

VILNIAUS UNIVERSITETAS

VILNIAUS UNIVERSITETO EKSPERIMENTINĖS IR KLINIKINĖS
MEDICINOS INSTITUTAS

Gintautas Mereckas

**VILNIAUS MIESTO SENYVO AMŽIAUS VYRŲ
ŠLAPIMO NELAIKYMAS, EREKCIJOS SUTRIKIMAI IR
GYVENIMO KOKYBĖ**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, medicina (07 B),
gerontologija (B 670)

Vilnius, 2009

Disertacija rengta 2003–2009 metais Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institute.

Disertacija ginama eksternu.

Mokslinis konsultantas:

Doc. dr. Vidmantas Alekna (Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, biomedicinos mokslai, medicina – 07 B, gerontologija – B 670)

TURINYS

Santrumpos.....	4
1. ĮVADAS.....	5
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
2.1. Šlapimo nelaikymo paplitimas	8
2.2. Šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė.....	11
2.3. Erekcijos sutrikimų paplitimas.....	16
3. Tiriamųjų kontingentas ir darbo metodika.....	23
4. TYRIMŲ REZULTATAI.....	29
4.1. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas.....	29
4.2. Šlapimo nelaikančių senyvo amžiaus vyrų sociodemografinė charakteristika ir savarankiškumas.....	35
4.3. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų galimi šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai.....	38
4.4. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų erekcijos sutrikimai.....	43
4.5. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė.....	45
5. REZULTATŲ APTARIMAS.....	52
6. IŠVADOS.....	66
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	67
8. PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA.....	68
9. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	69
10. PRIEDAI.....	83

SANTRUMPOS

abs. sk. – absoliutus skaičius

GK – gyvenimo kokybė

ICS – Tarptautinė Sulaikymo Draugija (angl. *International Continence Society*)

IADL – instrumentinė kasdieninė veikla (angl. *Instrumental Activity of Daily Living*)

mln. – milijonas

n – absoliutus tiramųjų (imties) skaičius

proc. – procentai

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo

ŠS – šansų santykis (angl. *Odds ratio*)

PI – pasikliautinis intervalas

SN – standartinis nuokrypis

ŠN – šlapimo nelaikymas

TEFR – Tarptautinis erekcijos funkcijos rodiklis (angl. *International Index of Erectile Function*)

TURP – transuretrinė prostatos rezekcija (angl. *Transurethral Resection of the Prostate*)

WHOQOL-100 – Pasaulio sveikatos organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas (angl. *World Health Organization Quality of Life*)

χ^2 – Chi kvadrato kriterijus

1. ĮVADAS

Šlapimo pūslės funkcijos sutrikimas, sąlygojantis šlapimo nelaikymą – tai specifinė geriatrinė būklė, neigiamai veikianti vyrų lytinį pajėgumą ir psichoemocinę būklę, apsunkinanti kasdienį gyvenimą. Šalia to, šlapimo nelaikymas arba jo sulaikymas yra svarbi medicininė, higieninė, slaugos ir socialinė problema [1, 2]. Didėjant senų žmonių skaičiui bendruomenėje, šlapimo nelaikymo paplitimas auga. Asmenis per 60 metų dažniau vargina šlapimo nelaikymas (ŠN), nei širdies ir kraujagyslių liga, hipertentinė liga arba kitos lėtinės ligos [3]. Šis sutrikimas senyvo amžiaus žmonėms pasitaiko dažniau nei jauniems asmenims [4]. Moteris šlapimo nelaikymas vargina du ar tris kartus dažniau nei vyrus.

Vokietijos mokslininkų duomenimis, 1,1 mln. (5 proc.) 20–60 metų ir 14,7 proc. vyresnių nei 60 metų (1,5 mln.) moterų, atitinkamai tik 0,2 mln. (1 proc.) 20–60 metų ir 0,5 mln. (8 proc.) vyresnių nei 60 metų amžiaus vyrų turi šią problemą. Vokietijoje 2,8 mln. moterų ir 0,9 mln. vyrų daugiau kaip 5 metus nelaiko šlapimo [5].

Švedijoje bendruomenėje gyvenančių 45 metų ir vyresnių vyrų ŠN paplitimas – 9,2 proc. ŠN statistiškai reikšmingai didėja aritmetine progresija nuo 3,6 proc. (45 metų vyrams) iki 28,2 proc. (90 metų vyrams) [6]. Jungtinėje Karalystėje ŠN paplitimas yra 23 proc. tarp 65 metų ir vyresnių vyrų, gyvenančių bendruomenėje. Atskirose vyrų amžiaus grupėse šis sutrikimas pasiskirstęs taip: 65–69 metų – 12 proc., 70–74 metų – 21 proc., 75–79 metų – 22 proc., 80 m. ir vyresnių – 34 proc. [7]. Senėjant populiacijai, artimiausią dešimtmetį numatomas spartus ŠN paplitimo didėjimas [8].

Mokslinėje literatūroje yra duomenų, kad ŠN gali sąlygoti moterų seksualinę disfunkciją, tačiau kokią reikšmę jis turi vyrams, nežinoma [9]. Nors apatinių urogenitalinės sistemos takų pakitimai leidžia įtarti seksualinę disfunkciją [10], tačiau neradome duomenų, leidžiančių susieti vyrų lytinės funkcijos sutrikimus su šlapimo nelaikymu.

Esant šlapimo nelaikymui žmonės dažniausiai droviasi apie tai kalbėti ir kreipiasi į gydytoją pavėluotai [11–13]. Laiku nepasirūpinus šiais asmenimis, jie tampa socialiai izoliuoti, jų veikla ribota, šie žmonės mažiau bendrauja, apie savo

problema nenoriai kalbasi su šeimos nariais [14]. Blogėja žmogaus psichologinė būseną, savigarba, mažėja pasitikėjimas savimi, t. y. nukenčia gyvenimo kokybė (GK).

Lietuvoje iki šiol buvo nežinomas ŠN paplitimas, neanalizuotos jį lemiančios priežastys, netirti vyrų lytinės funkcijos sutrikimai, nenagrinėtos socialinės bei psichologinės šių asmenų problemos, netirta jų gyvenimo kokybė.

Darbo tikslas

Ištirti Vilniaus mieste gyvenančių senyvo amžiaus vyrų šlapimo nelaikymo ir erekcijos sutrikimų ypatumus bei gyvenimo kokybę.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių 55 metų amžiaus ir vyresnių vyrų šlapimo nelaikymo dažnumą.
2. Įvertinti rizikos veiksnius, galinčius turėti įtakos praeinančiam ir nuolatiniam šlapimo nelaikymui.
3. Nustatyti 55 metų amžiaus ir vyresnių vyrų, nelaikančių šlapimo, erekcijos sutrikimų dažnumą.
4. Išanalizuoti Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų, nelaikančių šlapimo, gyvenimo kokybę.

Ginamieji teiginiai:

1. Šlapimo nelaikymas yra labiau paplitęs tarp gyvenančių globos įstaigose senyvo amžiaus vyrų, negu tarp gyvenančių bendruomenėje.
2. Nelaikantiems šlapimo vyrams erekcijos sutrikimai būna dažniau, negu sveikiems.
3. Nelaikančių šlapimo senyvo amžiaus vyrų gyvenimo kokybė yra blogesnė, negu to paties amžiaus sveikų vyrų.

Darbo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė

Šis darbas yra vienas iš nedaugelio Lietuvoje atliktų mokslinių darbų, skirtų šlapimo nelaikymo problemai. Pirmą kartą nustatytas Vilniaus miesto bendruomenės ir globos įstaigų vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas. Gauti rezultatai palyginti su kitose šalyse atliktų epidemiologinių tyrimų duomenimis. Įvertinti Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių 55 metų ir vyresnių vyrų šlapimo nelaikymą sąlygojantys rizikos veiksniai. Darbo mokslinis naujumas yra ir tai, kad ištirti erekcijos sutrikimai senyvo amžiaus vyrams, nelaikantiems šlapimo. Mokslinių darbų, nagrinėjančių aktualią erekcijos sutrikimų problemą, yra nedaug. Šiame tyrime pirmą kartą išanalizuota senyvo amžiaus vyrų, nelaikančių šlapimo, gyvenimo kokybė bei jos kaita dviejų metų laikotarpyje. Tyrimams naudoti tarptautiniu mastu pripažinti bendri ir būklei specifiniai klausimynai.

Šlapimo nelaikymo paplitimo nustatymas sudaro prielaidas įvertinti jo pasekmių mastą Lietuvoje. Tai įgalins sveikatos apsaugos administratorius planuoti savo veiklą sprendžiant šlapimo nelaikymo problemą Lietuvoje.

Rizikos veiksnių žinojimas leis bendrosios praktikos gydytojams laiku imtis šlapimo nelaikymo profilaktikos priemonių.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Šlapimo nelaikymo paplitimas

Visame pasaulyje šlapimo nelaikymas yra aktuali vidutinio, pagyvenusio ir senyvo amžiaus žmonių problema. Lyginant su kai kurių lėtinių ligų paplitimu (pvz., astma, peptine opa) jis yra mažesnis [15]. Abiejų lyčių urogenitalinėje sistemoje anatomiciniai ir patofiziologiniai pokyčiai skirtingi. Vyrams šlapimo nelaikymas pasireiškia ne vienu, bet keliais simptomais: susilpnėjusia šlapimo srove, pilvo preso įtempimu šlapinimosi pabaigoje, pasunkėjusia šlapinimosi pradžia, terminaliniu lašėjimu, nepilnu išsišlapinimo jausmu arba iritaciniais simptomais tokiais, kaip šlapinimosi skubumu, padažnėjusiu šlapinimosi ir nikturija [16, 17].

Nustatyta, kad šlapimo nelaikymo paplitimas ilgėjant amžiui tiek vyrams, tiek moterims didėja. D. Newman duomenimis, Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) šlapimo nelaikymo dažnumas tarp vyresnių nei 60 metų amžiaus žmonių, gyvenančių bendruomenėje, yra 15–35 proc., o tarp gyvenančių globos įstaigose – 50 proc. [18]. Emory universiteto (JAV) mokslininkų duomenimis, 20,9 proc. vyrų ir 43,6 proc. moterų, vyresnių nei 60 m. amžiaus kenčia nuo šlapimo nelaikymo sutrikimo [19]. Japonijoje šlapimo nelaikymas diagnozuotas 72 proc. vyresnių nei 65 m. asmenų: 70,3 proc. vyrų, 72,4 proc. moterų. Pagal amžiaus grupes tyrimo duomenys pasiskirsto taip: iki 70 m. – 59,3 proc., 70–79 m. – 67,7 proc., 80–89 m. – 79,8 proc., vyresni kaip 90 m. – 82,2 proc. [20]. Vokietijoje 50–64 m. amžiaus grupėje šlapimo nelaikymo problemas patiria 1,7 mln. (3 proc.) gyventojų, 65–79 m. – 1,3 mln. (11 proc.), o vyresnių negu 80 m. grupėje – 0,9 mln. (30 proc.). Vien pagalbinėms priemonėms vienam asmeniui gydyti per metus išleidžiama 750 eurų. Ambulatorinei šlapimo nelaikančių asmenų priežiūrai ir gydymui išleidžiama maždaug 1 mln. eurų. Globos įstaigose šlapimo nelaikantiems asmenims skiriama 1,12 mln. eurų [21]. Jei pavyks išvengti infliacijos, 2030 m. šios išlaidos turėtų padidėti du kartus. Tai naujas požiūris į šią ligą, siekiant pažangių gydymo metodų, leidžiančių padėti nelaikantiems šlapimo asmenims bei skiriant jiems sveikatą gražinantį gydymą [22]. Šios šalies mokslininkų išankstiniai skaičiavimai iki 2030 m. byloja, kad daugiau nei 1,3 mln. gyventojų iki

65 m., 1,8 mln. 65–80 m. bei 1,0 mln. 80 m. ir vyresniems išsivystys šlapimo nelaikymas. Atlikto tyrimo rezultatai leidžia spręsti, kad pagyvenusių žmonių, nelaikančių šlapimo, per šį laikotarpį padaugės du kartus [23].

L. Stothers su bendraautoriais nurodo, kad amžiaus grupėje 60 metų ir vyresni vyrai šlapimo nelaikymą pažymi 17 proc. tirtųjų; absoliučiais skaičiais tai sudaro 3,4 mln. vyrų. Jiems gydyti 1998–1999 m. iš viso išleista 18,8 milijardai JAV dolerių. Valstybinio medicininio aptarnavimo (vyresniems kaip 65 m. žmonėms) išlaidos vyrų šlapimo nelaikymui gydyti nuo 1992 m. padvigubėjo. Šlapimo nelaikymo gydymo išlaidos vienam asmeniui per metus padidėjo nuo 3,204 iki 7,702 JAV dolerio [24]. L. Wilson su bendraautoriais duomenimis, šlapimo nelaikantiems asmenims, gyvenantiems JAV, tiesioginės išmokos (1995 m.) siekė 16,3 milijardo dolerių, atitinkamai 12,4 milijardo dolerių (76 proc.) skirta moterims ir 3,8 milijardo dolerių (24 proc.) vyrams [25]. Švedijoje 1996 m. išlaidos šlapimo nelaikymui gydyti padidėjo iki 0,5 milijardo JAV dolerių, arba sudarė 2–3 proc. sveikatos biudžeto lėšų [26]. JAV, 2000 m. apskaitos duomenimis, kasdienį šlapimo nelaikymą patiria 17 mln. suaugusių žmonių, gyvenančių bendruomenėje, ir 33 mln. gyventojų kenčia nuo dirglios šlapimo pūslės. Apskaičiuota, kad bendroji šiai būklei gydyti skirta metinė suma siekia daugiau nei 32 milijardus JAV dolerių [27]. Vokietijoje dirgli šlapimo pūslė amžiaus grupėje nuo 40 metų ir vyresni vargina 6,48 mln. suaugusiųjų ir 2,18 mln. žmonių individualiai patiria šlapimo nelaikymą. Tiesioginės su dirglios šlapimo pūslės gydymu susijusios išlaidos sudaro 3,98 milijardo eurų per metus, be to, įstatymu nustatyta tvarka sveikatos draudimui tenka padengti 1,76 milijardo eurų, slaugos priežiūrai – 1,80 milijardo eurų. Vokietijos sveikatos ir slaugos priežiūros tarnyba, draudimas ir pacientai su dirglia šlapimo pūsele, ekonominiu požiūriu šiai problemai spręsti skiria daug lėšų. Šlapimo nelaikymo metinės gydymo išlaidos prilygsta demencijos, cukrinio diabeto ar kitų lėtinių ligų gydymo išlaidoms [28].

I. Füsgen duomenimis, iš 1100 senyvo amžiaus žmonių, kuriuos apklausė bendrosios praktikos gydytojai, daugiau kaip 2/3 visų šlapimo nelaikančių asmenų, vyresnių kaip 60 m. serga keturiomis ir daugiau ligų [29]. Šioms ligoms gydyti reikia vienu metu suvartoti daug medikamentų. Kiekvieno jų poveikis yra skirtingas, galintis

arba sustiprinti šlapimo nelaikymo simptomus, arba būti šlapimo nelaikymo priežastimi. Šlapimo nelaikymas gali sąlygoti seksualinę disfunkciją. Senyvo amžiaus vyrams, gyvenantiems bendruomenėje, yra būdingi apatinių šlapimo takų simptomai ir erektilinė disfunkcija. Atlikus tyrimą buvo nustatyta, kad anksčiau pastebėtas erektilinės disfunkcijos ir apatinių šlapimo takų ligų simptomų ryšys gali būti pirmiausia dėl nikturijos, šlapimo nelaikymo ir prostatito sukeltų simptomų [30]. S. Frankel ir kitų duomenimis, randami apatinių urogenitalinės sistemos takų pakitimai leidžia įtarti seksualinę disfunkciją [10]. Iš viso buvo ištirti 1272 vyrai (45 metų), gydyti urologiniuose skyriuose daugiau nei 12-oje šalių. Jie užpildė standartines anketas. Gauti tokie rezultatai: 53 proc. iš jų susilpnėjo erekcija, 47 proc. sumažėjo ejakuliacija, 5 proc. atsirado skausmas ejakuliacijos metu [31]. M. Li su bendraautorais, atlikę tyrimą nustatė, kad dėl amžiaus daugėja seksualinių sutrikimų ir apatinių šlapimo takų ligų simptomai tampa ryškesni. Tai įrodo apatinių šlapimo takų ligų simptomų ir seksualinės disfunkcijos koreliaciją [32]. Erektinė disfunkcija labai susijusi su amžiumi, didesniais apatinių šlapimo takų ligų simptomais, kūno masės indeksu, hipertenzija ir su gydymu kalčio kanalų antagonistais [33].

šlapimo nelaikymas senyvo amžiaus žmonėms dažniausiai atsiranda dėl šlapimo pūslės nestabilumo arba nusilpus dubens dugno raumenims. Vyrams dažniausiai nustatoma šlapimo pūslės obstrukcija, o moterims beveik visada – šlapimo pūslės raumens (lot. *m. detrusor*) nepakankamumas (pvz., detruzoriaus hipokontraktiškumas arba akontraktiškumas). T. Johnson ir J. Ouslander 1/3 tirtų senyvo amžiaus vyrų nustatė šlapimo pūslės raumens nepakankamumą su vyraujančiu 50 proc. obstrukciniu komponentu [34].

Geriatrinėje ir urologinėje literatūroje nurodoma, kad vyresnio amžiaus žmonės, gyvenančius bendruomenėje, šlapimo nelaikymas vargina 15–30 proc., o gyvenančius globos įstaigose – 50 proc., o vyrų ir moterų šlapimo nelaikymo santykis yra 2 : 1 [35]. Atsižvelgiant į naujausius tyrimus, bendruomenėje gyvenančių 40 m. ir vyresnių žmonių, šlapimo nelaikymas kinta nuo 20 iki 36 proc. [36–43]. Globos ir slaugos įstaigose šio susirgimo paplitimas yra akivaizdžiai didesnis [36, 37]. Globos įstaigose gyvenančių asmenų, nelaikančių šlapimo, yra 56 proc., tačiau tarp asmenų,

sergančių demencija (Alzheimerio liga) – daugiau kaip 90 proc. [44]. Bendras požymis, būdingas senyvo amžiaus žmonėms, yra tai, kad 65 m. amžiaus ir vyresniems asmenims iki 30 proc. nustatomas išmatų nelaikymas bei demencija [45]. Šlapimo nelaikančių asmenų priežiūra globos įstaigose užima 25 proc. bendrosios praktikos slaugytojų darbo laiko [46].

2.2. Šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė

Šlapimo nelaikymas statistiškai reikšmingai susijęs su morbidiskumu ir koreliuoja su padidėjusia hospitalizavimo rizika [47]. Medicininis požiūris tai svarbi problema, galinti turėti lemiamą įtaką pacientų gyvenimo kokybei [48–51].

Gyvenimo kokybė – tai kiekvieno individo subjektyvus savęs suvokimas kultūros ir kitų vertybių sistemoje, kurioje jis gyvena, turėdamas tikslų, rūpesčių, lūkesčių ir vadovaudamasis gyvenimo standartais. Gyvenimo kokybę lemia asmens fizinė, dvasinė, sveikatos būklės, nepriklausomybės lygis ir socialinis ryšys su aplinka. Gyvenimo kokybę sudarantys komponentai yra tie patys sveikiems ir negalios ištiktiems žmonėms, bet kartu yra skirtingi kiekvienam asmeniui [52]. Gyvenimo kokybės tyrimai leidžia nustatyti žmogaus ryšius šeimoje, bendruomenėje ir pokyčius jo gyvenime, įvertinti adaptacijos lygį. Sergančio žmogaus gyvenimo kokybės įvertinimas padeda atsakyti į klausimą, kaip įvairios ligos bei intervencijos veikia individo gyvenimo kokybę ir lemia skirtingus paciento gerovės aspektus. PSO gyvenimo kokybės klausimynus (*WHOQOL-100* ir *WHOQOL-BREF*) sukūrė *WHOQOL* grupė, bendradarbiaudama su 15 tarptautinių tyrimų centrų.

Gyvenimo kokybės apibrėžimas nurodo, jog ji vertinama subjektyvaus suvokimo, kurį formuoja kultūrinis, socialinis, aplinkos ir ekologinis kontekstai, plotmėje. Kadangi toks gyvenimo kokybės apibrėžimas akcentuoja, kaip tiriamieji ją suvokia, naudojami instrumentai nėra priemonė detaliai išmatuoti simptomų ar ligų būklės, bet greičiau leidžia įvertinti ligos ir gydymo intervencijų poveikį gyvenimo kokybei.

Subjektyvus gyvenimo kokybės vertinimas atspindi psichologinį žmogaus požiūrį, pats žmogus atsako, ar tas įvykis jam reikšmingas ir kiek reikia prisitaikyti pasikeitus gyvenimui. Žmogaus socialinė integracija akivaizdi pačių žmonių atsakymuose. Tik pats žmogus žino, „kas jam yra geriausia“, tad labai svarbu, kam tas klausimas yra užduodamas – ar žmonėms apskritai, ar konkrečiam asmeniui. Tyrinėjant gyvenimo kokybę pirmenybė teikiama psichologinės gerovės kasdieniame žmogaus gyvenime veiksniams. Objektīvūs gyvenimo kokybės veiksniai susiję su subjektyviais gyvenimo kokybės veiksniais bei individualiais atskirų gyvenimo kokybės sričių vertinimais. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad sveikata yra susijusi su gyvenimo kokybės indikatoriais, prasta sveikata sumažina pasitenkinimo lygį visose gyvenimo srityse, riboja žmogaus dalyvavimą išorinėje veikloje [52–54]. Yra žinoma, kad įvairios ligos turi skirtingą įtaką žmonių gyvenimo kokybei, sukelia nemažai psichosocialinių problemų, trikdo adaptaciją visuomenėje [55, 56]. Ryškesnę poveikį gyvenimo kokybei daro lėtinės ir progresuojančios ligos, ilgai besitęsiančios [57, 58] ir smarkiai ribojančios gebėjimą savarankiškai judėti, save prižiūrėti, aktyviai dalyvauti bendruomenės veikloje.

Šiuo metu plačiai naudojami du gyvenimo kokybės klausimynai:

- *WHOQOL-100* – Pasaulio sveikatos apsaugos organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas–100.
- *WHOQOL-BREF* – Pasaulio sveikatos apsaugos organizacijos gyvenimo kokybės klausimyno trumpoji forma.

WHOQOL-100 klausimynas pateikia apskaitą skirtingais gyvenimo kokybės aspektais (pvz., pozityvūs pojūčiai, socialinis palaikymas, finansiniai ištekliai). Apskaita susideda iš šių stambių sričių: fizinė sveikata, psichologinė būseną, socialiniai santykiai. Apskaita siejasi su aukšta gyvenimo kokybe ir bendra sveikata. *WHOQOL-BREF* klausimynas pateikia apskaitos sferas, kuriose nėra nepriklausomybės laipsnio įvertinimo lygio (pvz., judrumas, kasdienė gyvenimo veikla, priklausomybė nuo medikamentų ir medikamentinė pagalba, gebėjimas dirbti). Klinikinėje praktikoje *WHOQOL* klausimynu galima gauti daug vertingos

informacijos, kuri gali praversti praktikuojančiam gydytojui pasirinkti tinkamą paciento globą. Po gydymo kurso gyvenimo kokybė dažniausiai pasikeičia.

WHOQOL klausimynai padeda subjektyviai nustatyti sutrikdytas gyvenimo sferas. *WHOQOL-BREF* klausimynas jungia keturias dideles duomenų sritis: fizinę sveikatą, psichologinę būseną, socialinius santykius, aplinkos veiksnius.

Daugeliu aspektų pablogėja šlapimo nelaikančių žmonių gyvensena, ypač akcentuotina psichologinė būseną, socialiniai santykiai ir aktyvumas, bei seksualiniai ir tarpusavio ryšiai [59]. Vienoje atliktoje studijoje nurodoma, jog vyrams pagal gyvenimo kokybės klausimyną balai yra mažesni, palyginti su moterų balais. Tačiau dirglios šlapimo pūslės įtaka gyvenimo kokybei yra didesnė, negu funkcinio, mišraus arba įtampos šlapimo nelaikymo [60]. W. Lenderking ir bendraautorių nuomone, dirglios šlapimo pūslės simptomai labiausia blogina gyvenimo kokybę [61]. Nustatyta, jog didelio laipsnio įtampos šlapimo nelaikymas taip pat daro neigiamą poveikį gyvensenai. Skubaus šlapinimosi simptomas padeda atskirti dirglią šlapimo pūslę ir mišrų šlapimo nelaikymą nuo įtampos šlapimo nelaikymo, kuris veikia gyvenimo kokybę. Esant šlapimo nelaikymui svarbu įvertinti skubų šlapinimąsi, ryškėjančius varginančius simptomus ir blogėjančią gyvenimo kokybę. Kitų autorių duomenimis, dirgli šlapimo pūslė sąlygoja miego sutrikimus, kurie statistiškai reikšmingai skiriasi, palyginti su kontroline grupe [62]. Skubus šlapinimasis, esant dirgliai šlapimo pūslei, yra glaudžiai susijęs su apatinių šlapinimosi takų simptomais, neigiamai veikiančiais gyvenimo kokybę tiek sulaikantiems šlapimą, tiek nelaikantiems jo asmenims [63]. Respondentams, turintiems dirglią šlapimo pūslę, skubus šlapinimasis turi įtaką gyvenimo kokybei, kadangi atsitiktinių epizodinių šlapimo nelaikymo atvejų skaičius nėra statistiškai reikšmingas veiksnys. Asmenys, turintys įtampos šlapimo nelaikymo problemų, prisitaiko prie esamos gyvensenos (pvz., uždraudus sunkiai kelti, užkertamas kelias nevalingam šlapimo ištekėjimui) [61]. Mišraus šlapimo nelaikančių asmenų grupės žmonės turi daugiau atsitiktinių šlapimo nelaikymo epizodų, negu turintieji įtampos šlapimo nelaikymo problemų [50]. Respondentams su dirglia šlapimo pūsle pasitaiko daugiau atsitiktinių šlapimo nelaikymo epizodų, negu įtampos šlapimo nelaikantiems asmenims. Be to, dirglios šlapimo pūslės ir mišraus šlapimo

nelaikančių asmenų grupių skirtumas statistiškai nereikšmingas, kadangi šie sutrikimai vienodai sąlygoja gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybė mišraus šlapimo nelaikančių asmenų grupėje, palyginus su įtampos šlapimo nelaikančių asmenų grupe, yra blogesnė. Respondentų su dirglia šlapimo pūsle gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai yra blogesnė, nei asmenų, turinčių įtampos šlapimo nelaikymo problemų. Skirtingų šlapimo nelaikymo tipų analizė parodė žalingą poveikį asmens gyvenimo kokybei [62, 64, 48–50].

Bendras visų sveikatos tarnybų rūpestis – nustatyti nelaikančius šlapimo asmenis [61, 65–67]. Daugelis jų dėl šio sutrikimo neskuba gydytis. Dažniausiai šį sutrikimą pataria gydytis bendrosios praktikos gydytojas [68]. Dauguma žmonių vengia gydytojo konsultacijos, motyvuodami tuo, jog drovisi apie tai kalbėti. Respondentams, turintiems dirglios šlapimo pūslės ir mišraus šlapimo nelaikymo problemų, gydymas yra svarbesnis, nei asmenims, patiriantiems įtampos šlapimo nelaikymo sutrikimus. Nustatytas gana reikšmingas būtiniosios asmens globos bei dirglios šlapimo pūslės koreliacijos ryšys [51, 67, 69].

Šlapimo nelaikymo nustatymas svarbus nustatant gretutinę diagnozę. Tačiau reikia žinoti, jog šį sutrikimą galima pagydyti. Todėl būtina laiku informuoti asmenis apie šlapimo nelaikymo gydymo galimybes. Tai paprastai atliekama apklausos apie šlapimo nelaikymą metu, dalyvaujant bendrosios praktikos slaugytojoms, bei užtikrinus reikiamą būtiniausios informacijos prieinamumą paciento laukiamajame [66]. Šlapimo nelaikymo paplitimas tiesiogiai priklauso nuo respondentų amžiaus. Jaunesniame amžiuje vyrauja įtampos šlapimo nelaikymas, o vyresniame – dirgli šlapimo pūslė ir mišrus šlapimo nelaikymas [48, 61].

Gyvenimo kokybės klausimynai skirstomi į ligai specifinius ir bendruosius, kurie apima daugiau gyvenimo kokybės aspektų. Pasitelkus bendruosius klausimynus galima vertinti tiek ligonių, tiek sveikų asmenų gyvenimo kokybės sritis, plačiau analizuojant įvairius gyvenimo aspektus.

Dažniausiai taikomi bendrieji klausimynai: *SF-36* sveikatos klausimynas (*Medical Outcomes Study Short Form-36*) ir Pasaulio sveikatos organizacijos klausimynas *WHOQOL-100*, arba jo trumpoji versija *WHOQOL-BREF*. Šie

klausimynai apima pagrindinius gyvenimo kokybės aspektus: fizinę sveikatą, psichologinę būklę, socialinius ryšius [70–73].

Pastaruoju metu šlapimo nelaikančių pacientų gyvenimo kokybei tirti naudojami specifiniai klausimynai [74, 75]. A. Černiauskienė ir F. Jankevičius nurodo, kad Trečiojo tarptautinio šlapimo nelaikymo pasitarimo 2004 metų rekomendacijomis išskiriamos trys klausimynų kategorijos: A lygio, B lygio, C lygio. Autoriai aprašo tokius specifinius klausimynus, kuriais diagnozuojamas šlapimo nelaikymas: a) šlapimo ir lyties organų ligų sukkelto neigiamo poveikio aprašymas (*Urogenital Distress Inventory – UDI*), b) šlapinimosi sutrikimų matavimo klausimynas (*Measure du Handicap Urinaire – MHU*), c) šlapimo nelaikymo sunkumo indeksas (*Incontinence Severity Index – ISI*). Klausimynus, kuriais įvertinamas šlapimo nelaikymo poveikis gyvenimo kokybei: a) gyvenimo kokybės dėl šlapimo nelaikymo įvertinimas (*Incontinence Quality of Life Measure – I-Qol*), b) Kingo sveikatos klausimynas (*King’s Health Questionnaire – KHQ*), c) šlapimo nelaikymo poveikio klausimynas (*Incontinence Impact Questionnaire – IIQ*). Klausimynus, kuriais įvertinami simptomai ir gyvenimo kokybė: a) tarptautinės konsultacijos nelaikymo klausimynas (*ICIQ – International Consultation on Incontinence Questionnaire*), b) Bristolio moterų apatinių šlapimo takų simptomų klausimynas (*Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire – BFLUTS*), c) Bristolio moterų apatinių šlapimo takų simptomų klausimyno trumpoji forma (*BFLUTS-SF – Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire – Scored Form*), d) klausimynas, skirtas tirti moterų šlapimo nelaikymui fizinio krūvio metu, šlapimo nelaikymui, susijusiam su noru skubiai šlapintis ir gyvenimo kokybei (*SUIQQ – Stress and Urge Incontinence and Quality of Life Questionnaire*) [76]. L. Matza su bendraautorais lygina keturis klausimynus skirtus hiperaktyviai šlapimo pūslei tirti: a) hiperaktyvios šlapimo pūslės klausimynas (*Overactive Bladder Questionnaire – OAB-q*), b) subjektyvus šlapimo pūslės būklės įvertinimo klausimynas (*Patient Perception of Bladder Condition – PPBC*), c) skubaus šlapinimosi įvertinimo klausimynas (*Urgency Questionnaire – UQ*), d) pirminis

hiperaktyvios šlapimo pūslės simptomų klausimynas (*Primary OAB Symptom Questionnaire – POSQ*) [77].

Straipsnių, kuriuose nagrinėjama gyvenimo kokybė, daugėja ir Lietuvoje. Gyvenimo kokybės tyrimų metodologija nagrinėjama A. Juozulyno [78], T. Furmanavičiaus [79] straipsniuose. R. Rėklaitienė su bendraautoriais [80] įvertino sergančiųjų išemine širdies liga gyvenimo kokybę, Ž. Visockienė ir A. Mikaliūkštienė [81] – sergančiųjų cukriniu diabetu, V. Valeikienė [82] – sergančiųjų Parkinsono liga, J. Dadonienė ir kiti [83] bei R. Rugienė ir kiti [84] – sergančiųjų reumatinėmis ligomis gyvenimo kokybę. Onkologinių ligonių GK nagrinėjama G. Bulotienės ir kitų mokslininkų darbe [85]; V. Alekna su bendraautoriais [86] tyrė sergančiųjų osteoporozė gyvenimo kokybę. J. Čeremnych analizuoja senyvo amžiaus žmonių gyvenimo kokybę lemiančius veiksniai [87]. D. Dučinskienė ir kiti [88], naudodami PSO *WHOQOL–BREF* klausimyną, išanalizavo studentų gyvenimo kokybę. T. Furmanavičius [89] retrospektyviai įvertino fiziologinių veiksnių (arterinio kraujospūdžio, kūno masės indekso, forsuoto iškvėpimo tūrio per vieną sekundę) prognozinę įtaką vyresnio amžiaus vyrų gyvenimo kokybės aspektams, fizinei ir emocinei būklei. A. Černiauskiene ir F. Jankevičius [76] pateikė moterų šlapimo nelaikymo diagnostikos, gyvenimo kokybės ir gydymo rezultatų įvertinimo klausimynų literatūros apžvalgą.

2.3. Erekcijos sutrikimų paplitimas

Šiuo metu vis daugiau dėmesio skiriama erekcijos sutrikimams. Prieš tūkstančius metų rastuose olose piešiniuose buvo vaizduojami vyrų lytiniai organai. Erekcija visada buvo suprantama kaip jėgos, sveikatos ir vaisingumo simbolis. Priešistoriniu ir ankstyvuojau laikotarpiu nesutrikusi erekcija buvo traktuojama kaip mistinis dieviškumo fenomenas. Todėl neįvykusi erekcija buvo laikoma demonų ir piktųjų dvasių darbu. Tuo metu erekcijos sutrikimams gydyti buvo pasiūlyti įvairūs būdai: užkeikimas, užkerėjimas, amuleto nešiojimas [90].

Erekcijos sutrikimas – tai nesugebėjimas pasiekti ir (arba) palaikyti pakankamo varpos sustandėjimo, reikalingo pilnaverčiam lytiniam aktui atlikti [91]. Terminas

erekcijos sutrikimai tiksliau apibrėžia šio lytinės veiklos sutrikimo prigimtį negu terminas *impotencija*. Normali erekcija priklauso nuo daugelio fizinių ir psichologinių veiksnių: kraujagyslinių, neurologinių ir akytkūnių būklės [92]. Kai sutrinka vieno arba kelių šių veiksnių veikla, pasireiškia erekcijos sutrikimai. Paprastai erekcijos sutrikimai skirstomi į organinius, kurie pasireiškia dėl sutrikusios ar pažeistos kraujagyslių, neurologinių, hormoninių arba akytkūnių veiksnių veiklos; psichogeninius, pasireiškiančius dėl antrinio erekcijos slopinimo, kai nėra fizinių pažeidimų; mišrius organinius ir psichogeninius, kuriuos sukelia ir organiniai, ir psichogeniniai veiksniai. Daugumai pacientų erekcijos sutrikimus sukelia ir organiniai, ir psichogeniniai veiksniai.

Gerybinė prostatos hiperplazija gali daryti neigiamą poveikį vyrų 50–80 m. seksualinei funkcijai: beveik 83 proc. vyrų su išreikštais gerybinės prostatos hiperplazijos simptomais skundžiasi erektiline disfunkcija [93]. Pagal šešių klinikinių tyrimų, atliktų pastaruoju dešimtmečiu, rezultatus, vidutiniškai 78 proc. vyrų erekcijos sutrikimus sukelia tik organiniai veiksniai arba organinių ir psichogeninių veiksnių derinys [94]. Taip ši klasifikacija pagal etiologinius veiksnius yra supaprastinta, nes organinis pažeidimas nebūna vienintelė erekcijos sutrikimų priežastis, reikia atsižvelgti ir į kartu esančias psichogenines priežastis. Priešingai, jeigu nenustatoma organinio pažeidimo, dar negalima tvirtinti, kad erekcijos sutrikimų kilmė yra psichogeninė. Daugumai vyrų erekcijos sutrikimus sukelia keletas rizikos veiksnių, bet vienas ar keli veiksniai gali vyrauti. Organinius erekcijos sutrikimus sąlygoja lėtinės ligos, chirurginės operacijos arba sužalojimai, rūkymas ir vaistų bei alkoholio vartojimas [95].

Dažniausiai organinės kilmės erekcijos sutrikimai prasideda sutrikus varpos kraujotakai, pavyzdžiui, sergant ateroskleroze ir diabetu. Apie 40 proc. erekcijos sutrikimų vyresniems kaip 50 metų vyrams prasideda susirgus ateroskleroze. 50 proc. (28–59 proc.) sergančiųjų bet kurio tipo diabetu erekcija sutrikusi. Sutrikimai dažnesni vyresniems vyrams, sergantiems sunkios formos cukriniu diabetu [96]. Kitos lėtinės ligos, galinčios sukelti erekcijos sutrikimus, yra šios: lėtinis inkstų funkcijos nepakankamumas – 45 [97], kepenų nepakankamumas – 25–70 [98], išsėtinė

sklerozė – 63,2 [99], Alzheimerio liga – 53 [100], lėtinė obstrukcinė plaučių liga – 87 proc. [101].

Masačusetse (JAV) atliktame tyrime nustatyta, kad erekcijos sutrikimai yra susiję su trimis gydomomis ligomis: cukriniu diabetu, širdies ir kraujagyslių ligomis bei arterine hipertenzija. Erekcijos sutrikimai gali prasidėti neįgydant opaligės, artrito ir alergijos. Varpos deformacija, pavyzdžiui, Peirono liga, taip pat gali sąlygoti erekcijos sutrikimus. Be to, neretai erekcija sutrinka dėl endokrininių pokyčių, pavyzdžiui, nepakankamos lytinių liaukų veiklos, hiperprolaktinemijos, susilpnėjusios ar suaktyvėjusios skydliaukės funkcijos, kai kurių psichikos sutrikimų. Nustatyta, kad apie 90 proc. sunkia depresija sirgusių vyrų turėjo vidutinio sunkumo arba sunkių erekcijos sutrikimų, beveik 60 proc. sirgusiųjų vidutinio sunkumo depresija ir 25 proc. sirgusiųjų lengva depresija – vidutinio sunkumo arba sunkių erekcijos sutrikimų [102].

Erekcijos sutrikimai yra dažna sužalojimų, švitinimo, dubens organų operacijų, pavyzdžiui, radikalios ir transuretrinės prostatektomijos, komplikacija [103]. Erekcija gali sutrikti arba dėl dubens organų sužalojimo, arba dėl chirurginės procedūros, atliekamos dėl šio sužalojimo. P. Kunelius ir bendraautoriai įvertino 115 pacientų su gerybine prostatos hiperplazija seksualinę funkciją prieš atliekant transuretrinę prostatos rezekciją (TURP) ir po jos praėjus 6 ir 12 mėnesių. Tyrime dalyvavusių vyrų vidutinis amžius – 69 metai (49–86 m.). Lytinėje sferoje po TURP reikšmingai pagerėjo ankstyva rytinė erekcija ($p < 0,01$). Savo lytiniu gyvenimu prieš atliekant TURP buvo patenkinti 68 proc., po 6 mėn. – 69 proc. ir po 12 mėn. – 67 proc. tiriamųjų. Savo libido liko patenkinti atitinkamai 60, 59 ir 54 proc. vyrų. Prieš atliekant TURP erekcija buvo patenkinti 26 proc. vyrų, po 6 mėn. – 22 proc., po 12 mėn. – 24 proc. Visiška impotencija, prieš atliekant minėtą procedūrą, nustatyta 11 proc. vyrų, po 6 mėn. – 13 proc., po 12 mėn. – 16 proc. Po TURP praėjus 6–12 mėn. retrogradinė ejakuliacija įvyko 84 proc. tiriamųjų [104]. Erekcija gana dažnai sutrinka po nugaros smegenų pažeidimo. Ištyrus 529 vyrus, patyrusius sunkias ar lengvesnes nugaros smegenų traumas su viršutinių ar apatinių motorinių neuronų pažeidimu, nustatyta, kad 262 (50 proc.) iš jų galėjo atlikti lytinį aktą ir pasiekti pakankamą varpos erekciją [105]. Erekcijos sutrikimai dažnai pasireiškia vartojant įvairius vaistus ir narkotikus. Kadangi net 25 proc. erekcijos sutrikimų sąlygoja

vaistai, vartojami kitoms ligoms gydyti, reikia įvertinti jų svarbą [106]. Masačusetse atliktame tyrime nustatyta, kad sunkių erekcijos sutrikimų būna gydant kai kurias ligas, pavyzdžiui, cukrinį diabetą, širdies ligas ir hipertenziją, vartojant kai kuriuos vaistus. Remiantis minėto tyrimo duomenimis, rūkymas neturi tiesioginės įtakos erekcijos sutrikimams [102]. Tačiau sunkių erekcijos sutrikimų gerokai dažniau būna rūkaliams, kartu vartojantiems vaistų širdies ligai ir hipertenzijai gydyti bei kai kurių širdies veiklą reguliuojančių, antihipertenzinių ir kraujagysles plečiančių vaistų. Gausiai vartojant alkoholio, t. y. > 600 ml per savaitę, 17–29 proc. padaugėja lengvų erekcijos sutrikimų.

Dėl kankorėžinės liaukos neoplastinio proceso libido išnyksta. Vidurinio smilkininio vingio pažeidimui būdingas hipogonadotropinis hipogonadizmas. Klinikiniai stebėjimai seniai įrodė, kad ligoniams, sergantiems temporaline epilepsija, būdingas perversinis elgesys ir protarpinis hiperseksualumas.

Galvos traumų ūminiu periodu pasireiškia centrinis endokrininės sistemos slopinimas ir su tuo susijęs visų vyriško seksualumo grandžių silpnumas. Nauji tyrimai įrodė, kad dofamino receptorių D₁ ir D₂ stimuliavimas sukelia ilgalaikę erekciją. Sudėtingame erekcijos formavimo procese dalyvauja kone visi neuromediatoriai. Nemažai neurologinių ligų, kaip antai neurodegeneracinės būklės: Parkinsono liga, Alzheimerio liga, multisisteminė galvos smegenų atrofija, dažnai pačioje pradžioje sukelia erekcijos sutrikimą [107]. Kaip tik tuo įrodoma įvairių neuromediatorių, tiesiogiai nedalyvaujančių seksualinėje funkcijoje, įtaka erekcijai. Medialinė preoptinė dalis per dofaminerginę transmieterių sistemą itin dažnai nukenčia neurodegeneracinės patologijos atvejais. Insultas, galvos smegenų trauma, neuroinfekcija, tumoras taip pat išderina neuromediatorių balansą ir dažnai, net esant pakankamai somatinei būklei, erekcija tampa neįmanoma. Visos išsėtinės sklerozės formos pasižymi erekcijos sutrikimu. Įdomu, kad refleksogeninė erekcija išlieka ilgiau nei psichogeninė. Būdinga ir tai, kad naktinės erekcijos gana ilgai išlieka, ir tai skatina klaidingai manyti, kad impotencija yra psichogeninė. Ligai progresuojant, erekcija pasidaro trumpalaikė, nepakankama lytiniam aktui atlikti, o ejakuliacija tampa neįmanoma. Žinoma, išsėtinės sklerozės klinika neapsiriboja vien *impotentia coeundi*, tačiau šis simptomas jaunam ligoniui yra ypač svarbus ir jį reikia gydyti. Didelę

patologijos grupę sudaro aksoninės arba demielinizuojančios polineuropatijos [108]. Demielinizacija itin būdinga *Gijen-Bare* polineuritui. Diabetinė polineuropatija yra mišri – būna ir aksonopažeidimas, ir demielinizacija.

Kitos polineuropatijų priežastys: uremija, alkoholizmas, amiloidozė, paveldimos autonominės neuropatijos, AIDS, intoksikacijos. Polineuropatijų metu nukenčia tiek periferinės vegetacinės struktūros, tiek somatinis *nervus pudendus*. Simpatinio centro ir jo skaidulų pažeidimas dažniausiai pasireiškia įvairių vėžio formų metastazavimo į retroperitoninio tarpo limfmazgius atvejais. Parasimpatinis centras savo impulsus kartu su somatiniais eferentiniais ir aferentiniais nervais siunčia per arklio uodegą, taigi *cauda equina* pažeidimas pasireiškia jutimo sutrikimu ir parasimpatiniu deficitu [109]. Dažniausios pažeidimo priežastys: trauma, intervertebralinio disko prolapsas, tumoras (ependymoma), metastazės, spinalinis disrafizmas.

Nervus cavernosus lengvai pažeidžiamas atliekant *rectum*, prostatos arba šlapimo pūslės operacijas. Tokiu būdu pažeidžiamas *plexus pelvicus*. Potenciją sutrikdo ir trauminis nugaros smegenų pažeidimas. Cervikalinio pažeidimo atveju psichogeninės erekcijos išnyksta, bet refleksogeninės ir naktinės išlieka. Žemos lokalizacijos pažeidimai, ypač *cauda equina*, sukelia erekcijos sutrikimą [110]. Teoriškai tokiais atvejais psichogeninės erekcijos turėtų išlikti, tačiau taip būna tik esant nedideliame pažeidime.

Rūkantys vyrai, kuriems yra aukštas arterinis kraujospūdis, nuo impotencijos kenčia apie 26 kartus dažniau nei nerūkantys [111]. Net jeigu rūkyti ir metama, lytinės funkcijos sutrikimo rizika lieka 11 kartų didesnė palyginus su tais, kurie niekada nerūkė. Rūkymas daro žalą aktyvųjų audinių fiziologijai. Tai reiškia, kad kiekviena surūkyta cigaretė po truputį mažina erekciją, o rūkymo poveikis pasireiškia greitai ir kaskart didėja. Priežastys visai paprastos: jau įrodyta, kad rūkymas spartina aterosklerozės vystymąsi, t. y. kraujagyslių susiaurėjimą, o kai susiaurėja kraujagyslės dubens srityje, kraujas teka lėčiau.

Tarptautinis erekcijos funkcijos rodiklis (TEFR–15) padeda greitai, tiksliai, įvairiapusiai, individualiai įvertinti erekcijos sutrikimus ir jų gydymo rezultatus.

Įrodyta, kad jis tinka bet kurios kultūros, kalbos ir psichosocialinio sluoksnio atstovams [112]. Remiantis TEFER-15 duomenimis apie erekciją, erekcijos sutrikimus galima suskirstyti į lengvus, vidutinio sunkumo ir sunkius.

Sunku įvertinti, kaip paplitę erekcijos sutrikimai, nes tik nedaug vyrų dėl šių sutrikimų kreipiasi į gydytojus. Turkijoje ištyrus 3185 (dalyvavimas tyrime 72 proc.) 15–60 m. vyrus, gyvenančius bendruomenėje, seksualinės disfunkcijos paplitimas yra 43,3 proc., tarp 55–60 metų – 72 proc. Iš visų apklaustųjų šią problemą panoro išsiaiškinti 7,3 proc. vyrų, seksualinio vystymosi problemą – 54,7 proc., santykių problemą – 50,3 proc., sujaudini-mo/erekcijos problemą – 59,7 proc., orgazmo/ejakuliacijos problemą – 52,7 proc. ir pasitenkinimo problemą – 59,7 proc. Atlikus tyrimą buvo nustatyta, kad vyrų seksualinę disfunkciją reikšmingai didina rūkymas, žemesnis išsilavinimo lygis ir lėtinės ligos [113]. Belgijoje ištyrus 799 (dalyvavimas tyrime 38 proc.) bendruomenėje gyvenančius vyrus (amžius 40–70 m.), sunkus erekcijos sutrikimas nustatytas – 10,1 proc., vidutinis – 24,7 proc., lengvas – 26,6 proc. ir erekcijos sutrikimai nenustatyti 38,7 proc. tiriamųjų. Autoriai pažymi, kad amžius, lytinių santykių nebuvimas per pastarąsias keturias savaites, depresija, dideli Tarptautinės prostatos simptomų skalės balai, fizinio aktyvumo trūkumas bei keturių ir daugiau ligų buvimas stipriai koreliuoja su erekcijos sutrikimais [114]. A. Nicolosi su bendraautoriais tyrimo metu kiekvienoje šalyje apklausė apie 600 vyrų (40-70 m.). Nurodytoje amžiaus grupėje vidutinis arba visiškas erekcijos sutrikimų paplitimas Japonijoje sudarė 34, Malaizijoje – 22, Italijoje – 17 ir Brazilijoje – 15 proc. Priklausomai nuo amžiaus vyrų vidutinis arba visiškas erekcijos sutrikimų paplitimas didėja nuo 9 proc. (40–44 m.), 12 proc. (45–49 m.), 18 proc. (50–54 m.), 29 proc. (55–59 m.), 38 proc. (60–64 m.) iki 54 proc. (65–70 m.). Erekcijos sutrikimų riziką didina cukrinis diabetas, širdies ligos, apatiniai šlapinimosi takų simptomai, dažnas rūkymas ir depresija [115]. Šveicarijoje apklausti 628 (amžiaus vidurkis 61,5 m.) vyrai. Iš jų 9,6 proc. tiriamųjų pranešta apie visišką, 18,0 proc. apie vidutinį ir 41,4 proc. apie lengvą erekcijos sutrikimą. Visi sutrikimų laipsniai didėja priklausomai dėl amžiaus ir koreliuoja su somatinėmis ir psichiatrinėmis gretutinėmis ligomis kaip ir medikamentų vartojimas. Tik 3,2 proc.

tyrimo dalyvių pareiškė vartojantys vaistus gerinančius erektilinę funkciją [116]. Vokietijoje, Kiolno mieste, paštu apklausta 8000 vyrų (30–80 m., dalyvavimas tyrime 56,1 proc.). Erekcijos sutrikimų paplitimas siekia 19,2 proc. Jis didėja palaipsniui ir priklauso nuo amžiaus: atitinkamai 30–39 m. – 2,3 proc., 40–49 m. – 9,5 proc., 50–59 m. – 15,7 proc., 60–69 m. – 34,4 proc., 70–80 m. – 53,3 proc. Erekcijos sutrikimus gali sąlygoti tokios gretutinės ligos, kaip hipertoniija, diabetas, operacija mažajame dubenyje ir simptomai, atsiradę apatiniuose šlapinimosi takuose (angl. *Lower Urinary Tract Symptoms*) [117]. J. Prins su bendraautoriais palygino 23 tarptautines studijas, iš kurių 15 vyko Europoje, 5 – JAV, 2 – Azijoje ir viena Australijoje. Atlikus gautų duomenų analizę nustatyta, kad vyrų erekcijos sutrikimų ribos kinta nuo 2 proc. (40 m. ir jaunesni) iki 86 proc. (80 m. ir vyresni) [118]. Austrijoje, Vienos mieste, amžiaus grupėje nuo 20 iki 80 metų apklausti 2869 vyrai. Iš jų 32,2 proc. erekcijos sutrikimų nebuvo nustatyta, 23,7 proc. nustatytas lengvas, 2,2 proc. vidutinis ir 1,3 proc. sunkus erekcijos sutrikimų laipsnis. 20–50 m. vyrams erekcijos sutrikimai būna pastovūs (26–29 proc.) ir proporcingai didėja iki 37,5 proc. (51–60 m.) ir 71,2 proc. (71–80 m.). Sunkus erekcijos sutrikimas didėja nuo 0,4 proc. (20–30 m.) iki 0,5 proc. (41–50 m.), 1,3 proc. (51–60 m.) ir 9,6 proc. (71–80 m.). A. Ponholzer ir kiti [119], be amžiaus, išskyrė šiuos erekcijos sutrikimus sąlygojančius veiksniai: cukrinį diabetą (ŠS 3,0; 95% PI 1,53–5,87), hiperlipidemiją (ŠS 2,29; 95% PI 1,42–3,7), apatinius šlapinimosi takų simptomus (ŠS 2,2; 95% PI 1,76–2,76), arterinę hipertenziją (ŠS 2,05; 95% PI 1,61–2,6), psichologinį stresą (ŠS 1,68; 95% PI 1,43–1,98) ir mažą fizinį aktyvumą (ŠS 1,35; 95% PI 1,15–1,6) (visų veiksnių, $p < 0,05$). Daugiausia duomenų apie erekcijos sutrikimo paplitimą pateikia tyrimai, atlikti Jungtinėse Amerikos Valstijose. Šioje šalyje erekcija sutrikusi beveik 30 mln. vyrų. Kaip erekcijos sutrikimai paplitę Jungtinėse Amerikos Valstijose ir kaip jie priklauso nuo amžiaus, tirta Masačusetse nuo 1987 iki 1989 metų. Tirti atsitiktiniai 11 miestų 40–70 m. nedirbantys vyrai. Iš 1709 tirtų vyrų 1290 (75 proc.) išsamiai atsakė į klausimus. Vadovaujantis atsakymais į anketos klausimus, 52 proc. vyrų turėjo tam tikrą erekcijos sutrikimų, vidutinio sunkumo – 25 proc., lengvų – 17 proc. ir sunkių – 10 proc. Tiriant nustatytas glaudus vyrų amžiaus ir erekcijos sutrikimų ryšys [102].

3. TIRIAMŪJŲ KONTINGENTAS IR DARBO METODIKA

Tiriamųjų grupė sudaryta sluoksninės imties metodu. Vidutinio ir pagyvenusio (55–74 m.) bei senyvo amžiaus (75 m. ir vyresnių) vyrų populiacija buvo suskirstyta į sluoksnius (stratas). Vilniaus miesto bendruomenės vidutinio ir pagyvenusio amžiaus vyrai buvo suskirstyti į 4 grupes (55–59 m., 60–64 m., 65–69 m., 70–74 m.), o senyvo amžiaus vyrai – į 5 grupes (75–79 m., 80–84 m., 85–89 m., 90–94 m., 95 m. ir vyresni). Vilniaus miesto bendruomenės vidutinio, pagyvenusio ir senyvo amžiaus vyrų, skaičius kiekvienai amžiaus grupei buvo gautas iš Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės Gyventojų registro. Kiekvienai grupei imtis buvo apskaičiuota atsižvelgus į paplitimo įverčio tikslumą (± 3), pasiklojimo lygmenį $100(1-\alpha)$, kai $\alpha = 0,05$ ir tikėtiną patologijos paplitimą kiekvienoje amžiaus grupėje (5–35 proc. pagal amžiaus grupę):

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L (N_h^2 P_h (1 - P_h)) / w}{N^2 d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L N_h P_h (1 - P_h)} ;$$

čia:

$$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,960;$$

N_h – žmonių skaičius stratoje;

P_h – patologijos paplitimas stratoje;

d – tikslumas;

w – stratos lyginamoji dalis;

L – stratų skaičius;

h – strata.

Apskaičiavus bendrą imties dydį, atsižvelgiant į amžiaus grupės lyginamąją dalį, buvo nustatytas žmonių skaičius kiekvienai stratai. Skaičius buvo padidintas 30 proc. atsižvelgus į galimą neatsakymo dažnį. Kiekvienai stratai buvo taikytas paprastas atsitiktinės imties sudarymo būdas.

Imtis suformuota atsitiktiniu būdu, o faktinės gautos imties struktūra yra beveik identiška Vilniaus miesto bendruomenės senyvo amžiaus gyventojų struktūrai. Galima

teigti apie pakankamai didelį tiriamųjų grupių reprezentatyvumą. O surinktą informaciją galima gerai apibendrinti visai atitinkamo amžiaus populiacijai.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai: 1) Vilniaus miesto bendruomenėje 55 m. amžiaus ir vyresni vyrai bei globos įstaigose gyvenantys senyvo amžiaus vyrai; 2) asmenys, gimę Lietuvoje. Neįtraukimo kriterijai: 1) visi asmenys, užpildę protinės būklės trumpo tyrimo klausimyną ir surinkę ≤ 10 balų, tolesnėje tyrimo eigoje nedalyvauja.

Gautas Lietuvos Bioetikos komiteto leidimas vykdyti tyrimą.

Tiriamųjų grupių struktūra ir faktiškai suformuota imtis pateikta 1 ir 2 lentelėse. Numatyta apklausti 570 Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių 55–74 m. amžiaus vyrų (1 lentelė).

1 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. vyrų amžiaus grupių struktūra

Grupė	Amžius (metais)	Vyrų skaičius	Proc.	Faktinė imtis		χ^2	P
				Abs. sk.	Proc.		
I	55–59	14273	34,2	158	32,0	<u>1,827</u>	<u>0,609</u>
II	60–64	11573	27,7	132	26,7		
III	65–69	10053	24,1	120	24,3		
IV	70–74	5821	14,0	84	17,0		
Iš viso:		41720	100	494	100		

χ^2 – Chi kvadrato kriterijus; p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Anketuoti 494 asmenys (dalyvavimas tyrime – 86,67 proc.). Priežastys, dėl kurių neištirti 76 asmenys, yra šios: 51 (67,1 proc.) – atsisakė dalyvauti tyrime, 25 (32,9 proc.) – buvo mirę. Vidutinis tiriamų asmenų amžius SN $63,77 \pm 5,37$ m.

Taip pat numatyta apklausti 508 Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančius 75 m. amžiaus ir vyresnius vyrus (2 lentelė).

2 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 75 m. ir vyresnių vyrų amžiaus grupių struktūra

Grupė	Amžius (metais)	Vyrų skaičius	Proc.	Faktinė imtis		χ^2	P
				Abs. sk.	Proc.		
I	75–79	2664	49,2	137	46,6	0,525	0,971
II	80–84	1350	25,0	75	25,5		
III	85–89	847	15,6	49	16,7		
IV	90–94	385	7,1	22	7,5		
V	95 ir >	167	3,1	11	3,7		
Iš viso:		5413	100	294	100		

χ^2 – Chi kvadrato kriterijus; p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Viso anketuoti 294 asmenys (dalyvavimas tyrime – 57,87 proc.). Priežastys, dėl kurių negalėta ištirti 214 asmenų, yra šios: 71 (33,2 proc.) – atsisakė dalyvauti tyrime, 106 (49,5 proc.) – nedalyvavo dėl įvairių priežasčių, 37 (17,3 proc.) – buvo mirę. Vidutinis tiriamų asmenų amžius SN $83,04 \pm 4,99$ m.

Penkiose Vilniaus miesto globos įstaigose apklausti 168 jose gyvenantys senyvo amžiaus vyrai (3 lentelė).

3 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių vyrų apklausa

Eil. Nr.	Globos įstaigos	Amžiaus vidurkis (metais)	Planuota apklausti	Apklausta	
				Abs. sk.	Proc.
1.	Antavilių pensionas	$66,36 \pm 11,46$ (41–91 m.)	69	69	100,0
2.	Globos namai „UAB Senevita“	$64,55 \pm 13,29$ (31–89 m.)	33	33	100,0
3.	Globos namai „Tremtinių namai“	$76,95 \pm 6,78$ (63–90 m.)	19	19	100,0
4.	Fabijoniškių pensionatas	$68,55 \pm 15,5$ (35–84 m.)	11	11	100,0
5.	Gerontologijos ir reabilitacijos centras	$79,94 \pm 13,63$ (31–106 m.)	36	36	100,0
Iš viso:		$70,26 \pm 13,63$ (31–106 m.)	168	168	100,0

Vidutinis tiriamųjų amžius buvo $70,26 \pm 13,63$ m. Kontrolinę grupę sudarė tuo pačiu metu tirti vyrai, nesiskundę šlapimo nelaikymu.

Atlikę apklausą interviu būdu Vilniaus miesto bendruomenės senyvo amžiaus vyrus ir globos namuose gyvenančius vyrus suskirstėme į 2 grupes: tiriamąją grupę sudarė šlapimo nelaikantys vyrai ir kontrolinę grupę – asmenys, nesergantys šia liga. Visus bendruomenės tiriamuosius šlapimo nelaikančius ir šia liga nesergančius suskirstėme į penkias amžiaus grupes: 75–79 m., 80–84 m., 85–89 m., 90–94 m., 95 m. ir vyresni. Globos įstaigose gyvenančius asmenis suskirstėme į devynias amžiaus grupes: 50–54 m., 55–59 m., 60–64 m., 65–69 m., 70–74 m., 75–79 m., 80–84 m., 85–89 m., 90 m. ir vyresni. Palyginę tiriamąją ir kontrolinę grupes, prieš tai sugrupavę pagal amžiaus vidurkį, įvertinome šlapimo nelaikymo įtaką gyvenimo kokybei ir išaiškinome senyvo amžiaus vyrų erekcijos sutrikimų paplitimą nurodytose amžiaus grupėse. Įvardijome šlapimo nelaikymą sukėlusius galimus rizikos veiksnius.

Pagrindiniai reikalavimai pasirenkant klausimynus buvo šie: jų trumpumas, specifiškumas ir jų įteisinimas. Klausimynų vertinimo įteisinimas yra kompleksinė procedūra. Ją sudarė šie etapai: vertimas iš anglų į lietuvių kalbą, vertimo kokybės kontrolė vėl išvertus į anglų kalbą ir klausimyno supratimo testas.

Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančius respondentus apklausė tyrėjas gydytojas. Visi tiriamieji apklausti naudojant žemiau aprašytus klausimynus:

1. Šlapimo nelaikymo klausimynas (angl. *Incontinence Questionnaire*), skirtas šlapimo nelaikymo tipui išaiškinti [120]. Jį sudaro 27 klausimai. Į kiekvieną klausimą yra pateikti keturi atsakymų variantai. Subjektyviai išrenkamas vienas teisingas atsakymas.

2. Tarptautinis erekcijos funkcijos rodiklis, skirtas erekcijos sutrikimams įvertinti (angl. *International Index of Erectile Function*) [121]. Erekcijos sutrikimai vertinti taip: sunkūs – nuo 6 iki 10, vidutinio sunkumo – nuo 11 iki 16, lengvi – nuo 17 iki 25, erekcija nesutrikusi – nuo 26 iki 30 balų.

3. Šlapimo nelaikymo galimų rizikos veiksnių klausimynas (angl. *Causes of Incontinence*), skirtas predisponuojančiams veiksniams nustatyti [122].

4. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) gyvenimo kokybės klausimynas (angl. *The World Health Organization Quality of Life – Bref*), tai sutrumpinta

WHOQOL-100 versija. Jį sudaro 26 klausimai ir keturios tyrimų sritys: fizinė sveikata, psichologinė būseną, socialiniai santykiai, aplinkos faktoriai [123]. Jį sukūrė Pasaulio sveikatos organizacija, vadovaujama mokslininkų grupės. Į kiekvieną klausimą yra pateikti penki atsakymų variantai. Subjektyviai išrenkamas vienas teisingas atsakymas. Atsakymai į klausimus vertinami balais pagal Likerto skalę. Kiekviena sritis ir bendra gyvenimo kokybė vertinama naudojant skaičiavimo algoritmą. Gyvenimo kokybės *WHOQOL-100* klausimyną išvertė, laikantis metodologinių nuorodų, A. Goštautas su bendraautoriais. Jie atliko klausimyno kalbinę bei kultūrinę adaptaciją, įvertino psichometrines savybes ir užregistravo PSO. Buvo naudojama PSO registruota versija lietuvių kalba.

5. Protinės būklės trumpo tyrimo klausimynas (angl. *Mini – Mental State Exam*), skirtas nustatyti pažinimo funkciją [124]. Ji vertinta taip: ryškus pažinimo sutrikimas – nuo 0 iki 10, vidutinio sunkumo pažinimo sutrikimas – nuo 11 iki 20, lengvas pažinimo sutrikimas – nuo 21 iki 24, pažinimo sutrikimo nėra – nuo 25 iki 30 balų.

6. Instrumentinis kasdienės veiklos klausimynas (angl. *Instrumental Activity of Daily Living*) [125]. Tiriamieji vertinti pagal 9 veiklų atitikimą. Kiekvienas punktas vertintas taip: ar gali pats tai atlikti – 3 balai, ar su kito asmens pagalba – 2 balai, ar visai negali – 1 balas. Vertinta nuo 0 iki 27.

7. Geriatriinis depresijos klausimynas, skirtas depresijai nustatyti (angl. *Geriatric Depression Scale*). Jį sudaro penkiolika klausimų. Depresijos sutrikimai vertinti taip: nėra depresijos – nuo 0 iki 4, lengva depresija – nuo 5 iki 10, ryški depresija – nuo 11 iki 15 balų [126].

Informacija apie tiriamųjų persirgtas ligas surinkta iš medicininės dokumentacijos.

Perspektyviojo tyrimo metu, praėjus 2 metams nuo pirmosios apklausos, pakartotinai ištirta 140 senyvo amžiaus nelaikančių šlapimo vyrų, gyvenančių Vilniaus miesto bendruomenėje, ir 64 nelaikantys šlapimo vyrai, gyvenantys globos įstaigose. Respondentai buvo tiriami pakartotinai, tikslu nustatyti gyvenimo kokybės pokyčius bei pagrindinius veiksnius, nulemiančius gyvenimo kokybę.

Respondentai buvo tiriami interviu metodu, panaudojant tuos pačius klausimynus. Apklausa buvo vykdoma respondento namuose arba globos, jam sutikus ir pasirašius informuoto asmens sutikimo formą.

Tiriamų asmenų atrankos kriterijai: Vilniaus miesto bendruomenės ir globos įstaigose gyvenantys senyvo amžiaus vyrai, kuriems nustatytas šlapimo nelaikymas.

Atmetimo kriterijai: asmenys, užpildę pažinimo funkcijos klausimyną ir surinkę ≤ 10 balų.

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant „SPSS 12.0 for Windows“ ir „Epiinfo 6“ programas. Duomenys pateikiami kaip dydžių vidurkis plus / minus standartinis nuokrypis ($m \pm SN$). Statistinis duomenų apdorojimas buvo atliktas taikant standartinius metodus: kintamųjų normaliam pasiskirstymui tikrinti buvo panaudotas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus, grupių palyginimui: parametriniai (Stjudento, Fišerio) ir neparametriniai (Mano–Vitnio–Vilkoksono) kriterijai.

Pasirinktų veiksnių įtakai šlapimo nelaikymui įvertinti naudotas atvejo ir kontrolės tyrimas. Rizikos veiksnio poveikio ryšys su šlapimo nelaikymo vystymusi vertintas ŠS. Jei veiksnio ŠS > 1 ir $p < 0,05$, vadinasi, analizuojamas veiksnys didina šlapimo nelaikymo riziką, o jei ŠS < 1 ir $p < 0,05$ – mažino riziką.

Rezultatai vertinti kaip statistiškai reikšmingi, esant klaidos tikimybei $p < 0,05$ – statistiškai reikšminga.

4. TYRIMŲ REZULTATAI

4.1. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas

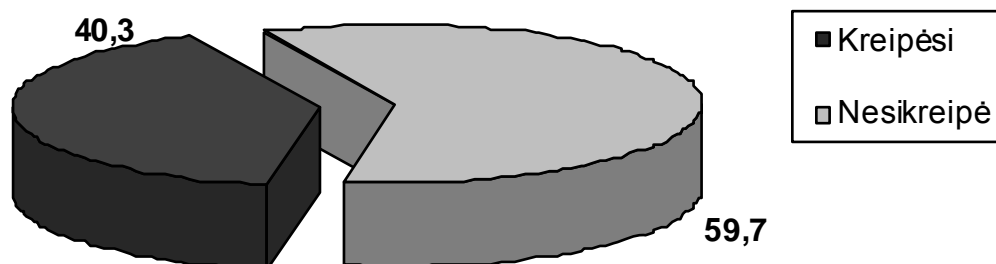
Apklausti 494 Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. amžiaus vyrai. Šlapimo nelaikymo paplitimo duomenys pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė. Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp 55–74 m. amžiaus Vilniaus miesto bendruomenės vyrų

Grupė	Amžius (metais)	Apklausta asmenų	Šlapimo nelaikantieji		95 % PI
			Abs. sk.	Proc.	
I	55–59	158	10	6,3	2,51–10,09
II	60–64	132	11	8,3	3,59–13,01
III	65–69	120	22	18,3	11,38–25,22
IV	70–74	84	19	22,6	13,66–31,54
Iš viso		494	62	12,6	9,67–15,53

PI – pasikliautinis intervalas.

Mūsų duomenimis, 55–74 m. amžiaus grupėje šlapimo nelaikė 62 vyrai – 12,6 proc. tirtų asmenų. Didėjant amžiui vyrų, nelaikančių šlapimo, daugėja nuo 6,3 proc. (55–59 m.) iki 22,6 proc. (70–74 m.). Dėl šio sutrikimo į poliklinikos gydytoją kreipėsi 25 asmenys, nesikreipė – 37 (1 paveikslas).



1 pav. Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. amžiaus vyrų kreipimasis į gydytojus dėl šlapimo nelaikymo

Iš apklaustųjų 4 vyrai nurodė, kad šlapimo nelaikymas juos vargina apie metus, 48 vyrai – 1–5 metus, 10 vyrų – 5–10 metų.

55–74 m. amžiaus grupėje vyrus dažniausiai vargino dirgli šlapimo pūslė – 28 (45,2 proc.) (5 lentelė). Iš jų 22 vyrams (34,9 proc.) poliklinikos gydytojas nustatė gerybinę prostatos hiperplaziją. Įtampos šlapimo nelaikymas palietė 3 (4,8 proc.) vyrus. Vyresnio amžiaus asmenims buvo nustatytas ir mišrus šlapimo nelaikymo tipas (t. y. įtampos šlapimo nelaikymas ir dirgli šlapimo pūslė) – 18 (29,0 proc.). Trylikai vyrų šlapimo nelaikymo tipas ne nustatytas. 26 (41,9 proc.) apklaustieji nurodė, kad nevalingai susitraukus šlapimo pūslėi per parą išteka vidutiniškai 100 ml ir daugiau šlapimo. Higieninėmis apsaugos priemonėmis naudojosi 4 šia liga sergantys vyrai (6,5 proc.). Tiriamosios grupės vyrai šlapinasi dieną $7,45 \pm 2,79$, naktį $2,5 \pm 1,52$ karto, kas $2,35 \pm 1,08$ val. per parą, atitinkamai kontrolinės grupės vyrai šlapinasi dieną $4,94 \pm 1,72$, naktį $0,97 \pm 1,05$ karto, kas $4,07 \pm 1,52$ val. per parą ($p < 0,001$).

5 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. vyrų šlapimo nelaikymo tipai

Eil. Nr.	Šlapimo nelaikymo tipai	Vyrai (n = 62)	
		Abs. sk.	Proc.
1.	Dirgli šlapimo pūslė	28	45,2
2.	Įtampos šlapimo nelaikymas	3	4,8
3.	Mišrus šlapimo nelaikymas	18	29,0
4.	Nenustatytas šlapimo nelaikymas	13	21,0

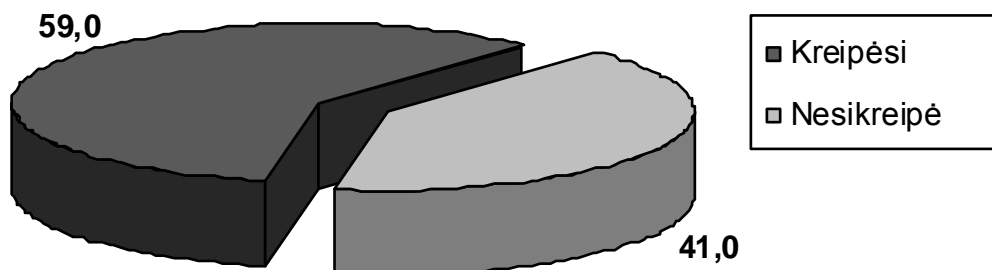
Taip pat apklausti 294 Vilniaus miesto bendruomenės 75 m. ir vyresnio amžiaus vyrai. Gauti vyrų šlapimo nelaikymo paplitimo duomenys pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp 75 m. amžiaus ir vyresnių Vilniaus miesto bendruomenės vyrų

Grupė	Amžius (metais)	Apklausta asmenų	Šlapimo nelaikantieji		95 % PI
			Abs. sk.	Proc.	
I	75–79	137	45	32,8	24,94–40,66
II	80–84	75	18	24,0	14,33–33,67
III	85–89	49	6	12,2	3,04–21,36
IV	90–94	22	8	36,4	16,29–56,51
V	95 ir >	11	1	9,1	0,00–26,10
Iš viso		294	78	26,5	21,46–31,54

PI – pasikliautinis intervalas.

Šlapimo nelaikė 78 vyrai (26,5 proc.). Didėjant amžiui vyrų, nelaikančių šlapimo, mažėja nuo 32,8 proc. (75–79 m.) iki 9,1 proc. (95 m. ir vyresni). Ypač daug šlapimo nelaikančių 90–94 m. vyrų (36,4 proc.). Dėl nevalingo šlapimo nelaikymo į poliklinikos gydytoją kreipėsi 46, o nesikreipė 32 vyrai (2 paveikslas).



2 pav. Vilniaus miesto bendruomenės 75 m. amžiaus ir vyresnių vyrų kreipimasis į gydytojus dėl šlapimo nelaikymo

7,9 proc. apklaustų asmenų 75–95 m. ir vyresnių nurodė, kad šlapimo nelaikymas juos vargina mažiau nei pusę metų, 3,9 proc. – nuo šešių mėnesių iki metų, dauguma 67,1 proc. – nuo metų iki penkerių metų, 21,1 proc. – ilgiau nei penkerius metus.

Senyvo amžiaus vyrus dažniausiai vargino dirgli šlapimo pūslė 41 (53,2 proc.) (7 lentelė). Kiti šlapimo nelaikymo tipai pasiskirstė taip: įtampos šlapimo nelaikymas 6 (7,8 proc.), mišrus šlapimo nelaikymas 24 (31,2 proc.). Šešiams vyrams nebuvo nustatytas šlapimo nelaikymo tipas. Šlapimo pūslėi nevalingai susitraukus 2

(2,6 proc.) apklaustieji nurodė, kad išteka vidutiniškai per parą 100 ml ir daugiau šlapimo.

7 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 75 m. ir vyresnių vyrų šlapimo nelaikymo tipai

Eil. Nr.	Šlapimo nelaikymo tipai	Vyrai (n = 77)	
		Abs. sk.	Proc.
1.	Dirgli šlapimo pūslė	41	53,2
2.	Įtampos šlapimo nelaikymas	6	7,8
3.	Mišrus šlapimo nelaikymas	24	31,2
4.	Nenustatytas šlapimo nelaikymas	6	7,8

Higieninėmis apsaugos priemonėmis naudojosi 10 (13,0 proc.) šia liga sergančių vyrų. Vidutiniškai, ėjo šlapintis dieną $6,13 \pm 2,60$ ($4,73 \pm 1,37$), naktį $3,13 \pm 2,28$ ($1,93 \pm 1,15$) karto, kas $2,96 \pm 1,20$ ($3,87 \pm 1,22$) val. per parą, skirtumas statistiškai reikšmingas, palyginus su kontroline grupe, ($p < 0,0001$).

Vilniaus miesto globos įstaigose iš viso apklausti 168 senyvo amžiaus vyrai. Šlapimo nelaikymo dažnumas atskirose globos įstaigose pateiktas 8 lentelėje.

8 lentelė. Vilniaus miesto atskirose globos įstaigose gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymas

Eil. Nr.	Globos įstaigos	Apklausta asmenų	Šlapimo nelaikantys vyrai		95 % PI
			Abs. sk.	Proc.	
1.	Antavilių pensionas	69	33	47,8	36,01–59,59
2.	UAB „Senevita“	33	12	36,4	19,98–52,82
3.	„Tremtinių namai“	19	4	21,1	2,75–39,45
4.	Fabijoniškių pensionatas	11	3	27,3	0,97–53,63
5.	Gerontologijos ir reabilitacijos centras	36	12	33,3	17,93–48,73

PI – pasikliautinis intervalas.

Iš penkių mūsų tirtų globos įstaigų Antavilių pensione šlapimo nelaikančių asmenų yra daugiausia – 47,8 proc. Daugiau kaip trečdalis nelaikančių šlapimo vyrų gyvena globos įstaigose UAB „Senevita“ bei VU EKMI Gerontologijos ir reabilitacijos centre. Mažiau kaip trečdalis šlapimo nelaikančių asmenų gyvena globos

įstaigose „Tremtinių namai“ ir Vilniaus miesto savivaldybės Fabijoniškių pensionate. Gerontologijos ir reabilitacijos centre keturiems vyrams buvo atlikta troakarinė epicistostomija.

Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas pagal amžiaus grupes pateiktas 9 lentelėje.

9 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymo dažnumas skirtingose amžiaus grupėse

Grupė	Amžius (metais)	Apklausta asmenų	Šlapimo nelaikantieji		95 % PI
			Abs. sk.	Proc.	
I	50–54	24	6	25,0	7,68–42,32
II	55–59	12	3	25,0	0,50–49,50
III	60–64	13	6	46,2	19,05–73,25
IV	65–69	26	9	34,6	16,33–52,90
V	70–74	25	8	32,0	13,71–50,29
VI	75–79	27	11	40,7	22,21–59,27
VII	80–84	22	11	50,0	29,11–70,89
VIII	85–89	6	1	16,7	0–46,49
IX	90 ir >	13	9	69,2	44,14–94,32
Iš viso		168	64	38,1	30,76–45,44

PI – pasikliautinis intervalas.

Bendras ŠN dažnumas tarp Vilniaus m. globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų yra 38,1 proc. Didžiausias šlapimo nelaikymo dažnumas – 69,2 proc. – nustatytas 90 m. amžiaus ir vyresnių vyrų grupėje. Visi trys 95 m. ir vyresni apklausoje dalyvavę vyrai nurodė šlapimo nelaikymą.

Išanalizavę 64 šlapimo nelaikančius respondentus, gyvenančius globos įstaigose, nustatėme, kad šis sutrikimas daugumą jų – 22 (52,4 proc.) vargina ilgiau nei penkerius metus, 14 (33,3 proc.) – nuo metų iki penkerių metų, 3 (7,1 proc.) – nuo pusmečio iki metų ir 3 (7,1 proc.) – mažiau nei pusę metų. Kiti 22 tiriamieji subjektyvios savo nuomonės nepareiškė. Pagalbos dėl šlapimo nelaikymo į gydytoją kreipėsi 21 (32,8 proc.) globotinis ir 21 (32,8 proc.) nesikreipė.

Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenantiems vyrams dažniausiai pasitaikė dirgli šlapimo pūslė (10 lentelė).

10 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymo tipai

Eil. Nr.	Šlapimo nelaikymo tipai	Vyrų (n=45)	
		Abs. sk.	Proc.
1.	Dirgli šlapimo pūslė	25	55,5
2.	Įtampos šlapimo nelaikymas	4	8,9
3.	Mišrus šlapimo nelaikymas	13	28,9
4.	Nenustatytas šlapimo nelaikymas	3	6,7

Kiti šlapimo nelaikymo tipai pasiskirstė taip: įtampos šlapimo nelaikymas – 4 (8,9 proc.), mišrus šlapimo nelaikymas – 13 (28,9 proc.). Trims vyrams (6,7 proc.) nebuvo nustatytas šlapimo nelaikymo tipas. 2 (4,8 proc.) asmenys nurodė, kad nevalingai šlapimo pūslėi susitraukus per parą išteka vidutiniškai 100 ml ir daugiau šlapimo. Kitiems trims tiriamiesiems asmenims (7,1 proc.), nelaikantiems šlapimo, įvertinti nevalingai ištekėjusio šlapimo kiekio negalėjome, nes jie nuolatos naudojo higienines apsaugos priemones. Vyrų, gyvenantys globos įstaigose, dėl šio sutrikimo šlapinasi dieną vidutiniškai $6,91 \pm 2,54$ ($4,54 \pm 1,41$), naktį $2,80 \pm 1,38$ ($1,39 \pm 1,32$) karto, kas $2,96 \pm 1,20$ ($3,87 \pm 1,22$) val. per parą. Skirtumas statistiškai reikšmingai skyrėsi, lyginant su kontroline grupe ($p < 0,0001$).

4.2. Šlapimo nelaikančių senyvo amžiaus vyrų sociodemografinė charakteristika ir savarankiškumas

Sociodemografiniai tirtų Vilniaus miesto bendruomenės vyrų duomenys pateikti 11 lentelėje.

11 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 55 metų ir vyresnių šlapimo nelaikančių vyrų sociodemografinė charakteristika

Eil. Nr.	Sociodemografiniai rodikliai	Šlapimo nelaikantieji		Kontrolinė grupė		p
		Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	
1.	Darbas	(n=140)		(n=749)		0,481
	sunkus fizinis	53	37,9	247	33,0	
	lengvas fizinis	23	16,4	145	19,4	
	kūrybinis, protinis	64	45,7	357	47,7	
2.	Išsimokslinimas	(n=140)		(n=749)		0,001
	nesimokė	2	1,4	8	1,1	
	pradinis	64	45,7	217	29,0	
	vidurinis	32	22,9	254	33,9	
	aukštasis	42	30,0	270	36,0	
3.	Šeiminė padėtis	(n=140)		(n=749)		0,819
	susituokę, pakartotinai susituokę	117	83,6	620	82,8	
	išsituokę, našliai, nesusituokę	23	16,4	129	17,2	

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Iš lentelės matyti, kad šlapimo nelaikančių vyrų grupėje vyrauja (45,7 proc.) kūrybinis, protinis darbas, kontrolinėje grupėje tai sudaro 47,7 proc. Tačiau šlapimo nelaikymo priklausomybė nuo darbo nenustatyta ($p > 0,05$). Šlapimo nelaikančių vyrų grupėje pradinį išsilavinimą turėjo 45,7 proc., o kontrolinėje grupėje 36,0 proc. apklaustųjų turėjo aukštąjį išsilavinimą. Šlapimo nelaikančių vyrų grupei, lyginant su kontroline grupe, įtakos turi išsimokslinimas ($p < 0,001$). Šlapimo nelaikantys, susituokę ar pakartotinai susituokę vyrai sudarė 83,6 proc., tuo tarpu išsituokę, našliai, nesusituokę – tik vieną šeštadalį. Kontrolinėje grupėje gauti panašūs duomenys. Vyrų, nelaikančių šlapimo, priklausomybė nuo šeiminės padėties nenustatyta ($p > 0,05$).

Pagal darbo dirbtą pobūdį, didžiausią darbingo gyvenimo tarpsnį, grupės pasiskirstė nevienodai (12 lentelė).

12 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų sociodemografinė charakteristika

Eil. Nr.	Sociodemografiniai rodikliai	Šlapimo nelaikantieji		Kontrolinė grupė		p
		Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	
1.	Darbas	(n=60)		(n=96)		0,244
	sunkus fizinis	13	21,7	32	33,3	
	lengvas fizinis	24	40,0	29	30,2	
	kūrybinis, protinis	23	38,3	35	36,5	
2.	Išsimokslinimas	(n=62)		(n=99)		0,610
	nesimokė	1	1,6	2	2,0	
	pradinis	16	25,8	29	29,3	
	vidurinis	26	41,9	47	47,5	
	aukštasis	19	30,6	21	21,2	
3.	Šeiminė padėtis	(n=63)		(n=99)		0,233
	susituokę, pakartotinai susituokę	12	19,0	27	27,3	
	išsituokę, našliai, nesusituokę	51	81,0	72	72,7	

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Dauguma (36,5 proc.) kontrolinės grupės asmenų, gyvenančių globos įstaigose, dirbo kūrybinį, protinį darbą, o šlapimo nelaikymo grupėje vyravo (40,0 proc.) vyrai, dirbę lengvą fizinį darbą. Šlapimo nelaikančių vyrų grupėje dauguma (41,9 proc.) respondentų turėjo vidurinį išsilavinimą, kontrolinėje grupėje – 47,5 proc.

Tačiau vertinant pagal šeimines padėtis, šlapimo nelaikančių vyrų grupėje vyravo išsituokę, našliai, nesusituokę – 81,0 proc., o susituokę, pakartotinai susituokę sudarė vieną penktadalį tiriamųjų. Vyrų šlapimo nelaikymo priklausomybė nuo darbo, išsimokslinimo, šeiminių padėties nenustatyta ($p > 0,05$).

Kompleksinėms kasdienės veiklos funkcijoms įvertinti naudojome instrumentinės kasdienės veiklos klausimyną (M. Lawton, E. Brodey, 2000). Šiuo klausimynu nustatoma, ar tiriamasis gali atlikti sudėtingesnius veiksmus (pvz., apsipirkimas, namų ruoša ir kt.), taip pat įvertinama reikalingos pagalbos apimtis.

Šlapimo nelaikančių vyrų instrumentinės kasdienės veiklos funkcijų įvertinimo duomenys pateikti 13 lentelėje.

13 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės šlapimo nelaikančių vyrų, kasdienės veiklos funkcijų sutrikimai (vertinant pagal IADL skalę)

Rodiklis	Šlapimo nelaikantieji n = 140		Kontrolinė grupė n = 656		p
	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	
Funkcijos nesutrikusios	77	55,0	482	73,5	0,001
Funkcijos sutrikusios	63	45,0	174	26,5	
Balų sumos vidurkis	23,19±5,53		25,45±3,47		0,001

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Nustatyta, kad 45,0 proc. šlapimo nelaikančių vyrų buvo sutrikusios pagal IADL klausimyną vertinamos funkcijos.

Analizuodami tyrimo duomenis nustatėme, kad globos įstaigose (14 lentelė) gyvenantiems vyrams šios funkcijos yra sutrikusios dažniau negu bendruomenės vyrams (atitinkamai 45,0 ir 73,3 proc.).

14 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų, kasdienės veiklos funkcijų sutrikimai (vertinant pagal IADL skalę)

Rodiklis	Šlapimo nelaikantieji n = 45		Kontrolinė grupė n = 82		p
	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	
Funkcijos nesutrikusios	12	26,7	37	45,1	0,041
Funkcijos sutrikusios	33	73,3	45	54,9	
Balų sumos vidurkis	19,11 ± 6,16		22,94 ± 5,18		0,024

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Dažniausiai šie žmonės nebegalėjo savarankiškai dirbti – 65,8 proc., savarankiškai vaikščioti – 61,1 proc., savarankiškai apsipirkti – 55,8 proc., savarankiškai tvarkyti finansinius reikalus – 65,8 proc.

Taigi 48,1 proc. šlapimo nelaikančių vyrų nėra sutrikusi nei viena IADL funkcija ir jie yra visiškai savarankiški.

4.3. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų galimi šlapimo nelaikymo rizikos veiksniai

Šlapimo nelaikymą galimai sąlygojantys rizikos veiksniai tarp Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių 55–74 m. amžiaus vyrų, pateikti 15 lentelėje.

15 lentelė. Šlapimo nelaikymą sąlygojantys rizikos veiksniai Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. amžiaus vyrų grupėje

Eil. Nr.	Rizikos veiksniai	Vyrų (n=62)		ŠS	95% PI	p
		Abs. sk.	Proc.			
Praeinančio šlapimo nelaikymo galimi rizikos veiksniai						
1.	Šlapimo takų infekcija	2	3,2	14,39	1,01–407,21	0,051
2.	Medikamentai:					
	diuretikai	7	11,1	1,65	0,63–4,16	0,375
	antihistamininiai	2	3,2	14,39	1,01–407,2	0,052
	tricikliai antidepresantai	3	4,8	7,28	1,14–46,02	0,030
	α -adrenerginiai blokatoriai	12	19,1	5,85	2,46–13,83	0,001
	antiparkinsoniniai	4	6,4	14,85	2,28–119,5	0,003
	benzodiazepinai	17	27,0	1,45	0,56–3,61	0,001
	spazmolitikai	1	1,6	1,17	0,14–9,86	0,610
3.	2 tipo cukrinis diabetas	3	4,8	3,09	0,62–13,8	0,118
4.	Obstipacija	14	22,2	2,45	1,19–4,99	0,013
5.	Depresija	5	7,9	3,71	1,06–12,34	0,029
Nuolatinio šlapimo nelaikymo galimi rizikos veiksniai						
1.	Insultas	13	20,6	4,32	1,95–9,48	0,001
2.	Parkinsono liga	2	3,2	7,18	0,71–72,88	0,078
3.	Retropubinė prostatektomija	2	3,2	1,08	0,00–5,20	0,580
4.	Transuretrinė prostatos rezekcija	3	4,8	21,95	2,0–556,7	0,002
5.	Dubens trauma	1	1,6	7,08	0,0–262,6	0,59
6.	Prostatos auglio švitinimas	2	3,2	7,18	0,71–72,88	0,078
7.	Tarpslankstelinio disko išvaržos operacija	1	1,6	7,08	0,0–262,61	0,59
8.	Gerybinė prostatos hiperplazija	22	34,9	2,31	1,25–4,23	0,005
9.	Prostatos auglys	3	4,8	5,45	0,94–29,70	0,062
10.	Apribotas judrumas	16	25,4	2,60	1,30–5,13	0,005
11.	Pažinimo sutrikimas:					
	ryškus	1	1,6	7,08	0,0–262,61	0,59
	vidutinis	8	12,7	3,62	1,36–9,42	0,007
	lengvas	12	19,0	2,90	1,32–6,29	0,006

ŠS – šansų santykis; PI – pasikliautinis intervalas; p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Nustatėme stiprų priežastinį ryšį tarp praeinančio šlapimo nelaikymo ir šių rizikos veiksnių: antidepresantų (ŠS = 7,28; 95% PI 1,14–46,02; p = 0,030), α -adrenerginių blokatorių (ŠS = 5,85; 95% PI 2,46–13,83; p = 0,001), antiparkinsoninių medikamentų vartojimo (ŠS = 14,85; 95% PI 2,28–119,5; p = 0,003). Šlapimo nelaikymą taip pat sąlygojo obstipacija (ŠS=2,45; 95% PI 1,19–4,99; p = 0,013) ir depresija (ŠS = 3,71; 95% PI 1,06–12,34; p = 0,029), šlapimo takų infekcijos (ŠS = 14,39; 95% PI 1,01–407,21; p = 0,051).

Rastas stiprus priežastinis ryšys šių rizikos veiksnių, sąlygojančių nuolatinį šlapimo nelaikymą: persirgtas insultas (ŠS = 4,32; 95% PI 1,95–9,48; p = 0,001), transuretrinė prostatos rezekcija (ŠS = 21,95; 95% PI 2,0–556,7; p = 0,002), gerybinė prostatos hiperplazija (ŠS = 2,31; 95% PI 1,25–4,23; p = 0,005) bei apribotas judrumas ilgesniam laikui (ŠS = 2,60; 95% PI 1,30–5,13; p = 0,005). Yra vidutinio stiprumo ryšys tarp šlapimo nelaikymo ir prostatos auglio (ŠS = 5,45; 95% PI 0,94–29,70; p = 0,062).

Galimi rizikos veiksniai, sąlygojantys Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių 75 m. amžiaus ir vyresnių vyrų šlapimo nelaikymą, pateikti 16 lentelėje.

16 lentelė. Šlapimo nelaikymą sąlygojantys rizikos veiksniai Vilniaus miesto bendruomenės 75 m. amžiaus ir vyresnių vyrų grupėje

Eil. Nr.	Rizikos veiksniai	Vyrai (n=77)		ŠS	95% PI	p
		Abs. sk.	Proc.			
Praeinančio šlapimo nelaikymo galimi rizikos veiksniai						
1.	Medikamentai:					
	diuretikai	13	16,9	1,31	0,60–2,81	0,46
	α -adrenerginiai blokatoriai	26	33,8	3,89	1,98–7,67	0,001
	benzodiazepinai	21	27,3	1,70	0,88–3,27	0,08
2.	2 tipo cukrinis diabetas	5	6,5	4,93	1,00–26,78	0,051
3.	Obstipacija	28	36,4	1,67	0,92–3,03	0,070
4.	Depresija	15	19,5	2,51	1,13–5,55	0,012
Nuolatinio šlapimo nelaikymo galimi rizikos veiksniai						
1.	Insultas	12	15,6	2,16	0,91-5,08	0,052
2.	Parkinsono liga	7	9,1	3,50	1,01-12,23	0,046
3.	Retropubinė prostatektomija	9	11,7	0,68	0,29-1,58	0,341
4.	Gerybinė prostatos hiperplazija	52	67,5	5,29	2,91-9,65	0,001
5.	Prostatos auglys	5	6,5	2,93	0,71-12,09	0,08
6.	Apribotas judrumas	36	46,8	1,02	0,58-1,77	0,945
7.	Pažinimo sutrikimas:					
	ryškus ir vidutinis	11	14,1	1,42	0,59-3,34	0,386
	lengvas	18	23,1	0,93	0,47-1,81	0,815

ŠS – šansų santykis; PI – pasikliautinis intervalas; p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Nustatėme stiprų priežastinį ryšį tarp praeinančio šlapimo nelaikymo ir α -adrenerginių blokatorių (ŠS = 3,89; 95% PI 1,98–7,67; p = 0,001) vartojimo bei depresijos (ŠS = 2,51; 95% PI 1,13–5,55; p = 0,012). Nustatytas ŠN ir 2 tipo cukrinio diabeto vidutinio stiprumo ryšys (ŠS = 4,93; 95% PI 1,00–26,78; p = 0,051).

Nustatėme stiprų priežastinį ryšį su šiais nuolatinio šlapimo nelaikymo veiksniais: Parkinsono liga (ŠS = 3,50; 95% PI 1,01–12,23; p = 0,046), gerybinė prostatos hiperplazija (ŠS = 5,29; 95% PI 2,91–9,65; p = 0,001). Silpnas ryšys nustatytas tarp šlapimo nelaikymo ir šių veiksnių: retropubinė prostatektomija (ŠS = 0,68; 95% PI 0,29–1,58; p = 0,341), prostatos auglys (ŠS = 2,93; 95% PI 0,71–12,09; p = 0,08), lengvas pažinimo sutrikimas (ŠS = 0,93; 95% PI 0,47–1,81; p = 0,815), ryškus ir vidutinio sunkumo pažinimo sutrikimas (ŠS = 1,42; 95% PI 0,59–3,34; p = 0,386), apribotas judrumas (ŠS = 1,02; 95% PI 0,58–1,77; p = 0,945).

Tyrimo rezultatai byloja, kad Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. amžiaus vyrams šlapimo nelaikymą sąlygoja ne viena, bet keletas priežasčių. Dvi priežastis nurodė 14,3 proc., tris – 19,0 proc., o keturias – 11,1 proc. respondentų. 75 m. amžiaus ir vyresnių vyrų grupėje po 2–3 priežastis nurodė 36,4 proc., po 4–5 – 20,8 proc., o po 6 ir daugiau priežasčių – 22,0 proc. apklaustųjų.

Šlapimo nelaikymą sąlygojantys rizikos veiksniai tarp Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų pateikti 17 lentelėje.

17 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymą sąlygojantys rizikos veiksniai

Eil. Nr.	Rizikos veiksniai	Vyrų (n=45)		ŠS	95% PI	p
		Abs. sk.	Proc.			
Praeinančio šlapimo nelaikymo galimi rizikos veiksniai						
1.	Medikamentai:					
	diuretikai	6	13,0	1,26	0,37-4,27	0,676
	α -adrenerginiai blokatoriai	9	19,6	6,67	1,52-33,27	0,007
	benzodiazepinai	18	39,1	1,01	0,45-2,26	0,978
2.	Obstipacija	25	54,3	5,23	2,19-12,69	0,001
3.	Depresija	11	23,9	3,13	0,97-10,40	0,03
Nuolatinio šlapimo nelaikymo galimi rizikos veiksniai						
1.	Insultas	15	33,3	2,27	0,91–5,67	0,052
2.	Parkinsono liga	4	8,9	1,93	0,38–9,79	0,364
3.	Retropubinė prostatektomija	5	11,1	0,91	0,25–3,18	0,875
4.	Gerybinė prostatos hiperplazija	20	44,4	3,10	1,40–8,87	0,040
5.	Apribotas judrumas	37	82,2	3,21	1,24–8,55	0,008
6.	Pažinimo sutrikimas:					
	ryškus ir vidutinis	13	28,9	2,64	0,95–7,35	0,036
	lengvas	9	20,0	1,46	0,50–4,21	0,437

ŠS – šansų santykis; PI – pasikliautinis intervalas; p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Iš lentelės matyti, kad stiprią priežastinę įtaką šlapimo nelaikymui atsirasti turi α -adrenerginių blokatorių vartojimo (ŠS = 6,67; 95% PI 1,52–33,27; p = 0,007), obstipacijos (ŠS = 5,23; 95% PI 2,19–12,69; p = 0,001) bei depresijos (ŠS = 3,13; 95% PI 0,97–10,40; p = 0,03). Nustatytas stiprus priežastinis ryšys tarp ŠN ir šių nuolatinio šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių: gerybinė prostatos hiperplazija (ŠS = 3,10; 95% PI 1,40–8,87; p = 0,040), ryškus ir vidutinio sunkumo pažinimo

sutrikimas ($\bar{S}S = 2,64$; 95% PI 0,95–7,35; $p = 0,036$) apribotas judrumas ($\bar{S}S = 3,21$; 95% PI 1,24–8,55; $p = 0,008$).

Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad senyvo amžiaus vyrams, gyvenantiems Vilniaus miesto globos įstaigose, šlapimo nelaikymą sąlygoja keli rizikos veiksniai. Po du predisponuojančius veiksnius nurodė 11,9 proc., po tris ir keturis – 21,4 proc., po šešis – 14,3 proc. apklaustųjų.

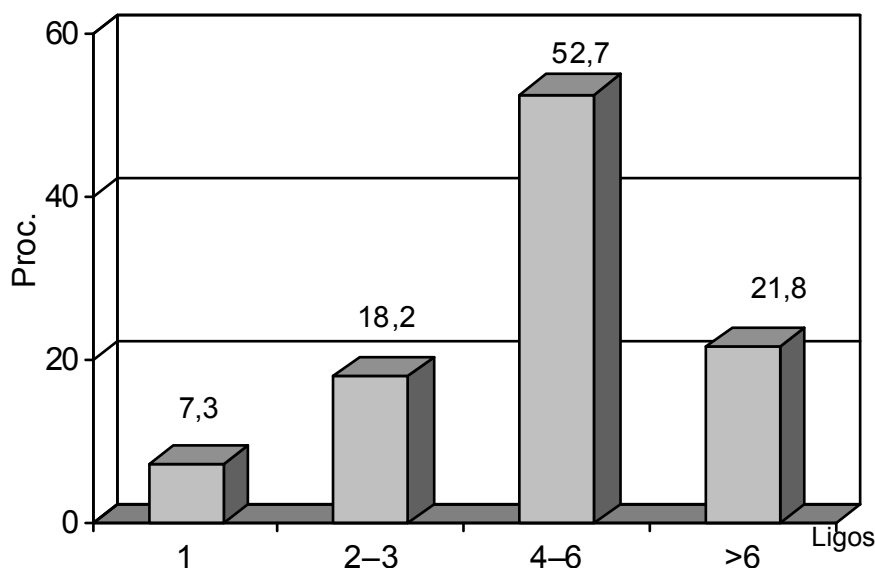
Vadovaudamiesi tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją (TLK–10) [127] Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenantiems ŠN vyrams nustatėme dažniausiai diagnozuotas ligas (18 lentelė).

18 lentelė. Ligų paplitimas tarp šlapimo nelaikančių senyvo amžiaus vyrų, gyvenančių Vilniaus miesto globos įstaigose

Eil. Nr.	Gretutinės ligos	Abs. sk.	Proc.
1.	Širdies ir kraujagyslių ligos	41	64,1
2.	Nervų ligos	53	82,8
3.	Akių ligos	17	26,6
4.	Ausų ligos	6	9,4
5.	Endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos	5	7,8
6.	Atramos ir judėjimo sistemos ligos	13	20,3
7.	Urogenitalinės sistemos ligos*	23	35,9
8.	Kvėpavimo organų sistemos ligos	11	17,2
9.	Psichikos ir elgesio sutrikimai	5	7,8
10.	Virškinimo sistemos ligos	8	12,5
11.	Onkologinės ligos	5	7,8

* Įtrauktos visos urogenitalinės sistemos ligos, išskyrus šlapimo nelaikymą.

Iš lentelės matyti, kad dažniausiai šlapimo nelaikantys vyrai serga nervų (82,8 proc.) bei širdies ir kraujagyslių (64,1 proc.) ligomis. Nustatėme, kad vienam ŠN senyvo amžiaus vyrui, gyvenančiam Vilniaus m. globos įstaigose, vidutiniškai tenka 4,3 ligos, o 21,8 proc. šios populiacijos serga daugiau kaip 6 ligomis (3 paveikslas).



3 pav. Vidutinis ligų skaičius, tenkantis vienam šlapimo nelaikančiam senyvo amžiaus vyrui, gyvenančiam Vilniaus miesto globos įstaigose

4.4. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų erekcijos sutrikimai

Iš tyrime dalyvavusių 788 senyvo amžiaus vyrų, gyvenančių Vilniaus miesto bendruomenėje, TEFR (Tarptautinis erekcijos funkcijos rodiklis) klausimyną užpildė 776 vyrai: 483 respondantai 55–74 m. amžiaus ir 293 – 75 m. amžiaus ir vyresni asmenys.

Net 69,4 proc. šlapimo nelaikančių 55–74 m. amžiaus vyrų per paskutines 4 savaites iki tyrimo neturėjo lytinių santykių, kai kontrolinėje grupėje lytinių santykių neturėjo 30,6 proc. vyrų. Erekcijos sutrikimų tyrimo rezultatai pateikti 19 lentelėje.

19 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. amžiaus nelaikančių šlapimo vyrų erekcijos sutrikimo laipsnis

Erekcijos sutrikimo laipsnis	Šlapimo nelaikantieji (n = 19)		Kontrolinė grupė (n = 274)	
	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
Sunkus	–	–	–	–
Vidutinio sunkumo	–	–	7	2,6
Lengvas	15	78,95	91	33,2
Nėra	4	21,05	176	64,2

Iš lytinius santykius turėjusių tiriamosios grupės vyrų tik 21,05 proc. atvejų erekcija buvo nesutrikusi, kai kontrolinėje grupėje erekcija buvo nesutrikusi 64,2 proc. vyrų. Tačiau tiek tiriamojoje, tiek kontrolinėje grupėje nenustatėme sunkių erekcijos sutrikimų.

Erekcijos sutrikimus tyrėme ir tarp Vilniaus m. bendruomenėje gyvenančių 75 m. amžiaus ir vyresnių vyrų. Šioje amžiaus grupėje iš tirtų 77 šlapimo nelaikančių vyrų tik 5 respondentai turėjo lytinius santykius, kas sudarė 6,5 proc. Kontrolinėje grupėje iš 216 asmenų lytinius santykius per pastarąsias 4 savaites turėjo 12 vyrų (5,6 proc.). Toks mažas turėjusių lytinius santykius per pastarąsias keturias savaites respondentų skaičius apsunkino vyrų lytinės funkcijos vertinimą, tačiau duomenys šių apie tiriamųjų pasiskirstymą pagal erekcijos sutrikimo laipsnį pateikiami 20 lentelėje.

20 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 75 m. ir vyresnių nelaikančių šlapimo vyrų erekcijos sutrikimo laipsnis

Erekcijos sutrikimų laipsnis	Šlapimo nelaikantieji (n = 5)		Kontrolinė grupė (n = 12)	
	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
Sunkus	–	–	–	–
Vidutinio sunkumo	2	40,0	1	8,3
Lengvas	2	40,0	6	50,0
Nėra	1	20,0	5	41,7

Kaip matyti lentelėje, tik vienas iš penkių respondentų nurodė, kad erekcija nesutrikusi, po du respondentus turėjo lengvo ir vidutinio sunkumo laipsnio erekcijos sutrikimus. Iš 12 lytinius santykius turėjusių kontrolinės grupės vyrų 41,7 proc. vyrų erekcija nesutrikusi, 50,0 proc. respondentų nustatyti lengvi ir 8,3 proc. – vidutinio sunkumo erekcijos sutrikimai.

Taigi, erekcijos sutrikimai nustatyti 79,2 proc. šlapimo nelaikančių 55 metų amžiaus ir vyresnių vyrų ir 36,7 proc. to paties amžiaus sveikų vyrų, gyvenančių Vilniaus miesto bendruomenėje.

Vilniaus miesto globos įstaigose buvo apklausti 168 ten gyvenantys vyrai. Iš 64 šlapimo nelaikančių vyrų TEFR–15 klausimyną užpildė 45 (70,3 proc.). Iš 45 šlapimo nelaikančių vyrų 97,8 proc. per pastarąsias 4 savaites neturėjo lytinių santykių, o iš 82

kontrolinės grupės asmenų 92,7 proc. neturėjo lytinių santykių. Analizuojant tiriamąją grupę vienas respondentas (2,2 proc.) nurodė, kad per pastarąsias 4 savaites gyveno lytinį gyvenimą. Jam nustatytas lengvas erekcijos sutrikimas. Iš 6 lytinius santykius turėjusių kontrolinės grupės respondentų 2 asmenų erekcija nesutrikusi, o keturiems nustatyti lengvi erekcijos sutrikimai.

Negalėjome įvertinti 44 (97,8 proc.) tiriamosios grupės ir 76 (92,7 proc.) kontrolinės grupės vyrų lytinės sveikatos bei jos sutrikimų laipsnio, nes per pastarąsias 4 savaites jie neturėjo lytinių santykių.

4.5. Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių senyvo amžiaus vyrų šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė

Senyvo amžiaus šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė analizuota pagal PSO gyvenimo kokybės klausimyno trumpąją versiją (*WHOQOL-BREF*). Klausimyno vidiniam pastovumui įvertinti apskaičiuotas Kronbach alfa koeficientas. Pakankamai geras vidinis pastovumas nustatytas fizinės sveikatos, psichologinės būsenos srityse (Kronbach alfa koeficientas kinta nuo 0,72 iki 0,80). Gyvenimo kokybės socialinių santykių, aplinkos veiksnių srityse Kronbach alfa koeficientas mažiau už 0,70. Bendras vidinis pastovumas visų klausimyno sričių yra 0,86.

Gauti atskirų klausimyno sričių analizės rezultatai pateikti 21 ir 22 lentelėse.

21 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 m. amžiaus šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė (vidurkis ± SN)

Amžius ir tirtųjų skaičius	Sritis	Šlapimo nelaikantieji	Kontrolinė grupė	p
55–59 m. Šlapimo nelaikantieji n = 10 Kontrolinė grupė n = 148	Fizinė sveikata	10,34 ± 2,88	14,14 ± 2,02	0,001
	Psichologinė būseną	10,67 ± 1,54	12,62 ± 1,89	0,002
	Socialiniai santykiai	11,73 ± 1,22	13,77 ± 1,82	0,001
	Aplinka	11,50 ± 1,68	12,28 ± 1,81	0,172
60–64 m. Šlapimo nelaikantieji n = 11 Kontrolinė grupė n = 122	Fizinė sveikata	12,46 ± 2,04	14,17 ± 2,14	0,031
	Psichologinė būseną	11,88 ± 1,99	12,66 ± 1,99	0,203
	Socialiniai santykiai	13,09 ± 2,29	13,94 ± 1,89	0,256
	Aplinka	12,81 ± 1,49	12,70 ± 1,89	0,93
65–69 m. Šlapimo nelaikantieji n = 22 Kontrolinė grupė n = 98	Fizinė sveikata	12,88 ± 2,52	14,35 ± 1,86	0,019
	Psichologinė būseną	11,18 ± 2,39	12,78 ± 1,87	0,012
	Socialiniai santykiai	12,97 ± 2,33	13,61 ± 1,78	0,402
	Aplinka	12,22 ± 1,59	13,43 ± 1,96	0,009
70–74 m. Šlapimo nelaikantieji n = 19 Kontrolinė grupė n = 65	Fizinė sveikata	13,23 ± 2,81	13,88 ± 2,07	0,628
	Psichologinė būseną	12,28 ± 1,48	12,67 ± 1,90	0,252
	Socialiniai santykiai	12,77 ± 2,00	12,92 ± 2,22	0,772
	Aplinka	12,03 ± 1,94	13,15 ± 1,67	0,22
Iš viso Šlapimo nelaikantieji n = 62 Kontrolinė grupė n = 433	Fizinė sveikata	12,51 ± 2,77	14,19 ± 2,14	0,001
	Psichologinė būseną	11,56 ± 1,99	12,69 ± 1,88	0,001
	Socialiniai santykiai	12,73 ± 2,09	13,58 ± 1,99	0,002
	Aplinka	12,15 ± 1,71	12,69 ± 1,83	0,033

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

21 lentelėje matyti, kad Vilniaus miesto bendruomenės 55–59 m. vyrų, lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingai skyrėsi šios gyvenimo kokybės sritys: fizinė sveikata, psichologinė būseną, socialiniai santykiai, 60–64 m. vyrų statistiškai reikšmingai skyrėsi tik fizinės sveikatos sritis, 65–69 m. vyrų – šios gyvenimo kokybės sritys: fizinė sveikata, psichologinė būseną, aplinkos veiksniai. Nelaikančių šlapimo pagyvenusių 70–74 m. vyrų, visose keturiose gyvenimo kokybės srityse (pvz.,

fizinė sveikata, psichologinė būseną, socialiniai santykiai, aplinkos veiksniai), lyginant su kontroline grupe statistiškai reikšmingo skirtumo neradome. Dviejų amžiaus grupių (55–59 m. ir 65–69 m.) tiriamų vyrų, statistiškai reikšmingai skyrėsi fizinė sveikata ir psichologinė būseną.

22 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenės 75 m. amžiaus ir vyresnių šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė (vidurkis ± SN)

Amžius ir tirtųjų skaičius	Sritis	Šlapimo nelaikantieji	Kontrolinė grupė	p
75–84 m. Šlapimo nelaikantieji n = 62 Kontrolinė grupė n = 148	Fizinė sveikata	12,49 ± 2,70	13,61 ± 2,28	0,005
	Psichologinė būseną	12,39 ± 2,34	13,13 ± 1,94	0,030
	Socialiniai santykiai	13,35 ± 1,98	13,92 ± 1,93	0,066
	Aplinka	12,26 ± 1,99	13,15 ± 1,87	0,002
85 m. ir vyresni Šlapimo nelaikantieji n = 15 Kontrolinė grupė n = 67	Fizinė sveikata	10,55 ± 3,17	13,75 ± 2,36	0,001
	Psichologinė būseną	10,98 ± 1,97	12,71 ± 2,16	0,005
	Socialiniai santykiai	14,04 ± 2,25	14,09 ± 1,76	0,684
	Aplinka	12,53 ± 1,45	12,96 ± 1,81	0,294
Iš viso Šlapimo nelaikantieji n = 77 Kontrolinė grupė n = 215	Fizinė sveikata	12,12 ± 2,89	13,65 ± 2,29	0,001
	Psichologinė būseną	12,12 ± 2,33	12,99 ± 2,02	0,003
	Socialiniai santykiai	13,49 ± 2,04	13,97 ± 1,88	0,111
	Aplinka	12,31 ± 1,89	13,09 ± 1,84	0,001

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Kaip matyti 22 lentelėje, 75–84 m. šlapimo nelaikančių vyrų, lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingai skyrėsi šios gyvenimo kokybės sritys: fizinė sveikata, psichologinė būseną, aplinka. 85 m. ir vyresnių vyrų, statistiškai reikšmingai skyrėsi keletas sričių: fizinė sveikata, psichologinė būseną. Palyginus tarpusavyje 75–84 m. bei 85–95 m. ir vyresnių vyrų grupes, statistiškai reikšmingai abiejose skyrėsi fizinė sveikata, psichologinė būseną. Bendroje šlapimo nelaikančių 75 m. ir vyresnių vyrų grupėje, lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingai skyrėsi šios gyvenimo kokybės sritys: fizinė sveikata, psichologinė būseną ir aplinka.

Duomenys apie apklaustų vyrų, gyvenančių Vilniaus miesto globos įstaigose, gyvenimo kokybę pateikti 23 lentelėje.

23 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė (vidurkis ± SN)

Amžius ir tirtųjų skaičius	Sritis	Šlapimo nelaikantieji	Kontrolinė grupė	p
50–74 m. Šlapimo nelaikantieji n = 21 Kontrolinė grupė n = 53	Fizinė sveikata	10,59 ± 2,36	12,44 ± 2,62	0,004
	Psichologinė būseną	10,29 ± 2,23	11,91 ± 2,54	0,007
	Socialiniai santykiai	11,94 ± 1,91	11,95 ± 2,02	0,807
	Aplinka	13,43 ± 1,57	14,08 ± 1,62	0,117
75–84 m. Šlapimo nelaikantieji n = 15 Kontrolinė grupė n = 22	Fizinė sveikata	11,70 ± 2,94	13,38 ± 2,36	0,056
	Psichologinė būseną	10,84 ± 2,87	12,09 ± 2,25	0,171
	Socialiniai santykiai	12,71 ± 1,74	12,97 ± 1,85	0,795
	Aplinka	14,00 ± 1,39	14,50 ± 1,49	0,366
85 m. ir vyresni n = 6 Kontrolinė grupė n = 6	Fizinė sveikata	11,52 ± 2,15	13,81 ± 2,41	0,180
	Psichologinė būseną	11,33 ± 2,63	13,22 ± 1,15	0,310
	Socialiniai santykiai	12,67 ± 1,84	13,79 ± 2,88	0,589
	Aplinka	13,50 ± 1,38	14,58 ± 1,36	0,310
Iš viso Šlapimo nelaikantieji n = 42 Kontrolinė grupė n = 81	Fizinė sveikata	11,12 ± 2,56	12,78 ± 2,56	0,001
	Psichologinė būseną	10,63 ± 2,49	12,06 ± 2,39	0,003
	Socialiniai santykiai	12,32 ± 1,83	12,36 ± 2,11	0,849
	Aplinka	13,64 ± 1,47	14,23 ± 1,57	0,041

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Išanalizavę apklausos būdu gautus rezultatus nustatėme, kad globos įstaigose gyvenančių vyrų GK statistiškai reikšmingai skyrėsi fizinės sveikatos, psichologinės būsenos ir aplinkos srityse, lyginant su kontroline grupe. Analizuojant amžiaus grupes nustatyta, kad 50–74 m. amžiaus grupėje šlapimo nelaikančių vyrų statistiškai reikšmingai blogesnė buvo fizinės sveikatos sritis ir psichologinė būseną, o vyresnių vyrų fizinės sveikatos, psichologinės būsenos, socialinių santykių bei aplinkos veiksnių skirtumai statistiškai nereikšmingi, lyginant su kontroline grupe.

Siekiant įvertinti Vilniaus mieste gyvenančių vyrų gyvenimo kokybės pokyčius, pakartotinai apklausėme 62 senyvo amžiaus vyrus, iš jų: 45 šlapimo nelaikančius bendruomenėje gyvenančius vyrus ir 17 globos įstaigose gyvenančių tiriamųjų. Pirmos apklausos metu šlapimo nelaikymas konstatuotas 140 respondentų,

gyvenančių bendruomenėje, ir 64 globos įstaigose gyvenantiems vyrams. Pakartotinė apklausa buvo atlikta po dviejų metų. Per tą laikotarpį iš Vilniaus miesto bendruomenėje tirtų asmenų 28 asmenys mirė, 39 vyrai nebuvo apklausti dėl ryškaus pažinimo sutrikimo arba atsisakė pakartotinai pildyti gyvenimo kokybės klausimyną, motyvuodami, kad nesiskundžia šlapimo nelaikymu, 28 vyrų nepavyko apklausti dėl to, kad jie buvo laikinai išvykę arba pakeitė gyvenamąją vietą.

Vilniaus miesto globos įstaigose pakartotinio tyrimo metu 17 respondentų pilnai užpildė šlapimo nelaikymo klausimyną, t. y. 26,6 proc. ten gyvenančių vyrų, kuriems pirmo tyrimo metu buvo nustatytas šlapimo nelaikymas. Per tą laikotarpį buvo mirę 23 respondentai, 19 asmenų nebuvo apklausti dėl ryškaus pažinimo sutrikimo arba atsisakė pakartotinai pildyti gyvenimo kokybės klausimyną, 5 buvo išvykę.

Nustatyta, kad pakartotinio tyrimo metu šlapimo nelaikymas buvo 59,2 proc. senyvo amžiaus vyrų, gyvenančių Vilniaus m. bendruomenėje, ir 68,0 proc. apklaustų vyrų, gyvenančių globos įstaigose.

Pateikti duomenys (24 lentelė) rodo Vilniaus miesto bendruomenės šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybės pokyčius.

24 lentelė. Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybės pokyčiai (vidurkis \pm SN)

Amžius ir tirtųjų skaičius	Sritis	Pirmo tyrimo metu	Antro tyrimo metu	p
55–74 m. n = 24	Fizinė sveikata	12,67 \pm 3,17	11,55 \pm 3,18	0,043
	Psichologinė būseną	11,61 \pm 2,13	12,06 \pm 2,55	0,421
	Socialiniai santykiai	12,61 \pm 2,29	12,78 \pm 1,88	0,812
	Aplinka	11,96 \pm 2,03	12,38 \pm 1,60	0,359
75 m. ir vyresni n = 21	Fizinė sveikata	12,93 \pm 2,56	12,63 \pm 2,04	0,443
	Psichologinė būseną	13,05 \pm 1,95	13,33 \pm 2,13	0,328
	Socialiniai santykiai	13,71 \pm 2,28	13,78 \pm 1,70	0,943
	Aplinka	12,95 \pm 2,07	13,40 \pm 1,95	0,191
Iš viso n = 45	Fizinė sveikata	12,79 \pm 2,87	12,05 \pm 2,73	0,036
	Psichologinė būseną	12,28 \pm 2,15	12,65 \pm 2,42	0,250
	Socialiniai santykiai	13,13 \pm 2,33	13,24 \pm 1,85	0,823
	Aplinka	12,42 \pm 2,09	12,86 \pm 1,83	0,123

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Nustatyta, kad po dviejų metų 55–74 m. amžiaus vyrų grupėje statistiškai reikšmingai ($p < 0,043$) pablogėjo gyvenimo kokybė fizinės sveikatos srityje.

Globos įstaigose gyvenančių vyrų gyvenimo kokybės pokyčius per du metus atspindintys duomenys pateikti 25 lentelėje.

25 lentelė. Vilniaus miesto globos įstaigų šlapimo nelaikančių vyrų, gyvenimo kokybės pokyčiai (vidurkis \pm SN)

Amžius ir tirtųjų skaičius	Sritis	Pirmo tyrimo metu	Antro tyrimo metu	p
55–74 m. n = 9	Fizinė sveikata	10,03 \pm 1,59	10,67 \pm 1,34	0,210
	Psichologinė būseną	9,48 \pm 1,88	10,22 \pm 1,45	0,360
	Socialiniai santykiai	11,70 \pm 1,29	10,37 \pm 2,96	0,173
	Aplinka	13,11 \pm 1,67	12,33 \pm 2,03	0,574
75 m. ir vyresni n = 8	Fizinė sveikata	11,50 \pm 3,00	11,57 \pm 1,95	0,799
	Psichologinė būseną	11,25 \pm 3,31	11,67 \pm 1,89	0,671
	Socialiniai santykiai	13,50 \pm 1,66	12,17 \pm 1,81	0,072
	Aplinka	13,75 \pm 1,39	12,63 \pm 1,79	0,204
Iš viso n = 17	Fizinė sveikata	10,72 \pm 2,40	11,09 \pm 1,67	0,468
	Psichologinė būseną	10,31 \pm 2,72	10,90 \pm 1,78	0,332
	Socialiniai santykiai	12,55 \pm 1,70	11,22 \pm 2,58	0,028
	Aplinka	13,41 \pm 1,53	12,47 \pm 1,87	0,210

p – statistinio rezultatų reikšmingumo lygmuo.

Kaip matyti iš lentelės, palyginus pirmą ir antrą tyrimus, gyvenimo kokybės statistiškai reikšmingai pablogėjo tik vienintelėje – socialinių santykių – srityje.

Šlapimo nelaikymas daro neigiamą įtaką senyvo amžiaus vyrų gyvenimo kokybei, tačiau turi nevienodą įtaką atskiroms gyvenimo kokybės sritims.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šis mokslinis tyrimas skirtas vyrų šlapimo nelaikymo paplitimui ir erekcijos sutrikimų dažnumui nustatyti bei įvertinti jų poveikį gyvenimo kokybei. Iš viso apklausti 956 Vilniaus miesto gyventojai (55–96 metų amžiaus): 788 vyrai, gyvenantys Vilniaus miesto bendruomenėje, ir 168 vyrai, gyvenantys Vilniaus miesto globos įstaigose.

Teigiama, kad tiesioginė respondentų apklausa bei atsitiktinė atranka leidžia statistiškai reikšmingai nustatyti problemos paplitimą, nes išaiškina ir tuos asmenis, kurie nesikreipia į gydymo įstaigas. Net šalyse, kur medicinos pagalba gerai organizuota, medicininės dokumentacijos peržiūrėjimas siekiant nustatyti šios būklės paplitimą nepasiteisino ir nurodoma, kad tiesioginė respondentų apklausa leidžia gauti tikslesnius įvertinimus. U. Malmsten su bendraautorais (Švedija) niekada nesikreipusių į medikus vyrų rado 54 proc. šlapimo nelaikančiųjų [6]. D. Castro su bendraautorais (Ispanija) – 47,9 proc. [128], A. Welz-Bart su bendraautorais (Vokietija) – 45 proc. [21], C. Hampel su bendraautorais – 40 proc. Europos gyventojų [44], Y. Ko su bendraautorais (JAV) apie 50 proc. gyventojų [129]. D. Irwin su bendraautorais, remdamiesi *EPIC* multicentrinio tyrimo duomenimis nurodo, kad 37 proc. vyrų su šlapinimosi sutrikimais niekada nesikreipė į medikus [130]. Mūsų tyrime dėl šio sutrikimo į poliklinikos gydytoją kreipėsi 40,3 proc. vyrų, o 50,7 proc. ši sutrikimą turinčių Vilniaus gyventojų neieško pagalbos. Šiame darbe pritaikyta respondentų atsitiktinė atranka ir tiesioginė apklausa interviu būdu leidžia tiksliau įvertinti šlapimo nelaikymo problemos paplitimą. Imtis suformuota atsitiktiniu būdu, o faktinė gautos imties struktūra yra beveik identiška Vilniaus miesto bendruomenės atitinkamo amžiaus gyventojų struktūrai. Galima teigti, kad atliktas tyrimas yra reprezentatyvusis, o rezultatus galima taikyti visai Vilniaus miesto atitinkamo amžiaus populiacijai.

Mūsų tyrimo duomenimis, Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių 55 m. amžiaus ir vyresnių vyrų šlapimo nelaikymo dažnumas yra 17,8 proc. Atskirose pasaulio šalyse atlikta daug tyrimų, skirtų įvertinti šlapimo nelaikymo paplitimą bendrojoje populiacijoje [131–136]. Tačiau įvairių mokslininkų pateikiami rezultatai

skiriasi priklausomai nuo taikytų apklausos būdų, imties pasirinkimo kriterijų, respondentų amžiaus struktūros, naudojamų klausimynų standartizacijos lygio bei kitų detalių. Pagal naujausius tyrimus, bendruomenėje gyvenančių 55 metų ir vyresnių žmonių, šlapimo nelaikymas svyruoja nuo 20 iki 36 proc. [36–43]. Kai kuriose literatūroje skelbiamose studijose šlapimo nelaikymo paplitimas skaičiuotas visai suaugusiųjų populiacijai, t.y. respondentų amžius – nuo 18 iki 100 metų. Gi, mūsų darbo tikslas buvo nustatyti šlapimo nelaikymo dažnumą tarp vyresnio amžiaus vyrų, nes ši patologija labiau būdinga senatvei.

C. Hampel su bendraautoriais nurodo, jog bendruomenėje gyvenančių vyresnio amžiaus žmonių šlapimo nelaikymo dažnumas atskirose šalyse kinta nuo 4,5 iki 53 proc., Europoje jis yra 15,6 proc. [137]. Vokietijoje šlapimo nelaikymo paplitimas tarp 18–92 metų (vidurkis 50 m.) amžiaus bendruomenėje gyvenančių vyrų sudaro 9,5 proc. [131]. F. Parazzini su bendraautoriais nustatė šlapimo nelaikymo paplitimą Italijoje: 11,3 proc. 50–98 metų amžiaus grupėje vyrų, gyvenančių bendruomenėje (tiriamųjų vyrų amžiaus vidurkis – 64,8 metai) [138]. L. Stothers su bendraautoriais nurodo, kad JAV amžiaus grupėje 60 metų ir vyresni šlapimo nelaikymą pažymi 17 proc. vyrų [24]. Japonijoje šlapimo nelaikymas diagnozuotas 70,3 proc. vyrų, vyresnių negu 65 metai [139]. Palyginę šlapimo nelaikymo paplitimą JAV ir Europos šalyse su mūsų gautais duomenimis atskirose amžiaus grupėse, galime konstatuoti, kad Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių senyvo amžiaus vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas artimas JAV (17,8 proc. ir 17,0 proc. atitinkamai), tačiau yra didesnis negu nustatytas Italijoje (11,2 proc.), Brazilijoje (11,8 proc.), Ispanijoje (14,0 proc.) ir 23 proc. Vokietijoje [131, 132, 136, 140]. A. Klausner ir J. Vapenk atliktos literatūros analizės duomenimis šlapimo nelaikymo paplitimas nustatytas 15–30 proc. bendruomenėje gyvenančių vyresnio amžiaus vyrų [35].

D. Thom, apibendrinęs 21 studijos duomenis, pranešė, kad šlapimo nelaikymo paplitimo įvertinimas skiriasi dėl skirtingų apibrėžimų ir tarp vyresnio amžiaus vyrų varijuoja nuo 11 iki 34 proc. [141]. Y. Ko su bendraautoriais taip pat nurodo, kad skirtingi paplitimo rodikliai atskirose studijose yra dėl nevienodai apibūdinamo šlapinimosi sutrikimo [129]. Vyrų šlapimo nelaikymo paplitimo rodikliai, nurodyti

T. Michikawa su bendraautoriais [139] ir L. Francesco su bendraautoriais [142] darbuose, palyginus su mūsų gautais duomenimis, yra ypatingai aukšti. Tai galima būtų sieti su aukščiau minėtų autorių kitokiu arba platesniu problemos apibrėžimu, taip pat su nestandartizuotų klausimynų naudojimu. Pastaraisiais metais paskelbtoje literatūroje pranešama apie naujos Tarptautinės Sulaikymo Draugijos klasifikacijos taikymą šlapinimosi sutrikimų turinčių asmenų moksliniuose tyrimuose [1, 76]. Tai turėtų padėti palyginti skirtingų autorių rezultatus.

Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenantiems vyrams (vidutinis amžius $70,26 \pm 13,63$ m.) rastas didesnis (38,1 proc.) šlapimo nelaikymo paplitimas, negu gyvenantiems bendruomenėje. Panašūs rezultatai randami ir mokslinėje literatūroje – šlapimo nelaikymo paplitimas senyvo amžiaus vyrams, gyvenantiems globos įstaigoje, yra didesnis negu bendruomenėje ir svyruoja tarp 38 ir 87 proc. [143–153]. Austrijoje globos įstaigose nustatytas vyrų šlapimo nelaikymo paplitimo rodiklis siekia 65 proc., Italijoje – 39,2 proc., Turkijoje – 52,7 proc., JAV – 50 proc., Korėjoje – 65,1 proc., Čekijos Respublikoje – 63,3 proc., Didžiojoje Britanijoje – 65 proc., Vokietijoje – 79,5 proc. C. Hampel su bendraautoriais nurodo, jog globos įstaigose gyvenančių asmenų, nelaikančių šlapimo, yra 56 proc., tačiau tarp asmenų, sergančių demencija, Alzheimerio liga bei kai kuriomis kitomis ligomis šio sutrikimo paplitimas viršija 90 proc. [44]. Toks didelis šlapimo nelaikymo paplitimas tarp globos įstaigose gyvenančių vyrų įrodo problemos aktualumą.

Nedaug yra šlapimo nelaikymo paplitimo mokslinių tyrimų, kuriuos atliekant būtų apimta visa senyvo amžiaus vyrų populiacija, gyvenanti tam tikroje teritorijoje.

Kaip minėjome, mūsų tyrimo duomenimis Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių 55 m. amžiaus ir vyresnių vyrų šlapimo nelaikymo dažnumas yra 17,8 proc. Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp 55–74 metų amžiaus Vilniaus miesto vyrų 12,6 proc., kai tarp 75 metų ir vyresnio amžiaus – 26,5 proc. Didėjant amžiui nelaikančių šlapimo vyrų daugėja nuo 6,3 proc. amžiaus grupėje 55–59 m. iki 36,4 proc. amžiaus grupėje 90–94 m., tačiau šis didėjimas nėra tolygus. C. Temml ir bendraautoriai, tyrę šlapimo nelaikymo paplitimą Austrijoje, nustatė 7,6 proc. šlapimo nelaikymą vyrų 60–69 metų amžiaus grupėje ir 11,5 proc. – vyresnių nei 70 metų vyrų

grupėje [154]. Jungtinėje Karalystėje gyvenančių bendruomenėje vyresnių nei 65 metai vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas yra 23 proc. (amžiaus grupėje 65–69 metų – 12 proc., 70–74 metų – 21 proc., 75–79 metų – 22 proc., 80 metų ir vyresniųjų – 34 proc.) [7]. Belgijoje gyvenančių 75 metų ir vyresnio amžiaus vyrų šlapimo nelaikymo dažnumas yra 9,8 proc. [135].

Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp 55–59 m. amžiaus Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenančių vyrų yra 25,0 proc., o tarp 80 – 84 m. amžiaus vyrų – 50,0 proc. Kaip ir bendruomenėje, šlapimo nelaikymo dažnumo didėjimas didėjant amžiui yra netolygus. S. Saxer su bendraautoriais nurodo, kad Šveicarijoje vyrų šlapimo nelaikymo paplitimo rodiklis globos įstaigose siekia 51,4 proc. amžiaus grupėje 65 metai ir vyresni, o šlapimo nelaikymo dažnumas pagal amžiaus grupes didėja: nuo 44 proc. – 65–75 metų; 53 proc. – 75–85 metai; 51,2 proc. – 85–95 metai iki 62,2 proc. vyresnių nei 95 metai vyrų [155]. Švedijos mokslininkai nurodo žymiai didesnę šlapimo nelaikymo paplitimą vyresnio nei 85 metai vyrams, gyvenantiems slaugos įstaigose – 83,9 proc. [156]. S. Kocaöz ir bendraautorių nuomone paplitimo dažnio skirtumai gali būti grindžiami priėmimo į globos įstaigas kriterijų skirtumais [147]. Jie teigia, kad Turkijoje priimami į globos įstaigas vyresnio amžiaus vyrai neturi judėjimo sutrikimų, stabilūs protiškai ir gana savarankiški – atitinkamai šlapimo nelaikymo paplitimas yra mažesnis, o neįgalūs senyvo amžiaus žmonės prisitaikant tradicijų slaugomi namuose.

Taigi, vyrams su amžiumi šlapimo nelaikymas dažnėja. Kai kurie autoriai, remdamiesi populiaciniais šlapimo nelaikymo paplitimo tyrimais, nurodo, kad tarp amžiaus ir šlapimo nelaikymo paplitimo yra tiesinė priklausomybė, šlapimo nelaikymas vyrams dažnėja tolygiai [6]. Tačiau kitų tyrėjų, kaip ir mūsų, duomenimis ši prielaida nepasitvirtina. Pagal literatūros duomenis amžiaus periode 70 metų ir vyresni paplitimo rodikliai gana ženkliai skiriasi. Labai didelė šlapimo nelaikymo paplitimo procentinė išraiška pačių seniausių vyrų grupėse nėra pakankamai įrodyta, nes apklaustųjų kontingentas labai skiriasi. Taigi, didesni paplitimo rodikliai gali būti susiję su skirtingu tirtosios grupės respondentų pasiskirstymu pagal amžiaus grupes. Vyresnio amžiaus grupių proporcijos atskirose studijose skiriasi, kas riboja paplitimo

rodiklių palyginimą, o atskirai analizuojant autorių nurodytas tik tam tikro amžiaus grupes gaunamos nemažos paklaidos.

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, 67,1 proc. apklaustų asmenų nurodė, kad šlapimo nelaikymas juos vargina nuo vienerių iki penkerių metų, o 21,1 proc. – ilgiau nei penkerius metus. Nustatėme, kad amžiaus grupėje nuo 55 iki 74 metų 45,2 proc. šlapimo nelaikančių vyrų vargino dirgli šlapimo pūslė, 4,8 proc. įtampos šlapimo nelaikymas, 29,0 proc., mišrus šlapimo nelaikymo tipas. Daugumai 75 metų ir vyresnio amžiaus Vilniaus miesto bendruomenės šlapimą nelaikančių vyrų (53,2 proc.) nustatyta dirgli šlapimo pūslė, 7,8 proc. – įtampos šlapimo nelaikymas ir 31,2 proc. – mišrus šlapimo nelaikymas. Daugiau negu pusė (55,5 proc.) šlapimo nelaikymo atvejų Vilniaus miesto globos įstaigose gyvenantiems vyrams yra dėl dirglios šlapimo pūslės, 8,9 proc. nustatytas įtampos šlapimo nelaikymas, 28,9 proc. – mišrus šlapimo nelaikymas. Galima teigti, kad mūsų tyrime dirgli šlapimo pūslė buvo vyraujantis apklaustų vyrų šlapimo nelaikymo tipas. Ši proporcija yra panaši, kaip ir kitų autorių skelbiamuose moksliniuose straipsniuose, o būtent – vyresnio amžiaus vyrams 40–80 proc. atvejų nustatoma dirgli šlapimo pūslė, mišrus šlapimo nelaikymas 10–30 proc., įtampos šlapimo nelaikymas – iki 10 proc. [157–161]. Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymo dėl dirglios šlapimo pūslės duomenys yra artimiausi Belgijoje gyvenančių vyrų duomenims (53,2 proc. ir 45,0 proc. atitinkamai) [162]. Kitų šalių moksliniuose straipsniuose skelbiami rezultatai skiriasi daugiau. D. Irwin ir bendraautorių populiacinio tyrimo, atlikto 2005 m. Kanadoje, Vokietijoje, Italijoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje (*EPIC study*), duomenimis dirgli šlapimo pūslė nustatyta 11,8 proc., kiti tipai – 9,4 proc., bendras paplitimas populiacijoje – 21,2 proc. [130]. Ispanijoje dirgli šlapimo pūslė nustatyta 17,4 proc. vyrų [128]. Tokius skirtingus šlapimo nelaikymo tipų pasiskirstymo rodiklius tarp šalių galima būtų paaiškinti demografiniais šalių ypatumais, metodologiniais darbų skirtumais, ir tuo, kad tyrimai buvo vykdomi ne vienu metu, o gauti rodikliai daugumoje atvejų nebuvo standartizuoti.

Mūsų tyrimo duomenimis Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymo sąsają su jų darbo pobūdžiu bei šeimine padėtimi nenustatyta,

tačiau priklausomai nuo išsimokslinimo rasti statistiškai reikšmingi skirtumai, lyginant su kontroline grupe. Vertinant gebėjimus apsitarnauti nustatyta, kad 45,0 proc. gyvenančių bendruomenėje šlapimo nelaikančių vyrų buvo sutrikusios instrumentinės kasdienės veiklos funkcijos, pagal IADL klausimyną. Tarp gyvenančių globos įstaigose nelaikančių šlapimo vyrų instrumentinės kasdienės veiklos funkcijos buvo sutrikusios 73,3 proc. atvejų. Literatūroje nurodoma, kad globos įstaigose gyvenantys vyrai, turintys šlapimo nelaikymo sutrikimų, taip pat dažnai turėjo pažinimo ir IADL funkcijų sutrikimų [51, 155]. Statistiškai reikšmingos sąsajos tarp šlapimo nelaikymo ir instrumentinių funkcijų sutrikimų nustatytos J. Leduc-Holroyd su bendraautoriais ir K. Stenzelius su bendraautoriais darbuose [163, 164]. Sutrikęs savarankiškumas patikimai susijęs su 2–4 kartus didesne šlapimo nelaikymo rizika [165]. Šlapimo nelaikymas didina priklausomybės laipsnį, trikdo darbingumą, sukelia stresinę būseną [64, 166, 167]. Šiems žmonėms reikalinga didesnė parama, jie daugiau priklauso nuo aplinkinių žmonių.

Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad yra reikšmingi savarankiškumo skirtumai tarp bendruomenėje gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų ir neturinčių šio sutrikimo vyrų. Globos įstaigose gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų kasdienės veiklos funkcijų sutrikimai buvo ryškesni negu bendruomenės vyrų, o sąsajos tarp šlapimo nelaikymo ir savarankiškumo statistiškai reikšmingai įrodytos.

Šlapimo nelaikymo rizikos veiksnių vertės nustatymas yra svarbus prognozės atžvilgiu, nereikalauja papildomų priemonių, padeda tiksliau įvertinti specialiosios pagalbos apimtį. Mūsų tyrime atskirų veiksnių įtakai šlapimo nelaikymui įvertinti naudotas atvejo ir kontrolės tyrimas. Rizikos veiksnio poveikio ryšys su šlapimo nelaikymo vystymusi vertintas apskaičiavus šansų santykį.

Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad vyrams, gyvenantiems Vilniaus mieste, šlapimo nelaikymą sąlygoja keletas veiksnių, o būtent – Vilniaus miesto bendruomenės vyrams vyresniems nei 75 metai dažniausiai šlapimo nelaikymą sąlygojo du ar trys (36,4 proc.), keturi ar penki (20,8 proc.), šeši ir daugiau (22,0 proc.) veiksnių. Mokslinėje literatūroje taip pat nurodoma, kad šlapimo nelaikymą vyresniame amžiuje beveik visuomet sąlygoja keletas veiksnių: apribotas

judrumas, medikamentai, lėtinė obstipacija, diuretikai, hiperglikemija, hiperkalcemija ir kiti [149].

Nustatėme, kad šlapimo nelaikantys vyrai dažniausiai serga nervų, kraujotakos, urogenitalinės ir kvėpavimo sistemų bei akių ligomis. Juos vargina judėjimo funkcijos sutrikimai. S. Maggi [132], H. Van Oyen ir P. Van Oyen [135], tyrę šlapimo nelaikymo rizikos veiksnius, nustatė sąsajas tarp judėjimo sutrikimų ir šlapimo nelaikymo, kurias patvirtina ir M. Du Moulin su bendraautoriais tyrimo rezultatai [168]. Atlikę išsamią šlapimo nelaikančių vyrų, gyvenančių Vilniaus miesto globos įstaigose, duomenų analizę, mes taip pat galime teigti, kad nuolatiniam šlapimo nelaikymui atsirasti turi įtakos apribotas tiriamųjų judrumas ($\bar{X} = 3,21$; 95% PI 1,24–8,55; $p = 0,008$).

Šlapimo nelaikymas statistiškai reikšmingai susijęs su morbidiškumu ir koreliuoja su padidėjusia hospitalizavimo rizika [47, 169]. Literatūros duomenimis, širdies nepakankamumas ir ūminės bei lėtinės ligos, bendros sveikatos problemos vyresnio amžiaus žmonėms sukelia šlapimo nelaikymą [147]. Tiriant Vilniaus miesto bendruomenės 55–74 metų vyrų galimus nuolatinį šlapimo nelaikymą sąlygojančius rizikos veiksnius, nustatėme kad šlapimo nelaikymo riziką statistiškai reikšmingai didina šios ligos – persirgtas insultas ($\bar{X} = 4,32$; 95% PI 1,95–9,48), gerybinė prostatos hiperplazija ($\bar{X} = 2,31$; 95% PI 1,25–4,23), transuretrinė prostatos rezekcija ($\bar{X} = 21,95$; 95% PI 2,0–556,7), o 75 metų ir vyresniems asmenims – Parkinsono liga ($\bar{X} = 3,50$; 95% PI 1,01–12,23) bei gerybinė prostatos hiperplazija ($\bar{X} = 5,29$; 95% PI 2,91–9,65).

Mokslinėje literatūroje yra duomenų, kad vyrams, turintiems gerybinę prostatos hiperplaziją ir mažo laipsnio šlapimo ištekėjimo pojūtį, kai perpildyta šlapimo pūslė, α -adrenerginių blokatorių vartojimas didina šlapimo nelaikymą [170]. H. Yu su bendraautoriais įrodė, kad pradinių stadijų gerybinė prostatos hiperplazija sąlygoja hiperaktyvią šlapimo pūslę [171]. Mes patvirtinome moksliniuose straipsniuose skelbtus rezultatus, liudijančius kad nuolatinio šlapimo nelaikymo rizika yra statistiškai reikšmingai susijusi su gerybine prostatos hiperplazija. Mūsų duomenimis gerybinė prostatos hiperplazija yra vyraujantis nuolatinį šlapimo nelaikymą 55–74

metų amžiaus vyrams didinantis veiksnys (34,9 proc.), o 75 m. ir vyresniems vyrams, kuriems ŠN buvo dėl dirglios šlapimo pūslės, šlapimo nelaikymo tikimybę gerybinė prostatos hiperplazija didino 5,29 karto (95% PI 2,91–9,65; $p = 0,001$). Senyvo amžiaus vyrams, esant šlapimo pūslės obstrukcijai, 50–75 proc. atvejų nustatomas hiperaktyvios pūslės sindromas, o esant šiam sindromui urodinaminių tyrimų metu 57 proc. verifikuojama pūslės obstrukcija [172]. Literatūros duomenimis, šlapimo nelaikymas po prostatektomijos 34 proc. būna dėl sfinkterio silpnumo, 30 proc. – dėl dirglios šlapimo pūslės ir 36 proc. – dėl mišraus šlapimo nelaikymo (t. y. įtampos šlapimo nelaikymas ir dirgli šlapimo pūslė) [169, 173]. Šlapimo nelaikymas po radiklios prostatektomijos atsiranda dėl sfinkterio pažeidimo, detruzoriaus inervacijos pažeidimo arba hiperaktyvumo [174–176].

G. Aggazzotti ir bendraautoriai nurodė, kad obstipacija yra rizikos veiksnys šlapimo nelaikymui atsirasti [146]. Mes taip pat nustatėme statistiškai reikšmingą ryšį tarp obstipacijos ir praeinančio šlapimo nelaikymo senyvo amžiaus žmonėms.

Literatūros duomenimis, depresija sergantiems žmonėms yra didesnė šlapimo nelaikymo rizika nei sveikiems [177]. Šio tyrimo rezultatų analizė parodė, kad esama depresija buvo susijusi su 3,7 karto didesne šlapimo nelaikymo rizika. Antra vertus, Y. Ko su bendraautoriais nurodo, kad šlapimo nelaikantys vyrai patiria depresiją du kartus dažniau, negu kontrolinės grupės (neturintys šio sutrikimo) vyrai [129]. Senyvo amžiaus vyrams, kuriems nustatyta dirgli šlapimo pūslė ar mišrus šlapimo nelaikymo tipas, dažniau diagnozuojama depresija, kurios metu net iki 30 proc. atvejų nustatoma senatvinė demencija [178–180]. P. Mecocci su bendraautoriais nurodo, kad pažinimo sutrikimas yra svarbiausias šlapimo nelaikymą sąlygojantis rizikos veiksnys [181]. L. Coppola su bendraautoriais, atlikę analizę daugiaveiksnės logistinės regresijos metodu patvirtino sąsajas tarp vyrų šlapimo nelaikymo ir pažinimo funkcijos sutrikimų [182]. Mūsų tyrimo duomenimis, depresija statistiškai reikšmingai didina praeinančio šlapimo nelaikymo riziką vyrams gyvenantiems tiek bendruomenėje ($\check{S}S = 3,71$; 95% PI 1,06–12,34; $p = 0,029$), tiek globos įstaigose ($\check{S}S = 3,13$; 95% PI 0,97–10,40; $p = 0,03$). Nuolatinio šlapimo nelaikymo tikimybė ($\check{S}S = 2,64$ karto) yra

statistiškai reikšmingai susijusi su ryškiu arba vidutinio sunkumo pažinimo funkcijų sutrikimu.

I. Füsgen pažymi, kad šlapimo nelaikymą 24 proc. senyvo amžiaus asmenų ypač sukelia polipragmazija; daugiau kaip 2/3 visų šlapimo nelaikančių vyresnio amžiaus vyrų, vyresnių kaip 60 metų serga keturiomis ir daugiau ligų, kurioms gydyti vienu metu suvartojama daug medikamentų, galinčių savo ruožtu įtakoti šlapimo nelaikymo simptomus [183, 184]. Mūsų tyrimo duomenimis, senyvo amžiaus vyrams, vartojantiems α -adrenerginius blokatorius, yra statistiškai reikšmingai 5,85 karto didesnė šlapimo nelaikymo tikimybė, antidepresantus – 7,28 karto; antiparkinsoninius preparatus – 14,85 karto.

Mūsų duomenimis, 98,5 proc. iš įtrauktų į tyrimą Vilniaus miesto vyrų, gyvenančių bendruomenėje, ir 70,3 proc. globos įstaigose gyvenančių vyrų užpildė visą TEFR-15 klausimyną. Literatūroje taip pat nurodoma, kad dalis vyrų, apklaustų tiesiogiai, telefonu arba paštu, vengia suteikti informaciją apie lytinės funkcijos sutrikimus. C. Temml su bendraautoriais Austrijoje atliko pirmą reprezentatyvią studiją, analizuojančią vyrų šlapimo nelaikymo įtaką erekcijos sutrikimams [154]. Autorius nurodo, kad 69,5 proc. nelaikančių šlapimo vyrų neigė, o 30,5 proc. patvirtino nepalankų šio sutrikimo poveikį lytiniam gyvenimui: 20,3 proc. nelaikančių šlapimo vyrų nurodė tik minimalius erekcijos sutrikimus, 10,2 proc. – vidutinio laipsnio ar ryškius sutrikimus [154].

Šio tyrimo metu nustatyta statistiškai reikšmingai neigiama šlapimo nelaikymo įtaka vyrų lytiniam aktyvumui: 17,3 proc. Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų per pastarąsias 4 savaites turėjo lytinių santykių – dvigubai mažiau nei kontrolinės grupės vyrai. Erekcijos sutrikimai patikimai siejami su šlapimo nelaikymu ir yra stebėti 79,2 procentams 55 metų amžiaus ir vyresnių vyrų, kai kontrolinėje grupėje šis rodiklis buvo 36,7 proc. Literatūroje taip pat nurodomas glaudus ryšys tarp erekcijos sutrikimų ir šlapimo nelaikymo [30, 185–187]. S. Brookes su bendraautoriais teigia, kad šlapimo nelaikymas gali sąlygoti seksualinę disfunkciją dėl nikturijos ir prostatito sukeltų simptomų [30].

Įvairiais tyrimais nustatyti erekcijos sutrikimų paplitimo duomenys labai skiriasi: tarp vyresnių nei 60 metų amžiaus vyrų erekcijos sutrikimus gali turėti nuo 10 iki 75 proc. respondentų. Tai aiškinama įvairiai – nurodoma, kad tyrimų rezultatai priklauso nuo pasirinktos respondentų grupės bei amžiaus, tačiau labiausiai – nuo taikytų tyrimo metodų bei apklausos būdo [188]. Mūsų gauti rezultatai yra artimi Izraelio ir Jungtinės Karalystės mokslininkų pateiktiems duomenims [189, 190].

Dėl mažo respondentų skaičiaus atskirose amžiaus grupėse negalėjome įvertinti senyvo amžiaus šlapimo nelaikančių vyrų lytinės sveikatos bei jos sutrikimų laipsnio priklausomai nuo amžiaus. Tačiau Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių kontrolinės grupės vyrų erekcijos sutrikimų dažnumas didėjant amžiui didėja: 55–59 metų amžiaus grupėje jis yra 27,8 proc., 65–69 m. – 56,7 proc., o 70–74 metų amžiaus grupėje – 71,4 proc. Glaudus ryšys tarp amžiaus ir erekcijos sutrikimų yra neabejotinas ir pagal mokslinės literatūros duomenis [102, 191–193]. Tą patvirtina net 12-oje šalių atliktų skirtingų autorių mokslinių tyrimų rezultatai [10, 31–33, 100, 112]. J. Prins su bendraautoriais palyginę 23 tarptautines studijas nustatė, kad vyrų erekcijos sutrikimų ribos kinta nuo 2 proc. (40 metų ir jaunesni) iki 86 proc. (80 metų ir vyresni) [118]. Vokietijoje erekcijos sutrikimų paplitimas 15,7 proc. amžiaus grupėje 50–59 metai, 34,4 proc. – 60–69 metai, 53,3 proc. – amžiaus grupėje 70–80 metų [117]. Austrijoje su amžiumi sutrikimų dažnumas proporcingai didėja iki 37,5 proc. amžiaus grupėje nuo 51 iki 60 metų ir 71,2 proc. amžiaus grupėje 71–80 metų [119].

Mūsų duomenimis šlapimo nelaikančių vyrų lytinės funkcijos sutrikimai skiriasi ne tik pagal erekcijos sutrikimų dažnumą, bet ir pagal sutrikimų laipsnį. Daugumai (78,9 proc.) šlapimo nelaikančių vyrų nustatėme lengvus erekcijos sutrikimus ir nenustatėme sunkaus bei vidutinio laipsnio erekcijos sutrikimų. Tai tik iš dalies sutampa su kitų tyrėjų rezultatais. Belgijoje ištyrus bendruomenėje gyvenančius vyrus (amžius 40–70 metų), sunkus erekcijos sutrikimas nustatytas – 10,1 proc., vidutinis – 24,7 proc., lengvas – 26,6 proc. [114]. A. Nicolosi su bendraautoriais Tarptautinio tyrimo duomenimis, amžiaus grupėje 40–70 metų vidutinis arba visiškas erekcijos sutrikimų paplitimas Japonijoje sudarė 34 proc., Malaizijoje – 22 proc.,

Italijoje – 17 proc. ir Brazilijoje – 15 proc. [115]. Šiuos rezultatų skirtumus galima paaiškinti mažu šlapimo nelaikančių vyrų, per pastarąsias keturias savaites turėjusių lytinių santykių, skaičiumi mūsų tyrime.

Mūsų tyrimo rezultatai, gauti naudojant PSO rekomenduojamą gyvenimo kokybės įvertinimo standartizuotą klausimyną *WHOQOL-BREF*, įrodė reikšmingą neigiamą šlapimo nelaikymo poveikį vyrų subjektyviai suvokiamai gerovei. Galime teigti, kad esant šlapimo nelaikymui, blogėja Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių vyrų psichoemocinė būklė, sutrinka ryšiai su aplinka, nukenčia socialiniai santykiai, įtakojamas darbingumas.

Pastaraisiais metais pasirodė mokslinių publikacijų, įrodančių ryškesnę nei kitų susirgimų šlapimo nelaikymo neigiamą įtaką vyrų gyvenimo kokybei. Analizuojant literatūrą, radome tik du straipsnius, nagrinėjančius šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybę naudojant *WHOQOL-BREF* klausimyną [64, 194]. J. Haltbakk su bendraautorais apibrėžė gyvenimo kokybės bei fizinės sveikatos pokyčius ir įrodė *WHOQOL-BREF* klausimyno tinkamumą šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybės rodikliams vertinti [194]. Atskirų *WHOQOL-BREF* gyvenimo kokybės klausimyno sričių įverčiai ryškiai koreliavo su sutrikimo klinicine forma ir intensyvumą nagrinėjančiais (angl. *Sandvic Incontinence Severity Index*) rodikliais. J. Haltbakk su bendraautorais taip pat ištyrė 480 nelaikančių šlapimo vyrų gyvenimo kokybę ir nustatė reikšmingą šio sutrikimo neigiamą įtaką [64]. Tokiu būdu, mūsų tyrime kaip ir J. Haltbakk su bendraautorais studijose įrodyta ryški neigiama šlapinimosi sutrikimo įtaka gyvenimo kokybei. Tačiau visiškai sutapatinti gautų rezultatų negalima, kadangi norvegų mokslininkų studijoje buvo tirti vyrai su prostatos hiperplazija, o mūsų tyrime tokie ligoniai sudarė tik dalį tiriamųjų.

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių vyrų gyvenimo kokybės vertinimui įtakos turėjo amžius. Palyginus tarpusavyje dviejų amžiaus grupių (75–84 metų ir 85–98 metų amžiaus) vyrus, tarp jų rasti statistiškai reikšmingi skirtumai psichologinės bei fizinės sveikatos srityse – vyresnio amžiaus vyrų rodikliai blogesni. Šlapimo nelaikymas turėjo neigiamą įtaką visoms *WHOQOL-BREF* klausimyno sritims, tačiau šis efektas priklauso nuo tiriamųjų amžiaus; ypač tai

žymu tiriant šlapimo nelaikymo poveikį psichologinės sveikatos ir socialinių santykių, srityse, atspindinčiose gyvenimo kokybę.

Pastarųjų metų literatūroje randama mokslinių publikacijų, kuriose specifinių klausimynų pagalba nagrinėjama gydymo įtaka sergančiųjų įvairių tipų šlapimo nelaikymu gyvenimo kokybei [60, 77]. Šlapimo nelaikymui skirtų validizuotų specifinių klausimynų pagalba, pvz., hiperaktyvios šlapimo pūslės klausimyno (angl. *Overactive Bladder Questionnaire*) [63, 167] bei Kingo sveikatos klausimyno (angl. *King's Health Questionnaire*) [195], parodyta neigiama šlapimo nelaikymo dėl hiperaktyvios šlapimo pūslės įtaka gyvenimo kokybei [59, 196].

Nelaikančių šlapimo vyresnio amžiaus vyrų gyvenimo kokybę nagrinėjama įvairiose publikacijose. Nurodoma, kad šis sutrikimas neigiamai veikia klausimyno SF-36 sričių vertinimus [64, 67, 129]. C. Currie su bendraautoriais konstatavo, kad didesnis šlapinimosi sutrikimo intensyvumas asocijuojasi su blogesne fizinės sveikatos, bendro sveikatos vertinimo, socialinių ryšių vertinimo kokybe [197]. Kiti mokslininkai [64, 166, 198], naudodami gyvenimo kokybės klausimyną SF-36, nustatė nelaikančių šlapimo vyrų gyvenimo kokybės sąsajas su amžiumi, gretutinėmis ligomis bei socialiniu statusu, nors D. Hunter su bendraautoriais nepavyko parodyti įtakos socialinių santykių sričiai [199].

Mūsų tyrimo duomenimis, globos įstaigose gyvenančių vyrų statistiškai reikšmingai skyrėsi fizinė sveikata, psichologinė būseną, lyginant tiriamąją grupę su kontroline grupe. Įvairių tyrimų duomenimis, naudojant bendrojo tipo klausimyną SF-36, nelaikančių šlapimo vyrų gyvenimo kokybės rodikliai buvo reikšmingai blogesni visose SF-36 skalėse [50, 129, 167, 197]. Dauguma tyrėjų mano, kad blogesnė šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė susijusi su šlapimo nelaikymo tipu [66, 68, 129]. Respondentų su dirglia šlapimo pūsle gyvenimo kokybė yra reikšmingai blogesnė, nei asmenų, turinčių įtampos šlapimo nelaikymo problemų [63, 64, 67]. Mūsų tyrimo duomenys patvirtina šį teiginį.

Pažymėtina, kad 55–59 metų amžiaus Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenantys vyrai, lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingai blogiau vertina ir gyvenimo kokybės socialinių santykių sritį. Šie mūsų duomenys patvirtina prielaidą,

kad šlapimo nelaikymas turi ypatingai neigiamą įtaką žmogaus socialiniam gyvenimui: integracijai į bendruomeninį gyvenimą bei profesinei veiklai [6, 129], riboja laisvalaikio praleidimą, verčia keisti numatytus dienos planus, gyvenimo būdą bei nusistovėjusius įpročius [6, 67, 135, 147]. Mūsų tyrimo duomenimis, nelaikančių šlapimo 75 metų ir vyresnių vyrų gyvenimo kokybė, palyginus su kontroline grupe, buvo statistiškai reikšmingai blogesnė fizinės sveikatos, psichologinės būsenos ir ryšio su aplinka srityse.

Ryškesnį poveikį gyvenimo kokybei daro lėtinės ilgai besitęsiančios ir progresuojančios ligos, smarkiai ribojančios gebėjimą savarankiškai judėti, save prižiūrėti, aktyviai dalyvauti bendruomenės veikloje [55, 61, 62]. Pritaikius regresinę duomenų analizę Y. Ko su bendraautorais įrodė ryškesnę šlapimo nelaikymo neigiamą įtaką gyvenimo kokybei palyginus su kitais susirgimais ir du kartus didesnę riziką depresijai išsivystyti [129]. Nurodoma, kad šlapimo nelaikymas turi įtakos seksualinei funkcijai, sukelia socialinę izoliaciją ir kitų psichosocialinių problemų [66, 197, 200]. K. Coyne su bendraautorais ir kiti tyrėjai paskelbė duomenis apie šlapimo nelaikymo neigiamą įtaką vyrų psichoemocinei būklei bei depresijos atsiradimui [167, 197]. Tai visiškai sutampa su mūsų gautais duomenimis, kurie parodė, kad šlapimo nelaikančiųjų grupėje statistiškai reikšmingai didesni gyvenimo kokybės pokyčiai yra fizinės sveikatos ir psichologinės būsenose srityje, lyginant su kontroline grupe.

Nustatyta, kad globos įstaigose gyvenantys vyrai gyvenimo kokybę vertino skirtingai: lyginant su sergančiais fibromialgija, obstrukciniu bronchitu, prostatos vėžiu, nelaikančių šlapimo vyrų gyvenimo kokybės tyrimo duomenys buvo blogesni [64, 129, 201]. Globos įstaigose atliktų tyrimų duomenimis, gyvenimo kokybė skyrėsi tarp skirtingomis lėtinėmis ligomis sergančių žmonių grupių [51, 55, 60]. Mes gi nustatėme, kad nelaikančių šlapimo vyrų gyvenimo kokybės vertinimui įtakos turėjo sritys, nusakančios fizinę sveikatą, psichologinę būseną ir aplinką – jų pažeidimai reikšmingai blogesni.

Apibendrinant mūsų atlikto tyrimo gyvenimo kokybės analizės duomenis, galime teigti, kad Vilniaus miesto bendruomenės 75 metų amžiaus ir vyresni vyrai blogiau vertino fizinę sveikatą, psichologinę būseną, ryšį su aplinką atspindinčias

gyvenimo kokybės sritis, tuo tarpu globos įstaigose gyvenantys vyrai blogiau vertino tik fizinę sveikatą ir psichologinę būseną.

Siekiant nustatyti šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybės pokyčius, praėjus 2 metams nuo pirmosios apklausos, pakartotinai tirti 140 Vilniaus miesto bendruomenėje ir 64 globos įstaigose gyvenantys nelaikantys šlapimo vyrai.

Pažymėtina, kad antro tyrimo metu buvo apklausti tie patys vyrai, kuriems pirmo tyrimo metu gydytojas interviu metodu nustatė šlapimo nelaikymą, tačiau po dviejų metų iš jų tik vienam trečdaliui nustatytas šlapimo nelaikymas. Šis faktas aprašytas ir mokslinėje literatūroje: įvairių autorių duomenimis pusei vyrų šis sutrikimas gali būti pagydomas [35, 147]. Mūsų duomenimis, pakartotinio tyrimo metu 40,8 proc. bendruomenėje gyvenančių ir 32,0 proc. globos įstaigose gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymu nesiskundė ir tokie respondentai nebuvo įtraukti į tolimesnę analizę.

Pakartotinio tyrimo duomenimis, Vilniaus miesto bendruomenėje vyrų gyvenimo kokybė pasikeitė. Nelaikantiems šlapimo 55–98 metų vyrams, nustatyta blogesnė gyvenimo kokybė fizinės sveikatos srityje ($p = 0,036$), nelaikančių šlapimo vyrų pažinimo funkcijos sutrikimų pokyčiai pakartotinio tyrimo metu nestebėti, gebėjimas apsitarnauti nepablogėjo, lyginant su pirmu tyrimu ($p > 0,05$). Nelaikančių šlapimo vyrų, kuriems sutrikusi pažinimo funkcija, antro tyrimo metu, blogesnė psichologinės būsenos ($p = 0,043$) gyvenimo kokybės sritis, lyginant su kontroline grupe. Globos įstaigose gyvenantiems šlapimo nelaikantiems vyrams nustatyti reikšmingai neigiami gyvenimo kokybės pokyčiai socialinių santykių srityje. Bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių šlapimo nelaikančių vyrų gebėjimas apsitarnauti nepasikeitė.

Apibendrinant šio tyrimo rezultatus, galima teigti, jog Vilniaus miesto bendruomenėje ir globos įstaigose gyvenančių vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas yra gana didelis, jį sąlygoja keli rizikos veiksniai. Šis sutrikimas reikšmingai įtakoja savarankiškumą, lytinį pajėgumą bei subjektyviai suvokiamą gerovę.

6. IŠVADOS

1. Šlapimo nelaikymo dažnumas tarp Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių 55 metų amžiaus ir vyresnių vyrų yra 17,8 proc., o tarp globos įstaigose gyvenančių vyrų – 38,1 proc.
2. Su amžiumi šlapimo nelaikymo dažnumas didėja: 55–74 metų amžiaus vyrams šlapimo nelaikymo dažnumas yra 12,6 proc., o 75 metų ir vyresniems – 26,5 proc.
3. Praeinančio šlapimo nelaikymo riziką senyvo amžiaus vyrams statistiškai reikšmingai didina depresija, obstipacija, triciklių antidepresantų, α -adrenerginių blokatorių, antiparkinsoninių vaistų ir benzodiazepinų vartojimas. Nuolatinio šlapimo nelaikymo tikimybę labiausiai didina gerybinė prostatos hiperplazija, mažas fizinis aktyvumas, patirtas insultas, transuretrinė prostatos rezekcija, lengvas ir vidutinis pažinimo sutrikimas bei Parkinsono liga.
4. Erekcijos sutrikimai nustatyti 79,2 proc. šlapimo nelaikančių 55 metų amžiaus ir vyresnių vyrų ir 36,7 proc. to paties amžiaus sveikų vyrų, gyvenančių Vilniaus miesto bendruomenėje.
5. Esant šlapimo nelaikymui, Vilniaus miesto bendruomenės vyrams statistiškai reikšmingai blogesnės yra šios gyvenimo kokybės sritys: fizinė sveikata ($p = 0,001$), psichologinė būseną ($p = 0,001$), socialiniai santykiai ($p = 0,002$) ir aplinka ($p = 0,033$), o gyvenantiems globos įstaigose – fizinė sveikata ($p = 0,001$), psichologinė būseną ($p = 0,003$) ir aplinka ($p = 0,041$), lyginant su sveikais vyrais. Praėjus 2 metams šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė pablogėjo fizinės sveikatos bei socialinių santykių srityse.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Šeimos gydytojams bei globos ir slaugos įstaigų medicinos personalui rekomenduojama naudoti specifinius klausimynus senyvo amžiaus vyrų šlapimo nelaikymui ir erekcijos sutrikimams nustatyti.
2. Esant praeinančiam ar nuolatiniam šlapimo nelaikymui tikslinga mažinti arba šalinti jo rizikos veiksnius: didinti sergančiųjų fizinį aktyvumą, gydyti depresiją, Parkinsono ligą, obstipaciją, gerybinę prostatos hiperplaziją, skatinti optimaliai vartoti triciklius antidepresantus, α -adrenerginis blokatorius, benzodiazepinus ir antiparkinsoninius vaistus.
3. Tikslu gerinti šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybę būtina koreguoti jų psichologinę būklę ir mažinti socialinį izoliuotumą, įtraukiant į geriatrinę komandą psichologus bei socialinius darbuotojus.

8. PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA

Moksliniai straipsniai

1. Mereckas G, Kalibatienė D, Alekna V. Šlapimo nelaikymo tyrimas vyresnio amžiaus asmenims. *Medicinos teorija ir praktika* 2001; 4(28): 230–231.
2. Mereckas G, Kalibatienė D, Alekna V. Vilniuje gyvenančių vidutinio amžiaus ir pagyvenusių vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas. *Medicinos teorija ir praktika* 2002; 4(32), (priedas): 26–28.
3. Mereckas G, Alekna V. Vidutinio ir senyvo amžiaus vilniečių vyrų šlapimo nelaikymo priežastys. *Medicinos teorija ir praktika* 2002; 4(32): 306-308.
4. Mereckas G, Alekna V. Vidutinio ir senyvo amžiaus vyrų, gyvenančių Vilniaus mieste, erekcijos sutrikimų dažnumas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2005; 9(1): 9–12.
5. Mereckas G, Alekna V. Šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė. *Gerontologija* 2006; 7(4): 201-207.
6. Мряцкас Г, Алякна В, Черемных Е. Распространенность недержания мочи у мужчин преклонного возраста по данным анкетирования. *Урология* 2007; 2: 21–25.
7. Mereckas G, Alekna V, Čeremnych E. Šlapimo nelaikymo paplitimas tarp Vilniaus miesto globos namuose gyvenančių vyrų. *Gerontologija* 2007; 8(3): 175–181.
8. Mereckas G, Alekna V. Vilniaus mieste gyvenančių vidutinio ir pagyvenusio amžiaus vyrų erekcijos sutrikimai. *Gerontologija* 2008; 9(3): 171–175.
9. Mereckas G, Alekna V. Vilniaus miesto bendruomenėje gyvenančių vyresnio amžiaus vyrų šlapimo nelaikymo paplitimas pagal amžiaus grupes. *Gerontologija* 2008; 9(4): 214–218.

Pranešimai konferencijose

1. Mereckas G. Nelaikančių šlapimo pagyvenusių žmonių slauga. Respublikinė slaugos specialistų konferencija „Slaugos mokslas ir praktika 2001“, Vilnius, 2001 m. gruodžio 20 d.
2. Mereckas G. Incontinence problem of Vilnius male population. Lithuanian and Ukrainian symposium „Modern principles of diagnostics, prophylaxis and treatment of bone – muscular diseases of elderly and old age“, Vilnius, July 1–2, 2004.

9. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2): 167–78.
2. Jünemann KP. Inkontinenz im Alter. *Der Urologe A* 2002; 41(4): 338–41.
3. Goepel M, Schwenger T, May P, Sökeland J, Michel MC. Harninkontinenz im Alter. *Dt Ärzteblatt* 2002; 40: 2230–36.
4. Madersbacher H, Madersbacher S. Men's bladder health: urinary incontinence in the elderly. *J Mens Health Gend* 2005; 2(1): 31–37.
5. Beske F. Epidemiologie und soziale Bedeutung der Harninkontinenz. Weißbuch Harninkontinenz: eine sozialpolitische Herausforderung / Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V., München: MMV, Medizin-Verl., 1994; 12–25.
6. Malmsten UG, Milsom I, Molander U, Norlen LJ. Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. *J Urol* 1997; 158(5): 1733–7.
7. Stoddart H, Donovan J, Whitley E, Sharp D, Harvey I. Urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem? *Br J Gen Pract* 2001; 51(468): 548–52.
8. Teunissen TA, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Largo-Janssen AL. Prevalence of urinary and faecal incontinence among community-dwelling elderly patients in Nijmegen, The Netherlands, January 1999-July 2001. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(44): 2430–34.
9. 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(12): 1374–9.
10. Frankel SJ, Donovan JL, Peters TI, Abrams P, Dabhoiwala NF, Osawa D, Lin AT. Sexual dysfunction in men with lower urinary tract symptoms. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(8): 677–85.
11. Füsgen I, Niederstadt Ch. Das unterschätzte Tabuthema. *Geriatric Journal* 2004; 2: 14–7.
12. Wyman JF, Bliss DZ, Dougherty MC, Gray M, Kaas M, Newman DK, Palmer MH, Wells TJ. Shaping future directions for incontinence research in aging adults: executive summary. *Nurs Res* 2004; 53(Suppl. 6): 1–10.
13. Teunissen D, van Weel C, Largo-Janssen T. Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour. *Br J Gen Pract* 2005; 55(519): 776–82.
14. Friedrich C, Pientka L, Pannek J. Geriatric urology-incontinence in the elderly. *Aktuelle Urol* 2005; 36(6): 495–502.

15. Wilson PD, Berghmans B, Hagen S, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence: Proceedings from the 3rd International Consultation on Incontinence*. Plymouth, UK: *Health Publications* 2005; 855–964.
16. Abrams P, Khoury S, Wein A, (eds). *Incontinence—1st International Consultation on Incontinence*. *Health Publications Ltd* 1999; 933–69.
17. Hamzah AA, Rahman GNM, Daud MAM, Mahamood Z. A survey on lower urinary tract symptoms (LUTS) among patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) in hospital universiti sains Malaysia (HUSM). *Malaysian Journal of Medical Sciences* 2007; 14(2): 67–71.
18. Newman DK. What's New: the AHCPR guideline update on urinary incontinence. *J Ostomy/Wound Management* 1997; 42(10): 46–59.
19. Agency for Health Care Policy and Research, authors. *U.S. Department of Health Care and Human Resources publication 92–0038*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research; 1996. *Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guidelines*.
20. Toba K, Ouchi Y, Orimo H, Iimura O, Sasaki H, Nakamura Y, Takasaki M, Kuzuya F, Sekimoto H, Yoshioka H, Ogiwara T, Kimura I, Ozawa T, Fujishima M. Urinary incontinence in elderly inpatients in Japan: a comparison between general and geriatric hospitals. *Aging Clin Exp Res* 1996; 8(1): 47–54.
21. Welz-Barth A. Inkontinenz im Alter: Ein soziales und ökonomisches Problem. *Der Urologe A* 2007; 46(4): 363–7.
22. Melchior H. Harninkontinenz im Alter. *Der Urologe B* 1996; 36(6): 435–40.
23. Melchior H, Kumar V, Muller N, Maanen H, Norton C. National public health policies for prevention and care in urinary incontinence in the elderly. *World Urol* 1998; 16(Suppl. 1): 71–3.
24. Stothers L, Thom D, Calhoun E. Urologic diseases in America project: urinary incontinence in males-demographics and economic burden. *J Urol* 2005; 173(4): 1302–8.
25. Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001; 98(3): 398–406.
26. Moller LM, Lose G. Is it possible to optimize the use of economical and professional resources in the diagnosis and treatment of urinary incontinence? *Ugeskr Laeger* 2001; 163(38): 5172–5.
27. Levy R, Muller N. Urinary Incontinence: Economic Burden and New Choices in Pharmaceutical Treatment. *Adv Ther* 2006; 23(4): 556–73.
28. Klotz T, Bruggenjürgen B, Burkart M, Resch A. The economic costs of overactive bladder in Germany. *Eur Urol* 2007; 51(6): 1654–63.
29. Füsgen I. Cerebrale Veränderungen im Alter als Auslöser für Harninkontinenz. *GIH aktuell/Rat und Hilfe bei Inkontinenz*. 2000; 17: 6–9.

30. Brookes ST, Link CL, Donovan JL, McKinlay JB. Relationship between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. *J Urol* 2008; 179(1): 250–5.
31. Mock K. Epidemiology and age-related risk factors of erectile dysfunction. *Wien Med Wochenschr* 2000; 150(1-2): 2–3.
32. Li MK, Garcia LA, Rosen R. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction in Asia: a survey of ageing men from five Asian countries. *BJU Int* 2005; 96(9): 1339–54.
33. Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol* 2003; 169(6): 2257–61.
34. Johnson TM, Ouslander JG. Urinary incontinence in the older man. *Med Clin North Am* 1999; 83(5): 1247–66.
35. Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. *Mt Sinai J Med* 2003; 70(1): 54–61.
36. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community: analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993; 306(6881): 832–4.
37. Rutchik SD, Resnick MI. The epidemiology of incontinence in the elderly. *BJU* 1998; 82(Suppl. 1): 1–4.
38. Goepel M, Hoffmann JA, Piro M, Rübber H, Michel MC. Prevalence and physician awareness of symptoms of urinary bladder dysfunction. *Eur Urol* 2002; 41(3): 234–9.
39. Nitti VW. The Prevalence of Urinary Incontinence. *Reviews in Urology* 2001; 3(Suppl. 1): 2–6.
40. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. In: Abrams P, Khoury S, Wein A, Hrsg.: *Incontinence*. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd, 1999: 197–226.
41. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87(9): 760–6.
42. Kirschner-Hermans R. Harninkontinenz im Alter. *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 1998; 5(1): 19–26.
43. Diokno AC. Epidemiology of urinary incontinence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(1): 14–8.
44. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997; 50(Suppl. 6A): 4–14.

45. Goode PS, Burgio KL, Halli AD, Jones RW, Richter HE, Redden DT, Baker PS, Allman RM. Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(4): 629–35.
46. Sirls LT, Rashid T. Geriatric urinary incontinence. *Geriatr Nephrol Urol* 1999; 9(2): 87–99.
47. Thom DH, Hann MN, Van Den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission, and mortality. *Age Ageing* 1997; 26(5): 367–74.
48. Kobelt G, Kirchberger I, Malone-Lee J. Quality-of-life aspects of the overactive bladder and the effect of treatment with tolterodine. *BJU Int* 1999; 83(6): 583–90.
49. Liberman JN, Hunt TL, Stewart WF, Wein A, Zhou Z, Herzog AR, Lipton RB, Diokno AC. Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a U.S. community-based survey. *Urology* 2001; 57(6): 1044-50.
50. Naughton MJ, Wyman JF. Quality of life in geriatric patients with lower urinary tract dysfunction. *Am J Med Sci* 1997; 314(4): 219–27.
51. DuBeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(9): 1325–33.
52. WHO. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum* 1996; 17(4): 354–6.
53. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1447–62.
54. Bowling A. Measuring Health. A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1997; 1–159.
55. Leplege A, Hunt S. The Problem of Quality of Life in Medicine. *JAMA* 1997; 278(1): 47–50.
56. Parkerson JGR, Boadhead WE, Tse CK. Quality of life and functional health of primary care patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992; 45(11): 1303–13.
57. Bowling A. The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; 50(2): 149–55.
58. Patrick DL, Deyo RA. Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and the Quality of Life. In: Mezzich JE, Jorge MR, Salloum IM, eds. *Psychiatric Epidemiology. Assessment Concepts and Methods*. 1st ed. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1994; 453–74.
59. Andersson G, Johansson EJ, Garpenholt Ö, Nilsson K. Urinary incontinence-prevalence, impact on daily living and desire for treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2004; 38(2): 125–30.

60. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. Urinary incontinence (UI) and quality of life (Qol) of the elderly residing in residential homes in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49(2): 304–10.
61. Lenderking WR, Nackley JF, Anderson RB, Testa MA. A review of the quality-of-life aspects of urinary urge incontinence. *Pharmacoeconomics* 1996; 9(1): 11–23.
62. Shaw C. A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *J Clin Nurs* 2001; 10(1): 15–24.
63. Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, Hunt TL. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Value Health* 2004; 7(4): 455–63.
64. Haltbakk J, Hanestad BR, Hunskaar S. How important are mens lower urinary tract symptoms (LUTS) and their impact on the quality of life (QOL)? *Quality of Life Research* 2005; 14(7): 1733–41.
65. Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study. *BJU Int* 1999; 83(7): 760–6.
66. Roberts OR, Jacobsen JS, Rhodes T, Reilly TW, Girman JC, Talley JN, Lieber MM. Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking. *The Journal of Urology* 1998; 160(6): 2302–03.
67. Mozes B, Maor Y, Shmueli A. The competing effects of disease states on quality of life of the elderly: the case of urinary symptoms in men. *Qual Life Res* 1999; 8(1-2): 93–9.
68. Gnanadesigan N, Saliba D, Roth CP, Solomon DH, Chang JT, Schnelle J, Smith R, Shekelle PG, Wenger NS. The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5(3): 141–6.
69. Bogner HR, Gallo JJ, Sammel MD, Ford DE, Armenian HK, Eaton WW. Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3): 489–95.
70. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473–83.
71. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J., Kuyken W. (eds.). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994.
72. On behalf of the WHOQOL Group, Power M, Kuyken W, Orley J. The World Health quality of life assessment (WHOQOL)-development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569–85.

73. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and genetic version of the assessment: field trial version. December 1996, Geneva 1996: 16.
74. Matza LS, Zyczynski TM, Bavendam T. A review of quality of life questionnaires for urinary incontinence and overactive bladder: which ones to use and why? *Curr Urol Rep* 2004; 5(5): 336–42.
75. Naughton MJ, Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, Lukacs B, Shaw C. Symptom severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126(Suppl. 1): 114–23.
76. Černiauskiene A, Jankevičius F. Moterų šlapimo nelaikymo diagnostikos, gyvenimo kokybės ir gydymo rezultatų įvertinimo klausimynai. *Lietuvos chirurgija* 2008; 6(1): 11–9.
77. Matza LS, Thompson CL, Krasnow J, Brewster-Jordan J, Zyczynski T, Coyne KS. Test-retest reliability of four questionnaires for patients with overactive bladder: the overactive bladder questionnaire (OAB-q), patient perception of bladder condition (PPBC), urgency questionnaire (UQ), and the primary OAB symptom questionnaire (POSQ). *Neurourol Urodyn* 2005; 24(3): 215–25.
78. Juozulynas A, Čeremnych E, Kurtinaitis J, Jankauskienė K, Rėklaitienė R. Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Sveikatos mokslai* 2003; 1: 71–4.
79. Furmanavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai. *Medicina* 2004; 40(6): 509–16.
80. Rėklaitienė R, Juozulynas A. Sergančiųjų išemine širdies liga gyvenimo kokybės įvertinimas. *Sveikatos mokslai* 2003; 7: 2–7.
81. Visockienė Ž, Mikaliūkštienė A. Cukriniu diabetu sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimas. *Medicinos teorija ir praktika* 2004; 4(40): 336–9.
82. Valeikienė V, Juozulynas A. Gyvenimo kokybė sergant Parkinsono liga. *Gerontologija* 2006; 7(2): 78–87.
83. Dadonienė J, Stropuvienė S, Venalis A, Boonen A. High work disability rate among rheumatoid arthritis patients in Lithuania. *Arthritis Rheum* 2004; 51(3): 433–9.
84. Rugienė R, Dadonienė J, Venalis A, Stropuvienė S. Reumatinėmis ligomis sergančių ligonių ir kontrolinės grupės gyvenimo kokybės palyginimas. *Medicina* 2005; 41(7): 561–5.
85. Bulotienė G, Pralėikienė L, Vesėliūnas J. Krūties vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybės vertinimas. *Sveikatos mokslai* 2003; 7: 26–30.
86. Alekna V, Tamulaitienė M, Būtėnienė V. Sergančiųjų osteoporozė kaulų lūžių įtaka gyvenimo kokybei. *Sveikatos mokslai* 2003; 7: 22–5.
87. Čeremnych J. Measuring the quality of life in older adults using WHOQOL-100. *Gerontologija* 2003; 4(2): 85–90.

88. Dučinskienė D, Kalėdienė R, Petrauskienė J, Šumskas L. Pasaulio sveikatos organizacijos klausimyno tinkamumo įvertinimas studentų gyvenimo kokybei tirti. *Sveikatos mokslai* 2002; 3: 53–8.
89. Furmanavičius T. Fiziologinių veiksnių įtaka vyresnio amžiaus vyrų kai kuriems gyvenimo kokybės aspektams. *Medicina* 2003; 39(9): 896–901.
90. Hauri D. Erektile Dysfunktion. *Schweiz Med Forum* 2002; 35: 810–8.
91. Montague KD, Barada HJ, Belker MA, Levine AL, Nadig WP, Roehrborn GC, Sharlip DI, Bennett HA. Clinical Guidelines Panel on Erectile Dysfunction: Summary Report on the Treatment of Organic Erectile Dysfunction. *The Journal of Urology* 1996; 156(6): 2007–11.
92. Hauri D. Physiologie und Pathophysiologie der erektilen Dysfunktion: Eine Erfindung von heute? *Der Urologe A* 2004; 43(11): 1423–29.
93. Derouet H, Osterhage J, Sittinger H. Erektile Funktionsstörungen: Epidemiologie, Physiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie. *Der Urologe A* 2004; 43(2): 197–209.
94. Foreman MM, Doherty PC. Experimental approaches to the development of pharmacological therapies for erectile dysfunction. In: Riley AJ, et al. (eds), *Sexual Pharmacology*, Oxford: Oxford Medical Publications 1993; 87–113.
95. American Urological Association (2006, May). Erectile Dysfunction The Management of Erectile Dysfunction: An Update. Retrieved from the World Wide Web June 14, 2007: http://www.auanet.org/guidelines/main_reports/edmgmt/content.pdf
96. Takahashi Y. Erectile dysfunction (ED) and diabetes mellitus. *Nippon Rinsho* 2005; 63(Suppl. 6): 553–7.
97. Bellinghieri G, Savica V, Santoro D. Vascular erectile dysfunction in chronic renal failure. *Semin Nephrol* 2006; 26(1): 42–5.
98. Nishimatsu H, Kitamura T, Minowada S. Erectile dysfunction in liver disease. *Nippon Rinsho* 2002; 60(Suppl. 6): 326–30.
99. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L, Morassi P, Iona LG, Gazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler* 1999; 5(6): 418–27.
100. Zeiss AM, Davies HD, Wood M, Tinklenberg JR. The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimers disease. *Arch Sex Behav* 1990; 19(4): 325–31.
101. Karadag F, Ozcan H, Karul AB, Ceylan E, Cildag O. Correlates of erectile dysfunction in moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease patients. *Respirology* 2007; 12(2): 248–53.
102. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinaly JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151(1): 54–61.

103. Benet AE, Melman A. The epidemiology of erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 1995; 22(4): 699–709.
104. Kunelius P, Hakkinen J, Lukkarinen O. Sexual functions in patients with benign prostatic hyperplasia before and after transurethral resection of the prostate. *Urol Res* 1998; 26(1): 7–9.
105. Otani T. ED in male spinal cord injury patients. *Nippon Rinsho* 2002; 60(Suppl. 6): 383–87.
106. Lewis RW. Epidemiology of erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 2001; 28(2): 209–16.
107. Dean RC, Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 2005; 32(4): 379–95.
108. Kirby RS. Impotence: diagnosis and management of male erectile dysfunction. *BMJ* 1994; 308(6934): 957–61.
109. Lechtendeg R, Ohl DA: Effects of aging. In: *Sexual Dysfunction*, ed. 1, ed. by Lechtendeg R, Ohl DA. Philadelphia: Lea and Febiger, 1994; 183–8.
110. Larner SE, Melman A, Christal GJ. A review of erectile dysfunction: new insights and more questions. *J Urol* 1993; 149(5 Pt 2): 1246–55.
111. Shabsigh R, Fishman IJ, Schum C, Dunn JK. Cigarette smoking and vascular risk factors in vasculogenic impotence. *Urology* 1991; 38(3): 227–31.
112. Stewart AL, Ware JE, eds. *Measuring function and well-being: the medical outcomes study approach*. Durham and London: Duke University Press, 1992.
113. Oksuz E, Malhan S. The prevalence of male sexual dysfunction and potential risk factors in Turkish men: a Web-based survey. *Int J Impot Res* 2005; 17(6): 539–45.
114. Mak R, De Backer G, Kornitzer M, De Meyer JM. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a population-based study in Belgium. *Eur Urol* 2002; 41(2): 132–8.
115. Nicolosi A, Moreira ED, Shirai M, Bin Mohd Tambi MI, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology* 2003; 61(1): 201–6.
116. Buddeberg C, Bucher T, Hornung R. Erektile Dysfunktion bei Männern in der zweiten Lebenshälfte. *Der Urologe A* 2005; 44(9): 1045–51.
117. Braun M, Wolter S, Klotz T, Reifenrath B, Engelmann U. Erforschung der Epidemiologie von männlichen Sexualstörungen in Deutschland. *Reproduktionsmedizin* 2003; 19(1): 55–63.
118. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, Thomas S, Bosch JL. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. *Int J Impot Res* 2002; 14(6): 422–32.

119. Ponholzer A, Temml C, Mock K, Marszalek M, Obermayr R, Madersbacher S. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire. *Eur Urol* 2005; 47(1): 80–5.
120. O'Donnell PD. Urinary incontinence. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc, 1997.
121. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49(6): 822–30.
122. Williams B, Abrams HD, Mark H, Bcers MD, Berkov R. The Merc Manual of Geriatrics. USA, 1995.
123. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and genetic version of the assessment: field trial version. Geneva, 1996: 16.
124. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189–98.
125. Lawton MP, Brodey EM. In: Stanhope M & Knollmueller RN. Instrumental activities of daily living scale [IADL]. Handbook of community-based and home health nursing practice: tools for assessment, intervention, and education. 3rd ed. St. Louis: Mosby. 2000; 146–8.
126. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17(1): 37–49.
127. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija. Dešimtoji redakcija. Pasaulinė sveikatos organizacija. Ženeva, 1992.
128. Castro D, Espuna M, Prieto M, Badia X. Prevalence of overactive bladder in Spain: a population-based study. *Arch Esp Urol* 2005; 58(2): 131–8.
129. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care* 2005; 11(Suppl. 4): 103–11.
130. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W, Abrams P. 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): 1306–14.
131. Beutel ME, Hessel A, Schwarz R, Braehler E. Prevalence of urinary incontinence in the German population. *Der Urologe A* 2005; 44(3): 232–8.
132. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Grepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals. The Veneto Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(1): 14–8.
133. Reznicek SB. Management of incontinence in the elderly. *J Gend Specif Med* 2002; 5(5): 43–8.

134. Anger JT, Saigal CS, Stothers L, Thom DH, Rodriguez LV, Litwin MS. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling men: results from the National Health and Nutrition Examination survey. *J Urol* 2006; 176(5): 2103–8.
135. Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg* 2002; 57(4): 207–18.
136. Zunzunequi Pastor MV, Rodriguez-Laso A, Garcia de Yebenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lazaro v de Mercado P, Otero Puime A. Prevalence of urinary incontinence and linked factors in men and women over 65. *Aten Primaria* 2003; 32(6): 337–42.
137. Hampel C, Gillitzer R, Pahernik S, Hohenfellner M, Thüroff JW. Epidemiology and etiology of overactive bladder. *Der Urologe A* 2003; 42(6): 776–86.
138. Parazzini F, Cipriani S, de'Besi P, Lavezzari M, Artibani W. Urinary incontinence: frequency and diagnostic and therapeutic approach in general practice in Italy. *Arch Urol Androl* 2001; 73(3): 160–7.
139. Michikawa T, Nishiwaki Y, Kikuchi Y, Nakano M, Takamizawa M, Koike M, Kikuchi N, Mukoyami Y, Nakazawa A, Nishigaki Y, Takebayashi T. A survey on urinary incontinence among middle aged and older people. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2008; 55(7): 449–55.
140. 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* 2009; 25(8): 1756–62.
141. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(4): 473–80.
142. Francesco L, Matteo C, Andrea R, Graziano O, Fabrizia L, Roberto B. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing* 2003; 32(2): 194–9.
143. 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.
144. Watson NM, Brink CA, Zimmer JG, Mayer RD. Use of the Agency for Health Care Policy and Research Urinary Incontinence Guideline in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(12): 1810–2.
145. Pointer J, Madersbacher H. Harninkontinenz beim alten Menschen: Eine Analyse bei Bewohnern von Alten-und Pflegeheimen in Innsbruck. *Geriatr Forsch* 1993; 3(2): 66–74.
146. Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, De Vita D, Santacroce S, Artibani W. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients:

- a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy. *Urology* 2000; 56(2): 245–9.
147. Kocaöz S, Bilgili N, Eroglu K. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Turkish Nursing Homes: Across-sectional study. *Pak J Med Sci* 2009; 25(1): 18–25.
 148. Durrant J, Snape J. Urinary incontinence in nursing homes for older people. *Age Ageing* 2003; 32(1): 12–8.
 149. Ouslander JG, Schnelle JF. Incontinence in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995; 122(6): 438–49.
 150. Kim MS, Lee SH. Prevalence rate and associated factors of urinary incontinence among nursing home residents. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2008; 38(1): 92–100.
 151. Topinkova E, Neuwirth J, Stankova M, Mellanova A, Haas T. Urinary and fecal incontinence in geriatric facilities in the Czech Republic. *Cas Lek Cesk* 1997; 136(18): 573–7.
 152. Peet SM, Castleden CM, McGrother CW. Prevalence of urinary and fecal incontinence in hospitals and residential and nursing homes for older people. *BMJ* 1995; 311(7012): 1063–4.
 153. Boguth K, Schenk L. New-onset urinary incontinence in the first six month after admission into a nursing home: prevalence, incidence and remission, risk and protective factors. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41(4): 274–82.
 154. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn* 2000; 19(3): 259–71.
 155. Saxer S, Halfens GJR, De Bie AR, Dassen T. Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(18): 2490–6.
 156. Hellström L, Ekelund P, Milsom I, Mellström D. The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85 year old men and women. *Age Ageing* 1990; 19(6): 383–9.
 157. Merkelj I. Urinary incontinence in the elderly. *South Med J* 2001; 94(10): 952–7.
 158. Oelke M, de la Rosette JJ, Michel MC, Jonas U. Medikamentöse Therapie der Harninkontinenz. *Der Internist* 2005; 46(1): 75–82.
 159. Jünemann PK, Palmtag H, Hampel C, Heidler H, Naumann G, Kölbl H, van der Horst C, Schultz-Lampel D. Harninkontinenz und Urodynamik. *Der Urologe A* 2006; 45(Suppl. 4): 106–21.
 160. Schumacher S. Epidemiologie und Ätiologie der Harninkontinenz im Alter. *Der Urologe A* 2007; 46(4): 357–62.
 161. Stoffel F, Gasser CT. Die Harninkontinenz beim Mann. *Schweiz Med Forum* 2001; 48: 1195–9.

162. Schulman C, Claes H, Matthijs J. Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey. *Eur Urol* 1997; 32(3): 315–20.
163. Holroyd-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky KE. Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(5): 712–8.
164. Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg RI, Westergren A. Symptoms of Urinary and Faecal Incontinence Among Men and Women 75 + In Relations to Health Complaints and Quality of Life. *Neurourol Urodynam* 2004; 23: 211–22.
165. Wang J, Kane RL, Eberly LE, Virnig BA, Chang LH. The effects of resident and nursing home characteristics on activities of daily living. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(4): 473–80.
166. Hunskaar S, Sandvik H. One hundred and fifty men with urinary incontinence. III. Psychosocial consequences. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11(3): 193–6.
167. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int* 2008; 101(11): 1388–95.
168. Du Moulin MF, Hamers JP, Ambergen AW, Janssen MA, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adults receiving home care. *Res Nurs Health* 2008; 31(6): 604–12.
169. Shamliyan T, Wyman J, Bliss DZ, Kane RL, Wilt TJ. Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. *Evid Rep Technol Assess* 2007; (161): 1–379.
170. Schneider T, Rübber H, Michel CM. Die medikamenten-induzierte Dysfunktion der Harnblase. *Der Urologe A* 2003; 42(12): 1588–93.
171. Yu HJ, Liu CY, Lee KL, Lee WC, Chen TH. Overactive bladder syndrome among community-dwelling adults in Taiwan: prevalence, correlates, perception, and treatment seeking. *Urol Int* 2006; 77(4): 327–33.
172. Heidler H. Spezielle Ursachen der Harninkontinenz beim Mann. *Journal für urologie und urogynäkologie* 2004; 11(1): 15–6.
173. Überreiter S. Post-Prostatektomie-Inkontinenz. *Journal für urologie und urogynäkologie* 2002; 9(2): 22–3.
174. Dombo O, Otto U. Stress-Inkontinenz beim Mann: Anatomische und funktionelle Besonderheiten. *Journal für urologie und urogynäkologie* 2004; 11(1): 5–10.
175. Fowler FJ Jr, Barry MJ, Lu-Yao G, Wasson J, Roman A, Wennberg J. Effect of radical prostatectomy for prostate cancer on patient quality of life: results from a Medicare survey. *Urology* 1995; 45(6): 1007–13.
176. Fontaine E, Izadifar V, Barthelemy Y, Desgrippes A, Beurton D. Urinary continence following radical prostatectomy assessed by a self-administered questionnaire. *Eur Urol* 2000; 37(2): 223–7.

177. Ouslander JG, Morishita L, Blaustein J, Orzeck S, Dunn S, Sayre J. Clinical, functional, and psychosocial characteristics of an incontinent nursing home population. *J Gerontol* 1987; 42(6): 631–7.
178. Engberg S, Sereika S, Weber E, Engberg R, McDowell BJ, Reynolds CF. Prevalence and recognition of depressive symptoms among homebound older adults with urinary incontinence. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001; 14(3): 130–9.
179. Zorn BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD. Urinary incontinence and depression. *J Urol* 1999; 162(1): 82–4.
180. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6): 1147–56.
181. Mecocci P, von Strauss E, Cherubini A, Ercolani S, Mariani E, Senin U, Winblad B, Fratiglioni L. Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 20(4): 262–9.
182. Coppola L, Caserta F, Grassia A, Mastrolorenzo L, Altrui L, Tondi G, Verde S, Coppola A. Urinary incontinence in the elderly: relation to cognitive and motor function. *Arch Gerontol Geriatr* 2002; 35(1): 27–34.
183. Füsgen I. Harninkontinenz im Alter. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38(Suppl. 1): 4–9.
184. Füsgen I, Melchior H. Inkontinenzmanual. Diagnostik-Therapie-Rehabilitation. Berlin: Springer Verlag, 1997; 26–7.
185. Griffiths DJ, McCracken PN, Harrison GM, Gormley EA, Moore KN. Urge incontinence and impaired detrusor contractility in elderly. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2): 126–31.
186. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, O’Leary MP, Puppò P, Chris R, Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Prog Urol* 2004; 14(3): 332–44.
187. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *Int J Impot Res* 2005; 17(Suppl. 1): 52–6.
188. Wein AJ, Coyne KS, Tubaro A, Sexton CC, Kopp ZS, Aiyer LP. The impact of lower urinary tract symptoms on male sexual health: EpiLUTS. *BJU Int* 2009; 103(Suppl. 3): 33–41.
189. Shahar E, Lederer J, Herz MJ. The use of self-report questionnaire to assess the frequency of sexual dysfunction in family practice clinics. *Fam Pract* 1991; 8(3): 206–12.
190. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997; 19(4): 387–91.

191. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6): 537–44.
192. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(3): 144–8.
193. Pinnock CB, Stapleton AM, Marshall VR. Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Med J Aust* 1999; 171(7): 342–3.
194. Haltbakk J, Hanestad BR, Hunskaar S. Relevance and variability of the severity of incontinence, and increased daytime and night-time voiding frequency, associated with quality of life in men with lower urinary tract symptoms. *BJU Int* 2005; 96(1): 83–7.
195. Pat Ray Reese, Andreas M, Pleil, Gary J. Okano & Con J. Kelleher. Multinational study of reliability and validity of the King's Health Questionnaire in patients with overactive bladder. *Quality of Life Research* 2003; 12: 427–42.
196. Broome BA. The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1(1): 35.
197. Currie CJ, McEwan P, Poole CD, Odeyemi IA, Datta SN, Morgan CL. The impact of the overactive bladder on health-related utility and quality of life. *BJU Int* 2006; 97(6): 1267–72.
198. Dugan E, Cohen SJ, Bland DR, Preisser JS, Davis CC, Suggs PK, McGann P. The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(4): 413–6.
199. Hunter DJ, McKee M, Black NA, Sanderson CF. Health status and quality of life of British men with lower urinary tract symptoms: results from the SF-36. *Urology* 1995; 45(6): 962–71.
200. Engström G, Henningsohn L, Walker-Engström ML, Leppert J. Impact on quality of life of different lower urinary tract symptoms in men measured by means of the SF 36 questionnaire. *Scandinavian Journal of Urology & Nephrology* 2006; 40(6): 485–94.
201. Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM, Rohay JM, Bernier MJ. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res* 1998; 7(1): 57–65.

10. PRIEDAI

1 priedas

SOCIODEMOGRAFINĖ INFORMACIJA

Vardas, pavardė

Gimimo metai

Amžius	65–69	- 1
	70–74	- 2
	75–79	- 3
	80–84	- 4
	85–89	- 5
	90–94	- 6
	95 ir vyresni	- 7

Išsilavinimas	nesimokė	- 1
	pradinis	- 2
	vidurinis	- 3
	aukštasis	- 4

Šeiminė padėtis	susituokęs	- 1
	išsituokęs	- 2
	našlys	- 3
	pakartotinai susituokęs	- 4
	nesusituokęs	- 5

Darbas	sunkus fizinis	- 1
	lengvas fizinis	- 2
	kūrybinis, protinis	- 3

Profesija

Tyrimo data **Tel.**.....

Adresas

TARPTAUTINIS EREKCIJOS FUNKCIJOS RODIKLIS (TEFR)

1. Kaip dažnai per pastarąsias 4 savaites jūs pasiekdavote erekciją lytinio aktyvumo metu?		1	
nebuvo lytinio susijaudinimo/lytinių santykių	- 0		
beveik visada/visada	- 5		
dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų)	- 4		
kartais (apie pusę kartų)	- 3		
keletą kartų (gerokai rečiau negu pusę kartų)	- 2		
beveik niekada/niekada	- 1		
2. Kaip dažnai per pastarąsias 4 savaites, kai jūs pasiekdavote erekciją lytinės stimuliacijos metu, jums nebūdavo sunku įsiskverbti į partnerės makštį?		2	
nebuvo lytinio susijaudinimo/lytinių santykių	- 0		
beveik visada/visada	- 5		
dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų)	- 4		
kartais (apie pusę kartų)	- 3		
keletą kartų (gerokai rečiau negu pusę kartų)	- 2		
beveik niekada/niekada	- 1		
3. Kaip dažnai per pastarąsias 4 savaites lytiškai santykiaujant jums pavykdavo įsiskverbti į partnerės makštį?		3	
nebuvo lytinio susijaudinimo/lytinių santykių	- 0		
beveik visada/visada	- 5		
dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų)	- 4		
kartais (apie pusę kartų)	- 3		
keletą kartų (gerokai rečiau negu pusę kartų)	- 2		
beveik niekada/niekada	- 1		
4. Kaip dažnai per pastarąsias 4 savaites lytiškai santykiaujant jums pavykdavo palaikyti erekciją po to, kai įsiskverbdavote į partnerės makštį?		4	
nebuvo lytinio susijaudinimo/lytinių santykių	- 0		
beveik visada/visada	- 5		
dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų)	- 4		
kartais (apie pusę kartų)	- 3		
keletą kartų (gerokai rečiau negu pusę kartų)	- 2		
beveik niekada/niekada	- 1		
5. Ar sunku būdavo palaikyti erekciją lytiškai santykiaujant aktui užbaigti per pastarąsias 4 savaites?		5	
nebuvo lytinių santykių	- 0		
ypač sunku	- 1		
labai sunku	- 2		
sunku	- 3		
sunkoka	- 4		
nesunku	- 5		

6. Kiek kartų per pastarąsias 4 savaites jūs bandėte lytiškai santykiuoti?

6	
----------	--

- nesantykiavau - 0
- vieną–du kartus - 1
- tris–keturis kartus - 2
- penkis–šešis kartus - 3
- septynis–dešimt kartų - 4
- vienuolika ir daugiau kartų - 5

7. Kaip dažnai per pastarąsias 4 savaites, kai lytiškai santykiavote, pasitenkindavote pats?

7	
----------	--

- nebuvo lytinio susijaudinimo/lytinių santykių - 0
- beveik visada/visada - 5
- dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų) - 4
- kartais (apie pusę kartų) - 3
- keletą kartų (gerokai mažiau negu pusę kartų) - 2
- beveik niekada/niekada - 1

8. Kaip per pastarąsias 4 savaites jums patikdavo lytiškai santykiuoti?

8	
----------	--

- nesantykiavau - 0
- labai patiko - 5
- patiko - 4
- šiek tiek patiko - 3
- nelabai patiko - 2
- nepatiko - 1

9. Kaip dažnai jums išsiskirdavo sėkla lytiškai susijaudinus arba lytiškai santykiaujant per pastarąsias 4 savaites?

9	
----------	--

- nebuvo lytinio susijaudinimo/lytinių santykių - 0
- beveik visada/visada - 5
- dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų) - 4
- kartais (apie pusę kartų) - 3
- keletą kartų (gerokai mažiau negu pusę kartų) - 2
- beveik niekada/niekada - 1

10. Kaip dažnai jūs pajusdavote orgazmą (sėklai išsiskyrus ar neišsiskyrus) lytiškai susijaudinę arba lytiškai santykiavdami per pastarąsias 4 savaites?

10	
-----------	--

- nebuvo lytinio susijaudinimo/lytinių santykių - 0
- beveik visada/visada - 5
- dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų) - 4
- kartais (apie pusę kartų) - 3
- keletą kartų (gerokai mažiau negu pusę kartų) - 2
- beveik niekada/niekada - 1

11. Kaip dažnai per pastarąsias 4 savaites jūs jusdavote lytinį potraukį?	- 5 - 4 - 3 - 2 - 1	11	
beveik visada/visada			
dažnai (gerokai dažniau negu pusę kartų)			
kartais (apie pusę kartų)			
keletą kartų (gerokai mažiau negu pusę kartų)			
beveik niekada/niekada			
12. Kaip jūs apibūdintumėte savo lytinį potraukį per pastarąsias 4 savaites?	- 5 - 4 - 3 - 2 - 1	12	
labai stiprus			
stiprus			
vidutinis			
silpnas			
labai silpnas/iš viso nebuvo			
13. Ar jūs patenkintas savo lytiniu gyvenimu per pastarąsias 4 savaites?labai patenkintas	- 5 - 4 - 3 - 2 - 1	13	
vidutiniškai patenkintas			
vienodai patenkintas ir nepatenkintas			
vidutiniškai nepatenkintas			
labai nepatenkintas			
14. Ar jūs patenkintas savo intymiais ryšiais su partnere per pastarąsias 4 savaites?	- 5 - 4 - 3 - 2 - 1	14	
labai patenkintas			
vidutiniškai patenkintas			
vienodai patenkintas ir nepatenkintas			
vidutiniškai nepatenkintas			
labai nepatenkintas			
15. Kaip jūs per pastarąsias 4 savaites apibūdintumėte savo įsitikinimą, kad pasieksite ir palaikysite erekciją?	- 5 - 4 - 3 - 2 - 1	15	
labai didelis			
didelis			
vidutinis			
mažas			
labai mažas			

ŠLAPIMO NELAIKYMO KLAUSIMYNAS

1. Per pastaruosius 12 mėnesių, ar jums nutiko šlapimo nelaikymo atvejų?

21	
-----------	--

 taip – 1, ne – 2
(Pastaba: jei atsakote „Ne“ į 21 klausimą, prašome neatsakinėti į 22–45 klausimus ir atsakinėti į 46 klausimą)
- 1.1. Ar dėl šios problemos jūs kreipėtės į poliklinikos gydytoją?

21.1	
-------------	--

 taip – 1, ne – 2
2. Kaip seniai prasidėjo šlapimo nelaikymas?
 prieš tiek metų

22.1	
-------------	--

 prieš tiek mėnesių

22.2	
-------------	--

 prieš tiek dienų

22.3	
-------------	--
3. Kada paprastai nutinka šlapimo nelaikymas?
 tik dienos metu - 1

23	
-----------	--

 tik nakties metu - 2
 tiek dienos, tiek nakties metu - 3
4. Kai kurie žmonės nelabai pajunta (nejaučia simptomų, nėra perspėjami) ir staiga supranta, kad nelaiko šlapimo ar tuojau nebelaikys, nes nekontroliuoja šlapinimosi. Kaip dažnai tai jums nutinka?

24	
-----------	--

 dažnai - 1
 kartais - 2
 retai - 3
 niekada - 4
5. Jei jūs negalite rasti tualetu ar jei tualetas būna užimtas ir jaučiate poreikį nusišlapinti, kaip dažnai jums nutinka nelaikyti šlapimo ar apsišlapinti?

25	
-----------	--

 dažnai - 1
 kartais - 2
 retai - 3
 niekada - 4
6. Ar jūs nelaikote šlapimo kai staiga pajuntate, kad jūsų pūslė yra labai pilna?

26	
-----------	--

 dažnai - 1
 kartais - 2
 retai - 3
 niekada - 4
7. Ar rankų plovimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

27	
-----------	--

 dažnai - 1
 kartais - 2
 retai - 3
 niekada - 4

8. Ar nuo šalto oro jums nutinka šlapimo nelaikymas?

28	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
9. Ar šaltų gėrimų gėrimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

29	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
10. Ar lengvas kosčiojimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

30	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
11. Ar smarkus kosėjimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

31	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
12. Ar čiaudėjimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

32	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
13. Ar daiktų kėlimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

33	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
14. Ar pasilenkimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

34	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
15. Ar juokas sukelia jums šlapimo nelaikymą?

35	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4
16. Ar greitas ėjimas arba bėgiojimas jums sukelia šlapimo nelaikymą?

36	
-----------	--

dažnai - 1
kartais - 2
retai - 3
niekada - 4

17. Ar stenėjimas, esant vidurių užkietėjimui, jums sukelia šlapimo nelaikymą?

37	
----	--

- dažnai - 1
- kartais - 2
- retai - 3
- niekada - 4

18. Ar atsistoiant iš sėdimos padėties jums nutinka šlapimo nelaikymas?

38	
----	--

- dažnai - 1
- kartais - 2
- retai - 3
- niekada - 4

19. Ar jums nutinka šlapimo nelaikymas (ramybės būsenoje) ilsintis ir nesant norui šlapintis?

39	
----	--

- dažnai - 1
- kartais - 2
- retai - 3
- niekada - 4

20. Ar jums nuolat ar nekontroliuojamai varva arba prasisunkia (teka) šlapimas visą dieną?

40	
----	--

- dažnai - 1
- kartais - 2
- retai - 3
- niekada - 4

21. Ar jūs naudojate kokias nors apsaugos priemones esant šlapimo nelaikymui?

41	
----	--

- taip - 1
- ne - 2

(Pastaba: jei atsakymas „Ne“, praleiskite 42 klausimą ir žiūrėkite 43 klausimą.)

22. Vidutiniškai kiek daug iš šių priemonių jūs naudojate apsaugai? (prašome pažymėti per dieną ar savaitę sunaudotų priemonių skaičių)

22.1. sanitariniai (higieniniai) įklotai (taip – 1, ne – 0)

42.1	
------	--

22.11. kiekvieną dieną - 1

42.11	
-------	--

kiekvieną savaitę - 2

22.12. sunaudotų priemonių skaičius

42.12	
-------	--

22.2. sauskelnės (taip – 1, ne – 0)

42.2	
------	--

22.21. kiekvieną dieną - 1

42.21	
-------	--

kiekvieną savaitę - 2

22.22. sunaudotų priemonių skaičius

42.22	
-------	--

22.3. tualetinis popierius ar popierinės nosinaitės (taip – 1, ne – 0)

42.3	
------	--

22.31. kiekvieną dieną - 1

42.31	
-------	--

kiekvieną savaitę - 2

22.32. sunaudotas skaičius	42.32	
22.4. kitos priemonės (taip – 1, ne – 0)	42.4	
22.41. kiekvieną dieną - 1	42.41	
kiekvieną savaitę - 2		
22.42. sunaudotas skaičius	42.42	
23. Budraujant (nemiegant), kai jums išskyla šlapimo nelaikymo problemos, kaip jums atrodo, kiek šlapimo jūs nesulaikote kiekvieną sykį?	43	
keli lašai, mažiau nei ½ šaukštelio - 1		
nuo ½ šaukštelio iki ne daugiau kaip 2 šaukštų - 2		
nuo 2 šaukštų iki ½ puodelio - 3		
½ puodelio ir daugiau - 4		
24. Per parą (24 valandos) iš viso kiek šlapimo jums atrodo, kad nesulaikote kai jums išskyla šios problemos?	44	
keli lašai, mažiau nei ½ šaukštelio - 1		
nuo ½ šaukštelio iki ne daugiau kaip 2 šaukštų - 2		
nuo 2 šaukštų iki ½ puodelio - 3		
½ puodelio ir daugiau - 4		
25. Kai jūs nesulaikote šlapimo, ar tai paprastai:	45	
tiesiog truputį sudrėkina - 1		
sušlapina jūsų apatinius drabužius - 2		
bėga per šlaunis - 3		
sušlapina grindis - 4		
26. Kiek kartų per dieną vidutiniškai šlapinatės?	46.1	
kas kiek valandų?	46.2	
27. Kiek kartų šlapinatės naktį?	47	

**PAPILDYTAS ŠLAPIMO NELAIKYMO GALIMŲ PRIEŽASČIŲ
KLAUSIMYNAS**

Praeinantį šlapimo nelaikymą sąlygojantys veiksniai

1. Delyras (taip – 1, ne – 0)	48	
2. Infekcija (taip – 1, ne – 0)	49	
3. Medikamentai:		
3.1. Diuretikai:		
furozemidas (taip – 1, ne – 0)	50.11	
spironolaktonas (taip – 1, ne – 0)	50.12	
indapamidas (taip – 1, ne – 0)	50.13	
torasemidas (taip – 1, ne – 0)	50.14	
3.2. Antihistamininiai (taip – 1, ne – 0)	50.2	
3.3. Antidepressantai (tricikliai):		
amitriptilinas (taip – 1, ne – 0)	50.31	
desipraminas (taip – 1, ne – 0)	50.32	
doksepinas (taip – 1, ne – 0)	50.33	
3.4. α – adrenerginiai blokatoriai:		
prazosinas (taip – 1, ne – 0)	50.41	
terazosinas (taip – 1, ne – 0)	50.42	
doksazosinas (taip – 1, ne – 0)	50.43	
alfuzosinas (taip – 1, ne – 0)	50.44	
3.5. α – adrenerginiai stimulatoriai: dekongestantai (taip – 1, ne – 0)	50.5	
3.6. Kalcio kanalų blokatoriai (KKB):		
nifedipinas (taip – 1, ne – 0)	50.6	
3.7. Narkotiniai analgetikai: opiatai (taip – 1, ne – 0)	50.7	
3.8. Antiparkinsoniniai (taip – 1, ne – 0)	50.8	
3.9. Migdomieji (taip – 1, ne – 0)	50.9	
3.10. Raminamieji (taip – 1, ne – 0)	50.10	
3.11. Antispazminiai (taip – 1, ne – 0)	50.111	
3.12. Kiti medikamentai (taip – 1, ne – 0)	50.12	
4. Endokrininiai sutrikimai:		
4.1. cukrinis diabetas; gliukozė > 5,5 mmol/l (taip – 1, ne – 0)	51.1	
4.2. hiperkalcemija; kalcis > 2,55 mmol/l (taip – 1, ne – 0)	51.2	
5. Apribotas judrumas (taip – 1, ne – 0)	52	
6. Vidurių užkietėjimas, kai tuštinamasi rečiau nei 3 k./sav. (taip – 1, ne – 0)	53	
7. Psichiniai sutrikimai, depresija (taip – 1, ne – 0)	54	

8. Alkoholis (taip – 1, ne – 0)

55	
-----------	--

Nuolatinį šlapimo nelaikymą sąlygojantys veiksniai

9. Dirglios šlapimo pūslės priežastys:

9.1. insultas (taip – 1, ne – 0)

56.1	
-------------	--

9.2. išsėtinė sklerozė (taip – 1, ne – 0)

56.2	
-------------	--

9.3. Parkinsono liga (taip – 1, ne – 0)

56.3	
-------------	--

9.4. Alzheimerio liga (taip – 1, ne – 0)

56.4	
-------------	--

9.5. normotenzinė hidrocefalija (taip – 1, ne – 0)

56.5	
-------------	--

10. Įtampos ŠN priežastys:

10.1. mielomeningocelė (taip – 1, ne – 0)

57.1	
-------------	--

10.2. epispadija (taip – 1, ne – 0)

57.2	
-------------	--

10.3. hipospadija (taip – 1, ne – 0)

57.3	
-------------	--

10.4. prostatektomija (taip – 1, ne – 0)

57.4	
-------------	--

10.4.1. transuretrinė prostatos rezekcija
(taip – 1, ne – 0)

57.4.1	
---------------	--

10.5. dubens trauma (taip – 1, ne – 0)

57.5	
-------------	--

10.6. vidaus organų radiacija (taip – 1, ne – 0)

57.6	
-------------	--

10.7. sakralinės stuburo smegenų dalies pluošto susirgimas
(taip – 1, ne – 0)

57.7	
-------------	--

11. Persipildymo ŠN priežastys:

11.1. gerybinė prostatos hiperplazija (taip – 1, ne – 0)

58.1	
-------------	--

11.2. prostatos auglys (taip – 1, ne – 0)

58.2	
-------------	--

11.3. neurogeninė šlapimo pūslė (taip – 1, ne – 0)

58.3	
-------------	--

11.4. šlaplės susiaurėjimas (taip – 1, ne – 0)

58.4	
-------------	--

12. Funkcinio ŠN priežastys:

12.1. apribotas judrumas visam laikui (taip – 1, ne – 0)

59.1	
-------------	--

12.2. kognityvinės funkcijos sutrikimas (taip – 1, ne – 0)

59.2	
-------------	--

GYVENIMO KOKYBĖS KLAUSIMYNAS (Trumpoji versija)**(Ką jūs galvojate apie gyvenimą per pastarąsias dvi savaites?)**

- | | | | |
|--|-----|------------|--|
| 1. Kaip jūs vertintumėt savo gyvenimo kokybę? | | 60. | |
| labai prasta | - 1 | | |
| prasta | - 2 | | |
| nei prasta, nei gera | - 3 | | |
| gera | - 4 | | |
| labai gera | - 5 | | |
| 2. Ar jūs patenkintas savo sveikata? | | 61. | |
| labai prasta | - 1 | | |
| prasta | - 2 | | |
| nei prasta, nei gera | - 3 | | |
| gera | - 4 | | |
| labai gera | - 5 | | |
| 3. Iki kokio laipsnio jūs jaučiate, kad (fizinis) skausmas neleidžia jums daryti tai, ką jūs privalote daryti? | | 62. | |
| nei kiek | - 1 | | |
| šiek tiek | - 2 | | |
| vidutiniškai | - 3 | | |
| labai | - 4 | | |
| ypatingai | - 5 | | |
| 4. Ar jums reikia medicininės priežiūros ir gydymo, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą? | | 63. | |
| nei kiek | - 1 | | |
| šiek tiek | - 2 | | |
| vidutiniškai | - 3 | | |
| labai | - 4 | | |
| ypatingai | - 5 | | |
| 5. Ar džiaugiatės gyvenimu? | | 64. | |
| nei kiek | - 1 | | |
| šiek tiek | - 2 | | |
| vidutiniškai | - 3 | | |
| labai | - 4 | | |
| ypatingai | - 5 | | |
| 6. Ar jūsų gyvenimas yra prasmingas? | | 65. | |
| nei kiek | - 1 | | |
| šiek tiek | - 2 | | |
| vidutiniškai | - 3 | | |
| labai | - 4 | | |
| ypatingai | - 5 | | |

7. Ar jums lengvai pavyksta sutelkti dėmesį? 66.
- nei kiek - 1
- šiek tiek - 2
- vidutiniškai - 3
- labai - 4
- ypatingai - 5
8. Ar jaučiatės saugiai gyvenime? 67.
- nei kiek - 1
- šiek tiek - 2
- vidutiniškai - 3
- labai - 4
- ypatingai - 5
9. Ar sveika jūsų fizinė aplinka? 68.
- nei kiek - 1
- šiek tiek - 2
- vidutiniškai - 3
- labai - 4
- ypatingai - 5
10. Ar turite pakankamai energijos kasdieniam gyvenimui? 69.
- nei kiek - 1
- šiek tiek - 2
- vidutiniškai - 3
- labai - 4
- ypatingai - 5
11. Ar jūs patenkintas savo išvaizda? 70.
- nei kiek - 1
- šiek tiek - 2
- vidutiniškai - 3
- labai - 4
- ypatingai - 5
12. Ar jums užtenka pinigų poreikiams patenkinti? 71.
- nei kiek - 1
- šiek tiek - 2
- vidutiniškai - 3
- labai - 4
- ypatingai - 5
13. Ar informacija, reikalinga kasdieniame gyvenime, yra lengvai prieinama? 72.
- nei kiek - 1
- šiek tiek - 2
- vidutiniškai - 3
- labai - 4
- ypatingai - 5

14. Ar turite galimybę užsiimti laisvalaikio užsiėmimais?

73.	
------------	--
- nei kiek - 1
šiek tiek - 2
vidutiniškai - 3
labai - 4
ypatingai - 5
15. Kaip gerai jūs galite judėti?

74.	
------------	--
- labai blogai - 1
blogai - 2
nei blogai, nei gerai - 3
gerai - 4
labai gerai - 5
16. Ar jūs patenkintas savo miego kokybe?

75.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
17. Ar jūs patenkintas savo gebėjimu atlikti kasdienius darbus?

76.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
18. Ar esate patenkintas savo gebėjimu dirbti?

77.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
19. Kaip vertinate save (sveikatos atžvilgiu)?

78.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
20. Ar jūs patenkintas savo asmeniniais santykiais su giminėmis?

79.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5

21. Ar jūs patenkintas savo lytiniu gyvenimu?

80.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
22. Ar jūs patenkintas savo draugų parama?

81.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
23. Ar jūs patenkintas savo gyvenamosios vietos sąlygomis?

82.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
24. Ar jūs patenkintas, kad galite gauti medicininę pagalbą?

83.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
25. Ar esate patenkintas turima transporto priemone?

84.	
------------	--
- labai nepat. - 1
nepat. - 2
nei pat., nei nepat. - 3
pat. - 4
labai pat. - 5
26. Kaip dažnai jaučiate neigiamas emocijas, tokias kaip nerimą, blogą nuotaiką, depresiją?

85.	
------------	--
- niekada - 1
retai - 2
gana dažnai - 3
labai dažnai - 4
nuolat - 5

INSTRUMENTINĖS KASDIENĖS VEIKLOS KLAUSIMYNAS

Eil. Nr.	Tiriamąjį asmens veiksmai buityje	Reikalinga kito asmens pagalba		
		Be pagalbos (3)	Dalinai su pagalba (2)	Visai negali (1)
1.	Ar galite naudotis telefonu?			
2.	Ar galite vienas išeiti iš namų ir keliauti?			
3.	Ar galite nueiti ir apsipirkti maisto prekių parduotuvėje?			
4.	Ar galite pasigaminti maistą?			
5.	Ar galite susitvarkyti butą?			
6.	Ar dirbate kokį darbą namuose (rankdarbiai, meistravimas ir pan.)?			
7.	Ar galite skalbti?			
8.	Ar galite pats vartoti vaistus?			
9.	Ar galite pats disponuoti savo pinigais ir tvarkyti finansinius reikalus?			

PROTINĖS BŪKLĖS TRUMPO TYRIMO KLAUSIMYNAS

Protinės veiklos funkcija	Maksimalus balas	Vertinimas
1. <u>Orientacija</u> a) Kurie dabar metai? b) Koks dabar metų laikas? c) Koks dabar mėnuo? d) Kuri mėnesio diena šiandien? e) Kokia savaitės diena šiandien? f) Kokioje valstybėje mes gyvename? g) Kokiame mieste mes dabar esame? h) Kuriame rajone (kurioje gatvėje) Jūs gyvenate? i) Kokioje ligoninėje (namuose, įstaigoje) mes dabar esame? j) Kuriame aukšte mes dabar esame?	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	() () () () () () () () () ()
2. <u>Išmokimas (registracija)</u> Pasakyti ligoniui tris žodžius (daiktavardžius) ir paprašyti pakartoti iš eilės. Vertinamas pirmas bandymas: vienas balas už kiekvieną teisingą atsakymą. Po to kartojama, kol tiriamasis išmoka teisingai pakartoti.	3	()
3. <u>Abstraktus mąstymas (dėmesys ir skaičiavimas)</u> Paprašykite pasakyti žodį „nulis“ iš kito galo. Arba Atimti paeiliui 7 iš 100 (100, 93, 86, 79, 72, 65). Vienas balas už kiekvieną teisingą skaičių – iki penkių atsakymų.	5	()
4. <u>Trumpalaikė atmintis</u> Prašome pakartoti tris ligonio 2 punkte išmokus daiktavardžius. Vienas balas už kiekvieną teisingą atsakymą.	3	()
5. <u>Kalba (agnozijos, afazijos, aprakcijos testai)</u> a) Parodykite pieštuką ir paklauskite, kas tai yra b) Parodykite laikrodį ir paklauskite, kas tai yra c) Paprašykite tiriamojo pakartoti sakinį „Žalia giria gražiai žaliuoja“ Vertinamas tik pirmas mėginimas – vienas balas už teisingą pakartojimą. d) Prašome tiriamojo perskaityti ir padaryti tai, kas parašyta „Užsimerkite“ e) Tiriamojo paprašyti parašyti trumpą prasmingą sakinį (duodame popieriaus lapą ir rašiklį) f) Prašome nukopijuoti piešinį (du susikertančius penkiakampius, turi būti visi 10 kampų, 2 iš jų – susikertantys)	1 1 1 1 1 1 3	() () () () () () ()

g) Padėkite prieš ligonį popieriaus lapą ir paprašykite: „Paimkite popieriaus lapą į dešinę ranką, perlenkite jį pusiau ir padėkite ant kelių“ (sakinį pasakyti vieną kartą)		
Iš viso	30	()

GERIATRINIS DEPRESIJOS KLAUSIMYNAS (Trumpoji versija)

Eil. Nr.	Prašome apibūdinti savo savijautą	Taip	Ne
1.	Ar esate patenkintas savo gyvenimu?	taip	NE
2.	Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų?	TAIP	ne
3.	Ar jaučiate, kad jūsų gyvenimas yra tuščias?	TAIP	ne
4.	Ar dažnai nuobodžiaujate?	TAIP	ne
5.	Ar dažnai esate geros nuotaikos?	taip	NE
6.	Ar bijote, kad jums gali atsitikti kas nors blogo ?	TAIP	ne
7.	Ar jaučiatės laimingas?	taip	NE
8.	Ar dažnai jaučiatės bejėgis?	TAIP	ne
9.	Jums labiau patinka būti namuose, nei kur nors eiti ir imtis naujų darbų?	TAIP	ne
10.	Ar jums atrodo, kad jūsų atmintis prastesnė nei kitų žmonių?	TAIP	ne
11.	Ar jums atrodo, kad gyventi dabar puiku?	taip	NE
12.	Ar šiuo metu jaučiatės bevertis?	TAIP	ne
13.	Ar jaučiatės kupinas energijos?	taip	NE
14.	Ar jaučiate, kad jūsų padėtis beviltiška?	TAIP	ne
15.	Ar manote, kad daugeliui žmonių sekasi geriau nei jums?	TAIP	ne

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju už paramą ir pagalbą rengiant disertaciją:

Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto Gerontologijos ir reabilitacijos centro vadovui , Vilniaus universiteto profesoriui dr. Vidmantui Aleknai.

Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto Gerontologijos ir reabilitacijos centro Gerontologijos problemų skyriaus vedėjai dr. Elenai Čeremnych.

Inžinieriams – programuotojams: Natalijai Daniliuk, Tomui Bileišiui.

Vyresniosioms laborantėms: Vandutei Šiaudvytienei, Marytei Garlienei, Egidijai Jakutienei.

Buvusioms gerontologijos problemų skyriaus vyriausioms mokslo darbuotojoms: dr. Birutei Gaigalienei ir dr. Rimai Filipavičiūtei.