklausa (n = 17850). Nustatyta, kad 2001–2002 m. šlapimo nelaikė 49,5 proc., o 2007–2008 m. jau 53,4 proc. įvairaus amžiaus moterų (nors nėra nurodoma, koks šlapimo nelaikymo paplitimas tarp pagyvenusių moterų).

J. T. N. Tamanini ir bendraautorių Brazilijoje atlikto tyrimo duomenimis šlapimo nelaikė 22 proc. 60–74 m. amžiaus moterų ir 39 proc. 75 m. ir vyresnio amžiaus [246]. A. Liapis ir kt. Graikijoje atliktame tyrime apklausė du tūkstančius 20–80 m. amžiaus moterų ir nustatė, kad šlapimo nelaikė 27 proc., 60–80 m. moterų grupėje šlapimo nelaikymo paplitimas buvo 51 proc. [135]. P. S. Goode ir bendraautorių duomenimis šlapimo nelaikymo paplitimas tarp pagyvenusių moterų – 41 proc. [84] J. T. Anger ir kt. duomenimis – 30–50 proc. [12], A. Lasserre ir kt. duomenimis – 34–46 proc. [129]. Naujausiais duomenimis, tarp vyresnių nei 40 m. moterų net 67 proc.



JAV, 69 proc. Jungtinėje Karalystėje ir 67 proc. Švedijoje nelaiko šlapimo [150,48,].

Mūsų tyrime šlapimo nelaikymo paplitimas siekė 77 proc. Lyginant su literatūros duomenimis, tokie rezultatai artimi Prancūzijoje [67] ir Kanadoje [106] atliktų tyrimų rezultatams. Prancūzijoje nustatyta, kad tarp 75–79 m. moterų šlapimo nelaikymo paplitimas siekia 80 proc, tarp 80–84 m. moterų – 86 proc., tarp 85–89 m. moterų – 75proc. Kanadoje nebuvo nustatytas šlapimo nelaikymo paplitimas pagal 5 metų amžiaus grupes, tačiau kaip ir mūsų atveju buvo tiriamos 65 m. ir vyresnės moterys ir paaiškėjo, kad tarp jų šlapimo nelaikymo paplitimas siekė 73 proc.

Skirtumus tarp mūsų ir ankstesniųjų tyrimų galima paaiškinti keliais veiksniais. Visų pirma, daugumos tyrimų apie šlapimo nelaikymo paplitimą rezultatų nėra galima palyginti su mūsų tyrimu dėl to, kad buvo nagrinėjamos skirtingos amžiaus grupės. Kaip jau pastebėta, šlapimo nelaikymo paplitimas didėja su amžiumi, todėl ankstesniųjų tyrimų rezultatai, rodantys mažesnę nei 70 proc. paplitimą, leidžia daryti prielaidą, kad tų tyrimų imtys iš esmės skyrėsi nuo mūsų imties visų pirma amžiaus skirstiniu.

Mūsų tyrimo rezultatai panašūs į rezultatus, gautus tiriant labai ligotus, senus slaugos namuose esančius žmones. P. K. Adelman ir kt. duomenimis, šlapimo nelaikymo paplitimas tarp pagyvenusių slaugos namuose gyvenančių moterų siekė 78 proc. [5], V. A. Silva ir kt. duomenimis 65 proc. slaugos namuose gyvenančių pagyvenusių žmonių nelaikė šlapimo [221].

Kol kas Lietuvoje atlikti tik keli tyrimai, nagrinėję šlapimo nelaikymo paplitimą. A. Jurgelėnas ir kt. nagrinėjo sveikatos problemų paplitimą tarp 928 pagyvenusių ir senų žmonių Vilniaus mieste [115]. Tyrėjai nustatė, kad šlapimo nelaiko 18 proc. tirtų vyrų ir moterų. G. Mereckas ir kt. vertino šlapimo nelaikymo paplitimą tarp 294 vyresnio amžiaus Vilniaus vyrų (55–98 m. amžiaus) [19]. Jų duomenimis, šlapimo nelaikė nuo 6 proc. 55–59 m. amžiaus iki 36 proc. 90–94 m. amžiaus vyrų. Savo ruožtu, S. Barilienė ir kt. [19] tyrė šlapimo nelaikymo paplitimą tarp 323 50–70 m. amžiaus Kauno moterų ir nustatė, kad šlapimo nelaiko 43 proc. šių moterų.

Lietuvoje atlikti tyrimai turi apribojimų dėl rezultatų pritaikymo bendrai šlapimo nelaikymu sergančių žmonių populiacijai. Viena vertus, šie tyrimai taikė skirtingus įtraukimo į tyrimą kriterijus, pvz., G. Merecko tyrime nebuvo įtraukiami vyrai, užpildę pažinimo funkcijos klausimyną ir surinkę 10 ir mažiau balų (mūsų tyrime nustatyta, kad pažintinės funkcijos sutrikimas yra nepriklausomas šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys). Kita vertus, jie nagrinėjo skirtingo amžiaus ir lyties asmenis iš įvairių miestų (Kauno ir Vilniaus). Savo ruožtu, mūsų tyrimas nagrinėjo šlapimo nelaikymo paplitimą tarp pagyvenusių miesto ir kaimo moterų, besikreipiančių į šeimos gydytoją.

Dėl šių imties sudarymo skirtumų mūsų tyrime nustatytas šlapimo nelaikymo paplitimas tik iš dalies gali būti sugretinamas su rezultatais, gautais minėtuose tyrimuose.

Šio tyrimo rezultatus galėjo įtakoti keli veiksniai. Lietuvoje slaugos namų paslaugos nėra taip išvystytos kaip Vakarų šalyse. Pastarosiose sunkiai sergantiems ir šlapimo nelaikantiems asmenims yra didesnės galimybės patekti į slaugos namus, dėl to namuose (arba kitaip sakant, bendruomenėje) gyvenantieji pagyvenusio amžiaus žmonės yra sąlyginai sveikesni ir gyvybingesni už savo bendraamžius slaugos ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose. Lietuvoje tokie ligoniniai dažnai laikomi namuose ir prižiūrimi šeimos gydytojų. Būtent dėl to tyrimuose, kurie nagrinėja šlapimo nelaikymą bendruomenėje, jo paplitimas yra žymiai mažesnis nei nustatyta mūsų tyrime. Daugelis literatūroje aprašomų šlapimo nelaikymo epidemiologinių tyrimų buvo atlikti naudojant skirtingą metodiką, taikant skirtingus šlapimo nelaikymo apibrėžimus ir kriterijus, tiriant skirtingo amžiaus tiriamuosius su skirtingu socialiniu-demografiniu ir medicininu profiliu.

Žvelgiant iš šios perspektyvos, palyginus ir išnagrinėjus šlapimo nelaikymo paplitimo ypatumus galima teigti, kad mūsų tyrime nustatytas šlapimo nelaikymo dažnis yra būdingas pagyvenusios amžiaus moterims. Pagrindinis apribojimas šiuos rezultatus taikyti bendrai pagyvenusių moterų populiacijai yra tai, kad tyrime dalyvavo tik tos moterys, kurios kreipėsi į šeimos gydytoją, kas reiškia, kad į tyrimą patekti mažiau galimybių turėjo sveikesnės moterys ir mažiau savo sveikata besirūpinančios moterys.

## 4.2. Šlapimo nelaikymas ir sveikata

### 4.2.1. Fizinė sveikata

Žmonių populiacija tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse sensta. Didėjant amžiui, didėja ir sergamumas lėtinėmis ligomis. Nustatyta, kad žmonėms, vyresniems nei 65 metai, kas penkerius metus prisideda po vieną lėtinę ligą [76]. Nustatyta, kad ligotumo (angl. *polimorbidity*) paplitimas tarp 65 metų ir vyresnių moterų siekia 99 proc. A. Jurgelėnas ir kt. [115] vertino pagyvenusių ir senų žmonių fizinę sveikatą ir nustatė, kad sveikatos problemų turėjo 94 proc. tyrime dalyvavusių moterų, o mūsų tyrime tokių moterų buvo 100 proc.

Dažniausios ligos ir simptomai, kuriais sirgo mūsų tyrimo **moterys**, buvo šlapimo nelaikymas, arterinė hipertenzija, vidurių užkietėjimas ir širdies ritmo sutrikimas. Mažiau paplitusios ligos buvo išeminė širdies liga, ryškus širdies nepakankamumas. Nustatyti pavieniai bronchinės astmos, negydytos onkologinės ligos atvejai. R. Filipavičiūtės ir kt. [66] tyrimo duomenimis, ilgaamžės moterys dažniausiai sirgo širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, hipertenzija, kiek rečiau smegenų kraujagyslių, lėtinėmis sąnarių ligomis, dar rečiau bronchine astma. Pastarojo tyrimo rezultatai apie pagyvenusių moterų ligas yra panašūs kaip ir mūsų tyrime.

Dažniausios gretutinės ligos ir simptomai, kuriais sirgo mūsų tyrime dalyvavusios **šlapimo nelaikančios moterys**, buvo šie: arterinė hipertenzija (89 proc.), vidurių užkietėjimas (59 proc.), širdies ritmo sutrikimas (52proc.), smegenų kraujotakos sutrikimas (39 proc.), patirtas insultas (17 proc.), onkologinė liga (20 proc.), cukrinis diabetas (11 proc.).

Remiantis literatūros duomenimis, pagyvenusių žmonių fizinė sveikata skiriasi priklausomai nuo regiono ir lyties. J. T. N. Tamanini ir kt. [246] ištyrė Brazilijoje 2143 pagyvenusius žmones. Jų duomenimis diabetu sirgo 24 proc. nelaikančių šlapimo tiriamųjų nuo 60–74 m. amžiaus ir 42 proc. 75 m. ir vyresnių. Arterine hipertenzija sirgo atitinkamai 20 ir 36 proc. tiriamųjų, infarktu – 31 ir 55 proc., nutukusių buvo 24 ir 50 proc.

K. S. Coyne ir kt. [48] ištyrė 14140 vyresnių nei 40 m. vyrų ir 15860 moterų. Jie nustatė, kad tarp nelaikančių šlapimo moterų kūno masės indeksas buvo 28,9–30,3, astma sirgo 13–20 proc. diabetu 11–13 proc., arterine hipertenzija 34–47 proc. priklausomai nuo šlapimo nelaikymo tipo (mišrus šlapimo nelaikymas, dirglioji šlapimo pūslė, įtampos šlapimo nelaikymas).

Mūsų tyrime nustatytas didesnis nei Brazilijos tyrime ligų dažnis, nes tyrėme šlapimo nelaikančias moteris nuo 65 m. amžiaus ir vyresnes, tuo tarpu

pastarajame tyrime buvo tirti 60 m. ir vyresni vyrai ir moterys. Skirtingai nuo K. S. Coyne ir kt. duomenų, mūsų tiriamųjų buvo didesnis ligotumas, nes pastarajame tyrime tirti ir jaunesni t.y. nuo 40 metų amžiaus abiejų lyčių žmonės. Apibendrinant, ligotumo skirtumus galima būtų paaiškinti šalių specifika ir jaunesniu tiriamųjų amžiumi.

Mūsų tyrime kaip ir Y. Ko tyrime šlapimo nelaikančios moterys buvo ligotesnės nei šlapimą gerai sulaikančios moterys [121].

#### **4.2.2. Psichikos sveikata**

Pažintinės funkcijos sutrikimai dažni tarp pagyvenusių žmonių. Literatūros duomenimis, pažinimo funkcijos yra sutrikusios apie 10 proc. vyresnių nei 60 metų moterų [62, 145]. Mūsų tyrime 11 proc. apklaustųjų buvo nustatytas ryškus pažinimo funkcijų sutrikimas, o 55 proc. apklaustųjų neturėjo jokių pažinimo funkcijų sutrikimų. Mūsų tyrimo duomenimis, pažinimo sutrikimų turėjo 54 proc. šlapimo nelaikančių ir tik 14 proc. šlapimą gerai sulaikančių moterų. Ryškus pažinimo funkcijų sutrikimas buvo nustatytas 14 proc. šlapimo nelaikančių moterų, tuo tarpu tarp kitų moterų ryškaus pažinimo funkcijų sutrikimo nebuvo. Tai patvirtina J. K. Specht [227] nuomonė, kad ryškią demenciją lydi šlapimo nelaikymas, kurio priežastis yra ne urogenitalinės sistemos pakitimai, bet su demencija susiję pokyčiai. Kanadoje atliktame tyrime nustatyta [106], kad ryškus pažinimo funkcijų sutrikimas buvo stebimas tarp 64 proc. šlapimo nelaikančių pagyvenusių moterų, kas yra netgi daugiau nei mūsų tyrime nustatyta. Kaip ir mūsų tyrime, Kanadoje nustatyta tendencija, kad šlapimo nelaikymas yra statistiškai patikimai ir stipriai susijęs su prastesnėmis pažintinėmis funkcijomis.

G. Rait ir kt. [198] tyrimo duomenimis 31 proc. pagyvenusio amžiaus žmonių, turinčių pažintinės funkcijos sutrikimus (t.y. surinkusių mažiau nei 24 balus, atsakant į TPBT klausimus), ir tik 18 proc. neturinčių pažinimo funkcijos sutrikimų (daugiau 24 balų) nelaikė šlapimo. Šiame, kaip ir mūsų tyrime, šlapimo nelaikymas buvo susijęs su prastesnėmis pažintinėmis funkcijomis.

Tačiau yra tyrimų, kuriuose nustatyta, kad pažintinės funkcijos tarp šlapimo nelaikančių ir kitų moterų nesiskyrė. D. Miu ir kt. [167] tyrė demencija sergančius pagyvenusio amžiaus žmones ir nustatė, kad tik 33 proc. iš jų nelaikė šlapimo. Tiek nelaikančių, tiek gerai sulaikančių šlapimą TPBT balų suma neisikyrė. Tai galima paaiškinti tuo, kad visa tyrimo imtis buvo sudaryta iš tiriamųjų su aiškia pažintine disfunkcija, kas reiškia, jog

pažintinės funkcijos dispersija (variacija) imtyje buvo nepakankama skirtumui nustatyti.

Depresija nustatoma nuo 1 iki 9 proc. pagyvenusių žmonių ir 14–42 proc. pagyvenusių slaugos namų gyventojų. Pastebėta, kad emocinės būsenos sutrikimai tarp moterų yra dažnesni [53]. Mūsų tyrimo duomenimis 78 proc. pagyvenusių moterų nustatyta sutrikusi emocinė būseną – 32 proc. nustatyti galimi depresijos požymiai, 46 proc. – depresijos požymiai. Šis skirtumas gali būti aiškinamas tuo, kad slaugos įstaigose pagyvenusiems žmonėms suteikiamas pakankamai didelis dėmesys, kas sudaro prielaidas geresnei emocinei būklei. Kita vertus, literatūros duomenys vertina depresijos paplitimą tarp visų pagyvenusių žmonių, o mūsų tyrimas atliktas tik tarp į bendrosios praktikos gydytoją besikreipiančių moterų, kurios galbūt yra labiau emociškai jautrios.

Šlapimo nelaikymas ir depresija yra dažnos moterims diagnozuojamos būklės. Įvairių tyrimų duomenimis, depresija nustatoma nuo 6 iki 38 proc. šlapimo nelaikančių moterų. Mūsų duomenimis, sutrikusi emocinė būseną nustatyta 84 proc. nelaikančių šlapimo moterų (33 proc. nustatyti galimi depresijos požymiai ir 51 proc. depresijos požymiai). Nelaikančių šlapimo moterų emocinė būseną buvo statistiškai patikimai blogesnė nei laikančių šlapimą. Palyginimui, tik 59 proc. sulaikančių šlapimą moterų buvo nustatyta sutrikusi emocinė būseną (28 proc. galima depresija ir 31 proc. depresija). I. Nygaard ir kt. [177] ištyrė 5701 50–69 metų moterį. Tarp jų 905 nelaikė šlapimo. Nustatyta, kad depresijos paplitimas tarp šlapimo nelaikančių moterų siekė 14–22 proc. (priklausomai nuo šlapimo nelaikymo laipsnio), o tarp kitų moterų buvo tik 9 proc. Skirtumus tarp mūsų ir ankstesnio tyrimo galima paaiškinti keliais veiksniais. Visų pirma, pastarojo tyrimo apie depresijos paplitimo rezultatus tarp šlapimo nelaikančių moterų nėra galima palyginti su mūsų tyrimu dėl to, kad buvo nagrinėjamos skirtingos amžiaus grupės. Kita vertus, mūsų tyrime depresyvumui įvertinti naudota geritatinė depresijos skalė, o I. Nygaard ir kt. savo darbe naudojo kitus depresijai nusatyti skirtus instrumentus (*CES-D – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CIDI - Composite International Diagnostic Interview*).

Nors tyrimuose naudotos skirtingos metodikos, buvo suformuotos skirtingos imtys, lyginant su anksčiau minėtų autorių duomenimis, mūsų duomenys atitinka tendencijas, kad nelaikančių šlapimo moterų emocinė būseną yra dažniau sutrikusi nei laikančių šlapimą.

### 4.3. Šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai

Mūsų darbe tikrinta hipotezė, ar šlapimo nelaikymui turi įtakos tam tikri rizikos veiksniai. Hipotezei patikrinti pasirinkti veiksniai remiantis literatūros duomenimis: amžius, gimdymų skaičius, naujagimių svoris, kūno masės indeksas, cukrinis diabetas, ginekologinės operacijos, pažintinės funkcijos, depresyvumas, vidurių užkietėjimas, išeminė širdies liga, miokardo infarktas, lėtinė obstrukcinė plaučių liga, gyvenamoji vietovė, tarpvietės plyšimai, tarpvietės siuvimai, aritmija, onkologinė liga.

Hipotetinių rizikos veiksnių sąsajos su šlapimo nelaikymu įvertintos taikant vienaveiksni logistinę regresinę analizę. Jos rezultatai parodė, kad labiausiai su šlapimo nelaikymu susiję veiksniai ( $p < 0,05$ ) buvo pažintinių funkcijų sutrikimai ( $GS = 7,36$ ), depresyvumas ( $GS = 3,62$ ), patirtos ginekologinės operacijos ( $GS = 3,53$ ), vidurių užkietėjimas ( $GS = 3,22$ ), gyvenamoji vieta mieste ( $GS = 2,48$ ). Siekiant įvertinti, ar šie veiksniai yra nepriklausomi šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai, buvo atlikta tolesnė regresinė analizė – daugiaveiksni. Ji parodė, kad iš penkių nagrinėtų rizikos veiksnių nepriklausomas rizikos veiksnys šlapimo nelaikymui yra tik pažintinių funkcijų sutrikimas. Likusieji keturi nagrinėti rizikos veiksniai nebuvo savarankiški šlapimo nelaikymo prognoziniai veiksniai. Iš šių veiksnių, depresyvumas ir vidurių užkietėjimas buvo šiek tiek labiau susiję su šlapimo nelaikymu nei miesto gyvenamoji vietovė ir anksčiau patirtos ginekologinės operacijos, tačiau nė vienas iš minėtų veiksnių nesiekė statistinio reikšmingumo lygmens. Taip atsitiko dėl galimai stiprių tarpusavio priklausomybės ryšių tarp penkių pasirinktų rizikos veiksnių, taip pat galimai ir dėl nepakankamo imties tūrio (tyrimo jėgos) šių veiksnių atžvilgiu.

R. Boltero ir kt. [26] duomenimis, **amžius** yra reikšmingas rizikos veiksnys tik su dirgliąja šlapimo pūsle susijusiam šlapimo nelaikymui. Tačiau įvairių šlapimo nelaikymo tipų priežastys skiriasi. Mūsų tyrime vertinti rizikos veiksniai visoms šlapimo nelaikančioms moterims, neišskiriant jų pagal šlapimo nelaikymo tipus, dėl to gali skirtis ir prognoziniai veiksniai. G. Buchsbaum ir bendraautorijų duomenimis [33] apklausė 149 vienuoles ir taikydami daugiaveiksni logistinę analizę nustatė, kad amžius, kaip ir mūsų tyrime, nebuvo savarankiškas šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys. J. L. Amaro ir kt. [10] Brazilijoje apklausė 685 moteris ir nustatė, kad amžius nėra šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys (atitinkamai  $GS = 1,01$ ,  $p > 0,05$ ). Tokius rezultatus galima paaiškinti tuo, kad tyrime dalyvavo 20 m. ir vyresnės moterys, o logistinėje analizėje amžius buvo vertinamas kaip tolydusis kintamasis (logistinė regresija, kurioje amžius įtraukiamas kaip tolydusis, o ne ranginis kintamasis, turi žymiai mažesnę

tikimybę nustatyti amžių kaip statistiškai patikimai susijusį su dominama liga ar sveikatos būkle). Labai panašius rezultatus gavo G. V. Gomes ir kt. [83], kurie kitame Brazilijos regione nustatė atliktame tyrime amžius taip pat nebuvo moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys ( $p = 0,113$ ), nors šlapimo nelaikančios moterys šiame tyrime buvo statistiškai patikimai vyresnės nei kitos moterys (atitinkamai, 46 ir 42 metai,  $p = 0,032$ ). Tačiau ir pastarajame tyrime buvo įtrauktos moterys nuo 20 m. amžiaus, o mūsų tyrime tik nuo 65 m. amžiaus. Kito tyrimo [246], taip pat atlikto Brazilijoje duomenimis, amžius yra pagyvenusio amžiaus žmonių šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys (atitinkamai daugiau nei 75 metai – GS = 2,35;  $p < 0,001$ ). Tokius tyrimo rezultatus galima paaiškinti, tuo, kad buvo tiriamos dvi amžiaus grupės: nuo 60 iki 74 m. ir nuo 75 m. ir vyresni žmonės. Be to, tirti abiejų lyčių žmonės, o literatūros duomenimis, pagyvenusiems vyrams šlapimo nelaikymo atsiradimą įtakoja prostatos problemos ir jų gydymas [143].

Apskritai, tokie rezultatai kaip mūsų, kurie nerodo amžiaus kaip moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksnio, gali būti lemiami tos aplinkybės, kad tiriamojoje amžiaus kategorijoje (nuo 65 metų) amžius nebeturi esminės įtakos ar sąsajos su moterų šlapimo nelaikymu.

Daugelio literatūros šaltinių duomenimis **kūno masės indeksas** yra nepriklausomas šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys [44, 163, 166, 168, 212, 219, 270, 280]. Tačiau mūsų tyrime KMI nebuvo susijęs su šlapimo nelaikymu. Panašiai nustatė ir P. S. Goode ir kt. [84], kurie neaptiko sąsajos tarp KMI ar svorio padidėjimo 5 kg ir šlapimo nelaikymo atsiradimo; taip pat jie nustatė, kad numesti 5 kg svorio prieš metus neapsaugojo nuo šlapimo nelaikymo atsiradimo. SALSA (San Antonio Longitudinal Study of Aging) [151] tyrimo duomenimis JAV, meksikiečių moterų kūno masės indeksas, taikant daugiaveiksnią logistinę analizę, nebuvo šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys. Taigi, mūsų tyrimo rezultatai iš esmės sutampa su minėtų tyrimų duomenimis.

Mūsų tyrime nustatyta, kad nėra sąsajos tarp **cukrinio diabeto** ir šlapimo nelaikymo. Gali būti, kad pagrindinė priežastis, kodėl nenustatyta sąsaja, buvo nepakankama tyrimo imtis (GS = 3,18,  $p = 0,28$ ), kadangi diabeto atvejų buvo mažiau nei 10 proc., juo labiau kad nebuvo išskirti cukrinio diabeto tipai, ligos trukmė, sunkumo laipsnis, komplikacijos. Panašūs duomenys gauti D. H. Thom ir kt. [253] tyrime cukrinis diabetas taip pat nebuvo susijęs su šlapimo nelaikymu (atitinkamai GS = 2,91, PI 0,77–11,05,  $p = 0,12$ ). L. Tennstedt ir bendraautorai [251] taip pat nerado cukrinio diabeto sąsajų su šlapimo nelaikymu (GS = 1,17; PI 0,73–1,88,  $p = 0,51$ ). Kohortiniame ALSWH (*Australian Longitudinal Study of Women's Health*) [40] tyrime 70–75 m. amžiaus dalyvėms, stebint jas 10 metų, taip pat nenustatyta cukrinio diabeto sąsajų su šlapimo nelaikymu (GS = 1,13, PI 0,99–

1,28,  $p = 0,073$ ). Tai ne vieninteliai tyrimai, kurių duomenimis cukrinis diabetas nepripažintas šlapimo nelaikymo rizikos veiksniu [40, 84, 111, 186, 270].

Daugelis literatūros šaltinių nurodo, kad įvairūs su **gimdymu** susiję veiksniai – gimdymas natūraliais gimdymo takais, naujagimių svoris, tarpvietės traumas, tarpvietės plyšimų susiuvimas – yra šlapimo nelaikymo (ypač įtampos šlapimo nelaikymo) rizikos veiksniai. Jeigu gimdymo metu traumuoti tarpvietės raumenys yra įtampos šlapimo nelaikymo priežastis, o dirglioji šlapimo pūslė su šlapimo nelaikymu yra būdinga daugiau pagyvenusioms moterims, tai įtampos šlapimo nelaikymo ir dirgliosios šlapimo pūslės santykis turėtų skirtis tarp gimdžiusių ir negimdžiusių pagyvenusių moterų. G. M. Buchsbaum ir kt. [33] tyrė šlapimo nelaikymo riziką tarp negimdžiusių vienuolių. Įtampos šlapimo nelaikymo ir dirgliosios šlapimo pūslės santykis buvo panašus kaip ir tarp gimdžiusių moterų.

M. Lopez ir kt. [141] taip pat nenustatė tarpvietės kirpimo ( $p = 0,06$ ), gimdymų skaičiaus ( $p = 0,07$ ), gimdymo būdo ( $p = 0,22$ ) sąsajų su šlapimo nelaikymu. Vieno iš Brazilijoje atliktų tyrimų [246] duomenimis, gimdymų skaičius nebuvo šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys ( $GS = 1,029$ ,  $PI 0,954–1,109$ ,  $p > 0,05$ ). Panašiai ir D. Altman su bendraautoriais [7] 10 metų stebėjo gimdžiusias moteris ir nenustatė sąsajų tarp gimdymų skaičiaus ir šlapimo nelaikymo. 2005 metais Kinijoje [288] atlikto tyrimo duomenimis, naujagimių svoris taip pat nebuvo susijęs su šlapimo nelaikymu. Mūsų tyrime gimdymo būdas, gimdymų skaičius, naujagimių svoris, tarpvietės traumas ir siuvimas taip pat nebuvo su šlapimo nelaikymu susiję veiksniai.

Keletas tyrėjų rado **kvėpavimo sistemos** sąsajas su šlapimo nelaikymu. Mūsų tyrime tokių sąsajų nerasta. Tai sutampa su M. F. M. T. Du Moulin ir kt., su E. Oliveira ir kt. tyrimų duomenimis [58, 184].

Mūsų tyrime nerasta šlapimo nelaikymo sąsajų su **širdies ligomis**. Tokie patys duomenys gauti I. E. Nygaard ir kt., C. W. McGrother ir kt. D. H. Thom ir kt. tyrimuose [153, 178, 253]. BACH (*The Boston Area Community Health Survey*) [251] tyrime buvo vertinami bent kartą per savaitę pasitaikančio šlapimo nelaikymo paplitimas ir jo rizikos veiksniai. Apklausta 5506 30–79 m. žmonių. Tarp moterų nerasta šlapimo nelaikymo sąsajų su išemine širdies liga ( $GS = 1,19$ ;  $PI 0,73–1,94$ ;  $p = 0,48$ ), įgimta širdies yda ( $GS = 1,08$ ;  $PI 0,38–3,10$ ,  $p = 0,88$ ), širdies ritmo sutrikimu ( $GS = 1,38$ ;  $PI 0,84–2,27$ ,  $p = 0,20$ ). Taigi, nors tirtas skirtingo amžiaus kontingentas, mūsų ir šio tyrimo duomenys iš dalies gali būti lyginami, kadangi abiejuose tyrimuose širdies ligos nėra šlapimo nelaikymo rizikos veiksniais.

Nors tyrimais įrodyta, kad **demencija** 3,6 karto didina šlapimo nelaikymo riziką [214], tačiau yra tyrimų, kuriuose pažinimo funkcijos sutrikimai nesusiję su šlapimo nelaikymu [104]. Manoma, kad tarp moterų su šl-



apimo nelaikymo problema sergančioms demencija yra sunkiau susitvarkyti nei kitoms moterims [113]. Kita vertus, yra prielaidų, kad šlapimo nelaikymo riziką didina ne tiek demencija, kiek ją lydinčios gretutinės ligos ar fizinė negalia. Švedijoje [94] ištyrus 85 m. ir vyresnius žmones, nustatytos sąsajos tarp šlapimo nelaikymo ir demencijos. Kitas tyrimas [198], atliktas Didžiojoje Britanijoje ir tyręs vyresnius nei 75 m. žmones, taip pat rado šlapimo nelaikymo sąsajas su demencija. Mūsų tyrime nustatyta, kad pažintinių funkcijų sutrikimas yra nepriklausomas šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys.

Mūsų tyrime kaip ir E. C. Samuelsson ir kt., K. L. Lifford ir kt., D. H. Thom ir kt., M. Lopez ir kt., E. M. Oliveira ir kt. [137, 141, 183, 214, 253] tyrimuose šlapimo nelaikymo sąsajų su **ginekologinėmis operacijomis** nerasta. Tik G. V. Gomes, G. D. da Silva tyrime nustatyta, kad histerektomija yra susijusi su šlapimo nelaikymu ( $p = 0,024$ ) [83].

**Gyvenamoji vieta** J. Byles ir kt. [40] tyrime ( $p = 0,34$ ) neturėjo sąsajų su šlapimo nelaikymu. Mūsų tyrime vienmatės regresinės analizės metodu nustatyta, kad šlapimo nelaikymas yra susijęs su gyvenamąją miesto vietove, tačiau daugiamatėje analizėje paaiškėjo, kad šis veiksnys nėra nepriklausomas šlapimo nelaikymo veiksnys. Taigi, vienmatėje analizėje nustatyta sąsaja gali būti paaiškinama įvairių rizikos veiksnių tarpusavio sąsajomis su šlapimo nelaikymu ir gyvenamąją vietove.

Mūsų tyrimu nenustatyta, kad **vidurių užkietėjimas** būtų šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys kaip ir E. M. Olivera ir kt. [184] tyrime. Tačiau kaip ir gyvenamosios vietovės atveju, taip ir duomenų apie vidurių užkietėjimą regresinė analizė parodė, kad jis nėra nepriklausomas rizikos veiksnys, nors vienmatėje analizėje ir buvo susijęs su šlapimo nelaikymu.

Literatūros apžvalgoje minima apie prieštarigus įvairių tyrimų rezultatus vertinant **depresijos** įtaką šlapimo nelaikymui atsirasti. Tokius rezultatų skirtumus galima būtų paaiškinti tuo, kad tyrimuose nebuvo tinkamai atsižvelgiama į priežastinį mechanizmą (ar depresija yra šlapimo nelaikymo priežastis, ar šlapimo nelaikymas yra depresijos priežastis). Tyrimų rezultatus galėjo įtakoti ir įvairios gretutinės ligos. Pavyzdžiui, insultas gali būti tiek depresijos, tiek ir šlapimo nelaikymo priežastimi. Sh. L. Tennstedt ir kt. [251] tyrime nenustatė sąsajų tarp šlapimo nelaikymo ir depresijos ( $GS = 1,42$ ;  $PI 0,87-2,31$ ;  $p = 0,16$ ). Mūsų rezultatai, kur depresija vienveiksneje analizėje yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksnys, o daugiaveiksneje analizėje nėra veiksnys, sutapo tik su vieno publikuoto A. D. Marlanda ir kt. tyrimo duomenimis [151].

Kalbant apie šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių tyrimus Lietuvoje galima atkreipti dėmesį į tai, kad mūsų duomenys buvo panašūs su Vilniuje atlikto tyrimo duomenimis. G. Mereckas ir kt. [160]. nors tyrė vyrus, gy-

venančius Vilniaus globos namuose, bet, kaip ir mūsų tyrime, nustatė, kad vidurių užkietėjimas, lengvas ar vidutinio sunkumo protinės būklės sutrikimas ir depresiškumas yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai, tačiau kitaip nei mūsų tyrime šie autoriai nustatė, kad gerybinė prostatos hiperplazija, apribotas judrumas,  $\alpha$  adrenerginių blokatorių vartojimas yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai. Lyginant mūsų duomenis su S. Barilienės ir kt. [18] rezultatais, panašu buvo tik tai, kad mūsų duomenimis ginekologinės operacijos, o jų duomenimis histerektomija buvo šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai. Reikėtų pažymėti, kad kitaip nei mūsų tyrime šie autoriai nustatė, jog žemesnis išsilavinimas, sunkus darbas, didesnis kūno masės indeksas, gimdymų skaičius, tarpvietės vientisumo pažeidimai, patirtos šlapimo takų infekcijos, taip pat paveldimumas yra šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai. Šiuos skirtumus galima būtų aiškinti tuo, kad mūsų tyrime buvo tirtos vyresnės, ligotos moterys, be to, tyrime naudota kita metodologija vertinant šlapimo nelaikymą.

Kaip jau minėta, šiame tyrime iš nagrinėtų 5 rizikos veiksnių dauguma paaiškėjo kaip ribotos prognozinės vertės, tai yra ne visi jie yra nepriklausomi šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai. Kadangi mūsų tyrime tirtos pagyvenusios ir dažniausiai labai ligotos moterys (vidutinis gretutinių ligų skaičius – 6), besikreipiančios į šeimos gydytojus, tai tarp daugumos veiksnių galėjo būti pakankamai išreikšti tarpusavio priklausomybės ryšiai, kad daugiamatėje analizėje paaiškėtų, jog tik pažintinė disfunkcija yra nepriklausomas rizikos veiksnys šlapimo nelaikymui. Kita vertus, tyrime nustatytoms sąsajoms, kurios nebuvo statistiškai patikimos, galėjo pritrūkti tyrimo imties (tyrimo jėgos), kadangi imties tūris buvo skaičiuojamas tik remiantis šlapimo nelaikymo, o ne jo rizikos veiksnių paplitimu. Be to, nebuvo vertinami įvairių šlapimo nelaikymo tipų rizikos veiksniai, kurie, tikėtina, yra skirtingi.

Vertinant rizikos veiksnių prognozinį validumą šlapimo nelaikymui atpažinti galima pastebėti, kad kitaip nei šiame tyrime S. Barilienė ir kt. nustatė, kad paveldimumas, tarpvietės vientisumo pažeidimai, buvusos šlapimo takų infekcijos, histerektomijos yra šlapimo nelaikymo prognoziniai veiksniai. G. V. Gomes ir G. D. da Silva [83] tyrė moterų įtampos šlapimo nelaikymo rizikos veiksnius ir nustatė, kad amžius, rūkymas, diabetas nėra rizikos veiksniai, o kūno masės indeksas, nėštumų skaičius, gimdymų skaičius ir histerektomija susiję su šlapimo nelaikymu, nors ir ne stipriai. Šių autorių duomenimis moterų svoris ir buvusi histerektomija kaip visuma gali turėti prognozinę vertę identifikuojant šlapimo nelaikymo atvejus.

Šiame tyrime nustatytas vienintelis nepriklausomas šlapimo nelaikymo prognozinis veiksnys – pažintinė disfunkcija. Jis buvo labai stipriai išreikštas prognozinis veiksnys, kadangi buvo susijęs su keturiskart didesne

rizika (GS = 4,4) turėti šlapimo nelaikymą. Iš ankstesnių tyrimų nebuvo ap- tikta duomenų, randančių tokio stiprumo prognozinį veiksnių šlapimo nelai- kymui.

#### **4.4. Šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė**

Šlapimo nelaikymas moterims sukelia daug problemų: sumažina jų fizinių aktyvumą ir darbingumą, pakeičia elgseną, sutrikdo lytinius santykius, didi- na atskirtį nuo visuomenės [107, 229]. Atlikta daug mokslinių tyrimų, kurie parodė, kad nelaikantys šlapimo žmonės dažnai yra prislėgti, emociškai sutrikę, socialiai apriboti ar izoliuoti, jaučia mažesnę pasitenkinimą gyve- nimu [261]. Tai yra svarbu tokių žmonių kasdieniniam gyvenimui ir norma- liam socialiniam funkcionavimui. Kadangi šlapimo nelaikymas paveikia įvairias (psichinę, emocinę, socialinę) gyvenimo sritis, neužtenka įvertinti tik ligos sunkumą ar gydymo veiksmingumą klinikiniais tyrimais. Dėl to šlapimo nelaikymo poveikis gyvenimui ir gydymo veiksmingumui yra vertinamas gyvenimo kokybės klausimynais.

##### **4.4.1. Gyvenimo kokybė vertinant SF-36 klausimynu**

Mūsų tyrimas pirmasis Lietuvoje leido įvertinti, kiek pagyvenusių moterų gyvenimo kokybė gali būti nulemta šlapimo nelaikymo. Tuo tarpu užsienio šalyse jau yra atlikta panašių tyrimų.

Bendrinis gyvenimo kokybės klausimynas SF-36 yra dažnai naudojamas gyvenimo kokybės tyrimuose. Lietuvoje šis klausimynas taikytas bent kelio- likoje gyvenimo kokybės tyrimų įvairiose srityse. Adaptavus šį gyvenimo kokybės klausimyną buvo įvertinti reumatoidiniu artritu sergančiųjų psicho- metriniai ir gyvenimo kokybės rodikliai [208], žmonių su miego sutrikimais [11] ir sergančių depresija gyvenimo kokybę [268] pacientų, gydytų nuo ankstyvojo gerklų vėžio, gyvenimo kokybę [241], meno terapijos įtaka sergant psichikos liga [197], arterinės hipertenzijos trukmės ir gydymo įtaka gyvenimo kokybei [199], sergančiųjų ankilozinio spondilitu gyvenimo ko- kybė [209], įvairių ligų gydymo veiksmingumas [125, 140, 257]. SF-36 gy- venimo kokybės klausimynas dažnai naudojamas sąlyginai sveikų pagy- venusių žmonių gyvenimo kokybei įvertinti.

Kadangi SF-36 klausimynas dažnai naudojamas, kad būtų lengviau paly- ginti rezultatus, sudaromos šalies bendrajai populiacijai būdingos normos. Tačiau Lietuvoje tokių normų dar nėra sudaryta.

Siekdami įvertinti gyvenimo kokybės rezultatus pagal bendrinį gyvenimo kokybės klausimyną, pirmiausia buvo palyginti visos mūsų tyrimo imties rezultatai su populiaciniais tyrimais (daugiausia moterų), atliktais Anglijoje, Brazilijoje, Irane, Prancūzijoje ir Velse [15, 39, 138, 242, 274]. Palyginus šiuos rezultatus (4.4.1.1 lentelė) matyti, kad mūsų tiriamosios įvairius gyvenimo kokybės aspektus įvertino pastebimai prasčiau nei pagyvenusios moterys Brazilijoje ir Prancūzijoje, panašiai kaip Anglijoje ir Velse (priklausomai nuo amžiaus), o lyginant su Irano moterimis kai kurie fizinės sveikatos aspektai buvo geresni tarp Lietuvos moterų, o dvasinės sveikatos aspektai buvo geresni Irane. Apskritai, reikėtų nepamiršti, kad palyginamuose tyrimuose dalyvavo skirtingų kultūrų ir tradicijų žmonės, kas taip pat galėjo įtakoti jų gyvenimo kokybės vertinimus.

Lyginant mūsų tyrimo rezultatus su Brazilijoje atlikto tyrimo rezultatais matyti, kad ten moterų gyvenimo kokybė buvo apie 60–80 balų ir netgi daugiau, kai tuo tarpu kai mūsų tyrime ji vidutiniškai tesiekė 40–60 balų. Net ir patys Brazilijoje atlikto tyrimo autoriai nepajėgė įvardinti (nesurado galimų priežasčių), kodėl jų tiriamosios gyvenimo kokybės aspektus įvertino tokiais aukštais balais, kadangi kitose šalyse tokio amžiaus moterys savo gyvenimo kokybę vertina pastebimai prasčiau. Iš dalies tokius skirtumus galima paaiškinti tuo, kad mūsų tyrime buvo moterų, besikreipiančių į šeimos gydytoją, imtis, o Brazilijoje – bendroji moterų populiacija (populiacinis tyrimas). Galima pastebėti, kad tarp Brazilijos moterų geriausia išreikštas fizinės sveikatos aspektas buvo fiziniai vaidmenys, o mūsų tyrime fizinės veiklos, tuo tarpu kalbant apie dvasinę sveikatą Brazilijos tyrime geriausia gyvenimo kokybė nustatyta vertinant socialines veiklas, o mūsų tyrime – emocinius vaidmenis. Skirtumus iš dalies galima taip pat paaiškinti tuo, kad Brazilijos tyrime dalyvavusių moterų amžiaus vidurkis buvo 7 metais mažesnis nei mūsų tyrime (atitinkamai, 70 ir 77 metai), be to, mūsų tyrime daugiau nei pusė moterų buvo našlės arba išsiskyrusios (palyginus su 41 proc. Brazilijoje).

Naudodami SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną S. J. Walters ir kt. Šefilde (Anglija) įvertino gyvenimo kokybę tarp 65 m. ir vyresnių moterų [274]. Šio tyrimo dalyvės buvo tik nežymiai jaunesnės nei mūsų tyrimo (atitinkamai, 75 ir 77 metai). Kadangi tame tyrime gyvenimo kokybė buvo vertinama 5 metų amžiaus intervalais (65–69 m., 70–74 m. ir t.t. iki 85 m. ir vyresnių), tai palyginimui 4.4.1.1 lentelėje pateikta 75–79 m. amžiaus moterų gyvenimo kokybė. Iš palyginimo matyti, kad Lietuvos moterys geriau vertino savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizinėmis veiklomis, fiziniais ir emociniais vaidmenimis, o Anglijos moterys geriau vertino visus kitus gyvenimo kokybės aspektus. Galima atkreipti dėmesį į tai, kad jei mūsų tyrime moterų gyvenimo kokybės įverčiai varijavo 40–60 balų ribose,

tai Anglijos moterų socialines veiklas ir psichikos sveikatą vertino 66–67 balais. Šį gana didelį skirtumą tikriausiai lėmė tai, kad Anglijoje yra didesnės socialinio aktyvumo ir veiklų galimybės, o psichikos sveikatos vertinimas priklauso ne tik nuo socialinės veiklos ir raiškos galimybių, bet ir nuo tolerancijos nukrypimams nuo sąlyginės psichikos normos. Galima pastebėti, kad kaip ir Brazilijos tyrime, Anglijoje vienišų moterų buvo mažiau nei pusė (apie 40 proc.). S. J. Walters ir kt. apklausė tiriamąsias, siųsdami klausimyną paštu. Savo ruožtu, mūsų tyrime buvo apklausiamos moterų, besikreipiančių į šeimos gydytoją. Dėl šių imties sudarymo skirtumų mūsų tyrime nustatyti gyvenimo kokybės aspektų įverčiai turėtų būti sugretinami su tam tikra atsarga.

Lyginant su Irane atlikto tyrimo duomenimis, mūsų tyrimo moterų, visų gyvenimo kokybės aspektų, išskyrus fizinių vaidmenų ir kūno skausmo, įverčiai buvo mažesni. Įtakos galėjo turėti tai, kad Irane tirti vidutiniškai 5 metais jaunesnės (vid. amžius 72 m.) moterų. Irano kultūroje labai gerbiami pagyvenę žmonės, išlaikomi stiprūs ryšiai tarp įvairių kartų žmonių, ką įrodo ir aukštais balais įvertintos socialinės veiklos (vidutiniškai 66 balai). Nors iranėčių žemiausiai buvo vertinami su kūno skausmais susijusi gyvenimo kokybė, tačiau ji beveik nenusileido mūsų tyrime nustatytajai (atitinkamai, 42 ir 43 balai). Kultūriniai-religiniai skirtumai galėjo būti buvo reikšmingi vertinant dvasinę sveikatą. Vertinant tyrimo Irane rezultatus reikėtų atsižvelgti į kultūrinį-religinį kontekstą, kadangi musulmoniškose šalyse moters raiška visuomenėje yra gana stipriai reglamentuota, ir dėl to tyrimo rezultatų validumas gali būti iš dalies apribotas. Kaip ir Brazilijoje bei Anglijoje, Irane dauguma tyrimo dalyvių gyveno santuokoje ir tik retais atvejais – vienišos.

Prancūzijoje tyrimas atliktas populiacinis tyrimas, kuriame be kita ko SF-36 klausimynu buvo įvertinta gyvenimo kokybė taip pat ir tarp 65 m. ir vyresnių moterų (dviejose amžiaus grupėse: 65–74 m. ir 75–84m.). Lyginant su mūsų tyrimo moterimis, Prancūzijoje 65–84 m. moterims būdinga pastebimai geresnė gyvenimo kokybė (apie 50–70 balų), išskyrus fizines veiklas, kurių įverčiai buvo panašūs abiejuose tyrimuose. Geresnę gyvenimo kokybę Prancūzijoje galėjo lemti ne tik kultūriniai ar ekonominiai skirtumai, bet ir objektyvios priežastys, pvz., tarp tyrimo dalyvių mažiau nei 20 proc. sirgo hipertenzija, diabetu arba vėžiu, o mūsų tyrime vien arterine hipertenzija sirgo daugiau nei 80 proc. tyrimo dalyvių. Be to, Prancūzijos tyrime tik 2 proc. moterų dirbo žemės ūkyje, kai mūsų tyrime 23 proc. gyveno kaimo vietovėje (nors sudėtinga įvertinti, kiek jų buvo dirbančios). Kaip ir kituose apžvelgtuose užsienio tyrimuose, Prancūzijos tyrime dauguma moterų buvo susituokusios arba gyveno poroje.

**4.4.1.1 lentelė. SF-36 klausimyno įverčių įvairiuose tyrimuose palyginimas**

<b>Rodiklis</b>	<b>Mūsų tyrimas</b>	<b>Walters 2001 [274]</b>	<b>Lima 2006 [138]</b>	<b>Tajvar 2008 [242]</b>	<b>Audureau 2012 [15]</b>	<b>Burholt 2011 [39]</b>
Šalis	Lietuva	Anglija	Brazilija	Iranas	Prancūzija	Velsas
Imtis	129	4675	1029	174	~2050	3599
Moterys, proc.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	54,0
Amžius	65+ (vid. 76,6)	65+ (vid. 74,6)	60+ (vid. 69,6)	65+ (vid. 72)	65–84	65+
Fizinės veiklos	57,9	45,9	66,7	45,7	51,2–65,6	50,8
Fiziniai vaidmenys	47,4	34,3	79,9	48,5	53,0–62,7	52,7
Kūno skausmas	43,3	57,7	71,4	42,1	52,8–58,7	56,3
Bendroji sveikata	30,1	52,6	67,9	48,7	51,9–56,6	57,8
Gyvybin-gumas	40,6	47,6	61,2	47,5	45,3–51,1	49,8
Socialinės veiklos	46,0	66,5	84,5	65,5	70,7–76,5	68,8
Emociniai vaidmenys	50,6	46,8	83,0	56,7	61,3–67,0	76,3
Psichikos sveikata	46,8	66,8	67,5	58,0	59,0–62,1	74,3
Fizinė sveikata	44,4			46,3		
Dvasinė sveikata	46,2			57,0		

Velse atliktas tyrimas, kuriame sudaryta reprezentatyvi įvairaus amžiaus gyventojų imtis, tarp kurių buvo ir pagyvenusios moterys. Palyginimui su mūsų tyrimo rezultatais mes pasirinkome 75–79 m. amžiaus moterų gyvenimo kokybės įverčius. Paaiškėjo, kad mūsų tyrimo dalyvės turėjo visais aspektais prastesnę gyvenimo kokybę, išskyrus fizines veiklas (vidutiniškai 58 balai lyginant su 51 balu Velse). Apskritai, Vello moterims būdinga gyvenimo kokybė, daugeliu atveju varijuojanti tarp 60 ir 80 balų, kas yra labiau sulyginama ne su mūsų, o Brazilijoje atliktu tyrimu. Vello tyrime nėra pateikiama išsami informacija apie tyrimo dalyvių socialines-demografines, tačiau iš sveikatos rodiklių galima spręsti, kad tai buvo mažiau ligotos moterys: visoje tyrimo imtyje per dvi savaites iki tyrimo tik 20 proc. buvo lankęsi pas šeimos gydytoją, o lėtinėmis ligomis sirgo 22 proc. Kiek šiais duomenimis galima vadovautis sprendžiant apie 65 m. ir vyresnes moteris, nėra žinoma.

Apibendrinant mūsų tyrimo rezultatų palyginimą su populiariais tyrimais, atliktais užsienyje, reikėtų pastebėti, kad pagrindiniai veiksniai, galintys paaiškinti sąlyginai žemus gyvenimo kokybės įverčius mūsų tyrime, yra tiriamųjų prastesnė sveikatos būklė (visų pirma daugiau lėtinių susirgimų), vidutiniškai šiek tiek vyresnis amžius ir vienišumas (turint omenyje ir gyvenimą be vyro ar našlystę). Taip pat svarbu atsižvelgti ir į ekonominius, kultūrinius bei religinius aspektus. Tačiau reikėtų pastebėti, kad mūsų tyrimo moterys lyginant su tyrimais užsienyje labiausiai išsiskyrė pagal gyvenimo kokybę, susijusias su fizinėmis veiklomis, įvertinimą (pastebimai geresni vertinimai nei kitų gyvenimo kokybės aspektų).

#### **4.4.2. Šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė vertinant SF-36 klausimynu**

Vertinant šlapimo nelaikančių pagyvenusių moterų gyvenimo kokybę, mūsų tyrimas buvo pirmasis Lietuvoje, kuris taikė SF-36 klausimyną. Tyrimo metu nustatyta kaip skiriasi SF-36v2 klausimynu vertinama gyvenimo kokybė tarp moterų, kurios skundžiasi šlapimo nelaikymu ir kurios nesiskundžia. Mūsų tyrime nelaikančių šlapimo moterų bendroji gyvenimo kokybė (42 balai) buvo statistiškai patikimai prastesnė nei šlapimo nelaikymu nesiskundžiančių moterų (55 balai). Fizinės sveikatos požiūriu, gyvenimo kokybė taip pat buvo žymiai prastesnė (atitinkamai, 42 ir 54 balai). Ypač didelis skirtumas buvo vertinant tokius fizinės sveikatos aspektus kaip fiziniai vaidmenys (atitinkamai, 42 ir 64 balai) ir fizinės veiklos (atitinkamai, 54 ir 72 balai). Viena vertus fizinės sveikatos aspektų įverčių skirtumas tarp laikančių ir nelaikančių šlapimo galėjo atsirasti dėl to, kad nevalingas šlapimo ištekėjimas kosint, čiaudint ar judant riboja fizines veiklas. Kita vertus, mūsų tyrime šlapimo nelaikančios moterys buvo ligotesnės – jos sirgo kontroliuojama arterine hipertenzija, buvo patyrusios insultą, smegenų kraujotakos sutrikimus, joms buvo operuota onkologinė liga, vargino vidurių užkietėjimas statistiškai patikimai dažniau nei kitas moteris. Dėl šios priežasties ir bendrąją sveikatą šlapimo nelaikančios moterys vertino prasčiau nei kitos (atitinkamai, 28 ir 37 balais). Kūno skausmo vertinimas tarp šlapimo nelaikančių ir kitų moterų buvo beveik toks pat (42 balai). Viena, kadangi tarp šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių nėra ligų, susijusių su nuolatinio skausmu, tai šio gyvenimo kokybės aspekto įverčiai tarp laikančių ir nelaikančių šlapimo nesiskyrė. Antra, skausmo skirtumo tarp grupių galėjo nebūti dėl to, kad tos ligos, kurios dažniau pasitaikydavo

tarp šlapimo nelaikančių moterų, tikriausiai nebuvo tokios, kad turėtų esminės įtakos skausmo vertinimui.

Dvasinės sveikatos požiūriu, šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybė taip pat buvo žymiai prastesnė nei kitų moterų (atitinkamai, 43 ir 57 balai). Visi dvasinės sveikatos aspektai buvo įvertinti vidutiniškai žemesniais balais tarp šlapimo nelaikančių moterų (vidutiniškai 10 balų ir didesnis skirtumas tarp tyrimo grupių). Skirtumai gali būti paaiškinami tuo, kad pažinimo sutrikimų turėjo 54 proc. šlapimo nelaikančių ir 14 proc. šlapimą gerai sulaikančių, o galima depresija ar depresija buvo nustatyta 84 proc. šlapimo nelaikančių moterų ir tik 59 proc. kitų mūsų tirtų moterų. Tiek pažinimo sutrikimai, tiek depresyvumas gali turėti esminės įtakos su dvasine sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimui. Kita vertus, šlapimo nelaikymas skatina socialinę izoliaciją, todėl yra reikšmingas vertinant socialines veiklas. Galima teigti, kad šlapimą sulaikančios moterys yra gyvybingesnės, dėl to pajėgesnės save apsitarnauti ir atlikti įvairesnę fizinę veiklą. Lyginant gyvenimo kokybės aspektų skirtumą tarp šlapimo nelaikančių ir laikančių moterų didžiausi skirtumai buvo vertinant fizinius vaidmenis (22 balai) ir fizines veiklas (18 balų). Kadangi buvo tirtos pagyvenusios ir ligotos moterys, gyvenimo kokybės aspektas, pagal kurį moterys turėjo prasčiausią gyvenimo kokybę, buvo bendroji sveikata (vidutiniškai 30 balų tarp visų tyrimo dalyvių). Bendrai apžvelgiant mūsų tyrime gautus gyvenimo kokybės, matuojant SF-36 klausimynu rezultatus galima teigti, kad įverčių skirtumai priklausomai nuo šlapimo nelaikymo yra gana dideli (iki 10 ir daugiau balų), jie šiek tiek labiau išreikšti vertinant su dvasine negu fizine sveikata susijusią gyvenimo kokybę (atitinkamai, 14 ir 12 balų), o labiausiai išsiskyrė fiziniai vaidmenys, gyvybingumas ir fizinės veiklos, tuo tarpu kūno skausmo įtakos gyvenimo kokybei sąsaja su šlapimo nelaikymu buvo nenustatyta. SF-36 gyvenimo kokybės klausimynas jau yra ir anksčiau naudotas šlapimo nelaikančių gyvenimo kokybei įvertinti, tačiau tik užsienyje. Siekiant įvertinti anksčiau atliktų ir mūsų tyrimo rezultatus pagal šį gyvenimo kokybės klausimą, buvo palyginta mūsų tyrimo ir tyrimų (daugiausia moterų), atliktų Pietų Korėjoje [181], Turkijoje [67], Portugalijoje [244] ir JAV [42, 121, 144,], rezultatais (tyrimo Australijoje, kur buvo naudojama SF-36v2 klausimyno versija, rezultatai su mūsų tyrimu palyginti atskirai). Palyginus šiuos rezultatus (4.4.2.1 lentelė) matyti, kad mūsų tyrime nustatyta tendencija, kad šlapimo nelaikančios moterys įvairius gyvenimo kokybės aspektus įvertino prasčiau nei šlapimą gerai sulaikančios, pastebėta ir tyrimuose, atliktuose Pietų Korėjoje, Turkijoje ir JAV.



**4.4.2.1 lentelė. SF-36 klausimyno šlapimo nelaikančių žmonių įverčių įvairiuose tyrimuose palyginimas**

Šalis	Lietuva		JAV		Pietų Korėja		Portugalija	Turkija		JAV		JAV	
Tyrimas	Mūsų tyrimas		Ko 2005 [121]		Oh 2006 [181]		Tamanini 2003 [244]	Filiz 2007 [67]		Chang 2008 [42]		Malmstrom 2010 [144]	
Imtis	29	98	34292	104527	109	80	156	544	106	29014	50028	841	
Moterys, proc.	100,0	100,0	64,3	55,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	60,2			
Amžius	76,7	76,4	65+		31–77 (vid. 54,9)	30–73 (vid. 53,2)	15–78 (vid. 51,8)	17–65 (vid. 33,2)		65+		(vid. 59,5)	
Šlapimo nelaikymas	Yra	Nėra	Yra	Nėra	Yra	Nėra	Yra	Yra	Nėra	Yra	Nėra	Yra	Nėra
PF Fizinės veiklos	53,7	72,1	37,1	43,6	65,1– 69,2	72,3	58,2	73,8	91,5	62,5	64,2	65,7	81,2
RP Fiziniai vaidmenys	42,4	64,0	39,0	45,7	48,0– 66,8	71,5	38,4	66,7	89,4	54,6	59,5	65,7	78,9
BP Kūno skausmas	42,4	41,7	41,3	47,1	62,4– 80,2	70,7	50,3	55,7	75,8	59,8	61,9	52,0	67,7
GH Bendroji sveikata	28,1	36,7	42,9	48,2	44,2– 48,3	51,5	47,8	46,2	57,2	63,4	64,3	52,2	67,6
VT Gyvybingumas	37,4	51,2	44,3	50,2	34,6– 37,7	48,8	42,9	49,5	58,5	55,5	58,5	50,2	65,3
SF Socialinės veiklos	43,0	60,3	45,0	50,5	74,7– 82,3	82,0	52,8	70,1	77,3	79,5	81,3	65,6	83,9
RE Emociniai vaidmenys	47,1	62,5	45,6	50,4	50,5– 67,7	60,3	45,7	75,9	93,6	75,5	78,6	73,0	86,3
MH Psichikos sveikata	44,6	54,5	49,1	53,1	35,3– 35,9	64,4	48,4	64,1	66,5	77,4	78,5	67,6	79,8

Pietų Korėjoje atliktas tyrimas [181], kuriame sudaryta įvairaus amžiaus moterų imtis, tarp kurių buvo ir pagyvenusios moterys. Šis tyrimas iš esmės skyrėsi nuo mūsų tuo, kad tiriamosios buvo parinktos nuo 31 iki 77 metų amžiaus (vidutiniškai apie 54 m.). Siekdami palyginti rezultatus, kuriuos Korėjos tyrėjai pateikė pagal atskirus šlapimo nelaikymo tipus (įtampos ir mišrųjį), mes nagrinėjome abudu tipus (pateikiant lentelėje atitinkamus intervalus). Paaiškėjo, kad mūsų tyrimo šlapimo nelaikančios dalyvės turėjo visais aspektais prastesnę gyvenimo kokybę išskyrus gyvybingumą (vidutiniškai 37 balai lyginant su 34–38 balais Pietų Korėjoje) ir psichikos sveikatą (atitinkamai, 45 balai ir 35–36 balai). Tarp Pietų Korėjos moterų, nelaikančių šlapimo, atskirų gyvenimo kokybės aspektų įverčiai varijavo tarp 35 ir 82 balų, kai tuo tarpu mūsų tiriamosios vertino tik 28–54 balais. Nepaisant šių skirtumų, vertinimo tendencija buvo panaši abiejuose tyrimuose – šlapimo nelaikančios moterys savo gyvenimo kokybę vertino prasčiau balais, nors tiek šlapimo laikymo, tiek šlapimo nelaikymo grupėse Pietų Korėjos moterims buvo būdinga apie 10–20 balų geresnė gyvenimo kokybė. Skirtumus visų pirma galima paaiškinti tuo, kad Pietų Korėjos tyrime dalyvavusių moterų amžiaus vidurkis buvo daugiau nei 20 metų mažesnis nei mūsų tyrime, be to, mūsų tyrime daugiau nei pusė moterų buvo našlės arba išsiskyrusios (palyginus su 20 proc. Pietų Korėjoje). Kultūriniai-religiniai skirtumai taip pat galėjo būti buvo reikšmingi vertinant bendrąją sveikatą.

Portugalijoje [244] atliktas tyrimas, kuriame SF-36 klausimynu taip pat buvo vertinama šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybė, tačiau palyginimas su kitomis moterimis nebuvo atliktas (tyrimo imtį sudarė tik šlapimo nelaikančios moterys). Lyginant su mūsų moterimis, Portugalijoje būdinga pastebimai geresnė gyvenimo kokybė (38–58 balai). Galima pastebėti, kad šiame tyrime tarp šlapimo nelaikančių moterų geriausiai buvo išreikštas fizinių veiklų aspektas (58 balai), labai panašiai kaip ir mūsų tyrime (54 balai), tuo tarpu kalbant apie dvasinę sveikatą šiame tyrime geriausia gyvenimo kokybė nustatyta vertinant socialines veiklas (53 balai), o mūsų tyrime – emocinius vaidmenis (47 balai). Geresnę gyvenimo kokybę Portugalijoje galėjo lemti ne tik kultūriniai skirtumai, bet ir objektyvios priežastys, pvz., 80 proc. tyrimo dalyvių gyveno su sutuoktiniu ar partneriu, o mūsų tyrime tik 40 proc. Įdomu pastebėti, kad nepaisant to, jog mūsų tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 25 metais didesnis nei Portugalijos tyrime, tačiau gyvenimo kokybės skirtumai abiejuose tyrimuose buvo skyrėsi ne visais aspektais, o fiziniai ir emociniai vaidmenys Portugalijoje netgi įvertinti prasčiau.

T. M. Filiz ir bendraautoriai [67] Turkijoje tyrė šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybę taip pat naudodami SF-36 klausimyną. Lyginant su

mūsų moterimis, šiame tyrime būdinga pastebimai geresnė gyvenimo kokybė (46–76 balai). Šlapimo nelaikančios moterys statistiškai patikimai prasčiau nei laikančios šlapimą įvertino beveik visus gyvenimo kokybės aspektus, išskyrus psichikos sveikatą. Tačiau vertinimo tendencijos buvo panašios: kaip ir mūsų tiriamosios, šlapimo nelaikančios moterys Turkijoje prasčiausiai įvertino bendrąją sveikatą (atitinkamai, 46 ir 28 balai), o geriausiai – fizines veiklas (atitinkamai, 74 ir 54 balai). Tai, kad gyvenimo kokybės vertinimas Turkijos ir mūsų tyrime skiriasi apie 20 balų, tikriausiai lėmė tai, kad Turkijos tyrime dalyvavo kita amžiaus kategorija – moterys nuo 17 iki 65 m. amžiaus (vidurkis 33 m.). Turkijos tyrime nėra pateikiama išsami informacija apie tyrimo dalyvių socialines-demografines charakteristikas ir sveikatą, todėl sunku įvertinti tokių veiksnių svarbą paaiškinant skirtumus tarp tyrimų. Religiniai-kultūriniai skirtumai taip pat galėjo būti reikšmingi vertinant gyvenimo kokybę.

Lyginant mūsų tyrimo rezultatus su JAV atlikto Y. Ko [2005] tyrimo rezultatais matyti, kad ten šlapimo nelaikančių žmonių gyvenimo kokybė buvo apie 37–49 balai, o mūsų tyrime ji vidutiniškai siekė 28–54 balus. Skirtumai tarp šių tyrimų nebuvo dideli, išskyrus tai, kad šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys mūsų tyrime žymiai geriau vertino fizines veiklas (54 balai lyginant su 37 balais JAV) ir žymiai prasčiau – bendrąją sveikatą (atitinkamai, 28 ir 43 balai). JAV tyrime šlapimo nelaikymo grupėje buvo sistemingai stebimi statistiškai patikimai prastesni visi gyvenimo kokybės aspektų vidutiniai įverčiai ir šiuo atžvilgiu rezultatai buvo panašūs į mūsų tyrimą, tačiau JAV gyvenimo kokybės skirtumai tarp tyrimo grupių nesiekė 7 balų, tuo tarpu kai mūsų tyrime šlapimo nelaikančioms moterims buvo būdinga iki 17 balų skirtumai tarp tyrimo grupių. Be to, JAV tyrime šlapimo nelaikantys žmonės turėjo prastesnę su kūno skausmais susijusią gyvenimo kokybę, tuo tarpu kai mūsų tyrime skirtumas tarp moterų priklausomai nuo šlapimo nelaikymo nebuvo nustatytas. Skirtumus tarp rezultatų mūsų ir Y. Ko atliktame tyrime turbūt labiausiai galima paaiškinti tuo, kad šiame JAV tyrime dalyvavo ir vyrai, ir moterys, o amžiaus grupės buvo labai panašios (vyresni nei 65 m. asmenys).

Lyginant mūsų tyrimo rezultatus su kito JAV atlikto tyrimo [42] rezultatais matyti, kad ten šlapimo nelaikančių žmonių gyvenimo kokybė buvo apie 55–77 balus, o mūsų tyrime ji vidutiniškai tesiekė 28–54 balus, nors amžiaus kategorijos abiem atvejais buvo virš 65 m. amžiaus. Šlapimo nelaikymo grupėje buvo sistemingai stebimi prastesni visi gyvenimo kokybės aspektų vidutiniai įverčiai, tačiau skirtumai nebuvo dideli – nuo 1 iki 4 balų. Statistinis patikimumas čia pasiektas visų pirma didelės imties sąskaita (virš 79 tūkst. tiriamųjų). Šiame tyrime tarp šlapimo nelaikančių žmonių geriausiai išreikštas fizinės sveikatos aspektas buvo bendroji svei-

kata, o kalbant apie dvasinę sveikatą – socialinės veiklos. Atskiri gyvenimo kokybės aspektai tarp šlapimo nelaikančių moterų mūsų ir Chang atliktame tyrime skyrėsi 9–35 balais vertinant fizinės sveikatos aspektus ir 18–36 balais vertinant dvasinės sveikatos aspektus, todėl gyvenimo kokybės įverčiai labiau panašūs ne į mūsų, o į [144] JAV atliktą tyrimą. Geresnę gyvenimo kokybę šiame tyrime galėjo lemti ne tik kultūriniai ar ekonominiai skirtumai, bet ir objektyvios priežastys, pvz., tarp tyrimo dalyvių 40 proc. buvo vyrai. Be to, JAV tik 63 proc. respondentų sirgo hipertenzija ir 18 proc. išemine širdies liga, o mūsų tyrime vien arterine hipertenzija sirgo daugiau nei 80 proc., išemine širdies liga – 40 proc. šlapimo nelaikančių tyrimo dalyvių.

T. K. Malmstrom ir kt. [144] naudodami SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną įvertino gyvenimo kokybę tarp JAV gyvenančių afroamerikiečių, kurių amžiaus vidurkis siekė beveik 60 m. Šio tyrimo rezultatai labai panašūs į C. H. Chang gautus rezultatus [42], nors tiriamieji buvo jaunesni. Kai kuriais gyvenimo kokybės aspektais jaunesnieji afroamerikiečiai pasižymėjo prastesne gyvenimo kokybe nei vyresni amerikiečiai apskritai, kas gali nurodyti į socialinius gyvenimo kokybės netolygumus. Kaip ir anksčiau minėtuose tyrimuose, šlapimo nelaikančių gyvenimo kokybės įverčiai buvo prastesni nei gerai šlapimą sulaikančių (15 ir didesnis balų skirtumas). Mūsų tyrimo rezultatai gali būti lyginami tik iš dalies, kadangi šiame tyrime buvo apklausiami ir vyrai, ir moterys, skyrėsi tiriamųjų amžius ir rasė.

Apibendrinant mūsų tyrimo rezultatus užsienyje atliktų tyrimų kontekste (naudojant SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną) reikėtų pastebėti, kad mūsų tyrimo moterims būdingi geresni kai kurie fizinės sveikatos aspektų įverčiai, bet daugeliu atvejų su dvasine sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra žymiai prastesnė tarp mūsų moterų. Tarp galimų veiksnių, kurie sąlygoja šiuos skirtumus, gali būti paminėti amžius, ligotumas, kultūriniai-religiniai ir socialiniai-ekonominiai skirtumai, taip pat šlapimo nelaikymo klasifikavimas.

Australijoje [155] atliktą tyrimą vertėtų aptarti atskirai. Visų pirma, tai vienintelis rastas tyrimas, kuriame gyvenimo kokybę tarp šlapimo nelaikančių asmenų buvo vertinta ta pačia SF-36v2 versija kaip ir mūsų tyrime (4.4.2.2 lentelė). Tačiau tai buvo žymiai jaunesnių asmenų kategorija, kadangi tiriamųjų amžiaus vidurkis siekė 45 m. lyginant su 77 m. mūsų tyrime. Nepaisant to, gyvenimo kokybės įverčiai buvo gana panašūs: Australijoje šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybė priklausomai nuo aspekto buvo nuo 32 iki 51 balo, o mūsų tyrime 28–54 balai. Skirtumai tarp šių tyrimų nebuvo dideli. Australijos tyrime tarp šlapimo nelaikančių moterų buvo sistemingai nustatyti prastesni (lyginant su kitomis moterimis) visi

gyvenimo kokybės aspektų vidutiniai įverčiai ir šiuo atžvilgiu rezultatai buvo panašūs į mūsų tyrimą.

Lyginant gyvenimo kokybės aspektus tarp šlapimo nelaikančių moterų mūsų ir Australijos yra skirtumų. Vertinant **fizinės sveikatos** aspektus, šlapimo nelaikančios (nepriklausomai nuo šlapimo nelaikymo laipsnio) Australijos moterys geriau nei mūsų tyrimo dalyvės vertino bendrąją sveikatą, o prasčiau fizinės veiklas. Vertinant mūsų tyrimo dalyvių gyvenimo kokybę, susijusią su fiziniiais vaidmenimis, įverčiai buvo panašiausi į Australijos moterų, kurioms būdingas vidutinis šlapimo nelaikymas, o vertinant su kūno skausmais susijusią gyvenimo kokybę panašumas buvo su sunkaus šlapimo nelaikymo grupe. Vertinant **dvasinės sveikatos** aspektus, mūsų moterys labiausiai buvo panašios į Australijos moteris su sunkiu šlapimo nelaikymu, išskyrus emocinius vaidmenis (panašumas labiau į vidutiniu šlapimo nelaikymu besiskundžiančias Australijos moteris).

Gyvenimo kokybės aspektų įverčių panašumus tarp sunkiu šlapimo nelaikymu besiskundžiančių Australijos moterų ir mūsų tiriamųjų galėjo lemti tai, kad mūsų tiriamosios buvo ligotos, tikėtina seniai nelaikančios šlapimo moterys. Tačiau yra sudėtinga komentuoti šiuos panašumus, kai tarp tiriamųjų Lietuvoje ir Australijoje vidutinis amžiaus skirtumas buvo daugiau nei 30 metų. Viena vertus, Australijoje buvo populiacinis tyrimas, kuris apėmė pietinės Australijos regioną, o mūsų tyrimas nebuvo populiacinis. Kita vertus, australai į tyrimą įtraukė tik tokių gyvenviečių žmones, kuriose yra bent 1000 gyventojų, o mūsų tyrime kaimo vietovė Kaltanėnai turi tik apie 300 gyventojų. Kadangi mūsų tyrimo rezultatai parodė, jog šlapimo nelaikymas labiau paplitęs miesto vietovėje, tai gali būti, kad gyvenviečių atrankos kriterijų skirtumas turi įtakos bendriems įverčių vidurkiams. Panašumus tarp šių dviejų tyrimų taip pat sunku paaiškinti ir gyvenimu poroje (kas ankstesniuose tyrimuose parodė, kad turi teigiamą įtaką gyvenimo kokybei), kadangi mūsų tyrime tokių moterų buvo 40 proc., o Australijoje – 62 proc. (4.4.2.2 lentelė).

**4.4.2.2 lentelė. SF-36v2 klausimyno įverčių įvairiose tyrimuose palyginimas**

Rodiklis	Mūsų tyrimas		Australija			
Imtis	29	98	948	426	117	40
Moterys, proc.	100,0	100,0	100			
Amžius	76,7	76,4	45,3			
ŠN	Taip	Ne	Ne	Lengvas	Vidutinis	Sunkus
PF Fizinės veiklos	53,7	72,1	50,0	48,1	42,8	32,4
RP Fiziniai vaidmenys	42,4	64,0	50,2	49,2	46,0	35,4
BP Kūno skausmas	42,4	41,7	50,5	47,2	46,6	41,6
GH Bendroji sveikata	28,1	36,7	50,8	49,2	45,3	38,6
VT Gyvybingumas	37,4	51,2	49,4	47,7	45,0	38,0
SF Socialinės veiklos	43,0	60,3	49,6	48,6	47,2	40,8
RE Emociniai vaidmenys	47,1	62,5	49,9	48,1	47,0	41,5
MH Psichikos sveikata	44,6	54,5	49,7	47,8	46,6	43,3

Apibendrinant Lietuvos ir Australijos tyrimus pastebėtina, kad mūsų tyrime pagal tiriamųjų charakteristikas labiau būtų pagrįsta tikėtis prastesnių gyvenimo kokybės įverčių, tiek dėl vyresnio amžiaus, tiek dėl vienišumo, todėl apskritai galima teigti, kad mūsų tyrime šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybė vertinant bendrinio gyvenimo kokybės klausimynu buvo pakankamai gera.

**4.4.3. Gyvenimo kokybė vertinant I-QOL klausimynu**

Mūsų tyrime moterų gyvenimo kokybė buvo įvertinta ne tik taikant bendrinį SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną, bet ir specifinį šlapimo nelaikymui klausimyną I-QOL. Atlikus analizę paaiškėjo, kad tarp šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybė statistiškai patikimai buvo prastesnė nei kitų moterų: jei šlapimo nelaikymo grupėje gyvenimo kokybės ir jos aspektų įverčiai svyravo tarp 60 ir 70 balų, tai tarp kitų moterų gyvenimo kokybė visais atvejais vidutiniškai buvo įvertinta daugiau nei 90 balų. Kadangi I-QOL klausimynas skirtas šlapimo nelaikantiems žmonėms, kaip ir tikėtasi, gautas didelis skirtumas tarp tiriamųjų grupių įverčių.

Šlapimo nelaikančios moterys mūsų tyrime prasčiausiai vertino ligos gėdijimosi aspektą (61 balas) ir elgsenos apribojimus (62 balai), kadangi jos

labiausiai jaudinasi, kad apsišlapina, nekontroliuoja savo šlapimo pūslės, jas riboja šlapimo nelaikymas atsistojant iš sėdimos padėties, kosint, čiaudint.

Atlikus išsamią atsakymų į I-QOL klausimų analizę paaiškėjo, kad šlapimo nelaikančių moterų gyvenimo kokybės vertinimai statistiškai patikimai buvo prastesni nei kitų moterų, išskyrus atsakymus į klausimą apie šlapimo nelaikymo poveikį lytiniam gyvenimui, kur skirtumo nenustatyta. Tyrimo grupių atsakymai pastaruoju klausimu nesiskyrė tikriausiai dėl to, kad tirtos pagyvenusios moterys, kurios dažniausiai jau nebeturi lytinių santykių. Pastebėtina, kad šlapimo nelaikančių moterų atsakymai į klausimus buvo labiau išsibarstę nei kitų moterų, tikriausiai dėl to, kad šlapimo nelaikymo grupėje sutrikimo laipsnis buvo įvairaus sunkumo.

#### 4.4.3.1 lentelė. Gyvenimo kokybė ir jos aspektai pagal I-QOL klausimyną

Šalis	Tyrimas	Elgsenos apribojimai	Psichosocialinės kliūtys	Ligos gėdijimasis	Bendroji gyvenimo kokybė
Lietuva	Mūsų tyrimas	62,0	68,6	61,1	64,4
Ispanija	Patrick 1999	41,6	25,3	50,9	41,7
JAV	Patrick 1999	57,8	49,8	73,2	62,3
Pietų Korėja	Oh 2006	60,0*	58,5*	37,6*	69,8*
		41,1***	50,0***	30,1***	59,2***
Prancūzija	Patrick 1999	59,2	54,1	70,3	62,6
Švedija	Patrick 1999	62,7	55,7	75,2	66,2
Tailandas	Wattanaying-charoenchai 2007	76,2*	82,2*	74,9*	78,3*
		72,1**	79,1**	76,2**	75,8**
		62,0***	72,4***	61,5***	66,2***
Taivanas	Tsai 2009	93,8*	86,1*	95,0*	90,9*
		87,5**	91,7**	95,0**	92,0**
		78,1***	83,3***	85,0***	81,8***
Vokietija	Patrick 1999	44,3	41,1	61,7	50,7

\* – įtampos šlapimo nelaikymas,

\*\* – dirglioji šlapimo pūslė,

\*\*\* – mišrusis šlapimo nelaikymas.

Pirmasis tyrimas, tarptautiniu mastu palyginęs šlapimo nelaikymo įtaką gyvenimo kokybei vertinant I-QOL klausimynu, buvo atliktas Patrick ir kt. [1999]. Jo metu palyginti gyvenimo kokybės įverčiai 5 šalyse – Ispanijoje, JAV, Prancūzijoje, Švedijoje ir Vokietijoje (4.4.3.1 lentelė). Nustatyta, kad prasčiausiai savo gyvenimo kokybę vertino moterys iš Ispanijos (vidutiniškai 42 balai), o geriausiai – iš Švedijos (66 balai). JAV ir Prancūzijos rezultatai buvo panašūs į Švedijos (62–63 balai), o Vokietijos – panašesni į Ispanijos (vidutiniškai 51 balas). Mūsų tyrime nustatytas gyvenimo kokybės vidurkis beveik siekia Švedijos rodiklius (vidutiniškai 64 balai). Pagal atskirus I-QOL gyvenimo kokybės aspektus šalių rangavimas buvo beveik

toks pats, tačiau geriausiai išreikšti gyvenimo kokybės aspektai skyrėsi: jei-  
gu Lietuvoje geriausiai buvo vertinamas psichosocialinių kliūčių aspektas,  
tai kitose šalyse – ligos gėdijomosi aspektas. Tai gali lemti šlapimo nelai-  
kymo priežiūros skirtumai tarp Lietuvos ir Vakarų šalių, kuriose šlapimo  
nelaikymo higienos priemonės (šlapimą sugeriantys produktai) yra labiau  
paplitusios ir lengviau prieinamos, o socialinių kliūčių nesudarantis šlapimo  
nelaikymas netgi turi atskirą terminą angl. *social continence* (šlapimo nelai-  
kymo nebuvimas socialiniame kontekste). Vakarų šalyse psichosocialinės  
kliūtys, kurios mažiausiai neigiamai atsiliepė mūsų tyrimo moterų gyvenimo  
kokybei, buvo įvertinamos vidutiniškai žemiausiais balais pagal I-QOL  
klausimyną.

Pietų Korėjoje atliktas tyrimas [181] vertino šlapimo nelaikančių moterų  
gyvenimo kokybę specifiniu I-QOL klausimynu. Jame sudaryta įvairaus  
amžiaus moterų imtis, tarp kurių buvo ir pagyvenusios moterys (4.4.3.1  
lentelė). Šis tyrimas iš esmės skyrėsi nuo mūsų tuo, kad tiriamosios buvo  
parinktos nuo 31 iki 77 metų amžiaus (vidutiniškai apie 54 m., lyginant su  
mūsų tyrimo vidurkiu 77 m.). Siekdami palyginti rezultatus, kuriuos Korė-  
jos tyrėjai pateikė pagal atskirus šlapimo nelaikymo tipus (įtampos ir  
mišrųjį), mes nagrinėjome abudu tipus. Paaiškėjo, kad vertinant atskirus I-  
QOL gyvenimo kokybės aspektus, mūsų tyrimo moterų gyvenimo kokybė  
buvo panašesnė į įtampos šlapimo nelaikymo grupę Pietų Korėjoje, tačiau  
bendroji gyvenimo kokybė (64 balai) buvo viduryje tarp korėjiečių įtampos  
(70 balai) ir mišriojo (59 balai) šlapimo nelaikymo grupių. Mūsų tyrime  
gyvenimo kokybės aspektai varijavo nežymiai (tarp 61 ir 68 balų), tuo tarpu  
Pietų Korėjoje moterys ypač žemais balais vertino gyvenimo kokybę, su-  
sijusią su ligos gėdijimusi (38 balai įtampos ir 30 balų mišriojo šlapimo  
nelaikymo grupėse). Skirtumus tarp šių tyrimų galėjo įtakoti tai, kad tyrime  
dalyvavusios Pietų Korėjos moterys buvo jaunesnės, kurioms kyla daugiau  
problemų dėl šlapimo nelaikymo sukeltamų pasekmių. Be to, mūsų tyrime  
daugiau nei pusė moterų buvo našlės arba išsiskyrusios (palyginus su  
20 proc. Pietų Korėjoje). Kultūriniai skirtumai taip pat galėjo būti buvo  
svarbūs vertinant gyvenimo kokybę.

Naudodami I-QOL gyvenimo kokybės klausimyną R. Wattanay-  
ingcharoenchai ir kt. [277] įvertino gyvenimo kokybę tarp šlapimo nelai-  
kančių Tailando moterų, kurių amžiaus vidurkis siekė 57 m. (4.4.3.1  
lentelė). Siekdami palyginti rezultatus, kuriuos Tailando tyrėjai pateikė pa-  
gal atskirus šlapimo nelaikymo tipus (įtampos, dirgliają šlapimo pūslę ir  
mišrųjį), mes nagrinėjome visus tipus. Mūsų tyrimo rezultatai parodė pras-  
tesnę gyvenimo kokybę tarp šlapimo nelaikančių moterų negu Tailande, o  
mūsų moterų įverčiai buvo labiausiai panašūs į mišriojo tipo šlapimo  
nelaikymo grupę Tailande. Tailando moterų bendroji gyvenimo kokybė



buvo vidutiniškai vertinama 66–78 balais (priklausomai nuo šlapimo nelaikymo tipo), o mūsų tyrime 64 balais. Kaip ir mūsų tyrime, Tailando moterų geriausiai įvertino psichosocialinių kliūčių aspektą, o ligos gėdijimosi ir elgesno apribojimų aspektai buvo apylygiai. Mūsų ir Tailando tyrimų skirtumus iš dalies galima paaiškinti tuo, kad Tailande tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 20 metų mažesnis nei mūsų tyrime (atitinkamai 57 ir 77 m.), nors Pietų Korėjoje jaunesnis amžius, labiau tikėtina, turėjo įtakos prastesnei gyvenimo kokybei. Viena iš priežasčių, kodėl Tailando moterų vertino savo gyvenimo kokybę geriau, galėjo būti tai, kad lėtinėmis ligomis sirgo tik 40 proc. tyrimo dalyvių (palyginus su 100 proc. mūsų tyrime), tačiau ar tai tikrai turėjo esminės įtakos gyvenimo kokybės vertinimui yra diskutuotina, kadangi I-QOL klausimynas yra specifinis šlapimo nelaikymui, todėl kitų sveikatos sutrikimų įtaka galutiniam gyvenimo kokybės vertinimui turėtų būti minimizuota. Be to, mūsų tyrime daugiau nei pusė (60 proc.) moterų buvo našlės arba išsiskyrusios, palyginus su 40 proc. Tailande.

Y. Tsai ir C. H. Liu, naudodami I-QOL klausimyną, įvertino 257 nelaiKANČIŲ šlapimo Taivano moterų gyvenimo kokybę [259]. Jų gautus gyvenimo kokybės ir jos aspektų įverčius su mūsų tyrimu galima palyginti tik iš dalies, kadangi autoriai išskiria šlapimo nelaikymo tipus, o mūsų tyrime tai nedaroma. Taivane atlikto tyrimo rezultatai skyrėsi nuo mūsų tyrimo ypač dideliais balais: bendroji gyvenimo kokybė vertinta 82–91 balu, elgsenos apribojimai 78–94 balais, psichosocialinės kliūtys 83–92 balais, ligos gėdijimasis 85–95 balais. Tokie vertinimai nuo mūsų gautųjų skyrėsi apie 20–30 balų. Skirtumai tokie dideli, kad galima teigti, jog Taivano moterims, kurios skundžiasi šlapimo nelaikymu, būdinga tokia gyvenimo kokybė, kuri būdinga Lietuvos moterims, kurios nesiskundžia šlapimo nelaikymu. Šiuos skirtumus sunku paaiškinti. Patys autoriai, lygindami savo duomenis su tyrimais iš Vakarų šalių, itin aukštus gyvenimo kokybės balus aiškina atsainiu Taivano moterų požiūriu į šlapimo nelaikymą ir tyrimo imtimi, galimai neapimančia moterų su sunkiu šlapimo nelaikymu. Be to, tiriamosios buvo nuo 20 metų amžiaus (vidurkis 55 m.), o tyrėjai taikė gana plačius neįtraukimo į tyrimą kriterijus, tarp kurių buvo ir psichologiniai sutrikimai – pastariesiems priklauso ir pažintinės funkcijos sutrikimai, kurie mūsų tyrime paaiškėjo kaip pagrindinis ir nepriklausomas rizikos veiksnys, susijęs su šlapimo nelaikymu.

Apibendrinant galima pastebėti, kad mūsų tyrimo moterų gyvenimo kokybę, susijusią su šlapimo nelaikymu, lyginant su Vakarų šalimis, ji yra pakankamai aukšta, tačiau joje geriausiai išreikštas psichosocialinių kliūčių aspektas, kuris Vakaruose susijęs su prasčiausia gyvenimo kokybe lyginant su kitais I-QOL gyvenimo kokybės aspektais. Tuo tarpu lyginant su kitomis

šalimis (visų pirma Pietryčių Azijos) mūsų tyrime nustatyta gyvenimo kokybė yra pastebimai prastesnė.

#### 4.4.4. Bendrinio ir specifinio klausimynų rezultatų palyginimas

Moterys savo sveikatos sutrikimams suteikia skirtingą svarbą gyvenimo kokybei ir bendrajai sveikatai priklausomai nuo jau esamų ligų, pvz., jau turinčios keletą ligų moterys atlaidžiau vertina tokios būklės kaip šlapimo nelaikymas svarbą. Tačiau kaip bebūtų, į tiesioginį klausimą apie sveikatos būklę respondentės, nelaikančios šlapimo, pateikė prastesnės sveikatos įvertinimus nei kitos pagyvenusios moterys. Mūsų tyrime naudojant bendrinį klausimyną gyvenimo kokybės aspektų įverčiams galėjo turėti įtakos ligotumas. Dažniausios gretutinės ligos ir simptomai, kuriais sirgo mūsų tiriamosios moterys, buvo arterinė hipertenzija, vidurių užkietėjimas, širdies ritmo sutrikimas. M. G. Lima ir kt. [138] patvirtina šią nuomonę. Ištyrę 1958 pagyvenusią žmonių gyvenimo kokybę jie nustatė, kad didžiausią reikšmę gretutinės ligos turi kūno skausmui, bendrai sveikatai, gyvybingumui. Vertinant arterinės hipertenzijos įtaką gyvenimo kokybei, fizinės veiklos įverčiai skyrėsi 11, fiziniai vaidmenys – 6, kūno skausmas – 8, bendra sveikata – 7, gyvybingumas – 9, socialinės veiklos – 4, emociniai vaidmenys – 5, psichikos sveikata – 5 balais (visi  $p < 0,05$ ) [138].

Mūsų tyrimas leido palyginti, kaip skiriasi gyvenimo kokybės įverčiai tarp pagyvenusią moterų priklausomai nuo taikomo klausimyno. Bendrinis gyvenimo kokybės SF-36v2 klausimynas jau buvo aptartas anksčiau. Specifinis šlapimo nelaikymui I-QOL gyvenimo kokybės klausimynas taikomas nuo 1999 m. [190]. Mūsų tyrimo duomenimis, taikant bendrinį SF-36v2 klausimyną, šlapimo nelaikymas sąlyginai mažai atsiliepia gyvenimo kokybei, kadangi iš galimų 100 balų SF-36v2 klausimyne pagyvenusios moterys, kurios skundžiasi šlapimo nelaikymu, vidutiniškai surinko 42 balus, o kitos moterys – vidutiniškai 55 balus, t.y. skirtumas buvo apie 13 balų (arba 22 proc.). Tuo tarpu taikant specifinį I-QOL klausimyną atitinkami gyvenimo kokybės įverčiai buvo 94 ir 64 balai, t.y. skirtumas 30 balų (arba 32 proc.). Bendra gyvenimo kokybė tarp šių klausimynų koreliavo vidutiniškai ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ). Be to, vidutinės reikšmės buvo žymiai didesnės specifiniame nei bendriniame gyvenimo kokybės klausimyne. Tai gali būti paaiškinama tuo, kad specifinis klausimynas neįtraukia tų klausimų, kurie būdingi kitoms, nesusijusioms su šlapimo nelaikymu, sveikatos problemoms ar sutrikimams.

Šių klausimynų koreliacija sudaro galimybę palyginti ne tik kaip stipriai tarpusavyje koreliuoja bendrinis ir specifinis klausimynai, tačiau ir tai, kurie gyvenimo kokybės aspektai iš skirtingų klausimynų yra labiau susiję.

Mūsų tyrimo duomenimis SF-36v2 klausimyno kūno skausmo aspektas buvo labai silpnai susijęs su I-QOL klausimynu vertinta bendrąja gyvenimo kokybe ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,100$ ), elgsenos apribojimais ( $r = 0,13$ ;  $p = 0,132$ ), psichosocialinėmis kliūtimis ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,095$ ) ir ligos gėdijimusi ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,096$ ), o bendroji sveikata ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ) ir psichikos sveikata ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ) kiek stipriau (bet ne vidutiniškai) koreliavo su elgsenos apribojimais. Visi kiti abiejų klausimynų gyvenimo kokybės aspektai turėjo vidutinę tarpusavio koreliaciją. Tačiau nėra daug tyrimų, kurie tiems patiems tiriamiesiems būtų naudoję ir SF-36v2, ir I-QOL klausimyną.

Mūsų tyrimo duomenimis SF-36v2 ir I-QOL klausimynų gyvenimo kokybės aspektai buvo vidutiniškai arba silpnai susiję ( $r$  nuo 0,14 iki 0,63). Tuo tarpu Irane ištyrus 373 šlapimo nelaikančias moteris ir įvertimus SF-36v2 ir I-QOL klausimynų koreliaciją paaiškėjo, kad klausimynų gyvenimo kokybės aspektai buvo susiję vidutiniškai ( $r$  nuo 0,47 iki 0,59) [173]. Tačiau šio mūsų tyrimo duomenis su anksčiau minėto tyrimo duomenimis sudėtinga kadangi straipsnis paskelbtas persų kalba, o santraukoje anglų kalba nenurodyti imties formavimo principai.

Pietų Korėjoje S. J. Oh ir J. H. Ku duomenimis [181], SF-36 klausimyno gyvenimo kokybės aspektai fizinės veiklos ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,01$ ), ir socialinės veiklos ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ) buvo silpnai susijusios su I-QOL klausimyno psichosocialinėmis kliūtimis, o fizinės veiklos ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ) buvo silpnai susijusios ir su I-QOL bendrąja gyvenimo kokybe. Visi minėtų klausimynų aspektai buvo beveik nesusiję. Šio ir mūsų tyrimo duomenis galima palyginti tik iš dalies, kadangi Pietų Korėjoje buvo tiriamos jaunesnės moterys (vidutiniškai 55 m. amžiaus), kurių bendroji sveikata SF-36 klausimynu buvo įvertinta žymiai aukštesniais balais (52 balais tarp laikančių šlapimą ir 44–48 balais tarp nelaikančių šlapimo, plg. mūsų tyrime atitinkamai 37 ir 28 balai).

Apibendrinant galima pasakyti, kad vertinant gyvenimo kokybę tarp šlapimą nelaikančių žmonių yra svarbu naudoti specifinį klausimyną, kadangi jis labiau pabrėžia įvairias aktualias gyvenimo situacijas ir veiklas bei išryškina skirtumus nuo žmonių, kurie šlapimo nelaikymu nesiskundžia. Be to, bendrinis ir specifinis gyvenimo kokybės klausimynai koreliuoja vidutiniškai.

#### **4.5 Pagyvenusių miesto ir kaimo moterų, besikreipiančių į šeimos gydytoją, fizinė ir psichinė sveikata bei gyvenimo kokybė**

Pasaulio sveikatos organizacijos teigimu, žmogaus sveikatą lemia šie veiksniai: paveldimumas 20 proc., fizinė ir socialinė aplinka 20 proc., gyvensena 50 proc., sveikatos priežiūros lygis ir jos prieinamumas 10 proc. [128, 195]. Kaime ir mieste gyvenančių žmonių fizinė ir socialinė aplinka, gyvensena ir sveikatos priežiūros prieinamumas skiriasi. Dėl to gali skirtis sveikatos problemos, ligotumas ir mirtingumas tarp miesto ir kaimo gyventojų. Kadangi didžioji dalis žmonių Vakarų visuomenėse gyvena miestuose, tyrimai dažniausiai ir atliekami su miesto gyventojais, dėl to pateikiamos išvados yra būdingesnės miesto gyventojams. Lietuvoje miesto ir kaimo gyventojų proporcijos jau keli metai beveik nesikeičia – miesto gyventojų yra apie du trečdalius (67 proc. 2009 m.) [283].

Standartizuotas Lietuvos gyventojų mirtingumas 2009 m. (100 000 gyventojų) mieste buvo 888, o kaime – 1110. Tarp moterų standartizuotas mirtingumas buvo, atitinkamai, 610 ir 756. Lietuvoje kaimo gyventojai beveik 1,5 karto dažniau miršta nuo kraujotakos sistemos ligų (kaime 891 / 100000 gyv., mieste 602 / 100000 gyv.) ir beveik 2 kartus dažniau nuo kvėpavimo sistemos ligų (kaime 68 / 100000 gyv., mieste 36 / 100000 gyv.). Kaimo gyventojai taip pat dažniau miršta nuo piktybinių auglių, parazitinių ir infekcinių, virškinimo sistemos ligų [283].

Nacionalinės sveikatos tarybos 2010 m. metiniame pranešime nurodoma, kad kaimo moterų mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio yra žymiai didesnis negu miesto moterų [171]. Daroma prielaida, kad kaime gyvenančios moterys rečiau naudojami antrinės profilaktikos programa, galimai dėl tolimesnių atstumų iki medicinos įstaigų, problemos rimtumo nežinojimo, mažesnio paslaugų prieinamumo. Visi šie veiksniai dažnai yra susiję su žemesniu kaimo moterų išsilavinimu ir mažesnėmis pajamomis [187, 223, 254].

V. Grabausko ir bendraautorių vykdyto Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis, 1994 m. fiziškai aktyvių žmonių buvo daugiau kaime nei mieste. Per 10 metų besimankštinančių žmonių skaičius kaime padidėjo labiau nei mieste [86]. Kaimo gyventojų mitybos įpročiai labiau skyrėsi nuo sveikos mitybos rekomendacijų nei miesto, nutukimas tarp kaimo moterų buvo dažnesnis nei miesto [87]. Kita vertus, miestuose yra didesnis oro užterštumas, spartesnis gyvenimo būdas ir daugiau streso veiksnių, kas visumoje gali lemti skirtingą miesto ir kaimo žmonių gyvenimo kokybę.

Mūsų tyrimo duomenimis, pagyvenusių kaimo moterų, besikreipiančių į bendrosios praktikos gydytoją, fizinė ir psichinė sveikata buvo geresnė nei miesto pagyvenusių moterų. Vertinant gyvenimo kokybę, kaimo moterys savo bendrą gyvenimo kokybę įvertino taip pat geriau nei miestietės.

Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, 2009 m. gyventojų sergamumas Švenčionių rajone (Kaltanėnai, kur atliktas tyrimas, priklauso šiam rajonui) buvo 1752 / 1000 suaugusiųjų, o Kauno rajone (Garliava, kur atliktas tyrimas, priklauso šiam rajonui) 1668 / 1000 suaugusiųjų [136]. Tačiau mūsų tyrimo duomenimis statistiškai patikimai ligotesnės buvo pagyvenusios moterys iš Garliavos. To priežastys gali būti įvairios. Šiame tyrime apklaustos pagyvenusios, besikreipiančios į bendrosios praktikos gydytoją moterys, t.y. į tyrimą galėjo patekti mažai sąlyginai sveikų moterų. Netiesiogiai vertinant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Švenčionių ir Kauno rajonuose 2009 metais galima pastebėti, kad skirtumas buvo nedidelis (4,1 ir 3,8 apsilankymo vienam gyventojui per metus) [136].

Kalbant apie gyvenimo kokybės skirtumus tarp miesto ir kaimo moterų dėmesį galima atkreipti į tai, kad mūsų nagrinėta kaimiškoji vietovė – Kaltanėnai – yra Aukštaitijos nacionaliniame parke, kur daug miškų ir vandens telkinių, t.y. aplinka ir gamta yra pakankamai švari. Tai gali lemti ir tai, kad vietos gyventojų fizinė ir psichinė sveikata bei gyvenimo kokybė yra geresnė nei prie didmiesčių. Savo ruožtu miesto vietovė Garliava yra nutolusi vos 10 km nuo didmiesčio centro – Kauno, dėl ko aplinkos tarša gali būti didesnė, ribotos galimybės pabūti gryname ore, kas gali neigiamai veikti pagyvenusių miesto moterų sveikatą ir gyvenimo kokybę.

Dar viena skirtumų tarp pagyvenusių kaimo ir miesto moterų priežastis – mieste gyvenantys vaikai gali dažniau pasiimti ligotus tėvus iš kaimo vietovių, kad būtų lengvesnė jų priežiūra. Šitaip kaime lieka gyventi pagyvenę žmonės, kurie mažiau ligotesni ir dar gali apsitarnauti. Tokie žmonės nėra atskirti nuo jiems įprastos aplinkos, dėl to jų psichikos sveikata ir gyvenimo kokybė gali būti geresnė.

Lietuvoje socialiniai netolygumai tarp kaimo ir miesto gyventojų yra gana dideli. Taip, vidutinės miestiečių disponuojamosios pajamos 2008 m. buvo 1074 litai vienam namų ūkio nariui per mėnesį, o kaimo gyventojų – 811 litų [283], t.y. 24 proc. mažiau. Savo ruožtu, miestiečių vidutinės mėnesio vartojimo piniginių išlaidos buvo 847 litai, kaimo gyventojų – 593 litai (26 proc. mažiau). Kalbant apie sveikatos priežiūrą, miestiečių vartojimo išlaidos taip pat buvo didesnės – 43 Lt lyginant su 31 Lt tarp kaimo gyventojų (28 proc. skirtumas). Šie socialiniai netolygumai sąlygoja netolygumus ir sveikatos priežiūros srityje.

Airijoje atlikto tyrimo, vertinančio miesto ir kaimo gyventojų sergamumo ir mirtingumo skirtumus, duomenimis, miesto gyventojų fizinė sveikata buvo statistiškai reikšmingai prastesnė nei kaimo gyventojų [185]. 2009 m. Nepale atliktame tyrime buvo vertinamas miesto ir kaimo gyventojų sergamumas ir nustatyta, kad miesto gyventojai dažniau nei kaimo sirgo virškinimo ligomis, hipertenzija [123]. R. Walker ir bendraautorių duomenimis, Tanzanijoje insultas dažniau pasitaiko miesto nei kaimo gyventojams (atitinkamai 108 / 100 000 mieste ir 94 / 100 000 kaime.) [273]. Nors Airijoje buvo tirta įvairaus amžiaus gyventojų, Nepale – pagyvenusių miesto ir kaimo gyventojų fizinė sveikata, Tanzanijoje – insulto dažnumas tarp miesto ir kaimo gyventojų, rezultatai iš dalies gali būti palyginami su mūsų atliktu tyrimu. Mūsų tirtos pagyvenusios miesto moterys, besikreipiančios į bendrosios praktikos gydytojus, žymiai dažniau nei kaimo moterys sirgo širdies, smegenų ir kraujagyslių ligomis, vidurių užkietėjimu, šlapimo nelaikymu.

Mūsų tyrime aptikta tendencija, kad miesto moterys labiau linkusios į depresyvumą, nors skirtumas nebuvo statistiškai patikimas ( $p = 0,124$ ). Tyrimų, atliktų JAV, Nyderlanduose, Švedijoje duomenimis, mieste gyventojai dažniau nei kaime serga depresija [22, 77, 147, 234, 262]. B. Friedman ir bendraautorių duomenimis, 8,3 proc. kaimo ir 14,8 proc. miesto, H. C. Chiu ir bendraautorių duomenimis – 12,8 proc. kaimo ir 20,1 proc. miesto pagyvenusiems žmonėms pirminės sveikatos priežiūros grandyje nustatyta depresija [46, 120]. Pietų Korėjoje atlikto tyrimo duomenimis miesto ir kaimo gyventojai vienodai dažnai sirgo depresija [179].

Literatūros duomenys apie pagyvenusių miesto ir kaimo žmonių pažinimo funkcijas yra skirtingi. Portugalijoje atlikto tyrimo duomenimis pažinimo funkcijos labiau buvo sutrikusios kaimo nei miesto gyventojams (atitinkamai 16,8 proc. mieste ir 12,0 proc. kaime) [269]. S. B. Wackberbarth ir bendraautorių duomenimis miesto ir kaimo pagyvenusių žmonių pažinimo funkcijų įvertinimas patikimai nesiskyrė [242]. O mūsų tyrime pagyvenusių moterų, gyvenančių mieste, pažinimo funkcijos buvo daugiau sutrikusios nei kaimo gyventojų: kaimo moterys, atsakydamos į TPBT klausimus, vidutiniškai surinko 25,5 balo, o miesto moterys – 21,1 balo ( $p < 0,001$ ).

M. Tajvar ir bendraautoriai, naudodami SF-36 klausimyną, apklausė 400 pagyvenusių žmonių Teherane (Iranas) [242]. Nustatyta, kad dvasinę sveikatą pagyvenę iraniečiai įvertino geriau nei fizinę sveikatą (atitinkamai 63,8 ir 55,0 balo). Taivane apklausus (naudojant SF-36 klausimyną) 4424 šešiasdešimt penkerių metų miesto, kaimo ir atokių salų gyventojus, nustatyta, kad miestiečiai statistiškai patikimai geriau įvertino net septynis gyvenimo kokybės aspektus lyginant su kaimiečiais ir keturis aspektus geriau – lyginant su atokiųjų salų gyventojais [258]. Libane atlikto tyrimo duo-

menimis SF-36 gyvenimo kokybės įverčiai mieste ir kaime nesiskyrė [210]. B. Wiliam ir bendraautorių duomenimis JAV kaime veteranai gyvenimo kokybę ir jos aspektus įvertino blogiau nei mieste gyvenantys [278]. Mūsų tyrime pagal atsakymus į SF-36 klausimyną statistiškai reikšmingas skirtumas gautas vertinant bendrąją gyvenimo kokybę, fizinę ir dvasinę sveikatą bei penkis gyvenimo kokybės aspektus (fizinės veiklas, fizinius vaidmenis, gyvybingumą, socialines veiklas, emocinius vaidmenis, psichikos sveikatą). Minėtus gyvenimo kokybės aspektus mieste gyvenančios pagyvenusios moterys vertino prasčiau už kaime gyvenančias.

Palyginus kaimo ir miesto moteris pagal specifinį šlapimo nelaikymui gyvenimo kokybės klausimyną I-QOL, gyvenimo kokybė tarp kaimo ir miesto moterų statistiškai patikimai nesiskyrė (atitinkamai, 69 ir 74 balai), bet gyvenimo kokybės aspektai turėjo sistemingą tendenciją, išryškintą, šiame tyrime panaudojus SF36v2: kaimo moterims būdinga geresnė gyvenimo kokybė negu miestietėms.

#### 4.6 Apibendrinimas

Mūsų tyrimas yra pirmasis Lietuvoje, kuris nagrinėjo kiek 65 m. ir vyresnių kaimo ir miesto moterų gyvenimo kokybė gali būti susijusi su šlapimo nelaikymu. Tyrime taikyti du A rekomendacijų lygio gyvenimo kokybės klausimynai – bendrinis ir specifinis šlapimo nelaikymui. Specifinis klausimynas išverstas būtent šiam tyrimui ir Lietuvoje panaudotas pirmą kartą. Mūsų tyrime nustatytas šlapimo nelaikymo dažnis yra būdingas pagyvenusios amžiaus moterims. Pagrindinis apribojimas šiuos rezultatus taikyti bendrai pagyvenusių moterų populiacijai yra tai, kad tyrime dalyvavo tik tos moterys, kurios kreipėsi į bendrosios praktikos gydytoją, kas reiškia, kad į tyrimą patekti mažiau galimybių turėjo sveikesnės moterys ir mažiau savo sveikata besirūpinančios moterys. Kita vertus, šlapimo nelaikymo nustatymui naudoti atsakymai į anketos klausimus, o ne objektyvūs tyrimai (įklotas testas, urodinaminiai tyrimai ar šlapinimosi dienoraštis). Be to, apklausai pasirinkta po vieną miesto ir kaimo vietovę, kurios nebūtinai atitinka bendras šalies tendencijas.

Šiame tyrime nustatytas vienintelis nepriklausomas šlapimo nelaikymo prognozinis veiksnys – pažintinė disfunkcija. Jis buvo labai stipriai išreikštas prognozinis veiksnys, kadangi buvo susijęs su keturiskart didesne rizika (GS = 4,4) turėti šlapimo nelaikymą. Iš ankstesnių tyrimų nebuvo aptikta

duomenų, randančių tokio stiprumo prognostinį veiksnių šlapimo nelaikymui.

Apibendrinant mūsų tyrimo rezultatus užsienyje atliktų tyrimų kontekste (naudojant SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną) reikėtų pastebėti, kad mūsų tyrimo moterims būdingi geresni kai kurie fizinės sveikatos aspektų įverčiai, bet daugeliu atvejų su dvasine sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra žymiai prastesnė tarp mūsų moterų.

Galima pastebėti, kad mūsų tyrimo moterų gyvenimo kokybę, susijusią su šlapimo nelaikymu, lyginant su Vakarų šalimis, ji yra pakankamai aukšta, tačiau joje geriausiai išreikštas psichosocialinių kliūčių aspektas, kuris Vakaruose susijęs su prasčiausia gyvenimo kokybe lyginant su kitais I-QOL gyvenimo kokybės aspektais. Tuo tarpu lyginant su kitomis šalimis (visų pirma Pietryčių Azijos) mūsų tyrime nustatyta gyvenimo kokybė yra pastebimai prastesnė.

Apibendrinant galima pasakyti, kad vertinant gyvenimo kokybę tarp šlapimą nelaikančių žmonių yra svarbu naudoti specifinį klausimyną, kadangi jis labiau pabrėžia įvairias aktualias gyvenimo situacijas ir veiklas bei išryškina skirtumus nuo žmonių, kurie šlapimo nelaikymu nesiskundžia. Be to, bendrinis ir specifinis gyvenimo kokybės klausimynai koreliuoja vidutiniškai.

Šio tyrimo ribotumas – apklaustos tik tos moterys, kurios kreipėsi į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, o ne visos bendruomenėje gyvenančios moterys. Tai reiškia, kad į tyrimą mažiau galimybių turėjo patekti sveikesnės moterys ir mažiau savo sveikata besirūpinančios moterys. Be to, apklausai buvo pasirinkta po vieną miesto ir kaimo vietovę, kurios nebūtinai atitinka respublikos vidurkį.

Kadangi mūsų tyrime tirtos pagyvenusios ir dažniausiai labai ligotos moterys (vidutinis gretutinių ligų skaičius – 6), besikreipiančios į šeimos gydytojus, tai tarp daugumos veiksnių galėjo būti pakankamai išreikšti tarpusavio priklausomybės ryšiai, kad daugiamatėje analizėje paaiškėtų, jog tik pažintinė disfunkcija yra nepriklausomas rizikos veiksnys šlapimo nelaikymui. Kita vertus, tyrime nustatytoms sąsajoms, kurios nebuvo statistiškai patikimos, galėjo pritrūkti tyrimo imties (tyrimo jėgos), kadangi imties tūris buvo skaičiuojamas tik remiantis šlapimo nelaikymo, o ne jo rizikos veiksnių paplitimu. Be to, nebuvo vertinami įvairių šlapimo nelaikymo tipų rizikos veiksniai, kurie, tikėtina, yra skirtingi.

Tyrimo privalumas – naudoti bendrinis ir specifinis klausimynai, todėl galima įvertinti jų skirtumus vertinant gyvenimo kokybę, esant konkrečiai ligai. Kadangi buvo tirtos ne tik šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys, bet ir kitos, todėl buvo galima įvertinti kiek šis sutrikimas gali įtakoti gyvenimo kokybę. Tai pirmasis tyrimas Lietuvoje, kuris vertino ŠN įtaką



GK tarp 65 metų ir vyresnių moterų. Be to, šiame tyrime buvo adaptuotas ir pirmąkart Lietuvoje panaudotas I-QOL gyvenimo kokybės klausimynas, specifinis šlapimo nelaikymui.

## IŠVADOS

1. Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp pagyvenusio amžiaus (65 m. ir vyresnių) moterų, besikreipiančių į šeimos gydytoją – 77 proc.
2. Pagrindinis veiksnys, susijęs su šlapimo nelaikymu – pažintinės funkcijos sutrikimas. Tai vienintelis šiame tyrime nustatytas nepriklausomas prognozinis rizikos veiksnys. Kiti su šlapimo nelaikymu susiję rizikos veiksniai (gyvenamoji vieta mieste, vidurių užkietėjimas, anksčiau patirtos ginekologinės operacijos ir depresyvumas) nėra nepriklausomi.
3. Pagyvenusio amžiaus moterų vidutinė gyvenimo kokybė pagal bendrinį SF-36v2 klausimyną buvo 45 balai, pagal specifinį I-QOL klausimyną – 71 balas. Mieste gyvenančių pagyvenusių moterų bendroji gyvenimo kokybė prastesnė nei kaime gyvenančių moterų.
4. Nelaikančių šlapimo pagyvenusio amžiaus moterų bendroji gyvenimo kokybė prastesnė nei kitų pagyvenusių moterų vertinant tiek bendriai, tiek specifiniu gyvenimo kokybės klausimynu. Šlapimo nelaikymas susijęs su prasčiau vertinamais gyvenimo kokybės aspektais – fizinėmis veiklomis, fiziniais vaidmenimis, bendrąja sveikata, gyvybingumu, socialinėmis veiklomis, emociniais vaidmenimis ir psichikos sveikata, elgsenos apribojimais, psichosocialinėmis kliūtimis, ligos gėdijimusi, tačiau nesusijęs su kūno skausmų aspektu.
5. Vertinant gyvenimo kokybę tarp šlapimo nelaikančių moterų labiau tinka specifinis nei bendrinis gyvenimo kokybės klausimynas, kadangi labiau išryškina su šlapimo nelaikymu susijusius gyvenimo kokybės aspektus.

## PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Skatinti šeimos gydytojus aktyviai diagnozuoti šlapimo nelaikymą. Esant pagyvenusių moterų pažintinių funkcijų sutrikimui, depresiškumui, vidurių užkietėjimui arba buvusioms ginekologinėms operacijoms, įtarti šlapimo nelaikymą, jį diagnozuoti ir gydyti.
2. Įdiegti pirminės sveikatos priežiūros grandyje gyvenimo kokybės vertinimą I-QOL klausimynu tarp šlapimo nelaikančių ir naudoti jį kaip vieną iš priemonių vertinant gydymo veiksmingumą.
3. Steigti sveikatos priežiūros sistemoje šlapimo nelaikymo centrus, kurie plačiau informuotų visuomenę apie šlapimo nelaikymą, jo tipus, diagnostiką ir gydymą, mokytų profilaktikos, padėtų tinkamai pasirinkti priežiūros ir higienos priemones.
4. Tęsti mokslinius tyrimus šlapimo nelaikymo tema, papildomą dėmesį skiriant šlapimo nelaikymo tipams ir jų rizikos veiksniams.

## BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29 (1): 213–240.
2. Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J. The International. Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: [www.iciq.net](http://www.iciq.net). *J Urol*. 2006; 175(3):1063-1066.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167-178.
4. Abrams P, Kelleher CJ, Kerr LA, Rogers RG. Overactive bladder significantly affects quality of life. *Am J Manag Care* 2000;6(11 Suppl): S580-590.
5. Adelman PK. Prevalence and detection of urinary incontinence among older Medicaid recipients. *J Health Care Poor Underserved* 2004; 15: 99–112.
6. Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a mid-sized city in northern Italy. *Urology*. 2000; 56(2): 245-249.
7. Altman D, Ekström Å, Gustafsson C, López, Falconer C, Zetterström J. Risk of Urinary Incontinence After Childbirth: A 10-Year Prospective Cohort Study *Ob Gyn*. 2006;108 (4): 873-878.
8. Altman D, Ekström A, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterström J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197(5): 512-517.
9. Alvaro R, Araco F, Gravante G, Sorge R, Overton J, Vellone E, Venturini G, Piccione E. Epidemiological aspects of urinary incontinence in a female population of an Italian region. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010; 21(7): 873-883.
10. Amaro JL, Macharelli CA, Yamamoto H, Kawano PR, Padovani CR, Agostinho AD. Prevalence and Risk Factors for Urinary and Fecal Incontinence in Brazilian Women. *International Braz J Urol*. 2009; 35 (5): 592-598.
11. Andruškienė J, Varoneckas G, Martinkėnas A, Grabauskas V. Factors associated with poor sleep and health-related quality of life. *Medicina* 2008; 44(3):240-246.
12. Anger JT, Saigal CS, Litwin MS. The Prevalence of Urinary Incontinence Among Community Dwelling Adult Women: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol*. 2006; 175(2): 601-604.
13. Aniulienė R. Moterų šlapimo nelaikymas: gydymo naujovės. *Gydymo menas* 2006; 1: 57-50.
14. Aslan G, Köseoğlu H, Sadik O, Gimen S, Cihan A, Esen A. Sexual function in women with urinary incontinence. *Int J Impot Res*. 2005 May-Jun;17(3):248-51.
15. Audureau E, Rican S, Coste J. Worsening trends and increasing disparities in health-related quality of life: evidence from two French population-based cross-sectional surveys, 1995-2003. *Qual Life Res*. 2012; 2: 1-14.

16. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(4):322-330.
17. Bachmann G. Urogenital ageing: an old problem newly recognized. *Maturitas*. 1995; 22: Suppl, 51-55.
18. 66. Barilienė S, Nadišauskienė R, Aniulienė R, Nedzelskienė I. Moterų šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai ir paplitimas. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2007; 10 (4): 320-329.
19. Barilienė S, Nadišauskienė R, Aniulienė R, Nedzelskienė I. Šlapimo nelaikymo sąsajos su moterų gyvenimo kokybe. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2008; XI (1) 22-30.
20. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;19:787-805.
21. Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoglu U, Biri H, Tyras B et al. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(6):604-610.
22. Blazer D, Crowell BA Jr, George LK. Alcohol abuse and dependence in the rural South. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44(8): 736-740.
23. Bodden-Heidrich R, Beckmann MW, Livera B, Rechenberger I, Bender HG. Psychosomatic aspects of urinary incontinence. *Arch Gynecol Obstet* 1999; 262: 151-158.
24. Bodhare TN, Valsangkar S, Bele SD. An epidemiological study of urinary incontinence and its impact on quality of life among women aged 35 years and above in a rural area. *Indian J Urol*. 2010; 26(3): 353-358.
25. Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol* 2000; 37(1): 30-35.
26. Botlero R, Davis SR, Urquhart DM, Shortreed S, Bell RJ. Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. *Maturitas*. 2009; 62(2):134-139.
27. Boyington JE, Howard DL, Carter-Edwards L, Gooden KM, Erdem N, Jallah Y, Busby-Whitehead J. Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States. *Nurs Res*. 2007; 56(2):97-107.
28. Boyles SH, Li H, Mori T, Osterweil P, Guise JM. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(1):134-41.
29. Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol female lower urinary tract symptoms questionnaire: data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191:73-82.
30. Brown WJ, Miller YD. Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *J Sci Med Sport*. 2001; 4(4): 373-8.
31. Brown JS, Nyberg LM, Kusek JW. Proceedings of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases International Symposium on Epidemiologic Issues in Urinary Incontinence in Women. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188: S77-88.

32. Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Jul;48(7): 721-725.
33. Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in a Cohort of Nuns. *Obst Gyn* 2002; 100 (2): 226-229.
34. Buckley BS, Lapitan MCM. Prevalence of Urinary Incontinence in Men, Women, and Children. Current Evidence: Findings of the Fourth International Consultation on Incontinence 2008. *Urol.* 2010; 76 (2): 265-270.
35. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol.* 1992 Nov; 167(5): 1213-1218.
36. Bump RC, Sugeran HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 392–397.
37. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(6):1291-8.
38. Bushnell DM, Martin ML, Summers KH, Svihra J, Lionis C, Patrick DL. Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Quality of Life Research* (2005) 14: 1901–1913.
39. Burholt V, Nash P. Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for Wales. *Journal of Public Health.* 2011; 33 (4): 587–603.
40. Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age Ageing.* 2009; 38(3): 333-338.
41. Carlile A, Davies I, Rigby A, Brocklehurst JC. Age changes in the human female urethra: a morphometric study. *J Urol.* 1988;139(3): 532-535.
42. Chang CH, Gonzalez CM, Lau DT, Sier HC. Urinary Incontinence and Self-Reported Health Among the U.S. Medicare Managed Care Beneficiaries. *J Aging Health.* 2008; 20: 405-420.
43. Chen GD, Lin TL, Hu SW, Chen YC, Lin LY. Prevalence and Correlation of Urinary Incontinence and Overactive Bladder in Taiwanese Women. *Neurourol Urodyn* 2003; 22(2): 109-117.
44. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking Urine: Prevalence and Associated Factors in Australian Women. *Neurourol Urodyn.* 1999;18(6): 567-577.
45. Ching LS, Mamun K. Comprehensive Geriatric Assessment. *SGH PROCEEDINGS.* 2008; 17(2): 148-153.
46. Chiu HC, Chen CM, Huang CJ, Mau LW. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005; 20(7): 635-644.
47. Clobes A, DeLancey J, Morgan D. Urethral circular smooth muscle in young and old women. *J Obstet Gynecol.* 2008; 198: 581-585.
48. Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp Chris ZS, Chapple R. Urinary Incontinence and its relationship to Mental Health and Health related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom and United States. *E Urol* 2012; 61: 88-95.
49. Černiauskienė A, Jankevičius F. Moterų šlapimo nelaikymo diagnostikos, gyvenimo kokybės ir gydymo rezultatų įvertinimo klausimynai. *Lietuvos chirurgija* 2008, 6(1), p. 11–19.

50. Danforth KN, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Type 2 diabetes mellitus and risk of stress, urge and mixed urinary incontinence. *J Urol*. 2009; 181(1):193-197.
51. Deitel M, Stone E, Kassam HA, Wilk EJ, Sutherland DJ. Gynecologic-obstetric changes after loss of massive excess weight following bariatric surgery. *J Am Coll Nutr* 1988;7:147–153.
52. Dietz HP, Clarke B, Vancaillie TG. Vaginal childbirth and bladder neck mobility. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2002;42(5):522-54. Diokno AC. Editorial: Epidemiology of Urinary Incontinence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*.2001; 56(1): 3-4.
53. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Ac Psych Scand*. 2006; 113 (5): 372–387.
54. Donovan J, Bosch R, Gotoh M, Jackson S, Naughton M, Radley S, Valiquette L. Symptom and Quality of Life Assessment, Chapter 10. In *INCONTINENCE*, edited by Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. pp. 519–584, 2005, Health Publication Ltd, UK.
55. Doshi AM, Van Den Eeden SK, Morrill MY, Schembri M, Thom DH, Brown JS; Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser Research Group. Women with diabetes: understanding urinary incontinence and help seeking behavior. *J Urol*. 2010;184(4):1402-1407.
56. DuBeau CE, Levy B, Mangione CM, Resnick NM. The impact of urge urinary incontinence on quality of life: importance of patients' perspective and explanatory style. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998; 46(6):683-692.
57. Dugan E, Cohen SJ, Bland DR, Preisser JS, Davis CC, Suggs PK, et al. The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 413–416.
58. DuMoulin MF, Hamers JPH, Ambergen AW, Janssen MAP, Halfens RJG. Prevalence of Urinary Incontinence Among Community-Dwelling Adults Receiving Home Care. *Research in Nursing & Health*, 2008, 31, 604–612.
59. Elbadawi A, Diokno A, Millard R: The aging bladder: morphology and urodynamics. *World J Urol* 1998; 16(suppl 1):S10-S34.
60. Elbadawi A, Yalla SV, Resnick NM. Structural basis of geriatric voiding dysfunction. II. Aging detrusor: normal versus impaired contractility. *Journal of Urology*. 1993;150: 1657-1667.
61. EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy* 1990;16:199-208.
62. 229. Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ, et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. *JAMA* 1989; 262: 2551–6.
63. Fantl JA, Newman KD, Colling J. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. *Clinical Guideline, No. 2, 1996 Update*. Rockland, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 96-0682. March 1996.
64. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. *Contact Dermatitis* . 2007; 57(4): 211-257.

65. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-attribute health status classifications systems. Health utilities index. *Pharmacoeconomics* 1995;7:490-502.
66. Filipavičiūtė R, Gaigalienė B, Čeremnych J, Butkienė B, Jurgelėnas A, Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis, *Gerontologija* 2010; 11(1): 14–20.
67. Filiz TM, Topsever P, Uludag C, Görpel - Oglu S, Çinar N. Effects of Age and Urinary Incontinence Severity on Generic SF-36 Quality of Life Measurements in Sakarya, Turkey. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27: 189-194.
68. Finkelstein MM, Skelly J, Kaczorowski J, Swanson G. Incontinence Quality of Life Instrument in a survey of primary care physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 952.
69. Fonseca ESM, Camargo ALMC, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCMF, Lima GRL et al. Validação do Questionário de Qualidade de Vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(5): 235-242.
70. Foldspang A, Hvidman L, Mommsen S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(10): 923-927.
71. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health.* 1999;89(2):209-212.
72. Foldspang A, Mommsen S, Lam GW. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epidemiol Community Health.* 1992; 46(6): 595-600.
73. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of psychiatric research* 1975;12 (3): 189-198.
74. Forsberg JG. Amorphologist's approach to the vagina—agerelated changes and estrogen sensitivity. *Maturitas* 1995; 22: S7-S15.
75. 4th International Consultation on Incontinence, Paris July 5-8, 2008. 4th Edition 2009.
76. Fortin M, Bravo G, Hudon. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med.* 2005; 3(3): 223- 228.
77. Friedman B, Conwell Y, Delavan RL. Correlates of late-life major depression: a comparison of urban and rural primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007; 15(1): 28-41.
78. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Benifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: A retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(10): 941-945.
79. Fultz NH, Herzog AR. Self-Reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(7):892-9.
80. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai. *Medicina* 2004; 40(6) 509-516.
81. Glazener CMA, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG* 2006; 113(2): 208-17.
82. Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, Sorensen M, Sand PK. Urinary incontinence among mothers of multiples: the protective effect of cesarean delivery *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jun;188(6):1447-50.



83. Gomes GV, da Silva GD. Stress urinary incontinence in women belonging to the Family Health Program of Dourados [Article in Portuguese]. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(6):649-654.
84. Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland A, Richter HE, Sawyer P, Allman RM. Population – based study of Incidence and predictors of urinary Incontinence in African American and White older adults, *J. Urol.*2008 April; 179 (4): 1449 – 1454.
85. Gotoh M. Quality of life assesment for patients with urinary incontinence. *Nagoya J. Med. Sci.* 2007; 69: 123-131.
86. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2004. Finland: National Public Health Institute, 2005.
87. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2006. Finland: National Public Health Institute, 2007.
88. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol.* 2001;97(1):116-120.
89. Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses Health Study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):428-34.
90. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LH, Faundes A. Urinary incontinence among climacteric Brazilian women: household survey. *Rev Saude Publica* 2001; 35(5):428-435.
91. Han MO, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *Int Urogynecol J* 2005;17:35-39.
92. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG.* 2003 Mar;110(3):247-54.
93. Hellstrom L, Ekelun P, Milsom I, Mellstrom D. The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85-year-old men and women. *Age Ageing.* 1990;19:383-389.
94. Hellstrom L, Ekelund P, Milsom I, Skoog I. The influence of dementia on the prevalence of urinary and faecal incontinence in 85-year-old men and women. *Arch Gerontol Geriatr* 1994; 19: 11–20.
95. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA.* 2005; 293(8): 935-48.
96. Hilton P Stanton S. Urethral pressure measurement by microtransducer: the results in symptom-free women and in those with genuine stress incontinence. *BJOG* 1983; 90: 919-933.
97. Højberg KE, Salvig JD, Winsløw NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106(8): 842-850.
98. Hsieh CH, Chang WC, Hsu MI, Chiang HS, Chang ST, Lee MC, Lee MS, Lu KP, Su TH, Lee SH, Chen FM. Risk factors of urinary frequency among women aged 60 and older in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2010; 49(3):260-5.
99. Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Nov;18(11):1325-9.

100. Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47: 197-202.
101. Hsieh CH, Su TH, Chang ST, Lin SH, Lee MC, Lee MY. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008; 100(2): 171-174.
102. Hsieh CH, Su TH, Chang ST. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in Taiwanese women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Feb; 88(2): 152-153.
103. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van Den Eeden SK, et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2000-2006.
104. Huang AJ, Brown JS, Thom DH, Fink HA, Yaffe K. Urinary Incontinence in Older Community- Dwelling Women. The Role of Cognitive and Physical Function Decline. *Ob Gyn* 2007; 109 (4): 909-916.
105. Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 2004;93(3):324-330.
106. Hunskar S, Østbye T, Borrie MJ. The prevalence of urinary incontinence in elderly Canadians and its association with dementia, ambulatory function, and institutionalization; *Nor J Of Epid*. 1998; 8 (2): 177-182.
107. Hunskar S, Sandvik H. One hundred and fifty men with urinary incontinence. III. Psychosocial consequences. *Scand J Prim Health Care*. 1993; 11: 193-196.
108. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:185-8.
109. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(6): 556-563.
110. Irwin DE, Milsom I, Hunskar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S and al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*. 2006; 50(6): 1306-1314.
111. Jackson SL, Scholes D, Boyko EJ. Predictors of urinary incontinence in a prospective cohort of postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2006; 108(4): 855-862.
112. Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM. Urinary incontinence in elderly women: findings from the Health, Aging, and Body Composition Study. *Obstet Gynecol*. 2004; 104(2): 301-307.
113. Jirovec MM, Wells TJ. Urinary incontinence in nursing home residents with dementia: the mobility-cognition paradigm. *Appl Nurs Res* 1990; 3: 112-7;
114. Jueng-Anuwat P, Roongruangsilp U, Kochakarn W, Ratana-Olarn K. Risk factors for stress urinary incontinence in middle-aged and elderly Thai women. *J Med Assoc Thai* 2001;84(8):1121-5.
115. Jurgelėnas A, Čeremnych J, Juozulynas A, Alekna V, Filipavičiūtė R. Sveikatos problemų paplitimas ir reikšmė miesto pagyvenusių žmonių tarpe. *Gerontologija*. 2006; 7(4): 2080-213.
116. Kaubrys G. Demencijos įvertinimas: besikeičianti perspektyva. *Neurologijos seminarai* 2001; 2(10): 6-8.
117. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 1374-1379.

118. Kenton K, Lowenstein L, Simmons J, Brubaker L. Aging and overactive bladder may be associated with loss of urethral sensation in women. *Neurourol Urodyn*. 2007; 26: 981-984.
119. Kenton K, Simmon J, FitzGerald M, Lowenstein L, Brubaker L. Urethral and bladder current perception thresholds: normative data in women. *J Urol*. 2007; 178: 189-192.
120. Kim JM, Shin IS, Yoon JS, Stewart R. Prevalence and correlates of late-life depression compared between urban and rural populations in Korea. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002; 17(5): 409-415.
121. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. *Am J Managed Care*. 2005; 11 (4): S103-11.
122. Koženiauskas V, Barilienė S, Aniulienė R. Dirglios šlapimo pūslės sindromas. *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 2002;5(2):128-134.
123. Kshetri DB, Smith WC. Self-reported health problems, health care utilisation and unmet health care needs of elderly men and women in an urban municipality and a rural area of Bhaktapur District of Nepal. *Aging Male*. 2011; 14(2): 127-31.
124. Kuh D, Cardozo L, Hardy R.] Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53(8): 453-458.
125. Kundrotas G, Jarašūnas J, Markevičiūtė B, Jakumaitė V. Pūlinio mediastinito gydymo taikinės pakėlimu vėlyvieji rezultatai. *Lietuvos chirurgija* 2010; 8(1): 35–41.
126. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review. *Int Neurourol J*. 2010; 14 (3): 133-140.
127. Lagro-Janssen ALM, Debruyne FMJ, Van Weel C. Psychological aspects of female urinary incontinence in general practice. *Br J Urol* 1992;70:499–502.
128. Lalonde M. A conceptual framework for health. *RNAO News*. 1974; 30 (1): 5-6.
129. Lasserre A, Pelat C, Gue´roult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon Th et al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *E Urol* 2009; 56: 177-183 .
130. Lawrence J, Lukacz E, Nager C, Hsu J, Luber K. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol*. 2008; 111: 678-685.
131. Lee KS, Sung HH, Na S, Choo MS. Prevalence of urinary incontinence in Korean women: results of a National Health Interview Survey. *World J Urol*. 2008; 26(2):179-185.
132. Levy R, Muller N. Urinary incontinence: economic burden and new choices in pharmaceutical treatment. *Adv Ther* 2006 23 (4):556–573.
133. Levy B, Wight T. Structural changes in the aging submucosa: New morphologic criteria for the evaluation of the unstable human bladder. *J Urol* 1990;144: 1044-1055.
134. Liang CC, Chang SD, Chang YL, Wei TY, Wu HM, Chao AS. Three-dimensional power Doppler measurement of perfusion of the periurethral tissue in incontinent women: a preliminary report. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(5): 608-613.
135. Liapis A, Bakas P, Liapi S, Sioutis D, Creatsas G. Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010; 21(2): 217-222.

136. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2009 m. Lietuvos respublikos SAM higienos instituto sveikatos informacijos centras, Vilnius 2010.
137. Lifford KL, Townsend MK, Curhan GC. The Epidemiology of Urinary Incontinence in Older Women: Incidence, Progression, and Remission. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:1191.
138. Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(10): 2159-2167.
139. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* .2009; 25(4): 314-21.
140. Lipnickas V, Kiudelis M, Gradauskas A, Kaselis N, Narmontas D, Strupas K. Shouldice, Lichtensteino ir laparoskopinių TAPP kirkšnių išvaržų operacijų lyginamasis daugiacentris perspektyvus atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas: lėtinis skausmas ir gyvenimo kokybės pokyčiai. *Lietuvos chirurgija*.2007; 5(1): 33–44
141. Lopez M, Ortiz AP, Vargas R. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association with Body Mass Index among Women in Puerto Rico . *J Women Health*. 2009; 18 (10): 1607-1614.
142. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(1): 14-18.
143. Malmsten UGH, Milsom I, Molander U, Norlen LJ. Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. *JUrol*. 1997; 158 (5): 1733–1737.
144. Malmstrom TK, Andresen EA, Fredric D, Wolinsky FD, Schootman M, Miller JP, Miller DK. Urinary and Fecal Incontinence and Quality of Life in African Americans. *JAGS* 2010; 58 (10):1941–1945.
145. Manly JJ, Bell-McGinty S, Tang MX, Schupf N, Stern Y, Mayeux R. Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community. *Arch Neurol* 2005;62:1739-1746.
146. Manonai J, Poowapirom A, Kittipiboon S, Patrachai S, Udomsubpayakui U, Chittacharoen A. Female urinary incontinence: a cross-sectional study from a Thai rural area. *Int Urogynecol J* 2006; 17: 321-325.
147. Marcelis M, Navaro –Mateu F, Murray R et al. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychol Med*. 1998; 28(4): 871-879.
148. Mardon RE, Halim S, Pawlson LG, Haffer SC. Management of urinary incontinence in Medicare managed care beneficiaries: results from the 2004 Medicare Health Outcomes Survey. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1128-33.
149. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res* 2004;13:1381-90.
150. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek J.W Prevalence and Trends of Urinary Incontinence in Adults in the United States, 2001 to 2008. *JUrol* 2011; 186: 589-593.

151. Markkanda AD, Geretybe MB, Goodea PS, Krausd RS, CornelleJ, Hazudac HP. Urinary incontinence in community-dwelling older Mexican American and European American women. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 48(2): 232–237.
152. Masue T, Wada K, Nagata C, Deguchi T, Hayashi M, Takeda N, Yasuda K. Lifestyle and health factors associated with stress urinary incontinence in Japanese women *Maturitas.* 2010; 66(3): 305-9.
153. McGrother CW, Donaldson MM, Shaw C. Storage symptoms of the bladder: prevalence, incidence and need for services in the UK. *BJU Int* 2004; 93: 763-768.
154. McHorney CA, Ware JE, Raczek AB. The MOS SF 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
155. Measuring Incontinence in Australia 2006. Prieiga per <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-continence-measure.htm>
156. Melville JL, Fan MY, Rau H, Nygaard IE, Katon WJ. Major depression and urinary incontinence in women: temporal associations in an epidemiologic sample. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 201(5):490.e1-7.
157. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med.* 2005;165(5):537-42.
158. Mereckas G, Alekna V. Šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė. *Gerontologija.* 2006; 7(4): 201-207.
159. Mereckas G, Alekna V, Čeremnych E. Šlapimo nelaikymo sąlygoti gyvenimo kokybės aspektai. *Gerontologija* 2009; 10(1): 23–28.
160. Mereckas G, Alekna V, Čeremnych E. Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp Vilniaus miesto globos namuose gyvenančių vyrų. *Gerontologija* 2007; 8(3): 175–181.
161. Michikawa T, Nishiwaki Y, Kikuchi Y, Nakano M, Takamizawa M, Koike M at al. A survey on urinary incontinence among middle aged and older people [Article in Japanese]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi.* 2008;55(7):449-455.
162. Millard RJ, Moore KH. Urinary incontinence: the Cinderella subject. *Med J Aust.* 1996 Aug 5;165(3):124-5.
163. Miller J, Hoffman E. The causes and consequences of overactive bladder. *J Womens Health (Larchmt).* 2006 Apr; 15(3): 251-260.
164. Milsom I, Ekelund P, MolanderU. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol.* 1993; 149(6): 1459-62.
165. Minassian V A, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(2 Pt 1): 324-331.
166. Mishra GD, Hardy R, Cardozo L, Kuh D. Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle-aged women: results from a British prospective cohort. *Int J Obes.* 2008; 32(9): 1415-22.
167. Miu DK, Lau S, Szeto SS. Etiology and predictors of urinary incontinence and its effect on quality of life. *Geriatr Gerontol Int.* 2010;10(2):177-82.
168. Møller AL, Lose G, Jørgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(3): 446-51.
169. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, et al. Patient characteristics associated with quality of life in European women

- seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *Eur Urol* 2007;51:1073-1081.
170. Mushkat Y, Bukovsky I, Langer R. Female urinary stress incontinence - does it have familial prevalence? *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 174(2): 617-619.
  171. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2010 m. Vilnius, 2010, 19-22.
  172. Nelson, R., Furner, S., Jesudason, V. Urinary incontinence in Wisconsin skilled nursing facilities: prevalence and associations in common with fecal incontinence. *J Aging Health.* 2001; 13(4): 539-547.
  173. Nojomi M, Baharvand P, Moradi Lakeh M, Patrick DL. Incontinence quality of life questionnaire (I-QOL): translation and validation study of the Iranian version. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 10: 531-535.
  174. Nordling J. The aging bladder—a significant but underestimated role in the development of lower urinary tract symptoms. *Exp Gerontology* 2002; 37: 991-999.
  175. Norton PA. Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol.* 1993; 36(4): 926-938.
  176. Nygaard I, Girts T, Fultz NH, Kinchen K, Pohl G, Sternfeld B. Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Obstet Gynecol.* 2005; 106(2): 307-314.
  177. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(1): 149-156.
  178. Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1054-1058.
  179. Nunes B, Silva RD, Cruz VT. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurol.* 2010; 11: 10-42.
  180. Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourol Urodyn.* 2009;28(4):288-94.
  181. Oh SJ, Ku JH. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? *Quality of Life Research.* 2006; 15: 493–501.
  182. Okonkwo JEN, Obionu CO, Obiechina NJA. Factors contributing to urinary incontinence and pelvic prolapse in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 74(3): 301-303
  183. Oliveira E, Zuliani LM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SS, Souza AM, Barbosa CP. Evaluation of factors related to the occurrence of female urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(6):688-690.
  184. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, de Souza AMB. Caio Parente Barbosa Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(6): 688-690.
  185. O'Reilly G, O'Reilly D, Rosato M. Urban and rural variations in morbidity and mortality in Northern Ireland *BMC Public Health* 2007, 7:12.
  186. Østbye T, Seim A, Krause KM, Feightner J, Hachinski V, Sykes E, Hunskar S. A 10-year followup of urinary and fecal incontinence among the oldest old in the community: the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Aging.* 2004; 23(4): 319-331.

187. Palencia L, Espelt A, Rodriguez-Sanz M et al . Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int. J. Epidemiol.* 2010; 39(3): 757-765.
189. Parazzini F, Colli E, Origgi G, Surace M, Bianchi M, Benzi G et al. Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol* 2000; 37(6): 637-643.
190. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM et al. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urol.* 1999;53(1): 71-76.
191. Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population based study. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(3): 440-445.
192. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young women. *Prog Urol.* 2002; 12(1): 52-59.
193. Pfisterer MH, Griffiths DJ, Schaefer W, Resnick NM. The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2006; 54: 405-412.
194. Phelan S, Kanaya AM, Subak LL, Hogan PE, Espeland MA, Wing RR et al. Action for Health in Diabetes (Look AHEAD) Research Group. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in overweight and obese diabetic women: action for health in diabetes (look ahead) study. *Diabetes Care.* 2009;32(8):1391-7.
195. Poškuvienė R. Sveikatos ugdymo įvadas. Vilnius, 2004, 19-20.
196. Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P, Siracusano S, Guaschino S. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 103(2): 179-182.
197. Purvinaitė RM, Bružaitė R. Meno terapijos įtaka gyvenimo kokybei sergant psichikos liga. *Socialinis ugdymas.* 2009; 7 (18): 52-63.
198. Rait G, Fletcher A, Smeeth L, Brayne C, Stirling S, Nunes M, et al. Prevalence of cognitive impairment: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Age Ageing* 2005; 34 (3): 242-248.
199. Raškeliienė V, Babarskienė MR, Macijauskienė J, Šeškevičius A. Arterinės hipertenzijos trukmės ir gydymo įtaka su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. *Medicina* 2009; 45(5): 405-441.
200. Resnick NM, Yalla SV. Age and the lower urinary tract: what is normal? *Neurourol Urodyn.* 1995; 14: 577-579.
201. Resnick NM, Yalla SV. Detrusor hyperactivity with impaired contractile function. An unrecognized but common cause of incontinence in elderly patients. *Jama.* 1987; 257: 3076-3081.
202. Roe B, Doll H. Lifestyle Factors and Continence Status: Comparison of Self-Report Data from a Postal Survey in England. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1999; 26(6):312-319.
203. Rohr G, Støvring H, Christensen K, Gaist D, Nybo H, Kragstrup J. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care.* 2005; 23(4): 203-208.
204. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(6): 1004-1010.
205. Rortveit G, Hunskaar S. Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian HUNT/EPINCONT study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195(2): 433-438.

206. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(5): 1268-1274.
207. Rud T. Urethral pressure profile in continent women from childhood to old age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980; 59: 331-335.
208. Rugienė R, Dadonienė J, Venalis A. Gyvenimo kokybės klausimyno adaptavimas, jo tinkamumo kontrolinei grupei ir reumatoidiniu artritu sergantiems ligoniams įvertinimas. *Medicina* 2005; 41(3): 232-239.
209. Rugienė R, Kirdaitė G, Gražulevičiūtė E, Dadonienė J, Venalis A. The quality of life and functional ability in patients with ankylosing spondylitis. *Acta medica lituanica.* 2008; 15 (2): 99-103.
210. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S et al. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 6 (1): 30-35.
211. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol.* 2004; 45(5): 642-648.
212. Sampselle, C. M., Harlow, S. D., Skurnick, J. et al.: Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(6):1230-1238.
213. Samsioe G, Jansson I, Mellstrom D, Svanborg A. Occurrence, nature and treatment of urinary incontinence in a 70-year-old female population. *Maturitas* 1985; 7: 335-342.
214. Samuelsson E, Victor A, Svardsudd K. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middleaged women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000; 79(3): 208-215.
215. Sapagovas J, Vilkauskas L, Rašymas A. Informatikos ir matematinės statistikos pradžios. Kaunas: KMU, 2000, 14-16.
216. Sarma AV, Kanaya A, Nyberg LM, Kusek JW, Vittinghoff E, Rutledge B et al. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Urology.* 2009; 73(6):1203-9.
217. Schmidbauer J, Temml C, Schatzl G, Haidinger G, Madersbacher S. Risk factors for urinary incontinence in both sexes. Analysis of a health screening project. *Eur Urol* 2001; 39(5): 565-570.
218. Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, NY: The Haworth Press, 1986.
219. Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennerstein L. Is Incontinence Associated With Menopause? *Obstet Gynecol* 2001;98(4):623-33.
220. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. *Continence Program in Women (CPW) Research Group. Qual Life Res.* 1994; 3(5):291–306.
221. Silva VA, Souza KL, D'Elboux MJ. Urinary incontinence and the criteria of frailness among the elderly outpatients. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(3): 672-8.
222. Siracusano S, Bertolotto M, Cucchi A, Lampropoulou N, Tiberio A, Gasparini C, Ciciliato S, Belgrano E. Application of ultrasound contrast agents for the



- characterization of female urethral vascularization in healthy pre- and postmenopausal volunteers. *Eur Urol* 2006; 50: 1316-1322.
223. Smailyte G, Kurtinaitis J. Cancer mortality differences among urban and rural residents in Lithuania. *BMC Public health* 2008, 8:56.
  224. Sobanski A, Pozowski J, Poreba R, Piwowarczyk M, Pasierbek A. Analysis of obstetrical and gynaecological history of women with urinary stress incontinence. *Wiad Lek* 2004; 57 Suppl 1: 305-8.
  225. Son YJ, Kwon B. Predictive Risk Factors for Impaired Quality of Life in Middle-Aged Women with Urinary Incontinence. *Int Neurourol J* 2010; 14:250-255.
  226. Song YJ, Xu L. Prevalence and related factors of urinary incontinence in postmenopausal women. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao* 2004;26(4):442-5.
  227. Specht JK. Promoting continence in individuals with dementia. *J Gerontol Nurs*. 2011; 37(2):17-21.
  228. Specht JK . 9 myths of incontinence in older adults: both clinicians and the over-65 set need to know more. *Am J Nurs*. 2005; 105(6): 58-68.
  229. Stach-Lempinen B, Kujansuu E, Laippala P, Metsanoja R. Visual analogue scale, urinary incontinence severity score and 15 D—psychometric testing of three different health-related quality-of-life instruments for urinary incontinent women. *Scand J Urol Nephrol*. 2001; 35: 476-483.
  230. Stach-Lempinen B, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, Metsanoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22(6): 563-568.
  231. Steinauer JE, Waetjen LE, Vittinghoff E, Subak LL, Hulley SB, Grady D, Lin F, Brown JS. Postmenopausal hormone therapy: does it cause incontinence? *Obstet Gynecol*. 2005; 106(5 Pt 1): 940-945.
  232. Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U. The prevalence of urogenital symptoms in postmenopausal women. *Maturitas*. 1995; 22: S17-S20.
  233. Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn*. 2004; 23(3): 211-222.
  234. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 293-298.
  235. Sung VW, West DS, Hernandez AL, Wheeler TL 2nd, Myers DL, Subak LL; Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE). Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200(5): 557.
  236. Sustersic O, Kralj B. The influence of obesity, constitution and physical work on the phenomenon of urinary incontinence in women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998; 9(3): 140-144.
  237. Staskin D, Kelleher C, Avery K, Bosch R, Cotterill N, Coyne K, Emmanuel A, Yoshida M, Kopp Z. Patient-reported outcome assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence*, Paris July 5–8, 2008. 4th edn. Plymouth, 2009; 35–112.
  238. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Can Fam Physician*. 2005; 51: 84-85.

239. Swithinbank LV, Donovan JL, du Heaume JC, Rogers CA, James MC, Yang Q, Abrams P. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *Br J Gen Pract.* 1999; 49(448): 897-900.
240. Sze EH, Jones WP, Ferguson JL, Barker CD, Dolezal JM. Prevalence of urinary incontinence symptoms among black, white, and Hispanic women. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(4): 572-575.
241. Šiupšinskienė N, Vaitkus S, Grėbliauskaitė M, Engelmanaitė L, Šumskienė J. Quality of life and voice in patients treated for early laryngeal cancer *Medicina* 2008; 44(4): 288-295.
242. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health.* 2008; 22 (8):323-328.
243. Talasz H, Himmer-Perschak G, Marth E, Fischer-Colbrie J, Hoefner E, Lechleitner M. Evaluation of pelvic floor muscle function in a random group of adult women in Austria. *Int Urogynecol J.* 2008; 19: 131-135.
244. Tamanini JTN, D’Ancona CAL, Botega NJ, Netto NR. Validation of the Portuguese version of the King’s Health Questionnaire for urinary incontinent women. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(2): 203-211.
245. Tamanini JTN, Almeida FG, Girotti ME, Ricetto CLZ, Palma PC, Rios LAS. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire—Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19:1385–1391
246. Tamanini JT, Lebrao ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of Sao Paulo, Brazil, SABE study (health, wellbeing and Aging) *Cad. Saude Publica, Rio De Janeiro,* 25 (8): 1756 – 1762, *Int Urogynecol J* 2010; 21 (2): 217 – 22.
247. Tan JS, Lukacz ES, Menefee SA, Lubner KM, Albo ME, Nager CW. Determinants of vaginal length. *Am J Obst Gyn.* 2006; 195: 1846-1850.
248. Taylor JA, Kuchel GA. Detrusor underactivity: Clinical features and pathogenesis of an underdiagnosed geriatric condition. *J.Am.Geriatr.Soc.* 2006; 54: 1920-1932.
249. Teo JS, Briffa NK, Devine A, Dhaliwal SS, Prince RL. Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Aust J Physiother.* 2006; 52(1):19-24.
250. Teleman PM, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Mattiasson A, the WHILA study group. Overactive bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle-aged women. *BJOG* 2004;111:600-604.
251. Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Am J Epidemiol.* 2008; 167(4): 390-399.
252. Thom DH, Haan MN, Van Den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing.* 1997;26 (5): 367-374.
253. Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Subak LL, Van Den Eeden SK. Incidence of and risk factors for change in urinary incontinence status in a prospective cohort of middle-aged and older women: The Reproductive Risk of Incontinence Study in Kaiser (RRISK). *J Urol.* 2010; 184(4): 1394–1401.

254. Todorova I., Baban A, Alexandrova-Karamanova A et al. Inequalities in cervical cancer screening in Eastern Europe: perspectives from Bulgaria and Romania. *Int J Public Health* 54 (2009) 222–232.
255. Tozun M, Ayranci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. *Gyn Obst Invest* 2009; 67: 241-9.
256. Trowbridge E, Wei J, Fenner D, Ashton-Miller J, Delancey J. Effects of aging on lower urinary tract and pelvic floor function in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 715-720.
257. Trushina AS, Rudenka EV. Estimation of antiresorptive therapy of postmenopausal osteoporosis *Gerontologija* 2011; 12(3): 151–158.
258. Tsai SY, Chi LY, Lee LS. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2004; 103(3): 196-204.
259. Tsai YC, Liu CH. Urinary incontinence among Taiwanese women: an outpatient study of prevalence, comorbidity, risk factors, and quality of life. *Int Urol Nephrol.* 2009; 41:795–803.
260. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program for Women Research Group. *Neurourol Urodyn.* 1995;14(2):131–139.
261. Valvanne J, Juva K, Erkinjuntti T, Tilvis R. Major depression in the elderly: a population study in Helsinki. *Int Psychogeriatr.* 1996; 8: 437-443.
262. VanOs J, Hanssen M, de Graaf R. Et al. Does the urban environment independently increase the risk for both negative and positive features of psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37(10): 460-464.
263. Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg.* 2002; 57(4):207-218.
264. Verelst M, Maltau JM, Orbo A. Computerised morphometric study of the paraurethral tissue in young and elderly women. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21(6): 529-533.
265. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185(1): 82-87.
267. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(2): 248-254.
268. Voroneckas G, Blavieščiūnienė L, Čepukienė L, Duobinis D, Gadeikis E, Jocienė I, et al. Ligonių su miego sutrikimais ir depresija gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai.* 2003; 7: 39-44.
269. Wackerbarth SB, Johnson MM, Markesbery WR et al. Urban-rural differences in a memory disorders clinical population. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(5): 647-50.
270. Waetjen LE, Liao S, Johnson WO. Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol.* 2007; 165(3): 309-318.
271. Waetjen LE, Ye J, Feng WY, Johnson WO, Greendale GA, Sampselle CM, Sternfield B, Harlow SD, Gold EB; Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(5): 989-998.

272. Waetjen LE, Feng WY, Ye J. Factors associated with worsening and improving urinary incontinence across the menopausal transition. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(3): 667-77.
273. Walker R, Whiting D, Unwin N et al. Stroke incidence in rural and urban Tanzania: a prospective, community-based study. *Lancet Neurol.* 2010; 9(8):786-92.
274. Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF 36 with older adults: a cross sectional community based survey. *Age Ageing.* 2001; 30 (4): 337-343.
275. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 1992; 30 (6): 473-483.
276. Ware JE., Kosinski M., Dewey J.E. How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated, 2000.
277. Wattanayingcharoenchai R, Manonai J, Vannatim N, Saritapirak S, Imsomboon C, Chittacharoen A. Impact of Stress Urinary Incontinence and Overactive Bladder on Quality of Life in Thai Women Attending the Urogynecology Clinic. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (1): 26-33.
278. Weeks WB, Wallace AE, Wang S, et al. Rural-Urban Disparities in Health-Related Quality of Life Within Disease Categories of Veterans. *J Rural Health.* 2006; 22(3): 204-211.
279. Wein AJ. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *J Urol.* 2005;174:1350-1351.
280. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. Urinary incontinence and weight change during pregnancy and postpartum: a cohort study. *Am J Epidemiol.* 2010; 172(9):1034-44.
281. Wu XH, Liu XX, Xie KH, Wang RM, Wu YX, Liu YG. Prevalence and Related Factors of Urinary Incontinence among Hebei Women of China. *Gynecol Obstet Invest.* 2011;71(4):262-7.
282. [www.iciq.net](http://www.iciq.net)
283. [www.stat.gov.lt](http://www.stat.gov.lt)
284. Yang J, Yang S, Huang W. Functional correlates of Doppler flow study of the female urethral vasculature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 28: 96-102.
285. Yap P, Tan D. Urinary incontinence in dementia - a practical approach. *Aust Fam Physician.* 2006; 35(4):237-241.
286. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. (). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research,* 1983; 17: 37-49.
287. Yu PL, Shi J, Liu XR, Xia CW, Liu DF, Wu ZL, Sun ZQ. Study on the prevalence of urinary incontinence and its related factors among elderly in rural areas, Jixian county, Tianjin.[Article in Chinese] *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2009 Aug; 30(8): 766-71.
288. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause.* 2008; 15 (3): 566-569.

# SPAUSDINTŲ DARBŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS

## **Straipsniai disertacijos tema**

1. Jievaltienė G, Lesauskaitė V, Šmigelskas K, Kučikienė O. Pagyvenusių moterų šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė. Gerontologija 2011; 12 (2): 75-81.
2. Jievaltienė G, Lesauskaitė V, Šmigelskas K, Aniulis P. Pagyvenusių miesto ir kaimo moterų, besikeipiančių į bendrosios praktikos gydytoją, sveikata ir gyvenimo kokybė. Gerontologija; 2011; 12 (4): 207-214.

## **Kitos publikacijos**

1. Kučikienė O, Lesauskaitė V, Macijauskienė J, Jievaltienė G. Pagyvenusio amžiaus žmonių šlapimo nelaikymo tyrimas naudojant InterRAI-AC klausimyną. Medicina. 2009; 45 (5): 365-371.
2. Zachovajevienė B, Lapinskaitė J, Šiupšinskas L, Zachovajevas P, Milonas D, Jievaltienė G. Diafragmos, dubens dugno ir skersinio pilvo raumenų funkciniai pokyčiai ir ryšiai po gimdos pakėlimo operacijos. Gerontologija. 2011; 12 (3): 159-166.
3. Knašienė J, Damulevičienė G, Kučikienė O, Lesauskaitė V, Macijauskienė J, Jievaltienė G, Visokinskas A. Dažniausi pagyvenusių žmonių negalavimai. KMU Geriatrijos klinika. Kaunas, 2007. 48p.
4. Jievaltienė G. Konsultacija vaistinėje: efektyvi apsauga nuo nėštumo po gimdymo ir maitinant kūdikį krūtimi. Farmacija ir laikas. 2009; 1: 46-48.
5. Jievaltienė G. Hiperaktyvi šlapimo pūslė. Farmakoterapija. Apžvalga ir aktualijos. 2007; 4: 51-53.
6. Jievaltienė G. Dismenoreja sutrikdo gyvenimo ritmą. Farmacija ir laikas. 2006; 8: 64-66.
7. Jievaltienė G. Gyvenimas senatvėje nesustoja. Gerontologijos ir geriatrijos aktualijos. 2006; 1: 105-106.

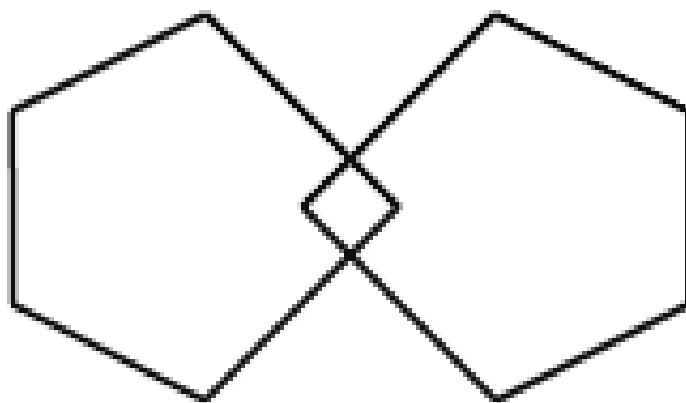
# PRIEDAI

1 priedas

## Trumpasis protinės būklės tyrimas

Vertinama	Užduotis	Nurodymai	Vertinimas	Didžiausia suma
Orientacija laike	Kurie dabar metai? Koks dabar metų laikas? Koks dabar mėnuo? Kuri mėnesio diena šiandien? Kokia savaitės diena šiandien?	1 balas už kiekvieną teisingą atsakymą		5
Orientacija vietoje	Kokioje valstybėje mes gyvename? Kokiame mieste mes dabar esame? Kuriame rajone (kurioje gatvėje) Jūs gyvenate? Kokioje ligoninėje mes dabar esame? Kuriame skyriuje mes dabar esame?	1 balas už kiekvieną teisingą atsakymą		5
Įsiminimas	Kartokite mano išstartus žodžius, pvz.: obuolys, stalas, namas	1 balas už kiekvieną teisingai pakartotą atsakymą. Kartoti pratimą, kol išmoks visus tris žodžius		3
Dėmesys	Išvardinkite žodžio "medis" raides iš kito galo	1 balas už kiekvieną teisingą atsakymą. Baigti tyrimą po 5 klaidų (sustabdyti po 7 veiksmų)		5
Trumpalaikė atmintis	Pasakykite tris išmokus žodžius	1 balas už kiekvieną teisingai pakartotą žodį		3
Kalba	Pasakykite, kas tai yra (parodykite pieštuką, paskui laikrodį)	1 balas už kiekvieną teisingai pakartotą žodį		2

<b>Vertinama</b>	<b>Užduotis</b>	<b>Nurodymai</b>	<b>Vertinimas</b>	<b>Didžiausia suma</b>
	Kartokite mano išstartus žodžius „be, taip, ne, ar dar“	Tarkite aiškiai. 1 balas, jei pakartojo teisingai		<b>1</b>
	Paimkite popieriaus lapą į dešinę ranką, perlenkite jį pusiau ir padėkite ant kelių	1 balas už kiekvieną teisingai atliktą veiksmą. Ligoniuvi sustojus, pasakykite: „darykite tai, ką liečiau“		<b>3</b>
	Perskaitykite ir padarykite tai, kas parašyta („užmerk akis“)	Parodykite parašytus žodžius. 1 balas už teisingą veiksmą		<b>1</b>
	Parašykite sakinį	1 balas, jeigu sakinys prasmingas ir jame yra veiksnys bei tarinys		<b>1</b>
	Nukopijuokite piešinį	Parodyti piešinį. 1 balas, jeigu yra 10 kampų ir 2 susikirtimai		<b>1</b>



## **UŽMEREKITE AKIS**



## Geriatrinės depresijos skalė

Parinkite atsakymus, kurie geriausiai parodo Jūsų praėjusios savaitės nuotaiką

1	Ar esate patenkintas savo gyvenimu?	<b>taip</b>	<b>NE</b>
2	Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
3	Ar Jūs jaučiate, kad Jūsų gyvenimas tuščias?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
4	Ar Jums dažnai nuobodu?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
5	Ar Jūsų nuotaika dažniausiai gera?	<b>taip</b>	<b>NE</b>
6	Ar Jūs bijote, kad Jums gali atsitikti kas nors blogo?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
7	Ar jaučiatės laimingas?	<b>taip</b>	<b>NE</b>
8	Ar dažnai jaučiatės bejėgis?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
9	Jums labiau patinka būti namuose nei kur nors eiti ir imtis naujų darbų?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
10	Ar Jūs manote, kad turite daugiau problemų nei įprastai dėl atminties?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
11	Ar Jums atrodo, kad gyventi dabar puiku?	<b>taip</b>	<b>NE</b>
12	Ar Jūs šiuo metu jaučiatės bevertis?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
13	Ar Jūs jaučiatės energingas?	<b>taip</b>	<b>NE</b>
14	Ar Jūs manote, kad Jūsų padėtis beviltiška?	<b>TAIP</b>	<b>ne</b>
15	Ar Jūs manote, kad daugumai žmonių sekasi geriau nei Jums?	<b>TAIP</b>	<b>Ne</b>

## SF-36v2 klausimynas

## JŪSŲ SVEIKATA IR GEROVĖ

Šiais klausimais norima išsiaiškinti Jūsų požiūrį į savo sveikatą. Ši informacija padės suprasti kaip jaučiatės ir kaip jums pavyksta užsiimti įprasta veikla. *Ačiū, kad dalyvaujate apklausoje!*

Prašome atsakyti į kiekvieną klausimą pažymint vieną  langelį, geriausiai atitinkantį Jūsų atsakymą.

## 1. Jūsų sveikata Jūsų nuomone apskritai yra:

Puiki	Labai gera	Gera	Nebloga	Bloga
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Kaip apskritai vertintumėte dabartinę savo sveikatą lygindami su sveikata prieš metus?

Dabar daug geresnė nei prieš vienerius metus	Dabar šiek tiek geresnė nei prieš vienerius metus	Maždaug tokia pati kaip prieš vienerius metus	Dabar šiek tiek blogesnė nei prieš vienerius metus	Dabar daug blogesnė nei prieš vienerius metus
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Šiais klausimais teiraujamesi apie veiklą, kuria užsiimtumėte įprastą dieną. Ar jūsų dabartinė sveikata varžo šią veiklą? Jei taip, tai prašome nurodyti kaip:

	Taip, labai varžo	Taip, truputį varžo	Ne, visai nevaržo
a <u>Energinga veikla</u> , tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kilnojimas, daug jėgų reikalaujantis sportavimas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Nuosaiiki veikla</u> , tokia kaip: patraukti stalą, stumti dulkių siurbį, dirbti sode arba važiuoti dviračiu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Kilnoti arba nešti maisto pirkinius	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Užlipti <u>keletą</u> laiptų maršų	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Užlipti <u>vieną</u> laiptų maršą	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Pasilenkti ar klauptis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Nueiti <u>daugiau nei kilometrą</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

		Taip, labai varžo	Taip, trupuči varžo	Ne, visai nevaržo
h	Nueiti <u>kelis šimtus metru</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i	Nueiti <u>vieną šimtą metru</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j	Maudytis ar apsirengti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**4. Ar dažnai per pastarąsias 4 savaites susidūrėte su kuriais nors išvardytais sunkumais darbe ar kitoje jums įprastoje kasdienėje veikloje dėl fizinės sveikatos problemų?**

	Visą laiką	Labai dažnai	Kartais	Beveik niekada	Niekada	
a	Mažiau <u>laiko</u> skyrėte darbui ar kitai veiklai	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	<u>Atlikote mažiau</u> nei norėtumėte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Buvote apribota (- as) <u>kažkokiam</u> darbe arba kitoje veikloje	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Kilo <u>sunkumų</u> atliekant darbą ar kitoje veikloje (pavyzdžiui, reikėjo daugiau pastangų)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**5. Ar dažnai per pastarąsias 4 savaites susidūrėte su kuriais nors išvardytais sunkumais (pavyzdžiui, prislėgta nuotaika ar nerimas) darbe ar kitoje jums įprastoje kasdienėje veikloje dėl bet kokių emocinių problemų?**

	Visą laiką	Labai dažnai	Kartais	Beveik niekada	Niekada	
a	Mažiau <u>laiko</u> skyrėte darbui ar kitai veiklai	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	<u>Atlikote mažiau</u> nei norėtumėte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Atlikote darbą ar užsiėmėte kita veikla <u>ne</u> <u>taip rūpestingai, kaip</u> <u>įprasta</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**6. Kaip per pastarąsias 4 savaites Jūsų fizinė sveikata arba emocinės problemos trukdė Jūsų normaliai visuomeninei veiklai kartu su šeima, draugais, kaimynais arba bendrų interesų grupėmis?**

Visiškai ne	Truputį	Vidutiniškai	Gerokai	Ypatingai
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**7. Kokį kūno skausmą Jūs patyrėte per pastarąsias 4 savaites?**

Jokio	Labai nesmarkų	Nesmarkų	Vidutinišką	Smarkų	Labai smarkų
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**8. Kaip per pastarąsias 4 savaites skausmas trukdė Jūsų normaliam darbui (apimant darbą ne namuose ir namų ruošą)?**

Visiškai ne	Truputį	Vidutiniškai	Gerokai	Ypatingai
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**9. Šie klausimai yra apie tai, kaip Jūs jautėtės ir kaip klostėsi Jūsų reikalai per pastarąsias 4 savaites. Kiekvienam klausimui prašome pasirinkti vieną atsakymą, tiksliausiai apibūdinantį Jūsų savijautą. Kiek laiko per pastarąsias 4 savaites...**

	Visą laiką	Labai dažnai	Kartais	Beveik niekada	Niekada
a Ar jautėtės gyvybingas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Buvote labai susinervinusi (-ęs)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Jūs jautėtės taip nusiminusi (-ęs), jog niekas negalėjo pakelti Jums nuotaikos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Jūs jautėtės rami (-us) ir taiki (-us)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Jūs buvote labai energinga (-as)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Jautėtės nusiminusi (-ęs) ir prislėgta (-as)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Jūs jautėtės išsekusi (-ęs)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Buvote laiminga (-as)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Jūs jautėtės pavargusi (-ęs)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**10. Kiek laiko per pastarąsias 4 savaites Jūsų fizinė sveikata arba emocinės problemos trukdė Jūsų visuomeninei veiklai (tokiai kaip draugų, giminaičių lankymas ir pan.)?**

Visą laiką	Labai dažnai	Kartais	Beveik niekada	Niekada
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Ar Jums yra teisingas arba neteisingas kiekvienas iš šių teiginių?**

	Neabejotinai teisingas	Labiau teisingas nei neteisingas	Nežinau	Labiau neteisingas nei teisingas	Neabejotinai neteisingas
a. Atrodo, kad aš susergu šiek tiek lengviau nei kiti žmonės	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Aš esu tokia (toks) pat sveika (-as) kaip bet kuris mano pažįstamas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Aš manau, kad mano sveikata pablogės	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mano sveikata yra puiki	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**I-QOL klausimynas**

Jūsų jausmai (*Prašome apibrėžti savo atsakymo numerį*)

1. Aš jaudinuosi, kad negalėsiu laiku pasinaudoti tualetu.
  - 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
  
2. Kosėdamas ar čiaudėdamas aš jaudinuosi dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų.
  - 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
  
3. Aš turiu būti atsargus, atsistodamas iš sėdimos padėties, dėl šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų.
  - 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
  
4. Kai esu naujoje vietoje, man rūpi, kur yra tualetas.
  - 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
  
5. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi nusiminęs.
  - 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
  
6. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš negaliu laisvai ilgam išvykti iš namų.
  - 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI

- 4 NEŽYMAI  
5 VISAI NE
7. Aš jaučiuosi susierzinęs, nes mano šlapinimosi problemos ar šlapimo nelaikymas neleidžia man daryti tai, ko aš noriu.  
1 YPAČ STIPRIA  
2 GANA SMARKIAI  
3 VIDUTINIŠKAI  
4 NEŽYMAI  
5 VISAI NE
8. Aš jaudinuosi, kad kiti užuos sklindantį nuo manęs šlapimo kvapą.  
1 YPAČ STIPRIA  
2 GANA SMARKIAI  
3 VIDUTINIŠKAI  
4 NEŽYMAI  
5 VISAI NE
9. Aš nuolat galvoju apie šlapimo nelaikymą ar savo šlapinimosi problemas.  
1 YPAČ STIPRIA  
2 GANA SMARKIAI  
3 VIDUTINIŠKAI  
4 NEŽYMAI  
5 VISAI NE
10. Man svarbu dažnai lankytis tualete.  
1 YPAČ STIPRIA  
2 GANA SMARKIAI  
3 VIDUTINIŠKAI  
4 NEŽYMAI  
5 VISAI NE
11. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų man svarbu viską planuoti iš anksto.  
1 YPAČ STIPRIA  
2 GANA SMARKIAI  
3 VIDUTINIŠKAI  
4 NEŽYMAI  
5 VISAI NE
12. Aš jaudinuosi, kad šlapimo nelaikymas ar mano šlapinimosi problemos senstant tik didės.  
1 YPAČ STIPRIA  
2 GANA SMARKIAI  
3 VIDUTINIŠKAI  
4 NEŽYMAI  
5 VISAI NE

13. Dėl savo šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų naktį aš prastai miegu.
- 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
14. Aš jaudinuosi, kad dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų nebūčiau sutrikęs ar pažemintas.
- 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
15. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi nesveikas žmogus.
- 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
16. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi bejėgis.
- 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
17. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš mažiau džiaugiuosi gyvenimu.
- 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
18. Aš jaudinuosi, kad apsišlapinu.
- 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI
  - 4 NEŽYMIAM
  - 5 VISAI NE
19. Man atrodo, kad aš nekontroliuoju savo šlapimo pūslės.
- 1 YPAČ STIPRIAI
  - 2 GANA SMARKIAI
  - 3 VIDUTINIŠKAI



- 4 NEŽYMAI
- 5 VISAI NE

20. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš turiu stebėti, ką ir kiek geriu.

- 1 YPAČ STIPRIAI
- 2 GANA SMARKIAI
- 3 VIDUTINIŠKAI
- 4 NEŽYMAI
- 5 VISAI NE

21. Mano šlapimo nelaikymas ar šlapinimosi problemos apriboja mano aprangos pasirinkimą.

- 1 YPAČ STIPRIAI
- 2 GANA SMARKIAI
- 3 VIDUTINIŠKAI
- 4 NEŽYMAI
- 5 VISAI NE

22. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaudinuosi dėl lytinių santykių.

- 1 YPAČ STIPRIAI
- 2 GANA SMARKIAI
- 3 VIDUTINIŠKAI
- 4 NEŽYMAI
- 5 VISAI NE

## Apie Jus

- A-1 Kiek ilgai Jūs turite šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų? (*Prašome parašyti skaičių žemiau*)
- METŲ**                      **MĖNESIŲ**
- A-2 Kiek kartų per paskutiniuosius metus kreipėtės į medikus dėl šlapinimosi ar šlapimo nelaikymo problemų? (*Parašykite skaičių numatytoje eilutėje*)
- \_\_\_\_\_ **KREIPIMOSI Į MEDIKUS PER PASKUTINIUS METUS KARTAI**
- A-3 Kaip įvertintumėte savo šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų sunkumą? (*Prašome apibrėžti savo atsakymo numerį*)
- 1**                      **LENGVAS**  
**2**                      **VIDUTINIS**  
**3**                      **SUNKUS**
- A-4 Ar Jūs nelaikote šlapimo, kada kosite, čiaudote, bėgate, einate, šokate ar užsiimate kita konkrečia veikla?
- 0**                      **NE**  
**1**                      **TAIP**
- A-5 Ar Jūs nesulaikote šlapimo prieš patekdamas į tualetą?
- 0**                      **NE**  
**1**                      **TAIP**
- A-6 Ar Jūs nesulaikote šlapimo, nepriklausomai nuo konkrečios veiklos ar poreikio nueiti į tualetą?
- 0**                      **NE**  
**1**                      **TAIP**
- A-7 Kiek kartų per praėjusį mėnesį jums nevalingai ištekėjo net ir mažas kiekis šlapimo? (*Parašykite skaičių numatytoje eilutėje*)
- \_\_\_\_\_ **KARTAI PER PRAĖJUSĮ MĖNESĮ**
- A-8 Kiek kartų per praėjusį mėnesį nesulaikėte net ir mažo kiekio šlapimo?
- 0**                      **PRAĖJUSĮ MĖNESĮ NĖ KARTO**  
**1**                      **PRAĖJUSĮ MĖNESĮ 1-2 KARTUS**  
**2**                      **4 KARTUS (MAŽDAUG VIENĄ KARTĄ PER SAVAITĘ)**  
**3**                      **2-3 KARTUS PER SAVAITĘ**  
**4**                      **MAŽDAUG 1 KARTĄ PER DIENĄ**  
**5**                      **VIENĄ AR DU KARTUS PER DIENĄ**  
**6**                      **TRIS AR KETURIS KARTUS PER DIENĄ**  
**7**                      **PENKIS AR DAUGIAU KARTŲ PER DIENĄ**

## 5. Priedas

### Gyvenimo kokybės vertinimas I-QOL klausimynu

1. lentelė. Elgsenos apribojimai pagal I-QOL klausimus

Klausimas	Grupė	Atsakymai proc.				
		Stip-riai	Smar-kiai	Viduti-niškai	Nežy-miai	Ne
1. Aš jaudinuosi, kad negalėsiu laiku pasinaudoti tualetu	ŠN-*	0,0	0,0	13,8	34,5	51,7
	ŠN+**	9,2	16,3	48,0	24,5	2,0
2. Kosėdamas ar čiudėdamas aš jaudinuosi dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų	ŠN-	0,0	0,0	10,3	31,1	58,6
	ŠN+	8,2	21,4	41,8	24,5	4,1
3. Aš turiu būti atsargus, atsistodamas iš sėdimos padėties, dėl šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų	ŠN-	0,0	0,0	0,0	10,3	89,7
	ŠN+	8,1	14,3	34,7	27,6	15,3
4. Kai esu naujoje vietoje, man rūpi, kur yra tualetas	ŠN-	0,0	0,0	3,4	48,3	48,3
	ŠN+	6,1	21,4	41,8	24,5	6,2
10. Man svarbu dažnai lankytis tualete	ŠN-	0,0	0,0	17,2	24,2	58,6
	ŠN+	6,1	18,4	50,0	20,4	5,1
11. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų man svarbu viską planuoti iš anksto	ŠN-	0,0	0,0	0,0	20,7	79,3
	ŠN+	2,0	20,4	37,8	23,5	16,3
13. Dėl savo šlapimo nelaikymo ar šlapinimosi problemų naktį aš prastai miegu	ŠN-	0,0	0,0	6,9	17,2	75,9
	ŠN+	4,0	14,3	48,0	20,4	13,3
20. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš turiu stebėti, ką ir kiek geriu	ŠN-	0,0	0,0	6,9	31,0	62,1
	ŠN+	7,1	19,4	44,9	20,4	8,2

Pastabos:

\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys,

\*\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys.

2. lentelė. Psichosocialinių kliūčių aspektas pagal I-QOL klausimus

Klausimas	Grupė	Atsakymai				
		Stip-riai	Smar-kiai	Viduti-niškai	Nežy-miai	Ne
5. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi nusiminęs	ŠN-*	0,0	0,0	0,0	20,7	79,3
	ŠN+**	6,1	19,4	40,8	25,5	8,2
6. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš negaliu laisvai ilgam išvykti iš namų	ŠN-	0,0	0,0	3,4	24,1	72,4
	ŠN+	8,1	16,3	42,9	23,5	9,2
7. Aš jaučiuosi susierzinęs, nes mano šlapinimosi problemos ar šlapimo nelaikymas neleidžia man daryti tai, ko aš noriu	ŠN-	0,0	0,0	0,0	17,2	82,8
	ŠN+	5,1	21,4	36,7	26,5	10,2
9. Aš nuolat galvoju apie šlapimo nelaikymą ar savo šlapinimosi problemas	ŠN-	0,0	0,0	0,0	24,1	75,9
	ŠN+	3,1	20,6	35,1	26,8	14,4
15. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi nesveikas žmogus	ŠN-	0,0	0,0	0,0	10,3	89,7
	ŠN+	4,1	17,3	42,9	22,4	13,3
16. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaučiuosi bejėgis	ŠN-	0,0	0,0	0,0	13,8	86,2
	ŠN+	4,2	17,3	35,7	26,5	16,3
17. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš mažiau džiaugiuosi gyvenimu	ŠN-	0,0	0,0	0,0	17,2	82,8
	ŠN+	3,2	17,3	36,7	25,5	17,3
21. Mano šlapimo nelaikymas ar šlapinimosi problemos apriboja mano aprangos pasirinkimą	ŠN-	0,0	0,0	3,4	6,9	89,7
	ŠN+	2,0	16,3	35,7	21,4	24,5
22. Dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų aš jaudinuosi dėl lytinių santykių.	ŠN-	0,0	0,0	0,0	3,4	96,6
	ŠN+	2,0	3,1	5,1	4,1	85,7

Pastabos:

\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys (n = 29),

\*\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys (n = 98).

3. lentelė. Ligos gėdijimosi aspektas pagal I-QOL klausimus

Klausimas	Grupė	Atsakymai				
		Stip-riai	Smar-kiai	Viduti-niškai	Nežy-miai	Ne
8. Aš jaudinuosi, kad kiti užuos sklindantį nuo manęs šlapimo kvapą	ŠN-*	0,0	0,0	3,4	24,1	72,4
	ŠN+**	5,1	35,7	30,6	14,3	14,3
12. Aš jaudinuosi, kad šlapimo nelaikymas ar mano šlapinimosi problemos senstant tik didės	ŠN-	0,0	3,5	20,7	37,9	37,9
	ŠN+	12,4	33,0	36,1	17,5	1,0
14. Aš jaudinuosi, kad dėl šlapimo nelaikymo ar savo šlapinimosi problemų nebūčiau sutrikęs ar pažemintas	ŠN-	0,0	0,0	0,0	13,8	86,2
	ŠN+	4,1	14,6	36,5	27,1	17,7
18. Aš jaudinuosi, kad apsišlapinu	ŠN-	0,0	0,0	0,0	10,3	89,7
	ŠN+	2,1	30,6	35,7	17,3	14,3
19. Man atrodo, kad aš nekontroliuoju savo šlapimo pūslės	ŠN-	0,0	0,0	0,0	13,8	86,2
	ŠN+	6,1	17,3	40,8	22,4	13,3

Pastabos:

\* „ŠN-“ – šlapimo nelaikymu nesiskundžiančios moterys (n = 29),

\*\* „ŠN+“ – šlapimo nelaikymu besiskundžiančios moterys (n = 98).